



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Universitetssjukhuset Linköping

Klinik

Anestesi och intensivvård

Specialitet

2023-11-22 – 2023-11-23

Datum

Linköping

Ort

Emma Pontén och Bijan Darvish

Inspektörer

SOSFS 2015:8

HSLF-FS 2021:8

Föreskrift

Vid två parallella utbildningar – enligt SOSFS 2015:8 och HSLF-FS 2021:8 års föreskrifter – bedöms följsamheten i förhållande till båda. Om brister påvisats vad gäller följsamheten till någon av föreskrifterna krävs en handlingsplan.

Observera att bedömning av följsamhet till föreskrift, allmänna råd och kvalitetsindikatorer gäller både SOSFS 2015:8 och HSLF-FS 2021:8, såvida inte annat anges.

Styrkor

- God stämning inom verksamheten med insatt och engagerade ledning samt välfungerande specialistläkargrupp som har ST läkarnas lärande och arbetsmiljö i fokus.
- Harmonisk ST läkargrupp med god sammanhållning. Sociala aktiviteter bland ST läkare som förstärker sammanhållningen.
- Nyligen tillträdd ST-chef tillika ST studierektor som är välinsatt i ST utbildningen trots den korta tiden han innehaft uppdraget
- Genomtänkt introduktionsplan med regelbundna avstämningar i form av medsittningar, uppföljningar av ST handledare och SR. Verksamheten använder peer learning med framgång som en del av sitt introduktionsprogram.
- Universitetssjukvårdsenhet med goda akademiska resurser, en professor, fem docenter och totalt åtta disputerade läkare. Det finns tre doktorander bland ST läkarna.
- Verksamheten är tillräckligt mångsidig, innefattande anesthesi- och intensivvårdsverksamhet inkl barn och neuroanestesi för att uppfylla målbeskrivningens krav.
- ST läkarna planeras inom kort till strukturerad placering på neuro -operation och intensivvård.
- De yngre ST läkarna har regelbundna handledarsamtal samt revidering av IUP.

Svagheter

- Övergripande och enhetsspecifika målbeskrivningar för vissa placeringar saknas och där det finns är det inte känt av ST läkarna/ handledarna.
- Det genomförs inte individuella bedömningar (DOPS, Mini-CEX och CBD) med den frekvens och systematik som krävs för att kunna följa ST-läkarens progression.
- Röd tråd för uppföljning av uppnådd kompetens för IVA-placeringen dvs mellan den initiala introduktionen, tjänstgöring på IVA Vrinnevisjukhuset samt placeringen på CIVA saknas.
- Bristande kontinuitet för tjänstgöring dagtid på anestesisektionerna.
- ST läkare i senare delen av sin utbildning har färre handledarsamtal och revideringar av IUP.
- Risk att produktionsmålen skuggar över utbildningsmålen för specialiseringstjänstgöringen för verksamheten.
- Uppdragen som ST chef och ST studierektor hos samma individ skapar risk för intressekonflikt.
- Låg närvaro av specialistläkare inom de pedagogiska möten som anordnas inom verksamheten.
- Kollegornas dokumenterade pedagogiska kompetens utnyttjas inte fullt ut.
- Akademiska och vetenskapliga diskussioner i det dagliga arbetet har utrymme att förbättras.
- Journal Club (JC) finns inom verksamheten men ST läkare deltar sporadiskt. SR har ambition att initiera ST läkar-ledd JC.
- Verksamheten erbjuder 4 veckors tid för vetenskapligt arbete när vårdgivaren rekommenderar tio veckor. Detta upplevs som ett stort problem av ST-läkarna.
- Vårdgivaren/ verksamheten saknar strukturerat fördefinierat program för ST läkare där det finns risk att inte uppnå målen.
- Verksamheten behöver överväga om ST läkarnas randning på kliniska fysiologen har fortsatt värde för ST läkarnas måluppfyllelse och istället arbeta för att tillse att målen uppnås genom de interna kompetenserna inom verksamheten.

Förbättringspotential

- Övergripande och enhetsspecifika målbeskrivningar för placeringar behöver skapas, revideras, implementeras och ffa vara kända av ST läkare och handledare. Det finns för närvarande målbeskrivningar för vissa enheter som inte är kända av ST läkare.
- Förtydliga när och hur progressionsbedömning ska göras, och följ upp att det görs.
- Det behöver finnas en röd tråd avseende uppföljning av IVA-placeringen dvs mellan den initiala introduktionen, tjänstgöring på IVA Vrinnevisjukhuset samt placeringen på CIVA.
- Större kontinuitet för dagtjänstgöring inom anestesi behöver planeras.
- ST läkare som är i senare delen av sin utbildning behöver ha mer strukturerat handledarsamtal utgående från IUPn och revideringar av IUP.
- Verksamheten är beroende av årliga rekryteringar av ST läkare för att säkerställa fortsatt kompetensutveckling.
- Fundera över om funktionerna ST chef och ST studierektor bör hållas av samma person.
- Specialistläkarnas deltagande och delaktighet i de pedagogiska möten som ordnas inom verksamheten behöver förbättras.
- Ta vara på kollegornas dokumenterade pedagogiska kompetens.
- Högre akademiska och vetenskapliga diskussioner i det dagliga arbetet behöver eftersträvas givet verksamhetens akademiska och vetenskapliga kapital.
- Starta Journal club även för ST läkarna, eller uppmuntra deltagande i befintlig JC.
- Öka verksamhetens tilldelade tid för vetenskapligt arbete inom ST, så att den överensstämmer med riktlinjerna från vårdgivaren.
- Ansvarsförhållande för ST läkare anställda av Thorax-kliniken med huvudsakliga tjänstgöringen på ANOPIVA behöver tydliggöras. Det är verksamhetschefen där man har sin huvudsakliga tjänstgöring som har det övergripande ansvaret för ST läkarens utbildning, och det framgår ej av klinikens styrande dokument..
- Vårdgivaren/ verksamheten behöver ha ett strukturerat fördefinierat program för ST läkare där det finns risk att inte uppnå målen.
- Skapa möjlighet för ST läkarna att systematiskt utvärdera sina placeringar med syfte att utveckla verksamheten.

STRUKTUR

A Verksamheten

Mångsidig verksamhet innehållande anestesi/ operation och intensivvård inkl anestesi för barn, dessutom neuroanestesi med tillhörande placering inom NIVA. Central intensivvårdsavdelning med nio platser, IMA med två platser (med ambition att öppna fler platser efter årsskiftet) samt 23 operationssalar. Verksamhetens kompetens används också inom BRIVA.

Generella skriftliga riktlinjer från vårdgivaren avseende hur ST utbildning bedrivs finns.

Rutiner för kontinuerlig granskning av kvalitén på ST utbildningen saknas.

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

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | B. Socialstyrelsens föreskrifter följs. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs. |

B Medarbetarstab och interna kompetenser

Drygt 60 läkare varav 20 egna ST läkare och fyra ST läkare med grundanställning på thorax. Nyanställd ST läkare som följer föreskrift 2021. En ST-läkare per handledare.

Universitetssjukvårdsenhet med goda akademiska resurser, en professor, fem docenter och totalt åtta disputerade läkare. Det finns tre doktorander bland ST läkarna.

Nyligen tillträdd ST-chef tillika ST studierektor som är välinsatt i ST utbildningen trots den korta tiden han innehaft uppdraget.

ST handledarnas utbildning varierar avseende omfattning och föreskrift. Nystartad handledarträff inom verksamheten denna termin som är, och kommer att vara, en viktig del i handledarnas vidare kompetensutveckling.

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

2015

2021

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

Ändamålsenliga och samlade lokaler som gynnar lärandemiljön. God tillgång till utrustning, datorer, arbetsplatser samt elektronisk litteratur. Jourrum nära det kliniska arbetet.

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

2015 2021

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

ST läkarna tjänstgör främst inom verksamheten. Samtliga ST läkare har sex månaders placering på Vrinnevisjukhuset. Därtill randning på kliniska fysiologen och för vissa även placering på smärtenheten. Prehospital placering finns och kompletteras med kurs. Samtliga ST läkare tjänstgör inom thoraxanestesi med tillhörande intensivvård där även kärllkirurgi ingår.

Barnkompetens säkerställs genom placering på klinikens två barnsalar i 12 veckor. Verksamheten planerar en del förändringar för bättre kontinuerlighet för tjänstgöring dagtid tex på neurooperation och NIVA.

Övergripande och enhetsspecifika målbeskrivningar för placeringar behöver skapas, revideras, implementeras och ffa vara kända av ST läkare och handledare. Det finns för närvarande målbeskrivningar för vissa enheter som dock inte är kända av ST läkare. Bedömning av måluppfyllelse för varje delmål behöver specificeras, när och på vilket sätt det ska ske. Dessa två brister är dock inte av en sådan dignitet att det kan anses att föreskriften inte följts.

Ansvarsförhållande för ST läkare anställda av Thorax-kliniken som gör sin huvudsakliga tjänstgöring på ANOPIVA behöver tydliggöras. Det är verksamhetschefen där man har sin huvudsakliga tjänstgöring som har det övergripande ansvaret för ST läkarens utbildning, och detta framgår ej tydligt i klinikens dokument.

Studierektorn tar inte del av alla kompetensbedömningar på ett systematiskt sätt.

Genomtänkt introduktionsplan med regelbundna avstämningar i form av medsittningar, uppföljningar av ST handledare och SR. Verksamheten använder peer learning med framgång som en del av sitt introduktionsprogram.

Uppdragen som ST chef och ST studierektor hos samma individ skapar risk för intressekonflikt. Den allokerade tiden hos SR/ST-chef bedöms vara otillräcklig för det omfattande uppdraget.

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

2015 2021

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

De yngre ST läkarna har regelbundna handledarsamtal samt revidering av individuell utbildningsplan (IUP). ST läkare i senare delen av sin utbildning har färre handledarsamtal och revideringar av IUP.

Det finns brister i den kontinuerliga uppföljningen av ST läkarnas kompetensutveckling av huvudansvarig handledare. Sådan uppföljning behöver ske på delmålsnivå för samtliga delmål.

Verksamheten saknar tydliga och strukturerade rutiner för hur kontinuerlig bedömning av ST läkarnas kompetens ska ske.

Den individuella handledningen är inte planerad i den ordinarie tjänstgöringen varför handledarmöten i den frekvens som behövs uteblir.

Vårdgivaren/ verksamheten behöver ha ett strukturerat fördefinierat program för ST läkare där det finns risk att inte uppnå målen.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan för åtgärder. 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)

Föreskrift (endast 2021)

- Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.

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.

Allmänna råd (endast 2015)

- Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.
- Verksamhetschefen eller motsvarande håller regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkarna.

Kvalitetsindikator

- ST-läkarnas sidoutbildning följs upp.

Gradering

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. |
| <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas. |
| <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs. |

F Teoretisk utbildning

Vårdgivaren håller kurser som täcker delar av a och b delmålen. Återstående delar kompletteras genom kurser eller regionala utbildningsdagar (fyra dagar per termin). Den interna utbildningen behöver kopplas mot Socialstyrelsens delmål. Det finns nyligen konstruerat plan för självstudier som inte implementeras eller utnyttjas ännu.

ST-läkarAPT är nyligen infört. Morbidity and Mortality möten för ST läkare är initierat av en ST läkare och uppmuntras av ST chef/SR.

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

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. |
| <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs. |

G Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Verksamheten håller journal club men ST läkarna närvarar inte. ST läkarna planerar starta en separat journal club, som skulle kunna tillförsäkra dem en kontinuerlig träning i att värdera och granska vetenskaplig information.

Kvalitetsarbeten genomförs inom verksamheten, och kvalitets- och patientsäkerhetsaspekten tas upp varje morgonmöte, med ST-läkarna som aktiva deltagare.

Verksamheten erbjuder 4 veckors tid för vetenskapligt arbete när vårdgivaren rekommenderar tio veckor. Om tidsbrist är problem kan kanske lösningen vara att då interna kompetenser inom ultraljud finns inom verksamheten kan man ersätta sidotjänstgöringen på kliniska fysiologen med tid för vetenskapligt arbete.

4 veckor för att producera ett vetenskapligt arbete är nära gränsen för vad som kan anses vara goda förutsättningar för arbetet, men har inte bedömts föranleda brist på föreskriftsnivå.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan för åtgärder. 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.

Föreskrift (endast 2015)

- 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.

Kvalitetsindikator (endast 2021)

- ST-läkare ges möjlighet att medverka i forskningsprojekt under arbetstid.

Gradering

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. |
| <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs. |

H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

För att utveckla ledarskaps- och kommunikativ kompetens behövs framåtsyftande och kontinuerlig handledning med planering inför kommande insatser, vilket saknas på ett strukturerat sätt på kliniken.

ST läkarna behöver fortlöpande bedömning och återkoppling inom sin kompetens avseende undervisning och handledning. Mycket undervisning och handledning sker på kliniken, så möjligheterna att etablera detta torde vara goda.

ST-läkarna behöver också själva framåtsyftande handledning när de undervisar och handleder.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan för åtgärder. 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

2015 2021



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

Kommentar/svar avseende till förbättringspotential enligt SPUR-rapport

Övergripande och enhetsspecifika målbeskrivningar för placeringar behöver skapas, revideras, implementeras och ffa vara kända av ST läkare och handledare. Det finns för närvarande målbeskrivningar för vissa enheter som inte är kända av ST läkare.

- Nya och/eller reviderade målbeskrivningar redan framtagna eller under utarbetning för varje del av ST. Arbetet klart under senast HT24.

Förtydliga när och hur progressionsbedömning ska göras, och följ upp att det görs.

- Progressionsbedömning sker löpande, samt efter nyligen framtagna bedömningsmallar för olika delar av tjänstgöringen, vilket återkopplas till HL. Fr o m VT24 har SR minst ett avstämningsmöte/år med ST och HL där progression bedöms, genomgång av IUP och struktur/innehåll för de närmaste 12-18 månaderna planeras.

Det behöver finnas en röd tråd avseende uppföljning av IVA-placeringen dvs mellan den initiala introduktionen, tjänstgöring på IVA Vrinnevisjukhuset samt placeringen på CIVA.

- Ny målbeskrivning har utarbetats för intensivvårdsplacering på ANOPIVA, US (innefattande intro – tidig placering – sen placering) utifrån delmål enligt 2015:8 samt 2021:8. Under VT2024 skrivs kompletterande målbeskrivning för tjänstgöring på på AnIVA ViN med i samarbete med Studierektor AnIVA ViN.

Större kontinuitet för dagtjänstgöring inom anestesi behöver planeras.

- Avstämning med schemaläggare och sektionschefer samt granskning och v b modifiering av schema sker inför varje schemaperiod utifrån individuella ST-läkares behov.

ST läkare som är i senare delen av sin utbildning behöver ha mer strukturerat handledarsamtal utgående från IUPn och revideringar av IUP.

- Fr o m VT24 avstämning tillsammans med ST och HL minst 1ggr/år med genomgång av IUP, planering av HL-samtal.
- Studierektor håller sedan HT2023 återkommande träffar handledarna med bl.a. information om betydelsen av regelbundna handledarsamtal med ST-läkare, handledarens funktion och ansvarsområden samt rekommenderat upplägg och innehåll för handledarsamtalen.

Verksamheten är beroende av årliga rekryteringar av ST läkare för att säkerställa fortsatt kompetensutveckling.

- Vi anställer i snitt 3-4 ST-läkare/år.

Handlingsplan utifrån resultat av SPUR-inspektion

A

Kvalitetsindikatorer: *Det finns rutiner som, utöver extern granskning, anger hur kvaliteten i STutbildningen kontinuerligt ska säkerställas och utvärderas.*

Handlingsplan

Det finns en rutin för säkerställande av kvaliteten i ST-utbildningen inom Region Östergötland där Region Östergötlands ST-kansli regelbundet genomför bedömningar via bl.a. enkäter till ST-studierektorerna och ST-läkarna (ST-barometern) där ST-studierektorerna rapporterar om bland annat:

- Andel handledarutbildade specialister på kliniken
- Andel ST-läkare med ST-kontrakt
- Användande av Specialistkollegium och andra kompetensvärderingsverktyg
- Avsatt studietid för ST-läkarna
- Andel ST-läkare med schemalagd handledningstid

Planer finns för att använda Sydöstra Sjukvårdsregionens nätverk av SR inom anestesi och intensivvård för att utveckla kvalitetsgranskning mellan klinikerna.

D

Allmänna råd: *Studierektorn tar del av kompetensbedömningarna*

Studierektor deltar vid samtliga specialistkollegium (och har alltid gjort). Efter SPUR-inspektion har vi infört som rutin att resultat av samtliga kompetensbedömningar (t.ex. sit-ins, uppsövning, m.m.) delges SR. Detta gäller inte minst för de nya kompetensbedömningar som införts med start HT2023 som fokuserar på utvärdering och bedömning av kärnkompetenser inför jourtjänstgöring som en del av bedömningen av ST under introduktionsperioden. SR har årligen utöver medarbetarsamtal minst ett gemensamt möte med varje ST-läkare och dennes HL (v b tätare) där IUP följs upp, v b revideras samt lägger upp övergripande struktur för fortsatt utveckling mot bakgrund av målbeskrivning, kompetensbedömningar, kliniska placeringar och teoretisk utbildning (t.ex. kurser).

E

Föreskrift: *Den huvudansvariga handledaren bedömer ST-läkarens kompetensutveckling kontinuerligt, med utgångspunkt i målbeskrivningen för specialiteten och det individuella utbildningsprogrammet.*

- Via återkommande träffar mellan huvudhandledare och SR uppdatera och informera om målbeskrivning, samt att man vid varje träff mellan HL och ST går igenom IUP och stämmer av utveckling och vid behov reviderar IUP, samt informera om och påtala vikten av regelbundenhet och högre frekvens av träffar mellan HL och ST.
- SR har årligen utöver medarbetarsamtal minst ett gemensamt möte med varje ST-läkare och dennes HL (v b tätare) där IUP följs upp, v b revideras samt lägger upp övergripande struktur

för fortsatt utveckling mot bakgrund av målbeskrivning, kompetensbedömningar, kliniska placeringar och teoretisk utbildning (t.ex. kurser).

- SR deltar vid schemaläggning för att i möjligaste mån säkerställa att ST och dennes HL regelbundet schemaläggs parallellt i kliniskt arbete.
- Nya bedömningsprotokoll med tydlig koppling till målbeskrivning har införts med start januari 2024, med målsättning att dessa genomförs av ST och HL terminsvis, samt delges SR.
- Nya och reviderade målbeskrivningar finns för kliniska placeringar (för exempel v g se bifogade dokument), samt till målbeskrivningarna kopplad protokoll för återkommande och regelbunden bedömning under respektive placering i syfte att följa och utvärdera ST-läkarens utveckling och måluppfyllelse. ST och HL har genomgång av protokoll, bedömning och identifiering av utvecklingsområden, och dessa delges SR.

Föreskrift: *Det finns fastställda rutiner för bedömningar av ST-läkarens kompetens.*

- Sedan hösten 2023 har arbete påbörjats för att nya och fastställda rutiner för kompetensbedömning i början, och mot slutet av kliniska placeringar. Dessa rutiner tas fram sektionsvis tillsammans med tydliga målbeskrivningar (intern barnplacering, NIVA/neuroanestesi, intensivvård m.fl.). Bedömningsprotokollen omfattar teoretisk kunskap, undersökning och kommunikation med patient och medarbetare, samt i förekommande fall manuella färdigheter (se bifogad målbeskrivning samt protokoll som exempel). Resultatet av varje bedömningstillfälle går igenom av HL och ST samt registreras i IUP.
- Specialistkollegium minst 1ggr/år för varje ST-läkare.
- Ny/reviderad rutin för genomförande av specialistkollegium för att ge en bredare och nyanserad bedömning av ST och utvecklingsområden (v g se bifogad dokument)
- SR har årligen utöver medarbetarsamtal minst ett gemensamt möte med varje ST-läkare och dennes HL (v b tätare) där IUP följs upp, revideras samt lägger upp övergripande plan för fortsatt utveckling mot bakgrund av målbeskrivning, kompetensbedömningar, kliniska placeringar och teoretisk utbildning (t.ex. kurser).

Allmänna råd: *Handledningen är inplanerad i den ordinarie tjänstgöringen för huvudansvarig handledare och ST-läkare*

- Tydliggörande av klinikkens praxis att den administrativa tid som finns i schema på eftermiddagar (avlösning av kvällsjour) ska prioriteras för handledarsamtal.
- SR deltar vid schemaläggning för att i möjligaste mån säkerställa att ST och dennes HL regelbundet schemaläggs parallellt i kliniskt arbete för att ge utrymme för fortlöpande klinisk handledning samt handledarsamtal.

Allmänna råd: *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.*

- V g se bifogad dokument "Åtgärdsplan vid problem i ST-läkarens kompetensutveckling".

Allmänna råd (endast 2015): *Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.*

- Kan i och med införandet av nya/reviderade rutiner (som ovan beskrivet) för bedömning av kompetens, anses vara uppfyllt för de ST-läkare som påbörjat sin utbildning på ANOPIVA fr o m HT2023 och framåt enligt 2015 års utbildningsbok.

F

Allmänna råd: *Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerad tid för självstudier.*

- Under introduktionen av ny ST har SR tillsammans med varje ST och dennes HL ett gemensamt möte för att tillse att IUP utarbetas samt att det i IUP planeras lämplig tid för självstudier.
- SR har årligen utöver medarbetarsamtal minst ett gemensamt möte med varje ST-läkare och dennes HL (v b tätare) där IUP följs upp, i detta arbete ingår att planera tid för självstudier

G

Föreskrift: *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.*

- Fr o m VT2024 är ST-läkare inbjudna till klinikens Journal Club. Aktivt deltagande i JC är infört i den övergripande planen för ST på ANOPIVA. ST informeras om att man förväntas delta regelbundet i JC.
- Under 2024 startas en Journal Club riktad mot ST-läkarna. I denna JC kommer bl.a. befintliga vetenskapliga kompetenser inom ST-gruppen ha en ledande roll (en disputerad ST-läkare samt två ST-läkare som är doktorander).
- Förmågan att omsätta och tillämpa vetenskap i kliniken är en punkt i det till målbeskrivningen kopplade protokoll som vi sedan VT2024 använder oss av vid specialistkollegium för att vid varje kollegium belysa detta delmål.
- ST-läkare kommer att fr o m HT2024 planeras in för att på klinikens veckovisa "torsdagsmöten" presentera vetenskaplig information kopplat till aktuell klinisk tjänstgöring.

Föreskrift: *ST-läkaren deltar i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i sådan utsträckning att förutsättningar för delmåluppfyllelse föreligger.*

- ST-läkare 2015:8 genomför ett dokumenterat kvalitets- och patientsäkerhetsarbete för att uppnå måluppfyllelse. ST-läkare enligt 2021:8 förväntas och rekommenderas genomföra motsvarande arbete för att måluppfyllelse ska kunna bedömas korrekt.
- ST-läkare deltar vid klinikens återkommande MoM.
- Varje vecka föredras och diskuteras patientfall på klinikens morgonmöten (föregående dags "intressanta fall") med syfte att belysa patientsäkerhetsfrågor som samtliga medarbetare kan dra lärdom av.
- Varje vecka sker internrond på C-op där ST-läkare deltar, med fokus på svåra patientfall, både hur ett fall har handlagts samt diskussion och planering kring kommande handläggning av riskpatienter.

Kvalitetsindikatorer: *Enheten har regelbundna möten där medarbetare diskuterar och kritiskt granskar vetenskaplig litteratur.*

- Kliniken har en existerande Journal Club som drivs av aktivt forskande och disputerad överläkare.
- På kliniken veckovisa "torsdagsmöten" presenteras och diskuteras bl.a. vetenskapliga arbeten.
- Fr o m HT2024 planeras start av Journal Club för ST-läkare under ledning av disputerade/doktorandanmälda ST-läkare.

H

Föreskrift: *ST-läkaren ges förutsättningar att kontinuerligt utveckla ledarskapskompetens i enlighet med målbeskrivningen.*

- ST-läkare deltar vid återkommande simuleringsövningar såväl inom ANOPIVA som tillsammans med sjukhusets andra kliniker (t.ex. akutkliniken, barnkliniken) där träning och handledning av kommunikation och ledarskap ingår.
- Under intensivvårdsplaceringen deltar ST-läkare tillsammans med handledande specialistläkare vid multidisciplinära vårdkonferenser med målsättning att själva kunna leda sådana.
- Samtliga ST-läkare genomgår under sin utbildning flera utbildningar där ledarskapskompetens har en central roll (t.ex. TAASK, Ledarskap för ST-läkare).
- ST-läkare har i uppgift att organisera, planera och utföra kliniken undervisningstillfällen för studenter, andra läkare och övriga medarbetare.

Föreskrift: *ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.*

- ST-läkare har en central roll vid återkommande simuleringsövningar såväl inom ANOPIVA som tillsammans med sjukhusets andra kliniker (t.ex. akutkliniken, barnkliniken) där träning av kommunikation och ledarskap ingår.
- ST-läkare kommer att placeras på anestesimottagning tillsammans med specialistläkare för att kunna få handledning i kommunikativ kompetens inkl. svåra preoperativa samtal, detta inkluderar även kommunikation med barn och föräldrar.
- Under placering på intensivvårdsavdelning (CIVA/NIVA) planeras samtliga anhörigsamtal under handledning av specialist, samt bedöms enligt medsittningsprotokoll för strukturerad återkoppling.
- Samtliga ST-läkare genomgår utbildning där kommunikation har en central roll (t.ex. EDHEP, Ledarskap för ST-läkare).
- Kontinuerlig handledning och återkoppling i kommunikativ kompetens sker återkommande och situationspecifikt med start under introduktionsperioden med särskilt fokus i o m Peer-learning, vilket även planeras återkomma regelbundet under senare delar av ST-läkarnas utbildning.

Föreskrift: *ST-läkarens kompetens i undervisning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.*

- ST-läkare har i uppgift att organisera, planera och utföra kliniken undervisningstillfällen för studenter, andra läkare och övriga medarbetare., bl.a. kommer ST-läkarna fr o m HT2024 själva undervisa varandra under ST-utbildningsdagarna (heldagar fyra gånger/termin, varav

minst en sker under ledning av ST-läkarna själva) där också SR deltar för bedömning och återkoppling.

- ST-läkarna har veckovisa ”onsdagsträffar” där ST-läkarna själva föredrar vetenskaplig artikel och/eller undervisar varandra inom något område. SR kommer med start VT2024 att återkommande delta vid dessa möten för att kunna bedöma ge återkoppling med fokus på pedagogisk kompetens.

Föreskrift: *ST-läkarens kompetens i handledning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.*

- Kontinuerlig handledning och återkoppling i kommunikativ kompetens sker återkommande och situationsspecifikt med start under introduktionsperioden med särskilt fokus i o m Peer-learning, vilket även planeras återkomma regelbundet under senare delar av ST-läkarnas utbildning.
- ST-läkarna handleder kontinuerligt studenter av olika kategorier, framförallt läkar- och sjuksköterskestudenter. I och med detta görs återkommande bedömning och återkoppling till ST-läkarna.
- ST-läkarens kompetens avseende handledning, kommunikation och ledarskap diskuteras och värderas särskilt vid specialistläkarkollegium och återkopplas till ST-läkaren.