



# EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

**Astrid Lindgrens Barnsjukhus**

Klinik

**Anestesi och intensivvård**

Specialitet

**2022-10-12**

Datum

**Solna**

Ort

**Martin Thorsson och Emma Pontén**

Inspektörer

## Styrkor

- Omvittnat välkomnande och inkluderande klimat
- Aktiva insatser för arbetsklimatet har gett hög grad av trivsel hos både ST-läkare och specialister
- Verksamheten är organisatoriskt väldefinierad med tydligt uppdrag och mandat att hantera sina resurser till bland annat utbildning. Det möjliggör ett utnyttjande av utbildningstillfällen såsom exempelvis barnanestesi på Karolinska Huddinge.
- Kontinuerlig bedömning av kompetensutvecklingen sker på veckobasis
- Gott stöd och närvaro av instruktörer och handledare som är måna om att ST-läkarna ska få ut så mycket som möjligt av sin sidotjänstgöring.
- ST-läkarna har viss möjlighet att påverka sin kliniska tjänstgöring efter egna behov och klinikens förutsättningar.

## Svagheter

- Sidotjänstgöringen saknar en styrande rutin för vilka mål som ska uppnås i samband med olika utbildningsaktiviteter (såsom kliniska placeringar och teoretiska utbildningar), när dessa utbildningsaktiviteter ska genomföras under sidotjänstgöringen och hur måluppfyllelse för de olika delmålen ska bedömas. Det resulterar i att varje ST-läkare själv åläggs ett betydande ansvar att skapa sina egna mål för placeringen vilket riskerar att utelämna väsentliga mål och skapa en ojämnhet i utbildningens kvalitet.
- Den kontinuerliga bedömningen (genom veckobedömning och specialistkollegium) utelämnar vissa för sidotjänstgöringen väsentliga A, B och C-delmål. Det saknas bland annat fortlöpande handledning, bedömning och återkoppling i "vetenskaplig kompetens" (delmål A5) liksom "medarbetarskap, ledarskap och pedagogik" (delmål A1).
- Handledarna tjänstgör i liten utsträckning med sin ST-läkare under tjänstgöringen vilket försvårar den kontinuerliga kompetensbedömningen och återkopplingen.

## Förbättringspotential

- Skapa en styrande rutin för sidotjänstgöringen enligt ovan där mål kopplade till utbildningsaktiviteter kopplade till bedömningar på delmålsnivå tydliggörs.
- För att konkretisera målen kan "Entrustable professional activities" (EPAs) införas. EPAs är aktiviteter som ST-läkarna förväntas utveckla en viss nivå av självständighet inom för att måluppfyllelse ska anses föreligga. Skapa förslagsvis ca 5 stycken, såsom exempelvis "anestesi till barn <1år/10kg" och "rondning och omhändertagande av IVA patient", och koppla dessa till delmål både inom specialanestesi (C11) men också för de andra A, B och C-delmålen. För "rondning och omhändertagande av IVA patient" kan exempelvis delmål A1, A2, A3, B1, B3, B5, C1, C2, C7, C8, C9 också bedömas. Graderna av självständighet kan anges till 1 - behöver kontinuerlig närvaro 2 - behöver tillgång till hjälp med inställetid inom några minuter 3 - behöver tillgång till hjälp med inställetid inom 30 minuter (dvs bakjour) 4 - behöver tillgång till hjälp via telefon 5 - självständig. Poängen med EPAs är att om ST-läkaren uppnår en viss nivå av självständighet innebär det också att tillhörande delmål i väsentliga delar kan bedömas uppnådda för placeringen. En EPA kan bedömas genom en DOPS eller mini-CEX genom att ett ställningstagande till grad av självständighet införs. Detta finns redan implementerat i de bedömningsinstrument som finns på STairs.
- Utforma en skriftlig uppdragsbeskrivning och kontrakt till studierektorn.
- Inför handledarträffar där handledare får uppdatering kring exempelvis regelverk, strukturerade kompetensbedömningsmetoder och EPAs.
- Schemalägg handledare tillsammans med ST-läkarna för att underlätta handledning och den kontinuerliga kompetensbedömningen.
- Fortlöpande handledning, bedömning och återkoppling i vetenskaplig kompetens kan ske genom att ST-läkaren strukturerat får återkoppling på sina insatser i samband med klinikens journal clubs.
- Tillvarata moment i den kliniska tjänstgöringen som möjliggör handledning, bedömning och återkoppling i kommunikation och ledarskap. Fördelen med strukturerade bedömningar med på förhand kända metoder (såsom DOPS och mini-CEX) är att dessa delmål ofta inkluderas i instrumenten och att dessa delmål då blir föremål för bedömning, återkoppling och handledning.
- Utnyttja ST-läkarna för klinikens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och ge dem återkoppling och handledning på sina insatser.
- I verksamheten finns sköterskor under vidareutbildning och andra läkare under utbildning. Utnyttja ST-läkarna för undervisning och handledning av dessa kategorier och ge dem återkoppling på sina insatser. Ett annat sätt att införa handledning, bedömning och återkoppling på detta delmål vore att införa utbildningssalar där ST-läkaren kan arbeta tillsammans med VUB-elev.

# STRUKTUR

## A Verksamheten

Bred barnanestesiologisk verksamhet med tillhörande intensivvård (exkl hjärtkirurgi) med brett spektrum av komplexitet från mycket svårt sjuka, intensivvårdskrävande neonatala barn till dagkirurgi på friska tonåringar. Verksamheten bedrivs på två platser; Karolinska Solna och Karolinska Huddinge. Intensivvården med tillhörande Långtidsintensivvård och Intermediärvårdsenhet har 10 vårdplatser. Det finns en tillhörande smärtenhet där ST-läkarna är placerade under sin sidotjänstgöring. ST-läkarna auskulterar också på ECMO-enheten (som är en egen verksamhet) och de ges möjlighet att följa med under barntransporter utanför sjukhuset. Verksamheten med dess patientunderlag ger genom sin allsidighet goda förutsättningar för måluppfyllelse inom de delar av målbeskrivningen som rör barnanestesi och barnintensivvård. Enhetens utbildningskapacitet är fullt utnyttjad där ytterligare neddragen produktion på grund av personalbrist kan äventyra förutsättningarna för måluppfyllelse.

### 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

Verksamheten är väsentligen fullbemannad med fler än 60 specialistkompetenta läkare varav majoriteten är biträdande överläkare eller överläkare. Det finns ett stort antal disputerade läkare (>20 st). Studierektorn saknar uppdragsbeskrivning men i praktiken erhålles den tid och de resurser som behövs för att denna ska fungera som en organisatorisk stödfunktion. Det saknas regelbundna handledarträffar.

### 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

Det saknas patientnära och funktionella arbetsstationer som möjliggör datorarbete (informationsinhämtning och journalgenomgång) med samtidigt deltagande i patientflöde på operationsavdelningen på Karolinska Solna. På operationsavdelningen saknas det också samlingsplats där läkargruppen kan mötas för diskussion. På de andra enheterna (dagkirurgi och Huddinge liksom IVA) fungerar detta väl.

### 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

KOMMENTAR AVSEENDE PUNKTER SOM UTGÖR UNDERLAG FÖR GRADERING Punkterna i checklistan nedan som avser aktivitet med IUP (dvs att det regelbundet ska följas upp och revideras) avser hemkliniken följsamhet till föreskriften och utgör inte underlag för gradering denna granskning.

Verksamheten saknar en tydlig rutin och styrdokument för hur sidotjänstgöringen vid enheten ska genomföras. Detta är en vägledning kring vilka utbildningsaktiviteter (kliniska tjänstgöringar och teoretiska moment) som genomförs, när dessa ska ske och hur måluppfyllelse ska bedömas.

### 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

### KOMMENTAR AVSEENDE PUNKTER SOM UTGÖR UNDERLAG FÖR GRADERING

Föreskriftspunkterna avser hemklinikens aktiviteter med de individuella utbildningsprogrammen och utgör inte underlag för gradering eller bedömning i denna granskning förutom "Fortlöpande bedömning av ST-läkarens kompetensutveckling utifrån målbeskrivningen och utbildningsprogrammet". Detsamma gäller punkt 3 och 7 under allmänna råd.

Det sker en systematisk och kontinuerlig bedömning och dokumentation av ST-läkarnas kompetensutveckling för vissa A, B och C-delmål genom att en veckobedömning genomförs av den instruktör som ST-läkaren väsentligen tjänstgjort med. . Veckobedömningarna används i samband med specialistkollegium som genomförs 2 gånger för varje ST-läkare. Veckobedömningen återkopplas till ST läkaren antingen omedelbart, eller vid handledarsamtal efter specialistläkarkollegiet.

Vissa A och B delmål, såsom pedagogik, etik och medicinsk vetenskap, berörs inte under veckobedömningen eller under specialistkollegiet. Bedömningen av C-delmålen genomförs men det är varierande vilka moment som bedöms. Utöver veckobedömningen och specialistkollegiet genomförs sällan kompetensbedömningar med på förhand kända och överenskomna metoder såsom DOPS och mini-CEX. Det sker alltså inte en fortlöpande bedömning utifrån målbeskrivningen då flera delmål inte berörs.

I del fall man identifierat risk att ST-läkare inte når måluppfyllelse har dessa ärenden hanterats och föranlett adekvata åtgärder. Det finns en systematisk beredskap för hur dessa ärenden ska omhändertas även om den inte är formaliserad i en skriftlig rutin och plan. Det sker inte en systematisk återkoppling till hemkliniken efter avslutad sidotjänstgöring i de fall man bedömt att måluppfyllelse föreligger. Handledarsamtal genomförs minst 3 gånger under placeringen. Handledarsamtalen dokumenteras i regel inte.

### 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

Verksamheten planerar och genomför teoretisk utbildning för ST-läkarna i enlighet med målbeskrivningen vilket möjliggör goda förutsättningar för teoretisk måluppfyllelse.

### **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

KOMMENTAR AVSEENDE PUNKTER SOM UTGÖR UNDERLAG FÖR GRADERING Då handledningen, bedömningen och återkopplingen i medicinsk vetenskap ska vara fortlöpande under hela ST och då sidotjänstgöringsperioden är lång (6 månader) utgör denna punkt underlag för gradering i denna granskning. Däremot utgör inte punkterna kring kvalitetsarbete underlag för gradering då detta inte behöver ske med samma frekvens.

ST-läkarna presenterar vetenskaplig litteratur i samband med "journal clubs". Det sker i regel inte någon bedömning eller återkoppling på dessa insatser. ST-läkarna involveras inte i kliniken kvalitets- och förbättringsarbeten.

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

## H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

KOMMENTAR AVSEENDE PUNKTER SOM UTGÖR UNDERLAG FÖR GRADERING Då handledningen, bedömningen och återkopplingen i ledarskap och kommunikation ska vara fortlöpande under hela ST och då sidotjänstgöringsperioden är lång (6 månader) utgör denna punkt underlag för gradering i denna granskning. Punkterna som avser "undervisning under handledning" och "handledning under handledning" utgör inte underlag för gradering.

ST-läkarna praktiserar ledarskap och kommunikation i samband med den kliniska tjänstgöringen. Ledarskap och kommunikation diskuteras i vardagen med kliniska instruktörer och i varierande omfattning i samband med handledarsamtalen men det sker inte någon strukturerad bedömning och återkoppling på dessa insatser. Det finns utbildningsläkare från andra specialiteter och sjuksköterskor under vidareutbildning vid enheten men ST-läkarna involveras inte i undervisningen och handledningen av dessa. Det finns möjlighet för ST-läkarna att delta i mellanprofessionell reflektion i grupp genom de så kallade "etikcaféerna"

## 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.