



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Universitetssjukhuset Linköping

Klinik

Anestesi och intensivvård

Specialitet

2022-05-30

Datum

Linköping

Ort

Martin Thorsson och Maja Ewert

Inspektörer

Styrkor

- Välkomnande och inkluderande klimat med goda förutsättningar att nå måluppfyllelse för delmål C11, "specialanestesi och intensivvård"
- Engagerad och mycket uppskattad studierektor
- Närvarande och uppmuntrande handledare och instruktörer som trots hög arbetsbelastning förmår att ge ST-läkarna det stöd som behövs. Flera ST-läkare beskriver en närmast "fenomenal" patientnära undervisning.
- ST-läkarna erbjuds en föredömligt strukturerad och omfattande introduktion och intern teoretisk utbildning
- God tillgång till forskningstid och extern utbildning
- Individualiserad och utifrån ST-läkarnas behov och önskemål anpassad klinisk tjänstgöring
- Det finns en förmåga att tillvarata sidoplacerade ST-läkares kunskaper och färdigheter i olika kvalitetsarbeten såsom införande av regionalanestesi vid CABG.

Svagheter

- Den regionala rutinen för ST-utbildning, "ST-broschyren Riktlinjer för läkares ST i Region Östergötland enligt SOSFS 2015:8", är inte känd på enheten och i väsentliga delar inte implementerad.
- För "egna" ST:
 - - Ansvarsfördelningen mellan thoraxkliniken och Anopiva är inte tydliggjord för funktioner som är nödvändiga enligt föreskriftens krav.
 - - Det blir därmed otydligt vem (av två verksamhetschefer och två huvudhandledare) som ansvarar för:
 - a) intygande av uppnådd specialistkompetens
 - b) utvecklingssamtal ("kompetensutvecklingssamtal" enligt den regionala rutinen)
 - c) upprättandet och den regelbundna revisionen av det individuella utbildningsprogrammet (IUP)
 - d) den kontinuerliga bedömningen av kompetensutvecklingen samt dokumentationen av denna
 - - Det individuella utbildningsprogrammet (IUP) upprättas inte i enlighet med föreskriftens krav (se punkt "D")
 - - Klinikens underbemanning skapar risk för undanträngningseffekter för huvudhandledarens förutsättningar att säkerställa nödvändiga handledarfunktioner enligt föreskriftens krav.
- För sidoplacerade ST läkare:
 - - Klinikens underbemanning skapar även risk för undanträngningseffekter avseende handledarens förutsättningar att fullgöra ansvar enligt föreskriftens krav som handledare under sidotjänstgöring.
 - - Återkoppling saknas enligt regionala rutinen till hemklinik vid avslutad tjänstgöringsperiod.
 - - Handledningen saknar struktur kopplad till ett individuellt utbildningsprogram. Viktiga funktioner liksom delmål riskerar därför att utelämnas såsom regelbunden revision av IUP utifrån ST-läkarens behov och att utbildningsaktiviteter, bedömningar och återkoppling inte sker för samtliga delmål (vilket brukar innebära risk att A och B delmål utelämnas).
 - - Det saknas målbeskrivning för tjänstgöringsperioden som är känd av handledare och ST-läkare. Bedömning av måluppfyllelse blir därför subjektiv och icke formaliserad vilket också innebär att fortlöpande bedömning och återkoppling med koppling till delmål uteblir. Specialistkollegiet som hålls en gång per ST-läkare är för detta ändamål inte tillräckligt då bedömning inte sker på delmålsnivå.
 - - Det saknas fortlöpande handledning, bedömning och återkoppling i vetenskaplig kompetens, kvalitetsarbete, kommunikation och ledarskap.

Förbättringspotential

- Klargör ansvarsfördelningen mellan thoraxkliniken och anopiva.
- Antalet fast anställda specialistläkare behöver öka för att minska riskerna för undanträngningseffekter framförallt avseende handledningsfunktionen.
- Implementera och gör utbildningens aktörer medvetna om innehållet i den regionala rutinen för ST-utbildning. Detta kommer att tydliggöra ansvarsfördelning och arbetsuppgifter för ST, handledare, huvudhandledare, studierektor och verksamhetschef.
- Skapa och revidera regelbundet individuella utbildningsprogram enligt föreskriftens krav med delmål (vad) kopplade till utbildningsaktivitet (när och hur) samt med vilka metoder måluppfyllelse ska bedömas (exv specialistkollegium, OLA/EDAIC, DOPS, mini-CEX och 360).
- Skapa målstyrda placeringar istället för tidsstyrda. Då kommer enhetens egna ST-läkare sannolikt kunna vara en längre period vid den egna enheten. Det blir också tydligare för ST-läkaren hur utbildningen kommer att se ut och skapa en trygghet att denne kommer att nå målen med ST-utbildningen även om en längre period förläggs vid hemkliniken. Målstyrda "hemvändarveckor" kommer sannolikt också att upplevas mer meningsfulla för ST-läkaren.
- Kliniken använder sig redan av informella "EPAs" – "Entrustable professional activities". Detta är aktiviteter som ST-läkarna förväntas utveckla en viss nivå av självständighet inom under sin sidoplacering.

Formalisera dessa aktiviteter, såsom exempelvis "anestesi vid CABG" och "rondning av THIVA patient", och koppla dem till delmål. För CABG kan exempelvis delmål A1, B3, C1, C2, C3, C4, C5, C11 och C12 bedömas. Graderna av självständighet kan anges till:

1 – behöver kontinuerlig närvaro

2 – behöver tillgång till hjälp med inställelsetid inom några minuter

3 - behöver tillgång till hjälp med inställelsetid inom 30 minuter (dvs bakjour)

4 – behöver tillgång till hjälp via telefon

5 – självständig.

"EPAn" ska också beskriva vilken grad av komplexitet som avses. För CABG och sidoplacering kan man förslagsvis beskriva den som "okomplicerad". För "EPA för CABG" kanske en rimlig nivå är "2"? Poängen med EPAs är att om ST-läkaren uppnår en viss nivå av självständighet innebär det också att tillhörande delmål är uppnådda för placeringen.

- Inför obligatoriska kontinuerliga bedömningar med på förhand kända metoder. Förslagsvis används klinikens "EPAs" som bedömningsmoment. Välj ut några EPAs (inte för många!) som väl representerar målen för sidoplaceringen och koncentrera bedömning och återkoppling till dessa EPAs.
- Handledarsamtal och kompetensbedömningar behöver dokumenteras.

- Schemalägg handledning (2h per månad enligt regional rutin) för att minska risken att den uteblir.
- Fortlöpande handledning, bedömning och återkoppling i vetenskaplig kompetens kan ske genom införandet av regelbundna möten där vetenskapliga resultat och metodologi diskuteras och där ST-läkaren strukturerat får återkoppling på sina insatser.
- Tillvarata alla moment i den kliniska vardagen som möjlliggör handledning, bedömning och återkoppling i kommunikation och ledarskap. En fördel med att använda strukturerade bedömningar med på förhand kända metoder är att dessa delmål ofta inkluderas i instrumentet och att instruktör/handledare och ST då påminns att även reflektera kring dessa delmål.
- Tillvarata alla moment i den kliniska vardagen där ST-läkare instruerar och utbildar andra medarbetare för handledning, bedömning och återkoppling i detta delmål (A1).

STRUKTUR

A Verksamheten

Thoraxkirurgisk klinik med specialiteterna thoraxkirurgi, thoraxanestesi och kärlkirurgi. Verksamheten är bred och inkluderar all modern thorax- och kärlkirurgi exklusive transplantationsverksamhet. Enheten med dess patientunderlag ger goda förutsättningar för måluppfyllelse för placering inom specialanestesi och intensivvård.

Enheten har egna ST (dvs ST-läkare som är anställda av enheten). Dessa ST-läkare genomför huvudsakligen sin tjänstgöring vid Anopiva Linköping. Den kompletterande tjänstgöringen är tillräckligt allsidig för att möjliggöra måluppfyllelse.

Det finns en regional rutin för genomförande och utvärdering av ST men den är inte lokalt känd och i väsentliga delar inte implementerad.

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

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.
- 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.

B Medarbetarstab och interna kompetenser

Vid kliniken arbetar 11 specialister och det finns kontinuerligt 6 sidoplacerade ST-läkare som genomför sin specialanestesiplacement på enheten under sammanlagt 6 månader.

Kliniken har anställt 4 "egna" ST-läkare som huvudsakligen tjänstgör vid AnOpIVA Linköping men där kliniken fortfarande, i nuvarande form, har det huvudsakliga utbildningsansvaret.

Kliniken är underbemannad och hyrläkare bemannar kontinuerligt dag och jourpass inklusive bakjourer. Hyrläkare deltar aktivt i ST-utbildningen som instruktörer.

Varje fast anställd specialistläkare handleder flera ST-läkare. Om samtliga handledarfunktioner ska uppfyllas enligt föreskriftens krav bedöms antalet handledare (fast anställda specialistläkare) inte vara tillräckligt. Det finns tillräcklig tillgång till kliniska instruktörer för att ST-läkarna ska få erforderligt stöd i den kliniska tjänstgöringen.

Det finns skriftliga instruktioner för handledning men dessa används inte vid handledningen.

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

- 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 ändamålsenlig och möjliggör måluppfyllelse. Det finns tillgång till funktionell arbetsplats och erforderliga IT-stöd.

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

Det finns en informell målbeskrivning där det bland handledare och instruktörer finns en uppfattning om vad som är rimliga mål att uppnå under sidotjänstgöringen. Det finns även en formaliserad målbeskrivning som inte är känd bland ST-läkare och handledare.

Det finns bland ST-läkare och handledare en varierande kännedom om utbildningsboken, dvs den av SFAI uttolkade målbeskrivningen.

Det saknas styrande dokument för tjänstgöringens upplägg både för egna ST och sidoplacerade ST. Detta är en redogörelse för vilka delmål och kompetenser som ska förvärfvas när och hur under placeringen/placeringarna samt hur måluppfyllelse ska bedömas. Det styrande dokumentet brukar ligga till grund för de individuella utbildningsprogrammen.

Det upprättas för kliniken egna ST en planering för tjänstgöringsperioder men dessa kopplar inte till delmål eller hur måluppfyllelse ska bedömas. Kliniken rekommenderar kurser men dessa kopplar inte till individuella delmål och det anges inte hur måluppfyllelse för dessa delmål ska bedömas (exv via EDAIC eller OLA för teoretiska mål). Klinikens egna ST-läkarna saknar därmed individuella utbildningsprogram (IUP) enligt föreskriftens krav som klargör koppling mellan delmål ("vad"), utbildningsaktivitet ("hur" dvs vilka kurser och klinisk tjänstgöringar som behövs och "när" dessa ska genomföras) och metoder för att bedöma måluppfyllelse. Detta innebär också att IUP inte följs upp och revideras i enlighet med föreskriftens krav.

Trots underbemanning vittnar ST-läkarna i stort sett genomgående om ett gott stöd i den kliniska tjänstgöringen.

Introduktionsprogrammet är strukturerat och genomförs enligt plan.

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

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

ST-läkarna saknar individuella utbildningsprogram (IUP) enligt föreskriftens krav (se punkt "G") vilket också innebär att handledarsamtalen inte kan utgå från IUP. Schemalagda handledarsamtal saknas (tiden för schemalagda handledarsamtal bör uppgå till 2h/månad enligt regional rutin). Handledarsamtalen dokumenteras i regel inte.

För sidoplacerade ST-läkare används specialistkollegium som fortlöpande bedömning av kompetensutvecklingen (1 gång under tjänstgöringsperioden på 6 månader).

Måluppfyllelse bedöms inte på delmålsnivå i samband med kollegiet. I övrigt genomförs sällan och på frivillig bas kompetensbedömningar med på förhand kända och överenskomna metoder (såsom DOPS och mini-CEX) och de kopplar inte till måluppfyllelse av individuella delmål. Detta innebär att den fortlöpande kompetensutvecklingen inte bedöms utifrån målbeskrivningen. Kompetensbedömningarna dokumenteras inte på delmålsnivå vilket är ett krav enligt föreskriften.

I de fall bristande måluppfyllelse identifierats har det återrapporterats till respektive hemklinik men det sker inte en systematisk återkoppling vid tjänstgöringsperiodens avslut (vilket det uppmanas till i den regionala rutinen)

Bristande måluppfyllelse har föranlett åtgärder så som tydliggjorda krav på ST-läkaren och förändrade utbildningsinsatser. Det finns en skriftlig rutin för åtgärder vid risk att inte nå måluppfyllelse.

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.
- Fortløpande 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 sidoutbildning 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

Kliniken erbjuder rikliga interna utbildningstillfällen och ST-läkarna har förhållandevis lätt att komma iväg på extern utbildning.

Eftersom ST-läkarna saknar individuella utbildningsprogram (IUP) där det framgår vilka delmål som ska uppnås genom kurs samt hur måluppfyllelsen ska bedömas för dessa delmål är den interna och externa utbildningen inte inplanerad i IUP.

Med självstudier avses enligt den regionala rutinen även medicinska möten och andra interna utbildningstillfällen. Enligt den regionala rutinen ska omfattningen motsvara 10% av en heltid. Eftersom IUP saknas är självstudier inte planerade i IUP även om omfattningen och kvaliteten bedöms motsvara föreskriftens krav. Med "inplanerad" avses att man anger omfattning, mål och hur bedömning av måluppfyllelse ska ske. Om omfattningen av den interna utbildningen bibehålls och om mål och tillvägagångsätt för bedömning av måluppfyllelse anges kommer även kravet för självstudier enligt föreskriftens bör krav uppfyllas. Det behöver alltså inte skapas ytterligare utrymme under tjänstgöringen för enbart "självstudier".

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

Verksamheten bedriver klinisk forskning med flera pågående projekt. Det finns goda förutsättningar för genomförande av skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.

ST-läkarna presenterar vetenskaplig litteratur i viss utsträckning men det sker inte systematiskt och det sker inte någon bedömning och återkoppling på dessa insatser. Regelbundna möten (exempelvis "journal clubs") där vetenskapliga resultat och metodologi diskuteras saknas.

ST-läkarna involveras i kvalitetsarbeten men det sker inte någon bedömning och återkoppling på dessa insatser.

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-läkares 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 praktiserar ledarskap och kommunikation i samband med den kliniska tjänstgöringen. Ledarskap och kommunikation diskuteras i vardagen med kliniska instruktörer men det sker inte någon strukturerad bedömning och återkoppling på dessa delmål.

ST-läkarna instruerar och undervisar utbildningsläkare från andra specialiteter men det sker inte någon handledning, bedömning och återkoppling.

ST-läkarna innehar inte handledningsfunktioner vid enheten (såsom planering, bedömning och återkoppling av måluppfyllelse).

Det saknas strukturerade och regelbundet återkommande reflektioner i inom- eller mellanprofessionell grupp för måluppfyllelse avseende delmål A2 och B1.

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.

Åtgärdsplan efter SPUR- inspektion

Genomgång av den regionala rutinen för ST- utbildningen ” ST- broschyren Riktlinjer för läkarens ST i Region Östergötland enligt SOSFS 2015:8” med handledare, studierektor och verksamhetschef planeras.

Skapande av en styrande rutin för egna ST i samarbete med AnOp US Linköping samt på den egna kliniken för randande ST enligt SFTAI´s nya samlade målbeskrivning (bilaga 1).

Genomgång och vid behov revision av den individuella utbildningsplanen för egna ST under minst två gemensamma handledarsamtal/ år (AnOp och Thoraxkärkliniken). I samband med dessa koppling av delmål och utbildningsaktivitet samt skapande av gemensamma rutiner på båda kliniker för bedömning av måluppfyllelse. Som tidigare ST- kollegiet och SFAI´s sitt- ins, men också möjlighet till DOPS, mini- CEX och 360° samt genomgång med handledarna.

För randande ST minst ett specialistkollegium under randningstiden. Målbeskrivning för delmål Thoraxanestesi och –intensivvård enligt SFTAI´s riktlinjer (C11, C2, C3, C 4, C5, C 6, C 10) till grund för bedömningen. Som hjälpmedel används SFAI´s sitt- ins, DOPS, mini- CEX och 360° som finns tillgängligt på THIVA och Thorax- Op. Handledarsamtal före ST- kollegiet för avstämning och efter ST- kollegiet för återkoppling. Handledaren på hemmakliniken bjuds in till ST- kollegiet på Thoraxanestesi US Linköping och får, om hen inte kan närvara, information angående adeptens utveckling och måluppfyllelse från thoraxklinikens handledare efter genomfört ST- kollegiet.

Bedömning angående kommunikation och ledarskap enligt Socialstyrelsens målbeskrivning görs i samband med ST- kollegiet under randningstiden.

Kliniken kommer införa rutiner kring bedömning och återkoppling gällande den vetenskapliga kompetensen i samband med presentationer av vetenskapliga arbeten, förbättningsarbeten, ST- arbetet och Journal clubs.