

# Genomförandet av kvalitetshöjande åtgärder för ST på SUS - delrapport 3

## Bakgrund

En gemensam ST-enkät för att undersöka kvaliteten hos ST-utbildningen vid Sveriges universitetssjukhus våren 2013 visade en tendens till sämre resultat för SUS jämfört med övriga sjukhus. Andelen ST-läkare med färdigt utbildningsprogram var 74 % på SUS mot 80-90 % på de andra sjukhusen. Endast 70 % av ST-läkare på SUS kunde tänka sig att rekommendera att göra ST inom sin verksamhet till en kollega mot 80-90 % vid övriga universitetssjukhus. På alla sjukhus fanns det ett tydligt utrymme att förbättra handledning, bedömning och återkoppling vilket är kända problemområden inom ST. Mot bakgrund av resultatet av ST-enkäten föreslog AT/ST-enheten till Förvaltningsledningen ett antal kvalitetshöjande åtgärder för ST på SUS, vilka beslutades 2014-02-03.

Följande punkter ingick i beslutet:

- Alla läkare skall ha ett utbildningsprogram senast 7 månader efter anställning.
- Alla läkare skall ha schemalagda handledningsmöten  $\geq 9$  gånger per år.
- Bedömning av kompetensutvecklingen skall göras  $\geq 6$  gånger per år med skriftlig återkoppling.
- Alla kliniker skall genomföra utbildning om bedömningsmetoder under 2014.
- Alla kliniker skall införa specialistkollegium som en bedömningsmetod.
- Alla aktiva ST-handledare skall ha genomgått handledarutbildning.

Samtliga aktiviteter skall redovisas årligen av klinikerna till AT/ST-enheten.

De kvalitetshöjande åtgärder som beslutades i februari 2014 på SUS ligger helt i linje med Socialstyrelsens nya författning (SOSFS 2015:8), som trädde ikraft 2015-05-01. På uppdrag av förvaltningschef Jan Eriksson har Enhet AT/ST gjort utvärderingar sommaren 2014 samt i våren 2015 där klara förbättringar skett efter varje mätning. Vi har i år gått över till att efterfråga fler resultatmått istället för processmått (se metoddelen nedan). Vi har nu även ställt oss andra frågor om utbildningskvaliteten och tänker oss att denna enkät skall återkomma varje år i januari som ett bokslut av den utbildningsproduktion som sker inom varje verksamhet under ett kalenderår.

Enhet AT/ST ser gärna att produktionen av utbildning läggs in i verksamhetsberättelsen där det idag lyser med sin frånvaro.

## Metod

Undersökningen har gjorts i form av en digital enkät till alla ST-studierektorer på SUS som fått i uppdrag att ta fram all data som efterfrågas.

Vi har i år övergått från processmått till resultatmått beträffande de kvantitativa målen för handledarmöten och bedömningar. Detta innebär, att antalet handledarmöten har efterfrågats istället för att bara fråga om de schemaläggs respektive hur många utförda bedömningar av ST-läkarna som de facto genomförts istället för att fråga om läkarna har erbjudits en utbildning om bedömningsmetoder. Enkäten bestod huvudsakligen av flervalsfrågor, som har kompletterats med fritextfrågor.

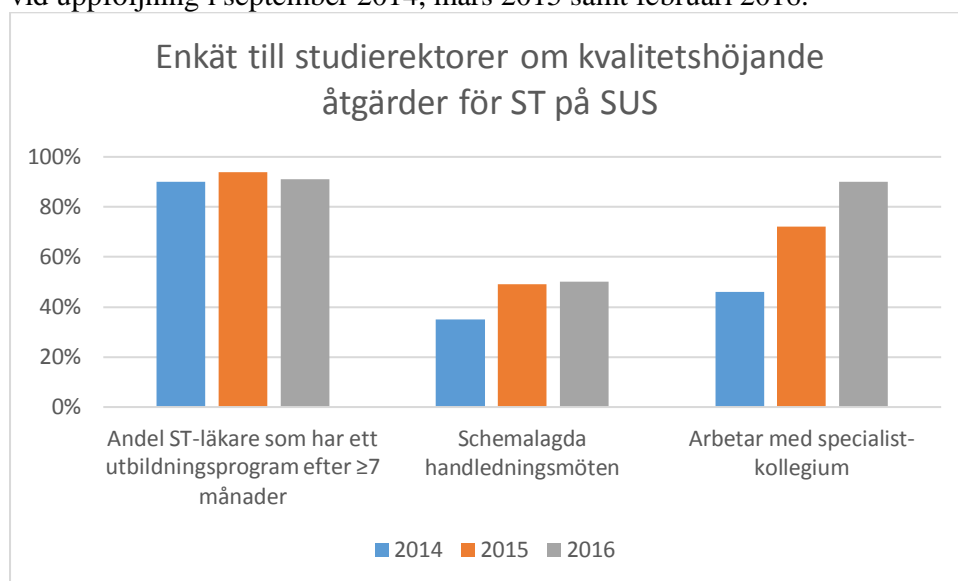
Enkäten skickades ut i digitaliserad form 2016-02-12 till 40 respondenter som alla svarade.

Enkätsvaren har sammanställts och redovisas i denna rapport.

## Resultat

Eftersom enkäterna skickades till ST-studierektorerna på SUS har det inkommit dubbla svar från de fem verksamheter som har en studierektor både i Lund och Malmö, dvs. akutsjukvård, anestesi och intensivvård, infektion, internmedicin och neurologi. Antalet studierektorer som svarat har minskat från 43 vid tidigare undersökningar till 40 p.g.a. vi 2016 enbart har skickat enkäten till de studierektorer som har egna ST-läkare.

**Figur 1** En jämförande översikt över genomförandet av kvalitetshöjande åtgärder för ST på SUS vid uppföljning i september 2014, mars 2015 samt februari 2016.

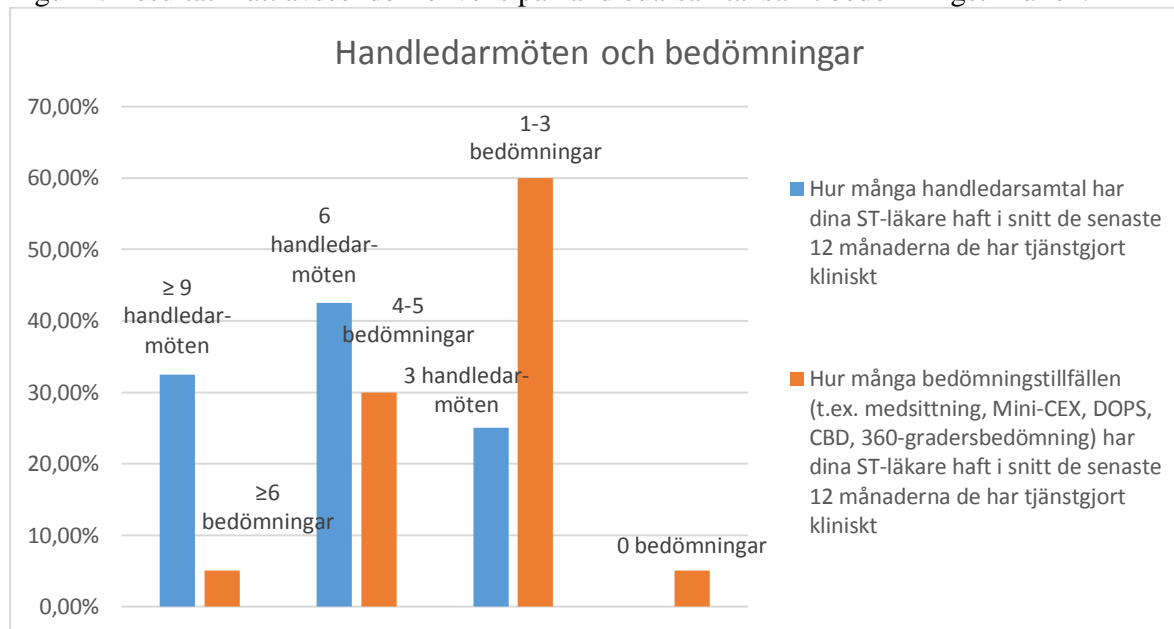


Andelen ST-läkare som har arbetat i minst sju månader och har ett utbildningsprogram ligger stabilt på en hög nivå. Enstaka individer saknar detta p.g.a. kort anställningstid, föräldraledighet, forskningstid och liknande argument. Vissa kliniker har ett gemensamt utbildningsprogram för samtliga första året och gör sedan ett mer individuellt program om de blir kvar inom verksamheten. Vi har i år valt att redovisa siffran i procent av antal ST-läkare. Inom 65 % av alla verksamheter har samtliga ett utbildningsprogram efter sju månaders tjänstgöring. Vi är nu så nära målet man kan komma, att enstaka individer som idag saknar utbildningsprogram beror inte längre på några strukturella svagheter utan ansvaret ligger på ST-läkaren som ofta varit frånvarande p.g.a. föräldraledighet, forskning eller annan aktivitet utanför kliniken.

När det gäller schemaläggning av handledningsmöten har det inte skett någon förändring, ca 50 % av alla verksamheter har genomfört detta och 75 % av dem tycker att det fungerar bra. Ytterligare 10 % planerar att införa det inom det närmaste halvåret. För resterande verksamheter finns det betydande svårigheter som inte är lätta att överbrygga. Kommentarer som "det är svårt att lösa schematekniskt", "svårt med läkare som tjänstgör på två", "tre" eller "flera orter" eller "i olika team med relativt vattentäta skott emellan" samt att "ledningen inte visar något intresse av att lösa frågan" eller "inte prioriterar den". Några av skriver att "många ST-läkare önskar inte detta då de ses så mycket i.a. f."/"det går bra ändå". Troligen kommer det inte att vara möjligt för alla verksamheter att införa schemalagd handledning. Vi arbetar för att den inom dessa verksamheter istället rutinmässigt skall planeras in på något annat sätt än att läggas i verksamheternas grundschema.

Specialistkollegium används idag på 90 % av alla verksamheter jämfört med 72 respektive 46 % åren innan. 92 % av de som använder denna bedömningsmetod är nöjda med den och tycker att den leder till bra feedback och stöd. Samtliga verksamheter som inte har startat än är i startgröparna för att göra det. D.v.s. även här har vi i princip uppnått det uppsatta målet.

Figur 2. Resultat mått avseende frekvens på handledarsamtal samt bedömningstillfällen.



På frågan ”Hur många handledarsamtal har dina ST-läkare haft i snitt de senaste 12 månaderna de har tjänstgjort kliniskt?” svarar 42,5% av studierektorerna att de kommer upp i 6 handledarmöten, 32,5% anger ≥ 9 handledarmöten och 25 % anger 3 handledarmöten.

På frågan ” Hur många bedömningstillfällen (t.ex. medsittning, Mini-CEX, DOPS, CBD, 360-gradersbedömning) har dina ST-läkare haft i snitt de senaste 12 månaderna de har tjänstgjort kliniskt?” svarar 60 % att de endast har gjort 1-3 bedömningar, 30 % att de har gjort 4-5, 5 % att de har gjort ≥6 st. och 5 % att de inte har gjort någon bedömning av denna karaktär.

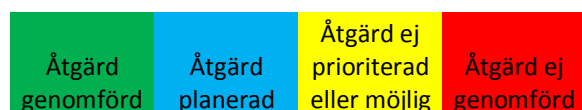
Vi har enligt enkäten idag endast 26 aktiva ST-handledare som saknar handledarutbildning som är spridda över 13 olika verksamheter. D.v.s. det handlar om enstaka individer inom dessa verksamheter. 2015 saknades handledarutbildning hos 45 aktiva ST-handledare.

Uppskattningsvis har nu ett 40-tal läkare en handledarutbildning som är äldre än 2008

85 % av studierektorerna har aldrig varit med på ett ledningsgruppsmöte.

På 7 av 40 av verksamheter premieras duktiga handledare på något sätt och på 6 av dessa ansågs handledning ha hög status. På 14 av 40 verksamheter (35 %) ansåg studierektorn att handledaruppdraget hade hög status.

**Figur 3:** Överblickskarta över hur långt de enskilda verksamheterna har kommit i genomförandet av de beslutade åtgärderna för att höja kvaliteten för ST-utbildningen på SUS. Färgkodning (För de kvantitativa målen anges även antal handledarmöten och bedömningar i siffror inom respektive ruta):



Verksamhet	Utbildnings-program	Specialist-kollegium	Schemalagd handledning	Antal handledar-möten/12mån	Antal bedömningar /12 mån
Kardiologi				≥9 st.	≥6 st.
Onkologi				≥9 st.	4-5 st.
Barnmedicin				ca 6 st.	1-3 st.
Plastikkirurgi				ca 6 st.	1-3 st.
Handkirurgi				ca 3 st.	1-3 st.
Ögon				ca 6 st.	4-5 st.
IPV, Malmö				ca 6 st.	4-5 st.
Infektion, Malmö				ca 6 st.	1-3 st.
Hud				≥9 st.	1-3 st.
Kärlkirurgi				ca 3 st.	1-3 st.
IPV, Lund				ca 6 st.	4-5 st.
Akutsjukvård, Lund				ca 6 st.	1-3 st.
Neurologi, lund				≥9 st.	1-3 st.
Lungmedicin, Lund				ca 3 st.	Ingen gång
Rehabilitering				≥9 st.	1-3 st.
Neurofysiologi				≥9 st.	4-5 st.
Radiologi				ca 6 st.	≥6 st.
Ortopedi				ca 3 st.	1-3 st.
Neurokirurgi				ca 6 st.	4-5 st.
Klin fysiologi				ca 6 st.	4-5 st.
Barnkirurgi				≥9 st.	4-5 st.
Endokrin				≥9 st.	1-3 st.
Smärtrehabilitering				≥9 st.	1-3 st.
Hematologi				ca 3 st.	1-3 st.
Infektion, Lund				ca 6 st.	1-3 st.
Geriatric				≥9 st.	4-5 st.
Neuroradiologi				≥9 st.	4-5 st.
Thoraxkirurgi				≥9 st.	1-3 st.
Gynekologi/Obstetrik				ca 3 st.	1-3 st.
Neurologi, Malmö				ca 3 st.	1-3 st.
Njurmedicin				ca 6 st.	1-3 st.
Internmedicin, Lund				ca 6 st.	1-3 st.
Akutsjukvård, Malmö				ca 6 st.	4-5 st.
Urologi				ca 6 st.	1-3 st.
Reumatologi Internmedicin, Malmö				ca 3 st.	Ingen gång
				≥9 st.	4-5 st.
Kirurgi				ca 3 st.	1-3 st.
Neonatologi				ca 3 st.	1-3 st.
Gastroenterologi				ca 6 st.	1-3 st.
ÖNH				ca 6 st.	1-3 st.

Enkäten avslutas med en fritextfråga där synpunkter efterlystes från studierektorerna med förslag till hur ST-utbildningen på SUS kan förbättras. Generell brist på tid, resurser och större möjlighet att påverka för studierektorn var de tema som återkom, se valda svar nedan:

- Senaste två och ett halvt åren långsamt men säkert bättre och jämnare struktur. Det är huvudsakligen i bedömningstekniken som vi inte är i hamn.
  - Det är inte optimalt för utbildningsklimatet att ha sin verksamhet uppdelad i två sektioner. Det händer allt för ofta att inte någon tar ansvaret då. I och med att jag inte har plats vid ledningsgruppen eller fasta möten med ledningen får jag heller inte möjlighet att lyfta fram de ST-frågor där saker inte funkar och ytterst ansvarig kan ju inte ha kännedom om problemen då. Funkar det inte med schemat har jag heller inte mandat att gå in och styra upp. Vi har två schemaläggare och den ena har inget intresse av att träffas och lägga upp en ST-plan utan jag upplever att jag får tvinga mig till möten.
  - Tidsbrist och ständig underbemanning på sjukhuset leder till att allt för få operationer utförs med assistent - något som alltid borde vara fallet i en opererande specialitet.
  - Schemalagda handledningsmöten. ST-handledare ska synliggöras och värderas högre-extra lönepott. Klinikledningen bör inse och högre betona värdet av att utbilda ST-läkare.
  - TID TID TID till utbildning. Utbildning ses ibland som en belastning snarast än som en tillgång. Även ekonomiska resurser saknas, det snålas med kurser och tid för självstudier
  - Möjligen skulle mer administrativt stöd kunna förbättra det hela.
  - Det vore bra om sjukhuset värnar om alla sina tre uppdrag, sjukvård, utbildning och forskning
  - Vi har infört s.k. ST-mottagning, där en äldre kollega bistår 3-4 ST-läkare när de har mottagning. Det brukar vara ett uppskattat utbildningstillfälle och här skulle vi kunna införa mer strukturerad utvärdering enligt Mini-CEX.
  - Högre mandat för studierektorn. Verksamheten går alltid först, utbildning sist.
  - Svårt att få till användning av bedömningsinstrumenten, men det kanske kan bli lättare efter hand som alla (både ST-läkare och handledare) bekantat sig med dem.
- Arbeta för att statusen för handledarna ökar

## Diskussion

Alla tillfrågade verksamheter har svarat, i år har vi exkluderat små verksamheter som inte har egna ST-läkare från enkäten.

Vi har nu i princip nått målet som satts upp för utbildning av handledare, utbildning i bedömningsmetoder, utbildningsprogram till alla ST-läkare som arbetat i  $\geq 7$  månader samt införandet av specialistkollegium.

När det gäller de uppsatta målen från 2014 så är vi idag i princip i hamn när det gäller utbildningsprogram (endast enstaka läkare saknar det men då p.g.a. frånvaro från kliniken av någon orsak) samt specialistkollegium som är nu i princip är infört överallt och fungerar väl. Enstaka klinker har inte infört det ännu men planerar att göra det under 2016. Alla kliniker är utbildade i bedömningsmetoder och endast enstaka specialister saknar idag handledarutbildning.

Handledarmöten, en bit kvar till målet.

När det gäller schemaläggning av handledarmöten har det inte skett någon förändring, ca 50 % av alla verksamheter har genomfört detta och 75 % av dem tycker att det fungerar bra. De som inte genomfört det försöker nu lösa det på något annat sätt. Det finns många praktiska svårigheter med detta på SUS. Vi har i år för första gången även ställt frågan hur många handledarmöten som de facto genomförs och här finns förbättringspotential inom många verksamheter då endast 32,5% når upp till målet  $\geq 9$  handledarmöten de senaste 12 månaderna man tjänstgjort kliniskt. Av de 20 verksamheter som infört schemalagda handledarmöten når 11 upp till målet  $\geq 9$

handledarmöten/år. Av de verksamheter som inte infört detta p.g.a. schematekniska skäl (svårt med flera orter, flera team med olika scheman etc.) når 3 verksamheter upp till  $\geq 9$  handledarmöten/år medan 17 inte gör det. Har finns det en stor samvariation med verksamheter med stor och ur ST-synpunkt splittrad verksamhet som helt enkelt försvårar möjligheten att träffas för att hålla handledarsamtal. Brist på specialister är en annan orsak till att antal handledarmöten inte når upp till målet. I Socialstyrelsens nya författning om ST (SOSFS 2015:8) ges ett allmänt råd om schemalagd handledning, dvs. något vi bör göra men målet är det viktiga och studierektorerna arbetar vidare med andra lokala lösningar på varje klinik där det inte går att få in det i det vanliga schemat.

#### Bedömningsmetoder, arbetet börjar ge resultat

Eftersom alla verksamheter idag har fått utbildning om bedömningsmetoder har vi nått det uppsatta målet. Vi har nu mätt hur många bedömningar som de facto har genomförts. Här har vi en lång bit kvar till det uppsatta målen på  $\geq 6$  bedömningar de senaste 12 månaderna man tjänstgjort kliniskt. Endast 5 % når upp till målet och 35 % når godkänd nivå som är minst 4-5 bedömningar/år. Många studierektorer märker att arbetet med bedömningar sakta håller på att sätta sig ute men inom några verksamheter har man inte börjat praktisera det alls ännu. Här är vår bedömning att enträget arbete sakta kommer att få gehör då ST-lärarna inser att det går snabbt och enkelt och de får återkoppling. Vi tror även att den årliga rapporteringskedjan: ST-läkaren – studierektorn – övergripande studierektorn – förvaltningsledningen har en positiv inverkan på att antalet bedömningar på sikt.

## Kommentarer från Enhet AT/ST

Det är glädjande att SUS på så kort tid har uppnått de flesta av de mål som sattes upp av sjukhusledningen 2014. Förändringsarbetet på SUS, som är en stor organisation, tar tid och vi bedömer från Enhet AT/ST att ST-utbildningen kontinuerligt förbättras. Vi har inte nått målen avseende frekvensen handledarsamtal och bedömningar och här återstår ett stort arbete. Oroväckande är att 65 % av studierektorer upplever att handledaruppdraget inte har hög status inom verksamheten och att endast 15 % har varit med på ledningsgruppsmöten. Många av frågorna kommer vi inte att lösa om inte ST-utbildningen kommer högre upp på agendan ute i verksamheterna och då måste studierektorerna bjudas in till ledningsgruppsmöten regelbundet så att ST-frågor belyses. Vår bedömning är att vi från Enhet AT/ST inte kan bevaka och bidra till de förändringar som krävs inom varje verksamhet. Detta måste ske nere på varje verksamhet och då måste studierektorn involveras i ledningsgruppen med viss regelbundenhet. Först då kommer vi att kunna påverka de strukturella problem som ST-utbildningen brottas med inom flera verksamheter.

Vi har en vision om att denna enkät till studierektorerna skall återkomma regelbundet i januari varje år som ett bokslut över utbildningsaktiviteterna inom verksamheten under året. Studierektorerna kommer då att få redovisa antal egna ST-läkare, sidotjänstgörande ST-läkare samt mängden handledarsamtal, bedömningar, specialistkollegium samt utbildningar, externa och interna som genomförts inom ramen för ST. Då ST-läkaren i slutet av varje år redovisa sina utbildningsaktiviteter till sin studierektor (m.h.a. checklistan) tvingas hen att höja blicken och se över sin ST-utbildning. På så sätt får vi även en bättre helhetsbild över den utbildningskvalitet vi har på sjukhuset. Vi har även en vision om att dessa utbildningsaktiviteter kommer att redovisas i den verksamhetsberättelse som skrivs. Där redovisas ingen utbildningsproduktion alls idag vilket är anmärkningsvärt då utbildning är ett av de tre ben som sjukhuset vilar på.

Sammanfattningsvis har vi redan idag uppnått 4 av 6 de mål som sattes upp 2014. Det återstår dock ett mödosamt arbete att komma upp till målen avseende antal genomförda bedömningar och handledarsamtal under ett år. Inom Enhet AT/ST tror vi att en årlig rapportering av från ST-läkaren av de utbildningsaktiviteter som skett under året till lokal studierektor-övergripande studierektor-förvaltningsledning kommer vara ett stort stöd att nå de målen. ST-läkaren tvingas årligen reflektera över sin utbildning och sina mål och vi får en verksamhetsberättelse för den ST-utbildning som bedrivs.

För Enhet AT/ST och läkarutbildningar  
Malmö 2016-06-10

Jonas Ahl  
Övergripande ST-studierektor.