



# EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

**Centralsjukhuset Kristianstad**

Klinik

**Anestesi och intensivvård**

Specialitet

**2021-05-18 – 2021-05-19**

Datum

**Kristianstad**

Ort

**Martin Thorsson och Gunilla Islander**

Inspektörer

## Styrkor

- God trivsel med inkluderande klimat och högt i tak där läkarchefen föregår med gott exempel.
- Valfungerande introduktionsprogram.
- Brett patientunderlag som skapar goda förutsättningar för måluppfyllelse
- ST läkarna tar tidigt ansvar med mycket gott stöd från seniora kollegor.
- ST-läkarna deltar i klinikens ledningsgrupp under 6 månader.
- Flera disputerade medarbetare
- Det finns ett fungerande men informellt system för att identifiera ST med svårigheter och hjälpa dessa.
- Goda förutsättningar för teoretisk utbildning med bl a 2 veckors betald inläsningstid per år.

## Svagheter

- Kontinuerliga kompetensbedömningar med på förhand kända metoder saknas.
- Handledarsamtalen är inte schemalagda.
- Handledare och ST-läkare stämmer inte av innehållet i handledarsamtalen mot det individuella utbildningsprogrammet.
- Handledningens innehåll är individberoende och centrala delar för måluppfyllelse riskerar att utelämnas.
- Möten för handledare saknas.
- Det finns gott om utbildningstillfällen i ledarskap och kommunikativ kompetens. I viss utsträckning bedöms och återkopplas detta till ST-läkarna med det sker informellt och dokumenteras inte.
- ST-Läkarna handleder utbildningsläkare och håller föredrag men genomförda insatser bedöms och återkopplas inte.
- Kontinuerlig handledning, bedömning och återkoppling i vetenskaplig kompetens saknas utöver under den perioden då det individuella arbetet enl vetenskapliga principer sker.
- Återkoppling efter sidoplaceringar saknas.

## Förbättringspotential

- Inför regelbundna kompetensbedömningar med på förhand kända metoder såsom exempelvis DOPS och mini-CEX. Dokumentera dessa bedömningar.
- Schemalägg handledarsamtal och dokumentera systematiskt handledarsamtalens innehåll. Det kan då bli ett sätt att kontinuerligt bedöma och återkoppla bl a kommunikativ kompetens och ledarskapskompetens.
- Utnyttja också deltagandet i ledningsgruppen för återkoppling och bedömning i kommunikation och ledarskap. Detta skulle exempelvis kunna utföras av ledningsgruppen i samband med att perioden avslutas.
- Implementera klinikens befintliga instruktion för handledning och checklista för handledarsamtal. Revidera individuella utbildningsprogram enligt klinikens befintliga instruktion i samband med handledarsamtal.
- Skapa plan tillsammans med ST-läkarna hur negativ påverkan av Covidpandemin ska undvikas.
- Inrätta regelbundna handledarträffar där exempelvis pedagogiska metoder, utbildningsplaner och bedömningsinstrument kan diskuteras och utvecklas.
- Inför tillfällen där ST-läkarna kan presentera och diskutera vetenskaplig litteratur ("journal clubs"). Genomför då också regelbundet bedömningar och återkopplingar i vetenskaplig kompetens.
- Koppla delmål till utbildningsaktivitet och uppföljning i den individuella utbildningsplanen. Dvs det ska framgå med vilka bedömningsmetoder respektive delmåls bedöms.

# STRUKTUR

## A Verksamheten

Anestesikliniken vid Kristianstad sjukhus har 15 operationssalar och 7 IVA-platser. Varje år genomförs 2000 barnanestasier >1 år. Under Covidpandemin har antalet operationssalar halverats och antalet IVA platser mer än dubblerats. Förlossningsenheten har >2000 förlossningar/år med ca 10-15% ryggbedövningar. Operationsverksamheten inkluderar samtliga opererande specialiteter förutom thorax och neuro. Extern verksamhet bedrivs på ECT, ögon, radiologi och skopienheten. Verksamheten bedöms vara tillräcklig allsidig för att skapa förutsättningar för måluppfyllelse. Det finns en risk av effekter av Covid påverkar möjligheterna till måluppfyllelse. Det finns en medvetenhet om denna risk och en plan för att utvärdera ST-läkarnas behov när förutsättningarna för ST-utbildningen normaliseras. Det finns tillgång till smärtenhet där ST-läkarna är placerade.

### Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

### Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur specialiseringstjänstgöringen ska genomföras finns.
- Skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur specialiseringstjänstgöringen ska utvärderas finns.
- Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig.

### Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter följs.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

## B Medarbetarstab och interna kompetenser

Det finns 20 specialistkompetenta läkare och 10 ST-läkare. Tre av medarbetarna är disputerade. Samtliga handledare har genomgått handledarutbildning. Det finns tillräckligt antal läkare och medarbetare för att tillgodose handlednings- och instruktionsbehovet. Studierektorn är specialistkompetent, har genomgått handledarutbildning samt har uppdragsbeskrivning. Handledarträffar (dvs möte/utbildning med handledarna) genomförs inte. Däremot ansvarar studierektorn för eftermiddagsmöten med hela kollegiet kring utbildning 2 gånger per år. Det finns instruktioner för handledning men dessa används inte vid handledarsamtalen.

### Föreskrift

- Samtliga huvudansvariga ST-handledare har specialistkompetens i avsedd specialitet.
- Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.
- Tillgång till specialistkompetent studierektor med handledarutbildning finns.
- Tillräckligt många läkare med relevant specialitet och kompetens finns för att alla ST ska få adekvat handledning.
- Tillräckligt många läkare och andra medarbetare med relevant kompetens finns för att instruktioner ska kunna ges.

### Allmänna råd

- Studierektorn har relevant specialistkompetens.

### Kvalitetsindikator

- Generella skriftliga instruktioner för ST-handledning finns.
- Regelbundna handledarträffar för ST-handledarna finns.
- Skriftlig uppdragsbeskrivning för SR finns.

## Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.

## C Lokaler och utrustning

Utrustningen för diagnostik och behandling är modern och ändamålsenlig och möjliggör måluppfyllelse. Det finns adekvat tillgång till IT baserade beslutsstöd samt bibliotek/FoU-enhet. ST läkarna har tillgång till funktionell arbetsplats.

### Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

### Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Adekvat utrustning för diagnostik, utredning och behandling finns.

### Kvalitetsindikator

- ST-läkarna har tillgång till funktionell arbetsplats.
- Tillgång till IT-baserade kliniska beslutsstöd, sökbar vetenskaplig databas, stöd från bibliotek eller FoU-enhet finns.

## Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter följs.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

# PROCESS

## D Tjänstgöringens uppläggning

Verksamheten tillhandahåller skriftliga rutiner för hur målbeskrivningen ska uttolkas i form av både specialitetsföreningens utbildningsbok samt en lokal uttolkning. Det finns också ett styrdokument kring hur utbildningens ska planeras. Kunskapen om innehållet i målbeskrivningen är emellertid inte känd av alla ST-läkare och handledare. Utbildningen är planerad och genomförs i enlighet med målbeskrivningen.

Alla ST-läkare har ett skriftligt individuellt utbildningsprogram som utgår från kraven i målbeskrivningen. Det individuella utbildningsprogrammet följs inte regelbundet upp i samband med handledarsamtalen. Det saknas i utbildningsprogrammet koppling mellan delmål och uppföljning dvs hur delmålets kompetensmål ska bedömas.

Det finns ett välfungerande introduktionsprogram som studierektorn ansvarat för att ta fram. Detta fungerar som utbildningsprogram för leg läkare innan ST-anställning.

Jourtjänstgöringen utgör en adekvat del av tjänstgöringstiden. Regionens likabehandlingsplan bedöms efterlevas.

### Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

### Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Det finns skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg.
- Jourtjänstgöring/beredskap uppfyller kraven i målbeskrivningen.

### Föreskrift

- Alla ST-läkare har individuellt utbildningsprogram som utgår från kraven i målbeskrivningen.
- Det individuella utbildningsprogrammet följs regelbundet upp och revideras vid behov i samråd med SR, HL och ST-läkaren.

## Allmänna råd

- SR bör utgöra en organisatorisk stödfunktion till verksamhetschef, handledare och ST-läkare.
- SR bör medverka till utarbetning av ST-läkarnas introduktionsprogram.
- SR bör ta del av verksamhetschefens och handledarens bedömning av ST-läkaren.

## Kvalitetsindikator

- Alla ST-läkare får introduktion till tjänstgöringen.
- Tillgång till individuella utbildningsprogram och handledning för de leg läkare utan specialistkompetens som arbetar vid enheten med siktet inställt på ST finns.
- Alla ST-läkare har lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter att uppnå målen i mål-beskrivningen oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnicitet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

## Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.



## E Handledning och uppföljning

En huvudansvarig handledare finns utsedd för varje ST-läkare som tjänstgör på samma ställe. De huvudansvariga handledarna har genomgått handledarutbildning. ST-läkarna har tillgång till handledare under sidoplaceringar. Avstämning sker inte efter avslutad sidotjänstgöring. Det saknas struktur och planering kring innehållet handledarsamtalen så att dessa överensstämmer med ST-läkarens individuella utbildningsplan. Handledarsamtal genomförs inte för alla ST med den av regionen angivna frekvensen (9/år). Handledningen är inte inplanerad i ordinarie tjänstgöringsschema.

En strukturerad kompetensbedömning genomförs i samband med specialistkollegium 2 ggr per år. Det sker också en summativ bedömning efter introduktionsperioden innan jourtjänstgöring. ST-läkarens kompetens bedöms inte utifrån de uppsatta målen i utbildningsprogrammet med på förhand kända metoder (exv DOPS, CBD, mini-CEX). Huvudansvariga handledare och av VC delegerad läkarchef utför kontinuerliga bedömningar av ST-läkarnas kompetensutveckling. Denna bedömning är i regel informell och dokumenteras endast i samband med specialistkollegium. Uppfattningen är att systemet fungerar väl och att eventuella svårigheter adresseras utifrån den plan som finns i ST-läkarnas utbildningsplan.

Det finns god tillgång till kliniska instruktörer både dagtid och jourtid. Medarbetarsamtal hålls regelbundet (1g/år). Sidotjänstgöringar följs inte upp.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

### Föreskrift

- Handledningen utgår från det individuella utbildningsprogrammet.
- Det finns en utsedd huvudansvarig handledare för varje ST.
- ST-läkaren har tillgång till handledare under varje utbildningsperiod.
- Fortlöpande bedömning av ST-läkarens kompetensutveckling utifrån målbeskrivningen och utbildningsprogrammet görs under hela ST.
- Kontinuerlig bedömning utförs av verksamhetschef (motsvarande) och huvudsaklig handledare.
- Verksamhetschef (motsvarande) ansvarar för att den kontinuerliga bedömningen dokumenteras.

## Allmänna råd

- ST-läkaren bör, utöver handledning, få fortlöpande instruktioner.
- Handledningen är inplanerad i ordinarie tjänstgöringsschema.
- Den huvudansvariga handledaren tjänstgör där ST-läkaren huvudsakligen genomför sin specialiseringstjänstgöring.
- Handledarutbildningen bör omfatta handledning, pedagogik, metoder för bedömning, kommunikation och etik.
- Den fortlöpande bedömningen görs med på förhand kända och överenskomna metoder.
- Påvisade brister i ST-läkarens kompetens leder till en åtgärdsplan.
- Verksamhetschefen eller motsvarande håller regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkarna.

## Kvalitetsindikator

- ST-läkarnas sidutbildning följs upp.
- Varje enhet har en plan för hur ST-läkare som riskerar hamna i svårighet för att uppnå enskilda delmål, sin professionella utveckling generellt eller av personliga skäl, ska kunna hjälpas.

## Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.

## F Teoretisk utbildning

ST-läkarna har möjlighet att ta ut 2 veckors betald egen studie per år. Det sker regelbunden regional teoretisk utbildning och ST-läkarna får under ordinarie förhållanden genomgå både den planerade interna och externa utbildningen. Under Covidpandemin har många teoretiska utbildningstillfällen försvunnit men då digitala kursalternativ erbjudits har detta inte föranlett någon försenad utbildning. Studierektorn samordnar ST-läkarnas interna och externa utbildning. ST-läkarna skriver genomgående EDAIC del 1.

### Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

### Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras in i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkarna genomgår den teoretiska utbildning som definieras i det individuella utbildningsprogrammet.

### Föreskrift

- SR samordnar ST-läkarnas interna och externa utbildning.

### Allmänna råd

- Intern utbildning planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.
- Extern utbildning planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.
- Tid för regelbundna självstudier planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.

### Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.

## G Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete

ST-läkarnas kompetens i medicinsk vetenskap bedöms i samband med genomförandet av det skriftliga individuella arbetet enligt vetenskapliga principer. Det saknas regelbundna tillfällen för ST-läkarna att presentera och diskutera vetenskaplig litteratur och ST-läkarnas kompetens i vetenskap bedöms och återkopplas inte utanför perioden med det skriftliga individuella arbetet. Kvalitetsarbete genomförs, dokumenteras och redovisas internt. ST-läkarna får återkoppling på kompetens i kvalitetsarbete i samband med sitt kvalitetsarbete. Av ST-läkarna genomförda vetenskapliga arbeten publiceras inte och presenteras inte i samband med vetenskapliga möten. Det finns ett doktorandprogram kopplat till regionen. Kliniken har publicerat flera vetenskapliga arbeten de senaste åren.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

### Föreskrift

- Utbildning erbjuds för att uppnå ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt.
- Goda förutsättningar finns för genomförande av ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.
- ST-läkarnas kompetens i medicinsk vetenskap bedöms fortlöpande och återkoppling sker.
- ST-läkarna ges möjlighet att utveckla kunskap om och kompetens i kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.
- Goda förutsättningar finns för att genomföra, dokumentera och redovisa ett kvalitetsarbete.
- ST-läkarens kompetens i kvalitetsutveckling bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

### Kvalitetsindikator

- ST-läkarens genomförda individuella arbeten publiceras eller presenteras vid vetenskapliga möten.
- Tillgång till ett välfungerande doktorandprogram finns.
- Enheten har regelbundna möten där medarbetare diskuterar och kritiskt granskar vetenskaplig litteratur.
- Minst ett, på enheten utfört, självständigt forskningsprojekt har publicerats i vetenskaplig tidskrift eller presenterats vid vetenskapligt möte de senaste två åren.

## Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

## H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarna deltar i verksamhetens ledningsgruppsmöten under 6 månader och involveras under denna tid i ledningsgruppens arbete. ST-läkarna involveras också aktivt i situationer med höga krav på kommunikativ kompetens såsom arbeten kring kritiskt sjuk patient, närståendesamtal och etiska diskussioner med god stöttning av seniora kollegor. Graden av handledning i ledarskap och kommunikativ kompetens är varierande beroende på individuella handledare. Det sker inte någon formaliserad bedömning, återkoppling eller dokumentation i kommunikativ kompetens eller ledarskapskompetens. ST-läkarna bereds möjlighet att handleda AT-läkare och sidoplacerade läkare från andra specialiteter men det saknas återkoppling och handledning på genomförda insatser. ST-läkarna håller i presentationer för läkargruppen och får i regel återkoppling och bedömning på genomförda insatser. Det finns möjlighet att delta i reflektionsgrupp under ledning av psykolog i samband med större händelser.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

### Föreskrift

- ST-läkaren ges förutsättningar att utveckla ledarskapskompetens i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i ledarskapskompetens.
- ST-läkarens kompetens i ledarskap bedöms fortlöpande och med återkoppling.
- ST-läkaren ges förutsättningar att utveckla den kommunikativa kompetensen såväl muntligt som skriftligt i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.
- ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms och återkoppling sker.

## Allmänna råd

- ST-läkaren bereds möjlighet att undervisa under handledning.
- ST-läkaren bereds möjlighet att själv handleda under handledning.
- ST-läkaren bereds möjlighet att delta i inom- eller mellanprofessionell reflektion i grupp.

## Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.

## Anestesikliniken CSK – Handlingsplan efter genomgången SPUR-inspektion

Efter att ha läst igenom rapporten till SPUR-inspektionen och tagit del av den strukturerade kritiken har kliniken haft två förbättringsdagar (24/9 och 1/10) där samtliga klinikens medarbetare deltagit.

Vi har glatt oss över de bitvis fina omdömena, men framför allt tagit till oss över kritiken gällande E-handledning och uppföljning, G-Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete och H-Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens.

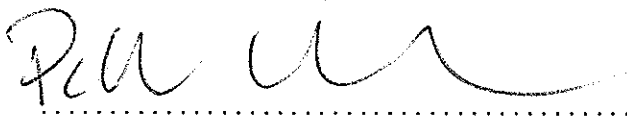
Åtgärder som kommer genomföras är:

- 1) Strukturerat använda de kompetensbedömningar som finns. Att det finns en pärm (i vårt fall brandgul) på dels IVA och dels på OP med förberedda medsittningsprotokoll resp Mini-Cex, DOPS och CBD (vilka för övrigt samtliga ST-läkare fått på USB-sticka) räcker inte. Kravet är att var och en ST-läkare skall genomföra minst nio per år, med uppföljning av handledare på följande handledarsamtal. Det åligger studierektorn att påminna samtliga kolleger om detta. Årlig "verksamhetsberättelse" skall inlämnas till chef och studierektor. Undervisning av klinikens medarbetare i detta ämne kommer att ske på ett "studierektorns måndag nr 1" 211213.
- 2) Handledarsamtal skall komma att bli schemalagda. Kliniken har s.k. måndagsmöten mellan kl 17 och 18. En måndag var månad viks numera till handledarmöten. För de fall handledare och ST-läkare ej är i tjänst samtidigt dessa måndagar skall handledar-ST-paret inkomma till schemaläggaren med tidpunkt då deras handledarträff skall genomföras istället.
- 3) Studierektor skall tydligare informera ST-läkare och handledare om befintlig handledarsamtalsinstruktion. Detta kommer att ske dels via informativt e-brev till klinikens medarbetare (se bilaga 1) och dels "studierektorns måndag nr 1", där studierektorn går igenom klinikens existerande dokument kring dels "instruktion för handledarmöten" och dels bedömningsmallar (se punkt 1 ovan). Instruktionen skall därtill omformuleras såsom en checklista för enklare genomförande (se bilaga 2). Obligatoriska punkter skall vara A) återkoppling till befintlig utbildningsplan med omformulering/justering efter behov. B) genomgång av senaste bedömningsprotokoll. C) handledarmötets vetenskapliga ämne, där ST-läkaren, tillsammans med handledaren, går igenom ett på förhand avtalat ämne inom anestesi och intensivvård. Denna punkt för att återkommande kunna bedöma ST-läkarens vetenskapliga och kunskapsmässiga kompetens. ST-handledar-par är skyldiga att en gång per år redovisa genomförda samtal till chef och studierektor såsom en "verksamhetsberättelse".
- 4) Kliniken har för avsikt att ha, utöver specialistkollegium, "studierektorns måndag nr 2" en gång per termin där handledarspörsmål tas upp. Motsvarande mötestider skall ST-läkarna, för sig, ha ST-kollegium resp. ST-samkväm. Denna måndag är ej just nu bokad, men planeras till 24 jan alternativt 31 jan.
- 5) Journal clubs har införts. Vid förbättringsdagarna diskuterades hur och när dessa skall kunna schemaläggas utan att klinikens övriga arbete blir lidande. Diskussionen utmynnade i att vi skall vika två måndagar per termin till detta. Därtill har en av kollegerna åtagit sig att minst en gång per månad, utse "månadens PEK" vilket skall kunna disputeras vid fika och lunch-bord. Journal-Club-PEK resp. Månadens-PEK ingår också som en punkt i handledarmötesinstruktionen, för det fall ST-läkaren ej deltog i utsatt måndagsmöte alt ej kunnat diskutera PEK med kolleger vid fika-lunch-bord.
- 6) Covidpandemins negativa inverkan på utbildningen, då främst allmän anestesi, skall utvärderas till hösten med individbaserat möte ST-läkare+handledare+studierektor+COP-chef. Riktat planeringsschema "för vad som saknas" skall upprättas.

- 7) Läkarchefen skall återkommande återkoppla kommunikationsförmåga och ledarskap vid utvecklings/medarbetarsamtal samt att återkoppla medelst skriftlig bedömning i slutet av den period ST-läkaren deltagit i ledningsgruppsarbetet.
- 8) Utvärdering av randning skall förbättras. Idag får var ST-läkare en personlig, på plats, feed back av därstädes handledare och studierektor, men denna går inte med automatik vidare till handledare och studierektor. Vi avser att, när ST-läkaren återkommit från randning, kalla till ett möte på sjukhuset om randningen skett på egna sjukhuset alternativt ett s.k. teams-möte mellan därhandledare/härhandledare/ST-läkare/studierektor om randningen skett på annat sjukhus.
- 9) Vi har för avsikt att omforma alla ST-läkares Individuella UtvecklingsPlaner så att vart handledarsamtal skall innebära genomgång av IUP, följa upp genomförda aktiviteter och vid behov omformulera. Vart IUP på kliniken skall omformuleras med mer specificerat dels hur delmålen förväntas uppnås tjänstgöringsmässigt och dels hur ST-läkaren skall utvärderas/få feed back. Sålunda skall två nya rubriker tillföras IUP: a) Hur delmålen förväntas uppnås tjänstgöringsmässigt och b) Hur delmålen följs upp / utvärderas Dvs hur ST-läkaren får feed back på kunskapsnivå utifrån genomförda "sit in" eller motsvarande. ST-läkaren har obligat att genomföra minst nio dylika per år.

Kristianstad 211109

Patrik Olsson (klinikchef)



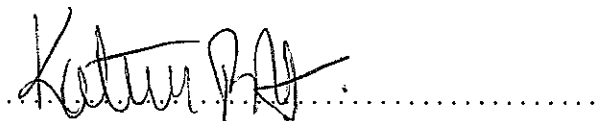
.....

Kristian Plantin (läkarchef)



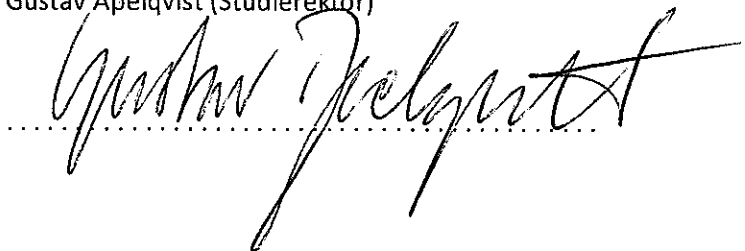
.....

Katrin Hannesdottir Björg (ST-läkare)



.....

Gustav Äpelqvist (Studierektor)



.....



Bilaga 1 – E-brev till klinikens medarbetare rörande bedömningsmetoder och handledarmötesinstruktion

Bilaga 2 – Instruktion för handledarmöte (riktlinjer)

Bilaga 3 – Instruktion för handledarmöte (checklista)

## Apelqvist Gustav

---

**Från:** Apelqvist Gustav  
**Skickat:** den 8 november 2021 13:53  
**Till:** Apelqvist Gustav; Arlehamn Matti V; Austruma Evija; Beskow Annika; Bittner Lucia; Börjesson Glenda H; Claesson Camilla S; Dybkowska Krystyna; Fogbrant Bengt E; Gardell Bjarne; Gillberg Lars; Görloff Isabella; Jawad Monir; Plantin Kristian; Mockute Lina; Pieteris Linas; Prellner Jonas; Safonov Sergej; Sander Asta; Torsténi Sophia; Von Rosen Katarina; Ahmadi Afshar Ashkan; Engström Jonas; Gidlöf Kristoffer; Gullstrand Alva; Hannesdottir Katrin; Hellberg Sandra; Karlsson Petter; Katrin hem; Koozi Hazem; Magnusson Maria; Nilsson Olof NA; Saeed Yousif x  
**Ämne:** Studierektorn önskar snar feedback samt informera lite  
**Bifogade filer:** SVAR på SPUR-rapport.docx; Bilaga 2 Handledarsamtal (riktlinjer).doc; Bilaga 3 Handledarsamtal (checklista).doc

Hej kolleger! Studierektorn här!

Viktigt inför vårt svar till SPUR!

Jag har nu, tillsammans med Kristian, gått igenom det vi diskuterade ihop under utvecklingsdagarna angående SPUR-resultatet.

Läs igenom bifogat word-dokument och inkom med synpunkter!

Dokumentet måste vara färdigt och underskrivet samt inskickat till SPUR innan 211125 (dvs inom tre månader från det vi fick SPUR-resultatet.)

-----

Jag vill också informera er om att måndagen 13 december kommer jag hålla i måndagsmötet.

Jag har då tänkt gå igenom bedömningsmetoder (de som finns i de brandgula pärnarna) liksom gå igenom de handledarinstruktioner vi omformulerat under hösten (vilka jag också bifogar).

Hur vi bäst skapar allmän tillgång till alla dessa papper, bara i pärmen eller också som klinik-PM eller på G: tänker jag vi kan diskutera den måndagen.

-----

I början av nästa termin skall vi också vika ett måndagsmöte till "handledarsamkväm" i en lokal samtidigt med "ST-läkar-samkväm" i annan lokal.

Med vänlig hälsning Gustav Apelqvist