



# EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

**Blekingesjukhuset Karlskrona**

Klinik

**Urologi**

Specialitet

**2022-10-20 – 2022-10-21**

Datum

**Karlskrona**

Ort

**Johan Brändstedt**

Inspektör

## Styrkor

- Bra utbildningsklimat
- Allsidig verksamhet och bra tillgång till basal urologi
- Bra tillgång till specialister
- Schemalagd handledning
- Engagerad studierektor
- Återkommande traumaövningar med feedback
- Bra och strukturerad introduktion

## Svagheter

- Avsaknad av strukturerade bedömningar med kända verktyg
- Bristfällig struktur vad gäller det vetenskapliga arbetet och kvalitetsarbetet
- Stor jourbörda
- Avsaknad av schemalagd studietid
- Bristfällig fortlöpande bedömning av ST läkarens kompetensutveckling utifrån målbeskrivningen

## Förbättringspotential

- Använda bedömningsverktyg, tex DOPS, mini CEX, 360 graders bedömning
- Fler tillfällen med journalclub och mer struktur avseende feedback och genomläsning av artikeln innan
- Tydliggöra nivån och presentationsformen för det vetenskapliga arbetet
- Överväga AT läkare nattetid på akuten för att ge ST läkaren möjlighet att operera

# STRUKTUR

## A Verksamheten

Kliniken är förlagd på två geografiska sjukhus, Karlshamn och Karlskrona, och uppdelad i sektioner där urologin är en egen sektion. Upptagningsområdet är ca 160000.

Det finns 3 överläkare, 1 specialistläkare och 3 ST läkare, där en precis har börjat. Ingen av specialisterna har disputerat.

I Karlskrona finns akutmottagning, intensivvård, slutenvård samt operationsverksamhet dygnet runt. I Karlshamn bedrivs öppenvård inklusive skopiverksamhet samt elektiv kirurgi med möjlighet till slutenvård. Tillgång till robot finns och man utför i princip all urologisk kirurgi förutom cystektomier och percutana stenoperationer.

Sammantaget finns goda förutsättningar för att utbilda ST läkare.

### 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

Läkarstaben på den kirurgiska kliniken består av 30 specialister och 10 ST-läkare där man inom den urologiska sektionen är 3 överläkare, 1 specialist och 3 ST-läkare. Läkargruppen är uppdelad på två läkarchefer varav den ena är chef för ST-läkarna i urologi. Alla ST-läkare har en huvudhandledare som gått handledarutbildning. ST-läkarna har en studierektor med specialistkompetens inom kirurgi, men får hjälp av sektionsansvarig urolog vid behov. Det finns numera en tydlig uppdragsbeskrivning för studierektorn. Handledarträffar för handledarna saknas. Det finns en övergripande studierektor vars uppgift bland annat innebär att ansvara för att A- och B-målen kan uppfyllas. Hon utgör också en stödfunktion för klinikstudierektorn.

### 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

På kliniken finns adekvata lokaler och utrustning för att bedriva ST-utbildning i urologi. Jourrummet håller god standard. På sjukhuset har kirurgkliniken tillgång till kliniskt träningscentrum som för närvarande inte använts i ST utbildningen. På kliniken finns även tillgång till en laparoskopisimulator som skulle kunna användas i större utsträckning.

### 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 bra introduktion och struktur kring tjänstgöringen under första året med ett kirurgiskt basår. Resterande tid tjänstgör man på den urologiska sektionen men deltar i primärjourlinjen för kirurgkliniken. Frekvensen jourarbete är hög och påverkar den urologiska utbildningen negativt. Det finns en tydlig tanke i progressionsutvecklingen för ST-läkarna, både vad gäller operation och mottagning, men det saknas skriftliga riktlinjer för detta. Detta fungerar dock väl, sannolikt på grund av att man är så få ST-läkare. Narkosrandning planeras av SR. Ingen ytterligare randning är planerad, men 3 månader på universitetskliniken uppmuntras.

### 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

Kliniken har schemalagd tid för handledning varje tisdag, vilket i praktiken innebär att det kan genomföras ca var 3:e-4:e vecka. Fortlöpande bedömning av ST-läkarens kompetensutveckling görs till stor del genom specialistkollegium, som genomförs 2 gånger/termin. Strukturen kring specialistkollegium kan förbättras med krav på genomförda bedömningar (t ex DOPS, Sitt-in, 360 grader) inför dragning av varje ST läkare. Ovan nämnda bedömningsverktyg bör användas i större utsträckning kontinuerligt i den kliniska vardagen. Det saknas en strukturerad fortlöpande bedömning och avstämning av delmålen, och utbildningsplanen riskerar att till stor del bli tidsstyrd.

## 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 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

SR har initierat ST eftermiddagar 1-2 gånger per termin avsedd för internutbildning för ST läkarna. ST läkarna bjuds in att delta i Region Skånes utbildningstillfällen för ST läkarna i samband med deras regionmöten. ST läkarna uppmuntras att genomföra den europeiska examen och tid för förberedelse inför detta erbjuds. Tid för självstudier saknas och kan med fördel planeras in inför ST eftermiddagar för att höja kvaliteten av internutbildningen. Det saknas struktur för planerade teoretiska studier.

### 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 läkarna har goda förutsättningar att gå kurs i medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete som arrangeras centralt. Det saknas i praktiken struktur och tidsplan för när detta ska genomföras och följas upp, vilket innebär att kompetensen avseende detta inte kan bedömas. Tid för genomförandet av arbetena är centralt reglerat till 10 respektive 4 veckor, men utnyttjas i praktiken inte. Kliniken har Journalclub 1-2 gånger per termin där en ST läkare presenterar en artikel. Någon strukturerad feedback i samband med detta förekommer inte. För detta ändamål kan man med fördel utse en specialist som är ansvarig för att ge strukturerad feedback. Artikeln bör skickas ut i förväg så att alla har en chans att läsa in sig.

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-läkaren ges förutsättningar att utveckla ledarskapskompetens. Detta bedöms och återkoppling sker fortlöpande efter bland annat rondarbete, traumaövningar samt efter specialistkollegium. Detta kan med fördel göras i större utsträckning och med bedömningsverktyg i den kliniska vardagen. Eftersom bedömningsverktyg inte används blir handledning, bedömning och återkoppling av den kommunikativa kompetensen bristfällig. ST läkaren bereds möjlighet att handleda AT läkare och läkarstudenter men får ingen strukturerad handledning och återkoppling avseende detta.

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 – SPUR oktober 2022

Kirurgkliniken, Blekingesjukhuset

## Handledning och uppföljning

### ST-kollegium:

- Rutiner för ST-kollegium är reviderad, där det nu är ett krav att ST-läkaren utför 360 graders bedömning inför ST-kollegium där personen är aktuell och sammanställning av bedömningarna görs av huvudhandledaren inför ST-kollegium, se bilaga 1.
- 360 graders bedömningsmall är nu tillgänglig på vår samarbetsyta under vår ST-flik.

### Handledarträff:

Handledarträff kommer att inplaneras x 1 årligen, första redan inplanerad d. 1/6 - 23, där vi går igenom rutiner för handledning och övriga frågor. Dessutom presenteras revisioner av rutiner för diverse utbildningsinstruktioner på onsdagsmöte för alla. Se bilaga 2.

### Handledning:

Rutiner för handledning är uppdaterade, se bilaga 3.

### Utbildningstavla:

På det centrala ”signeringsrum” som ligger mellan kirurgens läkare expeditioner och kirurg/urologimottagningen är vi i process att sätta upp en utbildningstavla. Denna kommer att användas till att sprida utbildningsinformation, inkludera fack innehållande bedömningsmallar i pappersform, för att göra dessa lätt tillgängliga i en utbildningssituation.

- Vi är i process att sätta upp liknande fack på COP i Karlskrona, OP i Karlshamn samt kirurg/urologimottagningen i Karlshamn.

### Utbildningsveckor:

- Vi kommer att införa utbildningsveckor (bedömningsveckor) x 4 årligen med fokus på utvärdering av ST-läkarna. Dessa veckor kommer att annonseras på vår elektroniska infotavla samt på morgonmötet. Detta för att skapa fokus på att få genomfört sina bedömningar. Se bilaga 4.
- Dessutom har vi ST-veckorna där det är fokus på bedömning av den specifika operativa kompetens.
- Vi har nyligen infört körkort för specifika ingrepp, vilket kräver tid för att utvärdera och införa rutiner för detta.

## **Teoretisk Utbildning**

### Självstudier:

Från höstschemat 2023 införs självstudietid för alla ST-läkare, ½ dag per månad, där ST-läkaren planerar, gärna i samband med handledare, vilket ämnen som ska inläsas.

### ST-möte/ST-eftermiddag:

Nyligen infört att på ST-mötet planera in 1 föreläsning av ST-läkare med närvarande relevant specialist, som kan ge återkoppling, samt 1 föreläsning av specialistläkare intern eller extern. Det införes bedömningsmall för att ge bättre struktur på återkopplingen. Se bilaga 5.

## **Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete**

### Journal club:

Ändring av rutin. Aktuell artikel mailas till alla läkare på kliniken 1 vecka innan journal club tillfälle. Grupp av vetenskapligt intresserade utses som har ansvar för att ”opponera” och ge efterföljande återkoppling på presentation. Även återkoppling på pedagogik och kommunikation. Se bilaga 6.

### Vetenskapligt arbete:

- Krav på att börja vetenskapligt arbete andra året av ST. I form av anmälan till FoU och utarbeta projektplan. Denna plan ska presenteras på efterföljande onsdagsmöte, samt halvvägs i arbetet samt färdiga arbetet. Detta för att få ett mer genomgripande arbete med medicinsk vetenskap genom en större del av ST'en, samt att få möjlighet för återkoppling av kollegor. Se bilaga 7.
- På samarbetsytan under fliken ST-läkare kan laddas upp ämnen för framtida vetenskapliga arbeten, som inspiration för ST-läkarna, under namnet ”Inspirationsbox Vetenskapligt Arbete”. Detta kan speciellt vara lämpligt för sektionschefer som har en inblick i deras specifika verksamhet
- Uppmana till att presentera på vetenskapligt möte.

### Kvalitetsutveckling:

- Krav på att börja kvalitetsarbete tredje året av ST, med presentation av arbetet på onsdagsmötet vid lagt plan, halvvägs och färdigt projekt. Detta för att göra det ett mer genomgripande moment av ST-utbildningen.
- På samarbetsytan under fliken ST-läkare kan laddas upp ämnen för framtida kvalitetsprojekt, som inspiration för ST-läkarna, under namnet ”Inspirationsbox Kvalitetsarbete”. Detta kan speciellt vara lämpligt för sektionschefer som har en inblick i deras specifika verksamhet
- Gå regionens Seminarium för ”Systematisk kvalitets och patientsäkerhetsarbete”, se bifogat dokument för info. Se bilaga 8.

## Ledarskapskompetens och kommunikativ respons

### Kommunikativ kompetens:

I den kliniska vardagen, genomföra SIT-IN med handledare.

Genomförande av Mini-CEX enligt rutiner.

- Återkoppling efter presentation på Journal club och ST-föreläsning på ST-möten som är ett återkommande utbildningstillfälle som planeras löpande under utbildningen.

Vid avdelningsplacering under en vecka, återkoppling från senior kollega när ST-läkare har hållit i hela eller del av rondan.

360 graders bedömning enligt tidigare beskrivning.

På kirurgkliniken genomförs rutinmässiga, schemalagda traumaövningar där ST-läkaren deltar som traumaledare, där det efterföljande ges återkoppling i gruppen/teamet på ledarskap och kommunikation. Se bilaga 9.

### Handledning under handledning:

Involvera den BT/AT-läkare eller student man är handledare för i 360 graders bedömning.

- Använda mallen återkoppling till handledare, nu tillgänglig på ST-fliken på samarbetsytan.
- Använda dessa bedömningsverktyg som diskussionsunderlag i handledningstillfället med sin huvudhandledare, samt diskutera specifika handledningsfrågor.

Se bilaga 1.

### Inom- eller mellanprofessionell reflektion i grupp:

Vi är i process att planera in ST-möte med "Balint" tema eller "månadens svåra fall" på ST-möten under hösten 2023, där utöver vanlig CBD även etiska aspekter lyfts upp.

Undersöker möjligheten att ha psykolog närvarande för att leda diskussion.

På akuten genomförs som rutin, debriefing efter svåra fall.

Diskussion/återkoppling efter rutinmässiga traumaövningar.

Lene Frimand Rønnow

ST-studierektor

Maria Thornéus

ST-läkare, kirurgi

Göran Dellgren

VerksamhetsChef