



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Östra
Klinik

Anestesi och
intensivvård
Specialitet

2023-05-30
Datum

Emma Pontén och Kerstin Edlund
Inspektörer

SOSFS 2015:8
Föreskrift

Styrkor

- God kollegial stämning på kliniken
- Engagerade, välkomnande handledare och instruktörer
- God teoretisk utbildning med externa kurser och regionala utbildningsinsatser som prioriteras. St-läkarna ges möjlighet att delta i den teoretiska utbildningen vid placering på moderkliniken.
- Inläsningstid planeras in i verksamheten
- Goda digitala läromedel
- Alltid namngiven specialist som stöd dagtid, och specialist på huset under jourtid ger trygghet.
- Fungerande introduktionsprogram finns
- Verksamhetens art med tidigt både IVA och anestesi tidigt under ST-utbildningen ger en bred kompetens tidigt under ST
- Efter genomgången ST med rotation så uppnår ST-läkaren en god och allsidig kompetens
- ST-läkarna har en utmärkt möjlighet att undervisa under handledning och få återkoppling av detta i och med organiserad utbildning för sköterskor och undersköterskor
- ST-läkarnas teoretiska kunskap utvärderas med HOLA och ofta även EDAIC Part 1. Kliniken står för kostnad och viss inläsningstid.

Svagheter

- Klinikens specialister är så få att de inte rimligtvis i längden kan upprätthålla god kvalitet i handledning och instruktion. Detta är ett hot mot klinikens goda utbildningsklimat som måste lösas.
- De långa sidoplaceringarna under av ST-utbildningen ställer mycket höga krav på samarbete avseende mellan de olika sjukhusen. Detta för att bedömning av måluppfyllelse ska kunna göras, vilket kontinuerligt måste medvetandegöras hos huvudhandledare, mottagande enheters handledare och studierektorer.
- Konkreta och användbara målbeskrivningar saknas. Både på övergripandenivå och på delmålsnivå.
- De individuella utbildningsprogrammen är ofullständiga, och man kan inte på delmålsnivå följa mål - utbildningsaktivitet - kontroll av måluppfyllelse. Detta får till följd att många föreskriftspunkter blir svåra att uppnå till fullo
- Handledningen är inte schemalagd.
- Det saknas rutiner för hur kvaliteten i ST-utbildningen kontinuerligt utvärderas och säkerställs.
- Det saknas möjligheter att delta i reflektion i grupp.
- ST-läkaren deltar inte kontinuerligt i patient- och säkerhetsarbete.
- ST läkarna har inte en kontinuerlig handledning i handledning, och de handleder ej under handledning.

Förbättringspotential

- För att möjliggöra fortsatt utbildning inom verksamheten måste fler fasta specialister rekryteras annars kan inte utbildningen kvalitet upprätthållas på sikt.
- Förutsättningar för hur bemanningsläget ska kunna förbättras bör analyseras och åtgärder implementeras.
- Skapa konkreta målbeskrivningar för samtliga olika placeringar under utbildningen och även en övergripande för hela utbildningen inom VGR för ST-läkare med grundanställning på Östra Sjukhuset.
- För att öka användbarheten av utbildningsprogrammet bör man utarbeta ett övergripande utbildningsprogram som på detaljnivå gör att man kan se koppling delmål - utbildningsaktivitet - kontroll av måluppfyllelse. Detta ska sedan göras känt bland alla ST-läkare och handledare och individualiserats.
- Varje ST-läkare ska tidigt under utbildningen utarbeta sitt individuella utbildningsprogram i samråd med sin handledare och studierektor.
- Det individuella utbildningsprogrammet ska användas i handledningssituationen kontinuerligt och revideras minst två gånger per år samt vid behov.
- Öka medverkan i specialistläkarkollegier som genomförs när ST-läkarna är på andra sjukhus, samt inbjuda huvudansvarig handledare för de ST-läkare som endast har en kortare placering på Östra Sjukhuset, SU och genomgår ett specialistläkarkollegium där. Struktur för genomförande av detta bör utarbetas gemensamt för det tre sjukhusen.
- Handledningstid ska planeras i schemat
- Skapa ett strukturerat system för intern kvalitetsgranskning av ST- utbildningen som komplement till den externa granskningen som endast sker var femte år.
- ST-läkarens möjlighet att delta i reflektion i grupp i enlighet med målbeskrivningen bör utvecklas
- ST-läkarens kompetens i kvalitetsutveckling bör bedömas och återkoppling bör ges
- Vidareutveckla ST-läkarens möjlighet att handleda under handledning

STRUKTUR

A Verksamheten

Det finns skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur specialiseringstjänstgöringen ska genomföras. Verksamhetsområdet AnOpIVA på Östra Sjukhuset, Sahlgrenska omfattar anestesi för gastrokirurgi med tyngdpunkt på colorektala ingrepp, obstetrik inklusive riskgraviditeter för hela Göteborgsområdet, tandingrepp på barn, smärtenhet med mottagning och operativa ingrepp och allmän IVA med fyra respiratorplatser. I verksamheten finns även en tryckkammare där elektiva och akuta patienter behandlas. Östra Sjukhuset var Covidsjukhus för Göteborgsområdet vilket påverkade verksamheten mycket, och till viss del ännu.

Jourtjänstgöring ingår, efter introduktion, efter ca 6 månaders tjänstgöring och där ingår jour på IVA, medan jour på förlossningen kommer senare under utbildningstiden. Det finns alltid en specialist på sjukhuset.

Verksamheten följer Socialstyrelsens föreskrift och SFAIs utbildningsbok om hur ST skall genomföras och utvärderas vilket tillsammans med en välplanerad och strukturerad sidoutbildning säkerställer en god och jämn kvalitet i specialisttjänstgöringen. Den heltäckande ST-utbildningen förutsätter samarbete med SU/Sahlgrenska/Mölndal/thorax och DSBUS. En god regional samordning och samarbete avseende av ST-utbildningen finns. ST läkarna tillbringar i realiteten ca 2 år på Östra Sjukhuset, SU, resterande tid av ST är placeringen på Sahlgrenska Sjukhuset SU och Mölndals Sjukhus SU samt sidotjänstgöringar på thorax, barn och prehospitalt.

Det finns en områdesövergripande årlig ST-enkät som, utöver extern granskning, utvärderar och säkerställer utbildningens kvalitet genom att fånga upp ST läkarnas upplevelse av sin utbildning. Den uppfyller till viss del detta mål. Bör utökas och breddas med andra delar för att få en mer heltäckande bild och bli en fullgod interngranskning.

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

Det finns inte fast anställda specialister i sådan numerär att så det motsvarar behovet av handledare med tanke på antalet ST-läkare. Det finns en mycket engagerad grupp specialister som både handleder och instruerar alla ST-läkare - nästan 30 som är anställda på kliniken, samt de externa som gör sina placeringar på sjukhuset. Specialisterna är dock så få att var och en behöver handleda alltför många ST-läkare för att arbetsbördan skall vara långsiktigt hållbar. En handledare är inte utbildad, men han är nyss tilldelad ST-läkare och utbildning är planerad. Specialistkollegium och handledarträffar med uppdatering/utbildning/kompetensutveckling genomförs regelbundet.

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

Lokaler, inkl jourrum, arbetsplatser och mötesrum är tillfyllest för verksamheten. Det finns omfattande digitala resurser, men en del ST-läkare saknar kunskap om hur de används. Fysiska böcker är inte uppdaterade, men ST-läkarna anser inte att det är problematiskt då de digitala böckerna är lätt tillgängliga.

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 upplägg

Verksamheten saknar övergripande målbeskrivning för ST-läkarutbildningen. Det finns enstaka dokument för tjänstgöringens upplägg, men det är svårt att enkelt förstå hur de ska uttolkas. ST-läkarna känner inte till hur deras ST kommer att se ut eller vilka kurser de ska gå, informationen fås huvudsakligen av äldre ST-kollegor.

Verksamhetschefen på Östra har det övergripande ansvaret för de läkare som anställs där. Det ställs stora krav på kommunikation mellan enheter för att säkerställa att hela ST genomförs med hög och jämn kvalitet, då ST-läkaren endast gör ca två år av sin utbildning på Östra Sjukhuset Sahlgrenska. Digitala hjälpmedel som t ex "ST-plan" kan underlätta detta arbete.

Det saknas målbeskrivningar för de olika placeringarna, som konkret och på delmålsnivå beskriver vad utbildningsmålen är för en given placering. Detta är extra viktigt då ST kommer att genomföras på tre olika sjukhus, och att samordningen behöver vara tydlig så att alla delar av delmål och hela delmål uppfylls.

Det utbildningsprogram som finns uppfyller föreskriftens basala krav, men saknar detaljnivå som gör att man tydligt kan se koppling delmål - utbildningsaktivitet - kontroll av måluppfyllelse. Det har inte individualiserats och är inte känt bland alla ST-läkare. Det har sålunda inte heller följts upp och reviderats regelbundet, som minst 2 gånger/år

Studierektorn tar del av alla kompetensbedömningar, samt försöker även se till att huvudhandledare är delaktiga i specialistläkarkollegier, även när de sker på andra sjukhus.

Det finns en introduktion skriftligt och praktiskt, men ST-läkarna upplever trots det första tiden som rörig och oplanerad.

I enkäten fanns antydningar om diskriminering under sidotjänstgöringen, men inget aktuellt framkom under inspektionen.

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.
- Jourtjänstgöring/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 kompetensbedömning

Då individuella utbildningsprogram delvis saknas försvåras kontinuerlig handledning med utgångspunkt från IUP liksom att utvärderingen av progressionen i förhållande till IUP inte genomförs enligt intention. Då målbeskrivningar saknas till stor del blir det svårt att koppla delmål till de olika kliniska placeringarna i den praktiska verksamheten.

En personlig huvudhandledare är utsedd för varje ST-läkare. Men då antalet fast anställda specialister är mycket få får flera huvudhandledare ansvar för tre till fyra ST-läkare. Handledarsamtal schemaläggs inte primärt utan det förväntas att handledare och ST-läkare ska hitta luckor i tjänstgöringen för handledarsamtal, de kan då föra in dem i schemat men möjligheten utnyttjas bristfälligt.Handledning ges motsvarande upp till en timme per månad. Huvudhandledaren ges möjlighet att fullfölja sitt uppdrag även när ST-läkaren tjänstgör utanför kliniken.

Till stor del dokumenterar ST-läkarna handledarsamtal, uppnådd kompetens, förvärvade kunskaper och färdigheter i enlighet med målbeskrivningen.

Fortlöpande bedömning av ST-läkarnas kompetensutveckling sker i samband med specialistkollegium som sker med varierande frekvens, med målet minst en gång per år för varje ST-läkare. Många av dessa specialistläkarkollegier kommer att äga rum på andra sjukhus, eftersom tjänstgöringen till övervägande del av på andra enheter, vilket ställer stora krav på samordning och kommunikation. Detta har lösts bland annat med länkade möten. Det finns fastställda rutiner för bedömningen av ST-läkaren och rutiner för hur den kontinuerliga bedömningen dokumenteras. Handledarträffar hålls två gånger per år. ST-chefen har årliga medarbetarsamtal med samtliga ST-läkare.

Det finns en skriftlig åtgärdsplan för att hantera de fall då ST-läkare brister i kompetens.

Trots den bristande tillgången på specialister tillgodoses behovet av instruktioner i det dagliga arbetet och vi upplever att det råder en god kollegial stämning på kliniken.

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

ST-läkarnas deltagande i externa och interna kurser prioriteras, ffa när de är placerade på Östra sjukhuset, men i mindre omfattning under rotation till andra sjukhus.

Inom regionen förekommer samarbete i "ST-väst", med teoretisk utbildning varannan fredag. Studierektorerna arbetar med en tvåårs snurra för att säkerställa att alla relevanta delmål täcks. Det regionala utbildningsprogrammet "ST-väst" ger en god måluppfyllelse till flera delmål, men kopplingen till delmål skulle kunna synliggöras i planering och inbjudan till aktiviteterna.

Det individuella utbildningsprogrammet innehåller inte information om självstudietid och en studieplan. Däremot finns rutiner för självstudietid i andra styrande dokument. ST-läkarna har tillräckligt med självstudietid inplanerat i schemat.

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 systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

ST-läkarna deltar i regiongemensam kurs för att uppnå medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt enligt målbeskrivningen och de ges förutsättningar att kontinuerligt utveckla sin ledarskapskompetens, strukturerad kontinuerlig bedömning och återkoppling sker i samband med specialistkollegium.

ST-läkarna har en Journal Club på Östra Sjukhuset och under sin placering på Sahlgrenska sjukhuset har de artikelgranskning som utvärderas av specialister en gång per månad.

Läkarna deltar inte kontinuerligt i kvalitets- och säkerhetsarbete under ST. Kvalitetsarbete görs av alla ST-läkare, dock utan tilldelad tid. Alla går kurs i kvalitets och patientsäkerhetsarbete. Det är det kontinuerliga arbetet som brister.

Det finns förutsättningar för genomförande av vetenskapligt arbete med 4 veckors avsatt arbetstid för detta.Handledare för det vetenskapliga arbetet finns begränsat inom verksamheten men finns att tillgå inom andra delar i VGR. Det finns flera arenor för att redovisa det vetenskapliga arbetet, även publikationer i vetenskapliga tidskrifter förekommer.

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-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

ST-läkarna deltar i regiongemensam ledarskapskurs och de ges förutsättningar att kontinuerligt utveckla sin ledarskapskompetens, strukturerad kontinuerlig bedömning och återkoppling sker i samband med specialistkollegium.

ST-läkarna handleder beroende på erfarenhet kandidater, AT- och randande ST-läkare. Inom området handledning saknas strukturerad bedömning och återkoppling ST-läkaren bereds inte möjlighet att handleda under handledning.

Under specialistläkarkollegierna utvärderas kommunikativ kompetens och därefter sker återkoppling, däremot saknas handledning inför moment.

ST-bereds möjlighet att planera och genomföra undervisning som bedöms och återkopplas fortlöpande och framåtsyftande handledning ges.

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 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.

Handlingsplan SPUR 2023

1. Det finns tillgång till handledare i en omfattning som motsvara behovet av handledning:
 - Ledningen på AnOpIVA Östra Sjukhuset ser allvaret i bristen av handledare på kliniken och man har redan börjat arbeta med rekrytering, dels för att behålla nyblivna specialister dels för att nyrekrytera specialister till kliniken. På så sätt har det redan rekryterats 3 handledare till kliniken sedan årsskiftet, vilket inte är nog men en början.
 - Detta har redan påbörjats och kommer vara ett kontinuerligt arbete.
 - Ansvar ligger hos klinikledningen.

2. Verksamheten tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas, samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg. Dessa ska vara kända och användas.
 - Vi har skapat en ny gemensam SharePoint-yta på intranätet där all relevant information och dokument är samlade samt uppdaterade för berörda ST-läkare.
 - Nya målbeskrivningar samt lokala riktlinjer för varje placering med respektive delmål är publicerade på gemensam SharePoint-yta på intranätet som ST-läkarna har tillgång till. De lokala riktlinjerna är även upphängda på väggen inne på varje läkarexpedition i respektive enhet. Dessutom har informationen skickats till alla berörda ST-läkare. Se bifogad fil.
 - En uppdaterad version av IUP är gjord och publicerad på intranätet. Dessutom har informationen skickats till alla berörda ST-läkare. Den har förtydligats och är nu mera översiktlig. Skapar en överblick över utbildningens 5 år, men ger även möjlighet till individuella justeringar, planeringar och önskemål. Tillsammans med studierektor/handledare och ST-läkare bearbetas IUP regelbundet minst 2ggr/år. Se bifogad fil.
 - Introduktionsdokument för jourer på respektive enhet är skriven och uppdaterad samt publicerad på gemensam SharePoint-yta på intranätet. Dessutom har informationen skickats till alla berörda ST-läkare. Se bifogad fil.
 - "ST plan" har införskaffats för alla AnOpIVA inom Sahlgrenska Universitets Sjukhus. Det är en digital arbetsyta där man kan på delmålsnivå beskriva, kontinuerligt, individualisera och revidera den individuella utbildningsplanen. Se bifogad fil.
 - Arbetet har gjorts och uppdateras kontinuerligt. Kommer vara implementerat och börja gälla 1 mars 2024. Ansvar ligger hos ST-studierektor.

3. Varje ST-läkare har ett utbildningsprogram som utgår från målbeskrivningen och som omfattar de utbildningsaktiviteter som behövs för att uppfylla kompetenskraven i målbeskrivningen.
 - Varje ST-läkare har ett individuellt utbildningsprogram (IUP) som utgår från målbeskrivningen och som omfattar de utbildningsaktiviteter som behövs för att uppfylla kompetenskraven i målbeskrivningen. Vidare information se punkt 2,4,5,6
 - Ramen för IUP ansvarar ST-studierektorn för.
 - Uppdatering av IUP ansvarar ST-läkare och Handledaren för.
 - Implementering senast 1 mars 2024.

4. Utbildningsprogrammet följer regelbundet och revideras vid behov.
 - Tillsammans med studierektor/handledare och ST-läkare bearbetas IUP regelbundet minst 2ggr/år. Förändringar meddelas studierektorn. ST plan används för att följa, stödja och ändra planen vid behov vilket förutom ST läkaren även handledaren och studierektorn har tillgång till.
 - Handledarsamtal planeras och dokumenteras i ST-plan.
 - Ansvariga är ST-läkare, Handledare och ST-studierektor

- Implementering senast 1 mars 2024.
5. Varje ST-läkare ges kontinuerligt handledning i form av stöd och vägledning med utgångspunkt i det individuella utbildningsprogrammet
- Bedömningsmallar med relevanta delmål finns på SharePoint- ytan samt i pappersform i varje läkarexpedition att tillgå. Dessa i form av DOPS, Mini-Cex och CBD som syftar till återkoppling och progressionsbedömning.
 - För att säkerställa kompetens samt kontinuerlig återkoppling har ett minimum av progressionsbedömning per placering satts för godkänd placering.
 - Ansvarig för bedömningsmallar är ST-studierektorn
 - Ansvarig för klinisk handledning är klinikens specialister.
 - Implementering senast 1 mars 2024
6. Den huvudansvariga handledaren bedömer ST-läkarens kompetensutveckling kontinuerligt, med utgångspunkt i målbeskrivningen för specialiteten och den individuella utbildningsplanen
- Huvudhandledare är aktiv i det årliga specialistkollegiet (även om det sker på annan sjukhus tomt).
 - Huvudhandledaren har tillgång till IUP i ST plan samt dokumentation från handledarsamtal. I ST plan finns en delmålsöversikt som visar för varje delmål och lärandeaktivitet samt vilken uppföljning som behövs. Här syns även utförda evalueringar samt progressionsbedömningar.
 - Ansvarig är Huvudhandledare
 - Ansvarig åtkomst ST-plan är ST-studierektor
 - Implementering senast 1 mars 2024
7. Handledningen är inplanerad i den ordinarie tjänstgöringen för huvudansvarig handledare och ST-läk
- Handledning planeras samt dokumenteras i ST-plan.
 - ST-läkaren och handledare informeras att 1 timme i månaden är vad som förväntas gå till handledarsamtal.
 - Ansvariga ST-läkare och Handledare
 - Implementering senast 1 mars 2024
8. ST-läkaren deltar i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i sådan utsträckning att förutsättningar för delmåluppfyllelse föreligger
- ST-läkaren bereds förutsättningar för att kontinuerligt delta i klinikens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete
 - Deltar på M&M
 - Deltar i olika patientsäkerhetsarbete till exempel MIG-gruppen, läkemedelsmodulgruppen. Där deras arbetsresultat implementeras i kliniken.
 - Ansvarig Kliniken
 - Är redan implementerat
9. ST-läkarens kompetens i handledning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.

- DOPS handledning finns att tillgå samt krav att göra under sin placering på allmän anesthesi/IVA på kliniken.

10. ST-läkaren bereds möjlighet att undervisa under handledning

- ST-läkaren schemaläggs och handleder regelbundet läkarstudenter, AT-läkare, extern randande läkare samt föreläser och undervisar praktiska moment för AT läkare under deras introduktionsvecka.
- Ansvarig kliniken samt ST-läkaren.
- Implementeras senast 1 mars 2024

11. ST-läkaren bereds möjlighet att delta i reflektion i grupp i enlighet med målbeskrivning

- Östra AnOpIVA har startat en reflektionsgrupp för ST-läkare som sker 3 ggr per termin
- I det dagliga arbetet sker debriefing i samband med allvarlig/traumatisk patienthändelse.
- Ansvarig ST-läkare samt ST-studierektor
- Implementering 1 mars 2024