



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Skånes Universitetssjukhus

Klinik

**Barnanestesi och
intensivvård**

Specialitet

2022-10-10 – 2022-10-14

Datum

Lund

Ort

Martin Thorsson och Emma

Pontén

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Goda informella strukturer och processer med välfungerande introduktion, patientnära instruktioner, teoretisk undervisning och kompetensbedömningar av måluppfyllelser.
- Synnerligen engagerad sektionschef och studierektor som arbetar kliniskt och nära ST-läkarna.
- Konkret och verklighetsanpassad målbeskrivning
- Läkarexpedition på operation, som ger plats för kliniknära kunskapsöverföring och återkoppling.
- Mycket välkomnande och stöttande anestesijuksköterskor som bidrar till gott samarbetsklimat.

Svagheter

- Bedömningen och dokumentation av måluppfyllelse på delmålsnivå för enhetens egna ST-läkare saknas. Det framgår inte heller i de individuella utbildningsplanerna hur detta ska göras.
- Den styrande rutin som finns för sidotjänstgöringen klargör mål och utbildningsaktiviteter men inte hur måluppfyllelse ska bedömas.
- Motsättningar inom specialistläkargruppen har förekommit vilket påverkat ST-läkarnas arbetsklimat.
- Kompetensbedömningarna och återkopplingen sker ad-hoc och riskerar att utelämnas väsentliga delmål såsom "vetenskaplig kompetens" (delmål A5) och "medarbetarskap, ledarskap och pedagogik" (delmål A1).
- Handledarfunktionen är varierande och individberoende och handledarna tjänstgör i liten utsträckning med sin ST-läkare vilket försvårar den kontinuerliga kompetensbedömningen och återkopplingen.
- Återkoppling sker inte systematiskt till hemklinik vid avslutad sidotjänstgöringsperiod.

Förbättringspotential

- Klargör hur måluppfyllelse ska bedömas för enhetens egna ST-läkare ner på delmålsnivå. Konkret bör detta ta sig uttryck i regelbunden avstämning av de delmål som ska uppnås under de kompletterande tjänstgöringsperioderna mot de enheter där den kompletterande tjänstgöring genomförs.
- Utveckla den styrande rutinen för sidotjänstgöringen där delmål (A, B och C) kopplade till utbildningsaktiviteter kopplade till bedömningar tydliggörs.
- För att konkretisera målen och underlätta bedömning av måluppfyllelse kan så kallade Entrustable Professional Activities (EPAs) användas. EPAs är aktiviteter som ST-läkarna förväntas utveckla en viss nivå av självständighet inom för att måluppfyllelse ska anses föreligga. Skapa förslagsvis 3-4 stycken, såsom "anestesi till ASA 1-2 barn <1år/10kg" och "CVK till barn <3 år" och koppla dessa till delmål både inom specialanestesi (C11) men också för de andra A, B och C-delmålen. För "anestesi till ASA 1-2 barn <1år/10 kg" kan exempelvis delmål A1, A3, B1, B3, B5, C1, C2, C3, C4 och C5 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.
- Bibehåll det framgångsrika arbete som sker riktat mot arbetsklimat och interkollegiala relationer.
- Inför specialistkollegium 1 gång för varje sidotjänstgörande ST-läkare.
- Inför handledarträffar med uppdatering kring exempelvis regelverk, strukturerade kompetensbedömningsinstrument och EPAs.
- Schemalägg handledare tillsammans med ST-läkarna i större utsträckning för att underlätta handledningen och den kontinuerliga kompetensbedömningen.
- Tillvarata moment i den kliniska tjänstgöringen som möjliggör handledning, bedömning och återkoppling i kommunikation och ledarskap. Nyttja för detta ändamål med fördel strukturerade bedömningar med på förhand kända metoder (såsom DOPS, miniCEX och 360) då A och B delmål inkluderas i instrumenten vilket gör att de i större uträkning faktiskt bedöms och återkopplas.
- Fortlöpande handledning, bedömning och återkoppling i vetenskaplig kompetens kan ske genom att ST-läkaren strukturerat får återkoppling på presentation av vetenskaplig litteratur i samband med klinikens onsdagsmöten.

STRUKTUR

A Verksamheten

Bred barnanestesiologisk verksamhet med tillhörande intensivvård (inkl hjärtkirurgi). Antalet anestesier 2021 var drygt 4500 och de vanligaste ingreppen är diagnostiska undersökningar vid olika typer av onkologiska sjukdomar, korrektion av enklare hjärtfel som kammarseptumdefekt och förmaksseptumdefekt, barnkirurgiska ingrepp som operation för ljumskbråck och icke nedstigen testikel samt ortopediska ingrepp vid frakturer. Intensivvården har för tillfället 5 vårdplatser. Vanligaste patientgruppen behöver postoperativ vård efter hjärtkirurgi. Det finns ett smärteam. Verksamheten har normalt 2 ST-läkare i taget för sidotjänstgöring under 16 veckor. Enheten har två egna ST-läkare som huvudsakligen genomför kompletterande tjänstgöring vid andra enheter för att möjliggöra måluppfyllelse.

Verksamheten med dess patientunderlag ger genom sin allsidighet förutsättningar för måluppfyllelse inom de delar av målbeskrivningen som rör barnanestesi och barnintensivvård. Den kompletterande tjänstgöringen för enhetens egna ST-läkare bedöms tillräckligt allsidig för att möjliggöra måluppfyllelse.

Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Det finns skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur verksamhetens specialiseringstjänstgöring ska genomföras.
- Vårdgivaren tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur bedömning av ST-läkarens kompetens ska göras.
- Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig.

Kvalitetsindikator

- Det finns rutiner som, utöver extern granskning, anger hur kvaliteten i ST-utbildningen kontinuerligt ska utvärderas och säkerställas.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd 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.

B Medarbetarstab och interna kompetenser

Verksamheten är väsentligen fullbemannad med 18 specialistkompetenta läkare varav majoriteten är biträdande överläkare eller överläkare. Det finns 8 disputerade läkare.

Majoriteten har gått handledarutbildning, men några för länge sedan, och med en äldre författning. En huvudansvarig ST-handledare saknar handledarutbildning.

Det saknas regelbundna handledarträffar.

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

- Den huvudansvariga handledaren har ett bevis om specialistkompetens i avsedd specialitet.
- Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.
- Övriga handledare är legitimerade läkare med relevant specialistkompetens.
- Det finns tillgång till specialistkompetent studierektor, som har genomgått handledarutbildning.
- Det finns tillgång till handledare i en omfattning som motsvarar behovet av handledning.
- Det finns tillgång till medarbetare som kan ge nödvändiga instruktioner.

Allmänna råd

- Studierektor har relevant specialistkompetens.

Kvalitetsindikator

- Det finns generella skriftliga instruktioner för hur handledningen av ST-läkare ska gå till.
- Handledarna ges minst en gång per år möjlighet till utbildning/uppdatering/kompetensutveckling inom området.
- Det finns skriftlig uppdragsbeskrivning för studierektorn.

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. Åtgärder krävs.

C Lokaler och utrustning

Lokalerna för verksamheten är adekvata. Utrustningen är modern och ändamålsenlig. Läkarexpeditioner finns på respektive enhet, med tillräcklig mängd datorer. På expeditionerna sker mycket informell daglig utbildning och återkoppling.

Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

- Utrustning för diagnostik, utredning och behandling är adekvat.
- Utrustning för mottagningsverksamhet, möten och behandlingskonferens på distans är adekvat.

Kvalitetsindikator

- ST-läkarna har tillgång till funktionell arbetsplats.
- Det finns tillgång till relevanta IT-baserade kliniska beslutsstöd, sökbar vetenskaplig databas samt stöd från bibliotek eller FoU-enhet under hela specialiseringstjänstgöringen.

Gradering

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

PROCESS

D Tjänstgöringens uppläggning

Verksamhetens egna ST-läkare har individuella utbildningsplaner men dessa klargör inte hur respektive delmål ska bedömas vilket innebär att utbildningsplanerna inte utgår från kraven i målbeskrivningen. Sidotjänstgörande ST-läkare arbetar endast dagtid. Detta bedöms öka förutsättningarna för måluppfyllelse då de utbildningsaktiviteter som framförallt skapar förutsättningar för måluppfyllelse genomförs dagtid. För enhetens egna ST-läkare bedöms jourtjänstgöringen utgöra en adekvat del av tjänstgöringen

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

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

- Verksamheten tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas, samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg. Dessa ska vara kända och användas.
- Jourttjänstgöring/beredskap utgör en adekvat del av tjänstgöringen.
- Alla ST-läkare har lika rättigheter, skyldigheter och möjlighet att uppnå målen i målbeskrivningen oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

Föreskrift

- Verksamhetschefen på det tjänstgöringsställe där en ST-läkare genomför sin huvudsakliga tjänstgöring har det övergripande ansvaret för ST-läkarens ST-utbildning.
- Den ansvariga verksamhetschefen ansvarar för att det för varje ST-läkare tas fram ett individuellt utbildningsprogram och att det för varje ST-läkare utses en huvudansvarig handledare.
- Varje ST-läkare har ett utbildningsprogram som utgår från målbeskrivningen och som omfattar de utbildningsaktiviteter som behövs för att uppfylla kompetenskraven i målbeskrivningen.
- Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.
- Studierektorn samordnar ST-läkarnas interna och externa utbildningsaktiviteter.

Allmänna råd

- Studierektorn är en organisatorisk stödfunktion till verksamhetschef, handledare och ST-läkare.
- I studierektorns arbetsuppgifter ingår att ansvara för att utarbeta introduktionsprogram för ST-läkarna.
- Studierektorn tar del av kompetensbedömningarna.

Kvalitetsindikator

- Alla ST-läkare får introduktion till tjänstgöringen.
- Leg läkare som arbetar vid enheten med sikte på ST och som avslutat sin BT och/eller BT-läkare som påbörjat sin ST med BT vid enheten har tillgång till individuella utbildningsprogram och handledning i enlighet med ST.

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. Åtgärder krävs.

E Handledning och uppföljning

Det sker en informell bedömning och återkoppling av kompetensutvecklingen för vissa delmål under sidotjänstgöringen. Denna sker ad-hoc och i varierande omfattning, både i frekvens och adresserade delmål. Specialistkollegium genomförs inte för de sidotjänstgörande ST-läkarna. Det sker inte regelbundet kompetensbedömningar med på förhand kända och överenskomna metoder (såsom DOPS och mini-CEX). Det sker alltså inte en fortlöpande bedömning utifrån målbeskrivningen då den inte systematiskt och regelbundet sker på delmålsnivå. Då bedömningarna är informella dokumenteras de inte på delmålsnivå. Detsamma gäller enhetens egna ST-läkare; de specialistkollegium som hålls för detta ändamål är otillräcklig då bedömningen är övergripande och då individuella delmål inte bedöms. Det finns en detaljerad handledarinstruktion men den används i varierande omfattning. Handledarsamtal genomförs i varierande omfattning och är individberoende. Dessa är inte schemalagda och de dokumenteras inte. Handledarträffar saknas. De huvudansvariga handledarna tjänstgör inte där enhetens egna ST-läkare huvudsakligen tjänstgör. I del fall man identifierat risk att sidotjänstgörande ST-läkare inte når måloppfyllelse har dessa ärenden hanterats och föranlett ändamålsenliga åtgärder. Det finns en beredskap för att hantera dessa ärenden även om det saknas en formaliserad skriftlig rutin och plan. Det sker inte en systematisk återkoppling till hemkliniken efter avslutad sidotjänstgöring.

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

- Varje ST-läkare ges kontinuerligt handledning i form av stöd och vägledning med utgångspunkt i det individuella utbildningsprogrammet.
- Det finns en utsedd huvudansvarig handledare för varje ST-läkare.
- Varje ST-läkare har tillgång till en handledare för varje del av tjänstgöringen.
- Den huvudansvariga handledaren bedömer ST-läkarens kompetensutveckling kontinuerligt, med utgångspunkt i målbeskrivningen för specialiteten och det individuella utbildningsprogrammet.
- Det finns fastställda rutiner för bedömningar av ST-läkarens kompetens.
- Verksamheten har rutiner för hur den kontinuerliga bedömningen dokumenteras (För ST enligt 2015:8 är verksamhetschef ansvarig enligt ovan)

Allmänna råd

- ST-läkaren bör, utöver handledning, få fortlöpande instruktioner, samt återkoppling från de som har gett instruktionerna.
- Handledningen är inplanerad i den ordinarie tjänstgöringen för huvudansvarig handledare och ST-läkare.
- Den huvudansvariga handledaren tjänstgör vid det tjänstgöringsställe där ST-läkaren genomför sin huvudsakliga specialiseringstjänstgöring. Om så inte är fallet ska vårdgivaren på något annat sätt säkerställa att huvudhandledaren är tillgänglig för handledning och även i övrigt har förutsättningar att utföra sitt uppdrag.
- Varje handledare har genomgått handledarutbildning som tillgodoser kraven enligt föreskriften.
- Om det finns en risk för att en ST-läkare inte kommer att uppfylla kompetenskraven bör det leda till en åtgärdsplan. En åtgärdsplan bör omfatta justeringar i det individuella utbildningsprogrammet, förändringar i vårdgivarens utbildningsinsatser eller tydligare krav på ST-läkarens insatser.
- Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.
- Verksamhetschefen eller motsvarande håller regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkarna.

Kvalitetsindikator

- ST-läkarnas sidutbildning följs upp.

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. Åtgärder krävs.

F Teoretisk utbildning

För enhetens egna ST-läkare är teoretiska utbildningsmoment planerade och genomförs i enlighet med målbeskrivningen. För de sidotjänstgörande ST-läkarna erbjuds en god informell teoretisk undervisning i samband med den kliniska tjänstgöringen men då den är oplanerad och sker ad-hoc riskerar vissa moment att utelämnas.

Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

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

Allmänna råd

- Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerade interna utbildningsaktiviteter.
- Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerade externa utbildningsaktiviteter.
- Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerad tid för självstudier.

Kvalitetsindikator

- Den teoretiska interna utbildningen är systematiskt uppbyggd med koppling till Socialstyrelsens delmål.

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. Åtgärder krävs.

G Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete

KOMMENTAR AVSEENDE PUNKTER SOM UTGÖR UNDERLAG FÖR GRADERING

Då sidotjänstgöringens tid är begränsad utgör inte punkterna: "ST-läkarnas kompetens i medicinsk vetenskap bedöms fortlöpande och återkoppling sker" och "ST-läkarens kompetens i kvalitetsutveckling bedöms fortlöpande och återkoppling" underlag för gradering eller bedömning i denna granskning. Detsamma gäller kvalitetsindikatorn "ST-läkares genomförda individuella arbeten publiceras eller presenteras vid vetenskapliga möten".

Det sker en diskussion kring vetenskaplig litteratur och metodik i samband med den kliniska tjänstgöringen men den sker ad-hoc och i varierande omfattning. ST-läkarna presenterar ibland vetenskaplig litteratur i samband med läkarmöten men det sker inte systematiskt någon bedömning eller återkoppling på dessa insatser. Enhetens egna ST-läkare har goda förutsättningar för genomförande av vetenskapligt arbete och planeras att genomgå av regionen anordnad utbildning. Det finns goda förutsättningar för att genomföra kvalitetsarbete men kompetens i kvalitetsutveckling bedöms och återkopplas inte fortlöpande.

Föreskrift

- ST-läkarens kompetens inom medicinsk vetenskap bedöms utifrån kunskap kring vetenskapliga metoder och forskningsetiska principer.
- ST-läkaren bedöms utifrån förmågan att kunna kritiskt granska och värdera vetenskaplig information, samt i sitt arbete ta ansvar för att omsätta och tillämpa denna kunskap.
- ST-läkaren deltar i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i sådan utsträckning att förutsättningar för delmåluppfyllelse föreligger.
- Utbildning erbjuds för att uppnå ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt.
- Det finns goda förutsättningar för genomförande av ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.
- Det finns goda förutsättningar för att genomföra, dokumentera och redovisa ett kvalitetsarbete.

Allmänna råd

- ST-läkaren ges möjlighet till utbildning inom patientsäkerhetsarbete och systematiskt kvalitetsarbete.

Kvalitetsindikatorer

- Under det senaste året har av ST-läkare genomförda arbeten publicerats och/eller presenterats (av ST-läkaren) vid vetenskapliga/professionella sammankomster.
- Det finns tillgång till ett välfungerande doktorandprogram.
- Enheten har regelbundna möten där medarbetare diskuterar och kritiskt granskar vetenskaplig litteratur.

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. Åtgärder krävs.

H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

KOMMENTAR AVSEENDE PUNKTER SOM UTGÖR UNDERLAG FÖR GRADERING

Föreskriftspunkterna som avser fortlöpande handledning, bedömning och återkoppling i ledarskap och kommunikativ kompetens utgör inte underlag för gradering för sidotjänstgöringen då denna bedöms tidsmässigt för kort. Detsamma gäller de allmänna råden "undervisning under handledning" och "handledning under handledning".

ST-läkarna praktiserar ledarskap och kommunikation i samband med den kliniska tjänstgöringen. ST-läkarna håller sällan och på eget initiativ i kortare presentationer på läkarmöten. Systematisk bedömning och återkoppling på dessa insatser saknas.

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 sker mellanprofessionella reflektioner i grupp i form av "debriefing" men dessa sker ad-hoc och läkargruppen bjuds inte systematiskt in till dessa.

Föreskrift

- ST-läkaren ges förutsättningar att kontinuerligt utveckla ledarskapskompetens i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkaren bedöms kontinuerligt i medicinskt ledarskap och multiprofessionellt samarbete och återkoppling sker.
- ST-läkaren genomgår utbildning i hälso- och sjukvårdens förutsättningar i enlighet med målbeskrivning.
- ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.
- ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.
- ST-läkaren bereds möjlighet att planera och genomföra undervisning.
- ST-läkarens kompetens i undervisning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.
- ST-läkaren bereds möjlighet att handleda medarbetare och studenter.
- ST-läkarens kompetens i handledning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.

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 reflektion i grupp i enlighet med målbeskrivningen.

Kvalitetsindikatorer

- Det finns möjlighet att auskultera hos chefer och ledare inom organisationen.

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. Åtgärder krävs.

Skånes universitetssjukvård

Handlingsplan för efter SPUR inspektion av sektionen för Barnanestesi, 2022-10-12

Verksamhetsområde: Vo barnkirurgi och neonatalvård, SUS

Datum: 2023-03-17

ST Studierektor: Emilie Krite Svanberg
Sektionschef: Jan Gelberg

	Vidtagna och planerade åtgärder	Ansvarig för genomförande	Datum för genomförd åtgärd	Ansvarig för uppföljning	Datum för uppföljning
B Medarbetare och interna kompetenser					
Samtliga huvudansvariga ST handledare har inte genomgått handledarutbildning	Samtliga huvudansvariga ST handledare ska genomgå handledarutbildning	Studierektor	2023-03-01	Studierektor	2023-06-30
Regelbundna handledartäffar för ST handledarna saknas	Handledarmöten planeras 2 gånger årligen	SC/Studierektor	2023-05-31	Studierektor/SC	2024-01-01
D Tjänstgöringens upplägg					
ST läkarna saknar individuellt utbildningsprogram som utgår från kraven i målbeskrivningen	ST läkarnas individuella studieplaner har reviderats	SC/Studierektor	2023-03-17	Studierektor/SC	2024-02-29
EHandledning och uppföljning					

	handledarinstruktionen och ska tydliggöras i handledargruppen.				
ST läkarnas sidoutbildning följs inte upp	Lokal handledare ska återkoppla till huvudhandledaren på hemorten. Detta tydliggörs på klinikens APT.	Lokal handledare	2023-03-01	Studierektor	2023-12-31

Lund 230317

 Martin Johansson
 ST-läkare
 Sektionen för Barnanestesi

 Emilie Krite Svansson
 Studierektor
 Sektionen för Barnanestesi

 Jan Gelberg
 Sektionschef
 Sektionen för Barnanestesi