

Verksamhetsberättelse för ST-utbildningen på Skånes Universitetssjukhus 2024. (Landskrona, Lund, Malmö, Trelleborg och Ystads sjukhus)

Innehåll

Verksamhetsberättelse för ST-utbildningen på Skånes Universitetssjukhus 2024. (Landskrona, Lund, Malmö, Trelleborg och Ystads sjukhus).....	1
Introduktion	1
Hopp om SPUR-effekt och studierektorernas betydelse och utmaningar	3
Bakgrund och metod	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Anställningsformer och det individuella utbildningsprogrammet	4
Tid för kvalitetsarbete/vetenskapligt arbete och forskningsaktiviteter för ST-läkarna	6
Sidoutbildningens omfattning på SUS.....	6
Tid för självstudier	6
Internutbildning.....	7
Extern utbildning i c mål respektive a och b-mål	7
Handledning	8
ST-läkarkollegium	11
Handledarutbildning, möteskultur kring ST/fortbildning av handledare samt utvecklingssamtal ...	12
Specialistkollegium (SK).....	13
Strukturerade skriftliga bedömningar i vardagen	14
Frågor rörande studierektorns arbetssituation och status	17

Introduktion

För nionde året i rad genomförs denna verksamhetsberättelse som är en del i den strategi där vi vill få samtliga som arbetar med ST-frågor att regelbundet lyfta blicken och reflektera över ST-utbildningen. I år svarade 50/52 tillfrågade verksamheter med ansvar för 678 ST-läkare. Rapporten inkluderar sjukhusen i Landskrona, Lund, Malmö, Trelleborg och Ystad som ingår i Skånes Universitetssjukhus (Sus) nätverk för studierektorssamarbete och är baserad på ST-studierektorernas redovisning av ett antal kvalitetsmål som anges i förvaltningsbeslutet **“Bättre ST på Sus”**.

Beslutet uppdaterades 2024, <https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/st/sus/beslut---battre-st-pa-sus.pdf>.

När det finns struktur kring handledning och bedömningar inom verksamheten så fungerar det

I linje med tidigare år fortsätter vi att sakta förbättra oss inom flera viktiga områden vilket är glädjande. Vår tolkning är att arbetet med att skapa struktur kring handledning och bedömningar börjar sätta sig i läkargruppen. Yngre läkare tar dessutom med sig erfarenhet av bedömningskultur från grundutbildningen och ser det därefter som en naturlig del av sin vidareutbildning. ST-enhetens arbete strävar mot tydlighet kring vad handledning skall innehålla och att arbeta med hur vi kan skapa rutiner kring bedömningar för att förbättra ST-utbildning. Dock med samtidigt vaksamhet mot att skapa för mycket administration. Vi strävar efter att öka insikten kring att alla kan utvecklas till ännu bättre läkare om vi får mer strukturerad återkoppling och här behöver vi vända oss till alla parter, från chef, studierektor, handledare till ST-läkare. En utbildningsmiljö som innehåller strukturerad återkoppling leder till en kvalitetshöjning och kvalitetssäkring av vården och vårt mål är att det ska göras utan stor administrativ börda.

Under 2024 uppnådde 65 % av verksamheterna ≥ 6 strukturerade bedömningar i snitt per ST-läkare vilket är en ökande trend, under 2023 var siffran 46%. Vi har nu höjt målet från sex till nio bedömningar per år i enlighet med publicerad vetenskap som stöder en ytterligare något ökad bedömningsfrekvens för att vi tryggare skall kunna intyga om uppnådd kompetens. Vi vet också att varje bedömning är en möjlighet för värdefull feedback som är viktig för ST-läkarnas utveckling. Under 2025 fortsätter arbetet att göra alla våra bedömningsinstrument tillgängliga digitalt via <https://www.kliniskhandledning.se/> tillsammans med MedCul, vilket förhoppningsvis skall underlätta ytterligare för våra läkare ute i verksamheterna.

Ett av formulären för strukturerad bedömning och återkoppling till ST-läkare är *Specialistkollegium* som idag används av alla verksamheter. Sus ST-enhet anser att det ska genomföras minst 3 gånger under en ST. Under 2024 genomfördes hela 384 kollegium på Sus vilket betyder att 56% av ST-läkarna bedömdes i detta format! Dessutom är det fler och fler verksamheter (72%) som har startat upp *ST-läkarkollegium* där ST-läkarna ger återkoppling på specialisternas handledar- och instruktörsförmåga samt klinikens struktur och klimat avseende utbildning. Det har fallit väl ut där det används. Vi tror att det kan vara början på att vi förbättrar feedbackkulturen så att yngre kollegor börjar ge återkoppling uppåt i hierarkin och vi skapar en mer lärande organisation.

Initialt märker vi en oro för att använda bedömningar av olika slag, men de som kommer i gång är väldigt nöjda. Att förändra en verksamhetskultur där bedömningar/handledning inte tidigare varit en del är en utmanande fas för flera av våra studierektorer. I samband med våra studierektorsträffar försöker vi ge dem utrymme att stötta varandra med goda exempel, liksom i denna rapport.

Ytterligare en strategi är att arbeta för en mer **strukturerad ST-utbildning** med metoden att det individuella utbildningsprogrammet (**IUP**) används regelbundet på ett smidigt sätt. Kunskap om varför vi gör som vi gör samt att vi får våra ST-läkare att arbeta med en enkel struktur utan onödig dokumentation är nyckelfrågor. En klok struktur och arbetssätt för att optimera lärandet under ST diskuteras under våra uppskattade **Uppstartseminarium** (se Faktaruta) som nu funnits sedan 2020

och erbjuds fyra gånger om året.Handledar- och ST-läkarparen ges där möjlighet att diskutera hur de bäst lägger upp och genomför sin ST-utbildning vilket vi bedömer bidrar till att vi nu sakta förbättrar oss år från år. I del två träffas enbart ST-läkarna tillsammans med en av de övergripande ST-studierektorerna med fokus på uppföljning av arbetet med IUP:n, bedömningar och handledning. Förhoppningsvis är även införandet av en regionövergripande digital plattform för IUP inte långt borta vilket kommer underlätta för både ST-läkare, handledare och övriga som är involverade i administration kring ST.

Faktaruta Uppstartsseminarium

Vi startade med uppstartsseminarium i januari 2020 för nya ST-läkare och deras handledare. Målet med dessa seminarier är att förse ST-läkarna och deras handledare med ett tillfälle att sätta sig in i sina lärandemål och arbetssätt för sin ST, samt att de skall förstå vikten av att låta sig bedömas och få strukturerad återkoppling. Det är även till för att initiera och betona vikten av strukturerad handledning. De får tid tillsammans att komma överens om hur de skall arbeta med handledning, bedömningar och övrig struktur i sin relation och sätter en gemensam målbild. Handledningen skall utgå från IUP som måste inbjuda till interaktivitet. IUP skall omarbetas regelbundet och lärandemål, tjänstgöring, kurser, handledning och bedömningar beskrivas kortfattat. Det skall finnas en tydlig koppling mellan lärandemål - tjänstgöring/kurser och bedömningar. De flesta studierektorer har en stor roll i att skapa och revidera IUP, men ansvaret ligger hos ST-läkaren och handledaren i att fortlöpande uppdatera och dokumentera progressionen.

Hopp om SPUR-effekt och studierektorernas betydelse och utmaningar

Under 2024/2025 kommer alla SUS verksamheter att genomgå en SPUR-inspektion. Vi hoppas att detta skall skapa ännu större fokus på utbildningsfrågor och ge både en pre- och post-”SPUR-effekt”. De förbättringsområden som framkommer inom respektive verksamhet är varje studierektors uppgift att bevaka och arbeta med tillsammans med ST-läkarna och handledarna men också med verksamhetens ledning.

Fortbildning av handledare och ST-läkare i utbildningsfrågor är i gång på många håll. Att samla ST-läkare och handledare regelbundet för att prata ST-utbildning ingår i uppdraget som studierektor. Vid 12 (25%) av SUS verksamheter som svarat på enkäten förekommer inte detta tyvärr. Majoriteten av studierektorerna, 91%, erbjuder dock regelbunden information samt fortbildning i ST-relaterade frågor, handledning och återkoppling till sin specialistgrupp samt till sin ST-läkargrupp (92%).

Så som tidigare nämnts gör studierektorerna ett gediget arbete ute i våra verksamheter med att bevaka och förbättra ST-utbildningens struktur och lärandemiljön, något som ibland möter visst motstånd. Det är viktigt att de har stöd i sitt engagemang av sina chefer som bör delta i möten och utbildningar i ST-relaterade frågor. ST-chef bör som minimum vara med på specialistkollegium samt diskutera den årliga rapporten med ST-läkarna under det årliga utvecklingssamtalet för att få en uppfattning hur aktiv varje ST-läkare är. Då blir det dessutom ännu tydligare för ST-läkarna att det är deras ansvar och arbetsuppgift att se till att de blir bedömda och får handledning. Chefer har ansvaret för att planerad tid för självstudier erbjuds, att studierektorn har rätt mängd avsatt tid och ersättning för sitt uppdrag samt att ST-läkarkollegium införs enligt **Bättre ST på SUS**.

Antalet SR som skattar sin status lägre än om de endast hade arbetat kliniskt är endast en i år vilket är en förbättring jämfört med tidigare år. Inställningen till studierektorns roll behöver fortsatt

uppmärksammas och arbetas med. Vi anser att det är nödvändigt att studierektorn ska få mandat för att förbättringar ska kunna implementeras där det finns brister och att arbetet med ST-frågor ska fortsätta prioriteras högt, där har chefen en central roll. Under ett år då SPUR-inspektion står inför dörren hamnar frågan i fokus. Ett bättre utbildningsklimat och därmed bättre specialister på sikt är något vi alla gynnas av.

Vi har i princip inga gråblockare kvar i systemet längre, vilket är enormt glädjande.

Bakgrund och metod

Det är nu nionde året som denna verksamhetsberättelse genomförs på Sus där vi mäter och följer upp ett antal kvalitetsmål som anges i förvaltningsbeslutet **Bättre ST på Sus**. Varje studierektor, totalt 52, gör en verksamhetsberättelse baserat på den årliga rapporten som varje ST-läkare skall redovisa i slutet av varje kalenderår. Rapporten hjälper ST-läkaren att reflektera över sina utbildningsaktiviteter och studierektorn får i sin sammanställning en överblick av alla ST-relaterade aktiviteter under året

Område ATST sammanställer resultaten på förvaltningsnivå genom denna rapport. Med hjälp av rapporten kan de olika intressenterna som arbetar med ST jämföra sig med sig sina egna och andras resultat år från år. Femtio av 52 studierektorer har svarat på enkäten i tid innan vi stängde enkäten för central analys.

Anställningsformer och det individuella utbildningsprogrammet

I analysen ingår 678 läkare med ST-liknande tjänst, varav 594 (88%) har en officiell ST-tjänst, 23 läkare som har vikarierat mer än sju månader saknar formell ST-tjänst och 61 läkare har vikarierat ≤ 6 månader. Etthundranio ST-läkare utbildar sig till dubbelspecialister och sannolikt har några dessa ST-läkare räknats in två gånger. SUS främjar dubbelspecialisering (5+2,5 år) för att inte riskera att för många blir för "smala" i sin kompetens genom att välja enkel specialitet som är kortare. Enligt "Bättre ST på Sus" ska alla s.k. gråblockare erbjudas en ST-tjänst och alla ST-läkare skall ha ett individuellt utbildningsprogram (IUP) efter 7 månaders tjänstgöring. Det senare stämmer för 87 % av alla ST-läkare. Vårt mål är att ST-läkaren arbetar aktivt med IUP, och all handledning skall utgå från detta enligt Socialstyrelsens (SoS) ST-föreskrift.

Citat från studierektorerna:

“Alltid haft en omfattande portfolio som nu anpassats till SUS mall för IUP.

Alla reviderar sitt utbildningsprogram åtminstone efter det årliga specialistkollegiet som leder till en plan framåt.

Jag tror det sker revideringar oftare än så men ST läkarna uppfattar nog ordet revidering som betydligt mer omfattande än vad det behöver vara

Alla gör minst en stor revision/genomgång varje år. Däremellan är de inne i Excel-flikarna och lägger till kurser, randningar, uppnådda körkort, ”interna placeringar mm efterhand som detta planeras in och är genomfört.

Jag gör den första IUP:n med ST-läkaren och är därefter behjälplig vid behov.

Vi har anpassat SUS-mallen och tycker den fungerar väl. Vad som räknas som en ”revidering” är oklart då jag förväntar mig att IUP:n öppnas nästan vid varje HL-möte. Större ändringar sker ju ganska sällan däremot uppdateras planerade bedömningar/kurser väldigt frekvent.

Vi har en mall i Excel som jag som SR gjort. Vid ST start så går vi igenom denna och individanpassar med sidotjänstgöringar som är planerade, kurser, mm. löpande. Vi har även länkat en kompetenstrappa till utbildningsprogrammet som ST-läkarna ska arbeta aktivt i. De ska fylla i bedömningar, handledningssamtal, kurser och utförda procedurer mm i deras IUP vilket de flesta gör. Flera svarade att de reviderar kontinuerligt. Några svarade inte på frågan men den revideras åtminstone vid SR-möten.

Alla ST och deras handledare informeras om att IUP ska revideras och användas för att följa progressionen t ex. Jag som studierektor går igenom IUP med alla ST under det samtal jag har med alla ST läkare vid årets slut. Då får jag lita på vad de säger om att de har diskuterat och reviderat tillsammans med sin handledare. De flesta använder mallen som finns, men det finns de som har gjort en egen IUP, vilket jag accepterat. Huvudsaken är att de har ett dokument som används och följs upp.

Jag tror ST-läkarna upplever att ordet revision avser att man skall omarbete det ordentligt. Flertalet ST-läkare fyller lite fortlöpande i bedömningar, operationer mm. Vi arbetar på att göra IUP:n ”mer relevant” och få den att kännas som ett användbart arbetsdokument snarare än en administrativ pålaga. Men det är en utmaning. “

Tid för kvalitetsarbete/vetenskapligt arbete och forskningsaktiviteter för ST-läkarna

Studierektorerna anger att 7.5 veckor i snitt avsätts till de ST-läkare som skall genomföra det vetenskapliga arbetet, mediantiden är 8 veckor. Tjugoen studierektorer angav att ST-läkaren får 10 veckor men det fanns också fyra verksamheter som inte ger någon tid alls. Att ingen tid erbjuds kan vara beroende på att alla ST-läkare har egen forskning och når målet på detta sätt. Variationen i tilldelad tid anser vi är för stor. Område ATST inställning är att de ST-läkare som disputerar och sedan väljer att förkorta sin ST inte erbjuds motsvarande forskningstid inom ramen för ST. Däremot bör forskande ST-läkare som inte förkortar sin ST få samma avsatta tid från verksamheten, annars skapas en orättvisa gentemot icke forskande kollegor. För ST-läkare på Sus (Lund och Malmö) kommer det fortfarande vara ett krav att genomföra ett vetenskapligt arbete, trots att kravet är borttaget i föreskriften för ST 2021. Tidsmässigt rekommenderas som tidigare upp till 10 veckor, se dokumentet **“Bättre ST på Sus”**.

Studierektorn har angivit verksamhetens medelvärde för den tid ST-läkarna hade avsatt för forskning under året. Femtiofyra procent av studierektorerna anger en medeltid på <1 månad, 36 % anger 1–2 månader och 8 % anger 3–4 månader och en verksamhet anger 5–6 månader som medelvärde.

Tiden som avsätts för kvalitetsarbetet är i medel 3.15 veckor (något högre jämfört med 2023). Avsatt tid för kvalitetsarbetet varierar det mellan 0–6 veckor. 4 sektioner avsätter ingen tid alls för detta. Region Skåne rekommenderar upp till 5 veckor. Det finns mycket kompetens inom regionens koncernkontor att handleda i förbättringsarbete och vi har ambitionen att förbättra det samarbetet med målet att öka kvaliteten på de arbeten som utförs samt höja nivån på teoretisk kunskap inom systematiskt kvalitetsarbete bland våra ST-läkare.

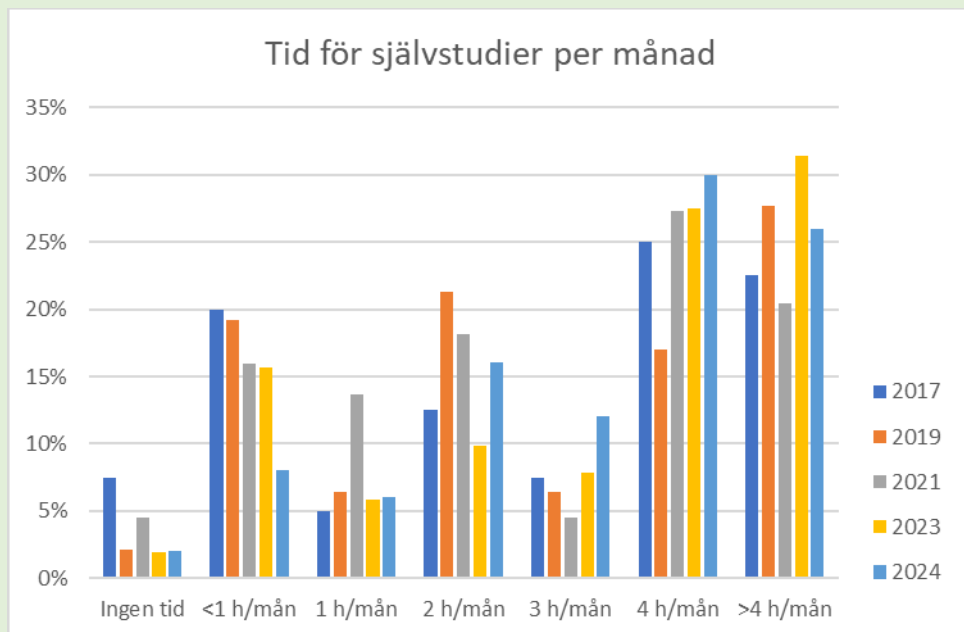
Sidoutbildningens omfattning på SUS

Enligt de 48 studierektorer som besvarade denna fråga så har verksamheterna tagit emot 1028 sidoutbildande kollegor vilket också inkluderar ST-läkare från primärvård och andra regioner. Många har korta sidotjänstgöringar, det gäller till exempel läkare från Akutsjukvård och Primärvård där man försökt att korta och strukturera upp tjänstgöring utifrån målen. Utbildningsinsatsen för mottagande enhet är generellt större per tidsenhet vid kortare sidotjänstgöringar p.g.a. mer intensiv handledning och internutbildning. De två verksamheter som ej svarat har omfattande sidotjänstgöringsuppdrag varför numerären ovan är för låg för det uppskattade, totala antalet sidotjänstgöringar på SUS.

Tid för självstudier

Enligt Socialstyrelsens allmänna råd och **“Bättre ST på Sus”** bör ST-läkarna ha planerad tid för regelbundna självstudier. Här brister klinikerna vid Sus stort även om vi förbättrats väsentligt jämfört med tidigare år. Nu uppnår 56% av verksamheterna målet på 4 timmar lästid/månad eller mer. Tyvärr anger 16% att de avsätter endast 1 timme eller mindre per månad, d.v.s. här finns en stor förbättringspotential och dessa verksamheter kan förvänta sig allvarlig kritik vid SPUR-inspektion. En sektion uppger att det inte erbjuds någon tid alls.

Sannolikt behöver även handledaren vara mer aktiv med att stämma av vad ST-läkaren läser i samband med handledarsamtalen. Detta är sedan länge en del i den verktygslåda vi vill att handledaren använder. I grafen nedan visas redovisad "tid för självstudier" sedan 2017, vi har förbättrats något sista året, eventuellt är detta en pre-SPUR effekt.



Internutbildning

Vi har en omfattande internutbildning på Sus där 69% av studierektorerna redovisar att de avsätter två timmar eller mer per vecka till detta, vilket är en liten ökning. Tolv procent av verksamheterna redovisar <1h internutbildning per vecka. I stora drag verkar internutbildningen ligga kvar på denna nivå. Hur mycket internutbildning som behövs varierar också mellan specialiteter, vi på område ATST bedömer att det ligger på en adekvat nivå. Många studierektorer, som har en strukturerad internutbildning framhåller detta som en av styrkorna i ST-utbildningen.

Extern utbildning i c mål respektive a och b-mål

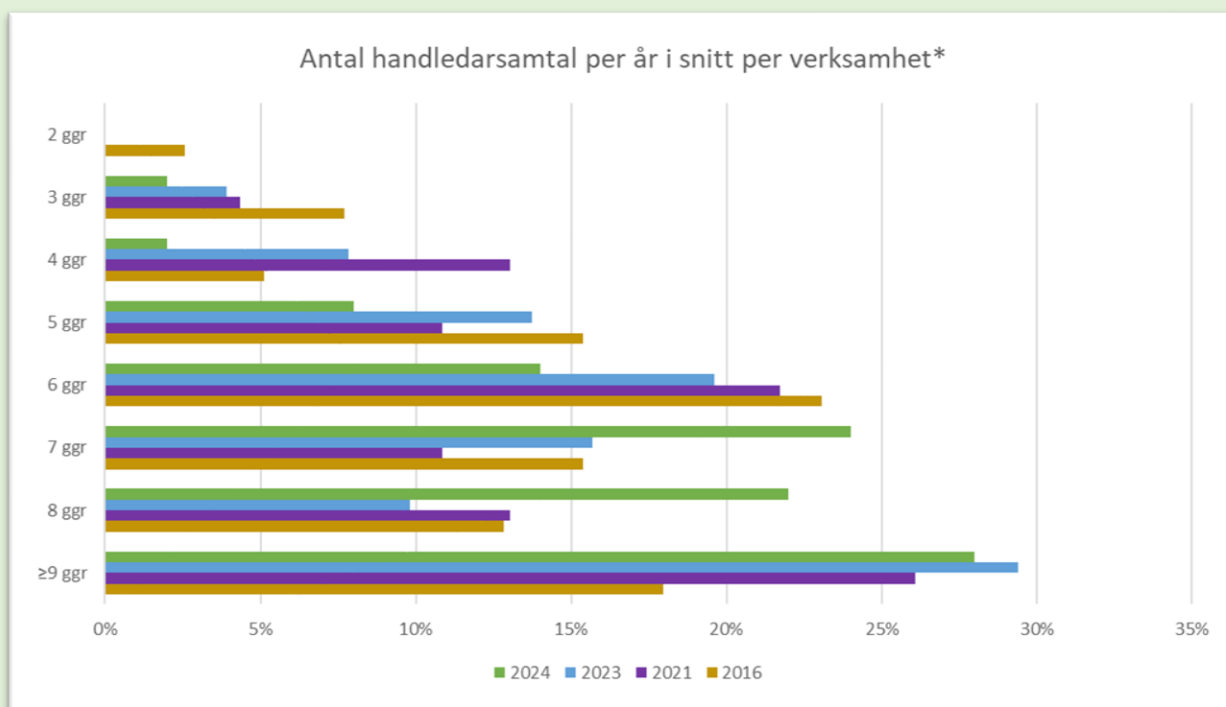
Tjugofem procent av studierektorerna redovisar att ST-läkarna lägger 10 dagar eller mer på extern utbildning/kurser i c-mål som medel medan 50% anger mellan 5–9 dagar. Det är en ökning jämfört med förra året där bara 16% uppgav mer än 10 dagars kurs och 41% 5-9 dagar. Trenden är att antalet kursdagar i externa c-mål ökar, om än långsamt. Skillnaderna i antal kursdagar i c-målen är stora mellan specialiteterna, där de kirurgiska specialiteterna representerar de med flest kursdagar.

Femtioen procent redovisar att ST-läkarna går kurs i a och b-mål 3–5 dagar i snitt, 30 % redovisar mindre än tre dagar. Antalet kursdagar varierar stort mellan olika specialiteter, sannolikt pga. att mindre specialiteter får en stor variation då dessa kurser ofta ligger koncentrerade över enstaka år av ST-utbildningen.

Den externa utbildningen är omfattande inom de flesta specialiteter. Det arrangeras många nationella och regionala kurser. Flera verksamheter har välfungerande kurshjul i lokal eller regional regi. Under året har en verksamhet ordnat en internationell ST-kurs.

Handledning

Målet i **“Bättre ST på Sus”** är nio samtal per år och uppnås av 28% av verksamheterna, jämfört med 29% under 2023. Andelen verksamheter som når upp till snittet ≥ 6 handledarsamtal under 12 månaders klinisk tjänstgöring har ökat stadigt, se nedan tabell, under 2024 var det hela 88%. (Andelen var 66 % 2016, 70 % 2017, 74 % 2018, 70 % 2019, 72% 2020 och 2021, 71% 2022 Och 75% 2023.)



*Studierektorn besvarar frågan: Hur många handledarsamtal har dina ST-läkare haft i snitt under året? Extrapolera siffran och utgå endast från de månader då de har tjänstgjort kliniskt. (dvs Om 6 månaders tjänstgöring och 3 handledarsamtal under året = 6 samtal/12 månaders tjänstgöring)

Socialstyrelsen har ett allmänt råd att schemalägga handledning. I år redovisar 46% av verksamheterna att de schemalägger handledning på något sätt, 32% har lyckats få in det i ordinarie schema vilket är en ökning från 2023 (25%). 54% schemalägger/planerar inte detta utan anger att det är upp till ST-läkare och handledare att lösa detta utifrån sitt schema vilket är en andel som ligger stabilt sedan 2023. Det är alltså en markant ökning av antalet studierektorer som nu har någon struktur för att planera handledarsamtal vilket är glädjande. Andelen som ej schemalägger var alltså 53% 2023, 67 % 2022, 63 % 2021 67 % 2020, 72 % 2019, 67 % 2018, 62 % 2017 samt 58 % 2016. De som har verksamheter där man har lyckats att lägga in handledning i schemat är nöjda med upplägget.

Citat från studierektorererna:

“Varje måndag eftermiddag tillägnas sista 2 timmar åt nån form av handledning eller gruppdiskussioner.

Jag tror schemaläggning är enda sättet att säkerställa regelbunden handledning

Vi har inga schemalagda handledarsamtal. ST och handledare kommer själva överens om när samtalen passar bäst. En hel del träffas regelbundet 1 gång/månad.

45 minuter tisdagar varje vecka.

Önskemål finns bland både ST-läkare och handledare att möten skall schemaläggas men hittills har det inte funnits acceptans för detta hos tidigare läkarchef. Kommer att tas upp med nuvarande (relativt nytillträdd läkarchef). Fungerar trots icke schemaläggning rel. bra

Vissa har lätt att hitta tider för HL-samtal och andra har svårt.

För de flesta fungerar bra, för vissa fungerar aldrig. Uppmanas att välja en annan tid om tid som finns i schemat (fast var 5:e måndag) inte passar pga. ledighet etc.

Vi jobbar med att schemalägga dessa, stående tid - då det är svårt att få till det mer ”informella”/oplanerade mötet. Lite varierande åsikter inom läkarstaben om detta.

Vi har inte schemalagd handledning utan ST-läkare och handledare bestämmer själva tid och plats för möte. SR, ST-chef kan se i utbildningsprogrammet (om ST läkaren el HL registrerar där) hur många och när samtalen ägt rum.

Vi har ingen schemalagd handledning då det är många som forskar och svårt att planera pga. det.

Omöjligt med det redan rätt röriga schemat som 24 timmars verksamhet innebär. Men vi har inbyggd admintid till våra pass och infört handledarpass där man går med sin adept ett helt arbetspass vilket ger många bedömningar och många timmar med handledaren, men räknas här som ett pass. Alla har haft minst ett handledarpass under året.

Vi har ersatt ett APT per månad med tid för handledning. På detta sätt bör ST-läkarna ha minst 9 möten per år. Våra APT har ägt rum samma dag och tid sedan flera år. Detta tillfälle är alla vana vid att lämna avdelningen.

Svårt att schemalägga centralt, många forskningsaktiva, olika ledigheter, jourer etc. Bättre att handledare/ST planerar själv efter sina förutsättningar.

Vi hade det inlagt i vårt eget schema tidigare men efter utvärdering pockades det bort. Efter återkoppling från SPUR kommer vi återinlägga det i vårt interna schema för den period som ST-läkarna tjänstgör hos oss (endast minoritet av STn).

Handledningen är planerad de dagar då ST-läkaren och handledaren opererar tillsammans. Målet är att det ska vara 1 ggr / månad. Detta är ofta av massa olika praktiska skäl inte möjligt. Det är inte heller helt säkert att ett handledarsamtal hinns med under den planerade operationsdagen.

Vi har schemalagt handledning för de ST + handledare så önskar det, under senaste halvåret. Det tar en del tid att hantera sådan schemaläggning, men jag tror det är det bästa. Vi har en ”standardtid”

för handledning (fredagar direkt efter lunch) och det bästa vore om fler kunde använda den. Ser ändå att de flesta får till regelbunden handledning.

Tiderna i schemat är endast tänkta att fungera som påminnelse för handledarsamtal. Exakt dag/tid justeras av ST-läkare och handledare. Så i praktiken fungerar det även om dom angivna tiderna i schemat inte stämmer med verkligheten.

Vi har avsatt tid på schemat varannan onsdagsmorgon efter morgonmötet. Detta används delvis men ibland väljer ST läkaren i samråd med sin handledare att flytta detta till tex ett em. möte om detta passar parterna bättre. Fungerar bra.

Handledare och ST-läkaren har fått förfrågan om schemalagda handledarmöten men har önskar att själva planera in detta för ökad flexibilitet.

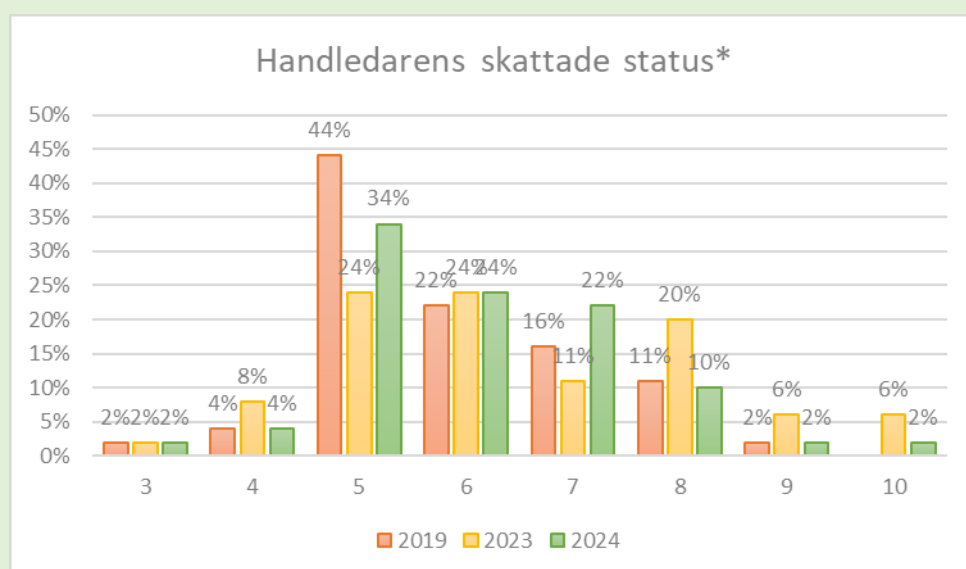
ST-läk och handledare begär själva handledningstid och detta läggs sen in i schemat, vilket fungerar väl

Det finns tid avsatt för handledning men eftersom schemat i övrigt är så pressat prioriteras ibland tiden (av ST-läkare och handledare) istället till kliniskt arbete/administration.

Lättare att ST läkare och handledare själva planerar. Har börjat införa handledarveckor där ST läkaren och handledaren schemaläggs ihop i en hel vecka. Avseende alla typ av arbetsuppgifter.”

Sammanfattningsvis framkommer en bild av att även slutenvårdens förutsättningar för att schemalägga handledning skiljer sig åt avsevärt. Område ATST kommer inte kräva en lösning för alla utan vill att varje verksamhet skapar så goda förutsättningar de kan för handledning. Vi kommer fortsätta av att bevaka handledarfrekvensen och agera då vi får signaler om brister. Liksom tidigare år kommenteras det att det är en stor individuell variation i handledningsfrekvens, vilket kan bero på ST-läkarens eller handledarens engagemang, sidotjänstgöring, fas under ST, hur tätt specialister och handledare arbetar i vardagen, geografiskt spridd verksamhet, etcetera

Handledarens status skattas av studierektorerna, se nedan. Tyvärr anger sex procent av studierektorerna att handledare har lägre status än att enbart arbeta kliniskt. Trettiofyra procent anger att det är lika och 60 % anser att det har det har en högre status vilket är något lägre jämfört med 2023 (67%) men bedöms som liten variation. De som skattar handledarens status lågt behöver belysa sin situation. Rimligen bör chefen engageras då detta är ett allvarligt tecken.



* Frågan studierektorerna får lyder: "Skatta handledarens status inom Er verksamhet på en skala på 1–10, där 10 är bästa och 1 är sämsta tänkbara status - jämför med att endast arbeta kliniskt vilket alltså skulle motsvara en 5: a"

Handledaruppgiften fördelas vanligtvis jämnt mellan specialisterna (80%) men inom sex (12%) verksamheter strävar man inte mot detta och inom fyra (8%) verksamheter lyckas man inte med det av olika skäl. Inom de verksamheter som redovisas här har vi 836 aktiva ST-handledare vilket utgör 58% av specialisterna (n=1450) vilket är en liten ökning jämfört med 2023. Duktiga handledare premieras på något sätt inom femton (31%) av Sus verksamheter vilket är kul. Det har fallit väl ut där detta har genomförts, det är allt ifrån en utbildningspott på 15 000 kr till vandringspriser eller symboliska små priser. Det är oftast ST-läkarna röstar fram bästa handledaren och det är vanligen mer ett instruktörspris än handledarpris.

ST-läkarkollegium

ST-läkarkollegium har nu etablerats på 72 % av alla verksamheter på Sus, det är en relativt snabb ökning, det var 57% 2023 och 45% 2022.

Område ATST förordar detta och det ingår sedan 2020 i **“Bättre ST på Sus”** som ett uttalat mål för alla verksamheter på Sus. Vi tror att det skapar en mer professionellt utvecklande miljö, ett större fokus på utbildningsfrågor och förhoppningsvis till sist bidrar till en kultur där alla ger varandra återkoppling. Ytterligare 16% av studierektorerna planerar att starta med detta under 2025. Sex studierektorer (12%) planerar inte att påbörja detta alls, nästan alla med anledning av att de är för små verksamheter men även några som har andra modeller för återkoppling. Utöver det så framkommer i kommentarerna svårigheter med själva återkopplingen och en ovana att ge återkoppling på bristande förmågor till specialistkollegorna. Gällande vem som håller i mötet samt ansvarar för hur återkopplingen framförs ser olika ut i verksamheterna och det kan vara chef, studierektor eller ST-läkarna.

Kommentarer från studierektorerna:

“Vissa som fått feedback har haft svårt att ta den till sig och delvis tagit det personligt. Ändå är våra ST väldigt nyanserade. Jag vill gärna lägga mer tid på att stödja HL så att de vet vad ST vill ha, samtidigt som ST måste få mest av detta eftersom de är framtidens HL.”

“Detta är uppskattat av specialisterna. Jag lämnar även återkoppling till alla sektionschefer (för att visa på vikten av att vara en bra handledare och att detta uppmärksammas vid t ex specialisternas egna medarbetarsamtal) “

“Vi har en ST läkare som haft detta som kvalitetsarbete och som är den drivande faktorn bakom detta. Vi brukar sammanfatta handledarnas styrkor och svagheter och gå igenom detta gemensamt på kliniken med chef närvarande”

Område ATST kommer, tillsammans med studierektorerna att fortsätta driva detta för att återkoppling skall bli mer avdramatiserat och även ge mer seniora kollegor möjligheten att få återkoppling och därmed utvecklas mer.

Handledarutbildning, möteskultur kring ST/fortbildning av handledare samt utvecklingssamtal

De senaste åren har Sus utbildat enormt många handledare men fortsatt är det 72 specialister som saknar handledarutbildning. Kurser ordnas regelbundet, intresset är stort men vi märker att det är en del som går utbildningen för att de blivit tillsagda av sin chef/SR. Vi har ambitionen att dagen ska vara koncis, engagerande och aktiv och vid dagens slut sammanställer vi vad de tar med sig.

Sus ändrade strategi avseende fortbildning av handledare under 2019. Det ställs inte längre något krav på officiell fortbildning vart femte år utan fortbildning skall ske integrerat med de utbildningar och möten som redan finns ute på kliniken. Detta för att sätta fokus på hur det fungerar i vardagen ute på verksamheten. Idag har 45 % av verksamheterna detta som obligatoriska moment medan 47% har frivilliga möten/utbildningar om ST. Åtta procent av verksamheterna har fortfarande ingen sådan fortbildning/möteskultur, något som vi arbeta för och måste följa upp.

Antal möten med ST i fokus för specialister och eller ST-läkare varierar mycket och är svårt att redovisa här på ett adekvat sätt. Några har korta ST-träffar varje vecka medan vissa har några längre möten varje termin. Område ATST har ingen ambition att styra hur detta görs, det viktiga är att varje verksamhet hittar en möteskultur som fungerar. Sus studierektorsmöten ger ofta bra idéer och förslag på hur detta kan genomföras. De flesta verksamheter (45/48) har en chef som deltar vid dessa möten vilket visar på engagemang. Enligt **“Bättre ST på Sus”** bör separata möten mellan studierektor och handledare respektive ST-läkare ske två gånger/termin, något som också efterfrågas

av SPUR. Område ATST kommer inte att försöka detaljstyra detta men det är angeläget att fortbildning om ST-frågor, handledning, återkoppling och bedömningar sker integrerat ute i verksamheterna. De bör också vara obligatoriska för att få de mindre engagerade kollegor att förstå vikten av sin insats som instruktör eller handledare.

Av de 678 ST-läkare som redovisas i enkäten har 506 svarat att de haft ett utvecklingssamtal med sin närmaste chef. Man får dock beakta att många som svarar på enkäten är på föräldraledighet eller har forskningstid men sannolikt är siffran missvisande låg.

Specialistkollegium (SK)

Alla verksamheter har infört specialistkollegium och under året bedömdes 384 ST-läkare på Sus under ett specialistkollegium. Målet i **“Bättre ST på Sus”** är att en ST-läkare ska genomgå minst tre specialistkollegier under sin ST. Alla 50 svarande anger att chef deltar som regel vilket är viktigt. Elva studierektorer uppger att de bara delvis leder till bra och konstruktiv feedback medan den stora majoriteten, 37 stycken, tycker att det leder till bra återkoppling och stöd. Endast en verksamhet (2%) tycker inte att det leder till bra återkoppling och en svarade “vet ej”.

Kommentarer och tips från studierektorerna:

“Antagligen det bästa formatet vi har tillgängligt. Fungerar mycket bra hos oss och specialisterna är relativt engagerade, och vi får en ”samlad bild” av ST-läkaren på ett bra sätt. Ibland finns en risk att något halvnegativt som något säger tidigt förstärks av bara farten genom att folk upprepar, ”jo visst, är hon lite stel, men...”, vilket kan göra att det blir lite snett. Men totalt sett är det ett bra sätt att få en bild över hur det går för en ST-läkare”.

“Väldigt olika hur mycket tid olika specialister lägger på att förbereda sig för detta och även olika hur bra handledarna är på att förmedla resultatet. Återkoppling sker muntligt, men i mindre del skriftligt.”

“Återkopplingens kvalitet varierar tyvärr beroende på ST-handledaren. Har i ett försök att formalisera återkopplingen ändrat strukturen så att jag numera själv som SR presenterar alla ST-läkare på SK och ST-handledarna får utskrivna formulär att fylla i under SK som underlag för återkoppling. Har ännu ej utvärderat hur ST-läkarna upplevt återkopplingen efter denna ändring. Mallen för utvecklingsplan mailas ut innan SK med instruktion att den skall fyllas i efter SK.”

“Vi har haft något dålig närvaro på vissa kollegium och jag upplever att man som SR måste tjata på kollegorna att de ska komma. Nytt försök blir att införa det under en tisdagslunch, obligatorisk utbildningslunch för läkarna. Då ska ST samtidigt ha omvänt specialistkollegium är tanken.”

“Jag tycker att det fungerar väl. Kollegerna är engagerade i våra gemensamma ST-läkare och har ofta en god uppfattning om deras kunskaper. Fungerar bra när vi planerar i god tid och har mötet inlagt i schemat flera månader i förväg. Kliniken bjuder deltagarna på lunch och mötet hålls 12.30-14 på fredagar.”

“Fungerar väl och uppskattas av både ST-läkare och handledare.”

“Viktigt att det inte blir en skitsnacksgrupp, som jag sett i andra verksamheter. Bra att det finns tydliga instruktioner hur det ska gå till. Viktigt också att det finns ST-kollegium inom verksamheten.”

“Jag tycker att det i allmänhet fallit bra ut både för specialister och ST-läkare. Det brukar komma fram både positiva sidor och områden ST-läkaren behöver jobba med, bra diskussioner och de flesta ST läkare har tagit till sig feedback och jobbat på att utveckla sig vidare. Återkoppling sker muntligt via handledare. Vi har haft en egen mall för specialistkollegium, men planerar att komplettera med mallen som finns på SUS.

Vi har inte använt mall för att skapa plan för framtida lärande, men det skulle kunna vara ett mål att införa.”

“Det är bra med en elektronisk enkät. Dock får ST en del subjektiva kommentarer som kan tolkas fel. När man sitter många finns också en risk att det inte är sakliga bedömningar som blir fokus, så det gäller att styra upp dessa möten ganska strikt. Det blir också mycket mer ”kritik” mot de som bara varit kort tid hos oss, jfr de som varit länge på sin ST. Dvs feedbacken blir lite oförtjänt ”hård” tidigt under ST och HL upplever det svårt att återföra den feedbacken till ST. Som att man är långsam tex. Det är ju alla i början! Planen är att hela tiden påminna HL och specialister om lärandeprocessen och att undervisa om hur man ger feedback på bästa sätt.”

“Vi har haft specialistkollegium (och även ST kollegium) under så många år att det är en helt naturlig och uppskattad bedömningsmetod med högt deltagande. Kollegiet leder fram till en utvecklingsplan för ST-läkaren.”

“Det funkar bättre och bättre, tycker jag. Det skickas ut frågeformulär till specialister, som sedan diskuteras i detalj. Sedan skapas en sammanfattning per ST. Återkoppling lämnas muntligt av handledare och framtida mål bestäms”

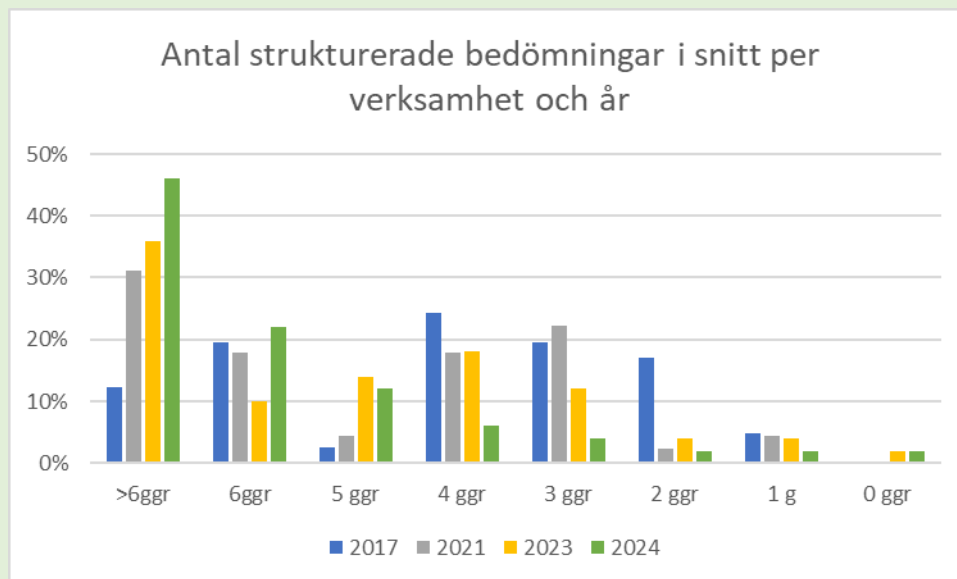
2021 skapades en mall för specialistkollegium inom de kirurgiska specialiteterna som uppskattas. Några studierektorer har adderat egna frågor och styr vad som skall tas upp, d.v.s. fokuserar på olika delmål (a, b och c-mål) vid varje specialistkollegium. Område ATST är också tydlig med att det inte är meningen att alla mål skall belysas varje gång och uppmuntrar till att mallen anpassas för att passa varje verksamhet. Vi vill att varje klinik skapar sin struktur för specialistkollegium.

Stora verksamheter bör till exempel ha sitt kollegium sektionsvis så att de specialister som sitter med har arbetat med ST-läkaren i närtid. Då kan det också fungera som ett slags godkännande av en placering inom en sektion eller längre sidotjänstgöring. Flera studierektorer påpekar att det har underlättat att använda digitala verktyg för att samla in formulären inför kollegiet. Det är också viktigt att leda mötet på rätt sätt, att försöka sprida ordet och inte låta den mest dominant i rummet börja tala, det är då högre risk för ”priming” samt i vissa fall en negativ attityd som kan varas svår att bryta som också nämns i kommentarerna ovan.

Men, denna bedömningsform är nu etablerad, uppskattad och välfungerande, med undantag av en verksamhet. Alla studierektorer justerar sitt sätt att arbeta utifrån verksamheten och vi lär av varandra hur vi kan få det att fungera ännu bättre.

Strukturerade skriftliga bedömningar i vardagen

Studierektorerna fick svara på följande fråga som redovisas nedan: Hur många bedömningstillfällen med skriftlig återkoppling (medsittning, mini-CEX, DOPS, CBD, 360-gradersbedömning, spec. kollegium etcetera) har dina ST-läkare haft i snitt senaste 12 månaderna de har tjänstgjort kliniskt?



Antalet strukturerade bedömningar som genomförs av ST-läkarna har ökat återigen på Sus generellt. Nu svarar 83% av studierektorerna att de uppnår 4 bedömningar eller mer i snitt/år och ST-läkare, motsvarande siffra var 66% 2022, 71% 2021, 67% 2020, 70% 2019, 67% 2018, 58% 2017 och 29% 2016.

Det fungerar mycket bra inom många specialiteter, många har initierat särskilda bedömningsveckor, andra kräver att vissa bedömningar är genomförda och godkända för att få bli jourkompetent eller få godkänt på ett tjänstgöringsavsnitt. Gaffelmottagningar nämns av flera som ett bra bedömningsforum där bedömningsformulären är smidiga att använda vid återkoppling. En strävan hos flera är att försöka få in det som en naturlig del av den kliniska vardagen. Mini-CEX, DOPS och mall efter rondarbete verkar användas frekvent. Avseende digitala formulär vs pappersform finns det fortfarande olika preferenser och därför är vårt samarbete med MedCul fokuserat på att de digitaliserade formulären även ska kunna gå att skriva ut i pappersform för de som önskar. Generellt anges att det är lättare att ge återkoppling på ett praktiskt moment jämfört med de a- och b-mål som ska uppfyllas. Det är en viktig observation och som är användbar i hur vi formulerar och instruerar i de bedömningsmallarna som är mer fokuserade mot de målen.

Liksom tidigare är det stor variation bland ST-läkarna i hur väl de initierar strukturerade bedömningar, de yngre ST-läkarna är mer aktiva, sannolikt för att de är mer vana från GU och AT. Allt fler chefer tar upp detta på utvecklingssamtalen. Att studierektorn visar upp ett snitt inom verksamheten upplevs driva alla att vara minst lika frekventa som sina ST-kollegor. Inom vissa verksamheter så finns det ypperliga möjligheter i vardagen och på vissa ställen måste ST-läkarna vara mycket aktiva. Överallt finns inte entusiasm, en studierektor menar att det görs pliktskyldigt i viss utsträckning. En studierektor menar dock att man arbetar så nära sin handledare att ST-läkarna inte efterfrågar strukturerade bedömningar. Sannolikt behövs mer utbildning om att en så enkel sak som strukturerade bedömningar med återkoppling skapar bättre läkare, till exempel ser man att kirurger som låter sig bedömas tidigare gör mer avancerade operationer självständigt. Sus skulle må bäst av en kultur där vi alla bedöms och får återkoppling, oavsett skede i karriären. Vi trycker på att ansvaret för att bedömningarna blir av ligger på ST-läkarna. De har redskapen i sin hand i form av de strukturerade bedömningsformulär som finns utarbetade. Bedömningar med återkoppling är en av våra främsta pedagogiska verktyg. Område ATST kommer att fortsätta att arbeta konsekvent med att öka antalet bedömningar, att de genomförs strukturerat och håller en god kvalitet. Bedömningar för att

få hjälp i sin utveckling är central del i uppstartsseminariet där detta poängteras som den bästa metoden att konfirmera att man har nått sina lärandemål.

Vi fortsätter att arbeta med att sprida kunskap om att bedömningar står på gedigen vetenskaplig grund som ett redskap att skapa bättre läkare. Det är också ett kvitto på att man uppnått en viss kompetens. Intrycket av hur det används är att de som inte har kommit i gång ordentligt tycker att det är lite besvärligt och att de inte riktigt har förstått värdet av det. Där man kommit i gång mer så övergår det till att bli en mer naturlig del av vardagen, enklare och med mindre prestige och risk för de inblandade. Det vinner alla på.

“Bättre ST på Sus” har nu höjt målet från sex till nio strukturerade bedömningar per år, vilket är i linje med vad vetenskapliga fynd visar. Fler bedömningar av flera bedömare leder till bättre kvalitet på återkopplingen. Den tidigare gränsen på sex bedömningar var ett absolut minimum, helst skall man göra 10–12 per år men vi bedömer det som ett realistiskt mål just nu. Vi har några verksamheter som har lång väg kvar.

Avslutningsvis ett glädjande citat från en avgående ST-studierektor:

“Snitt bedömningar / ST år 2024= 13,6!

Vi har en kompetenstrappa (EPA-liknande struktur) med olika nivåer för olika år på ST. Tydligt för ST-läkarna vad de ska kunna i praktiken och hur de ska lära sig sakerna. Det finns en del HALO (high-acuity, low occurrence) inom akutsjukvården som måste övas på modeller och gås igenom mentalt vilket fungerar bra.

Vi har infört handledarpass där handledaren går ett helt pass med sin adept och gör multipla bedömningar, ffa kan man där ge feedback på de mer allmängiltiga målen som ledarskap, kommunikation, teamarbete, relation med kollegor, patienter och anhöriga. En ny bedömningsmall finns för denna, inkl. alla delmål i ST. Vetenskapen visar att fria kommentarer ofta ger mer så vi har även som möjlighet att göra just så - vitt papper med styrkor och saker att jobba med, tips och tricks mm. Uppskattas och gör det enklare och mer givande att göra och få bedömningar.

Många bedömningar görs externt via den formativa specialisttentamen som erbjuds. I ystad är det obligat att alla ST gör och får godkänt på alla 6 deltentamen (4 moment i varje tentamen, förutom DT 1 där det är 5 moment).“

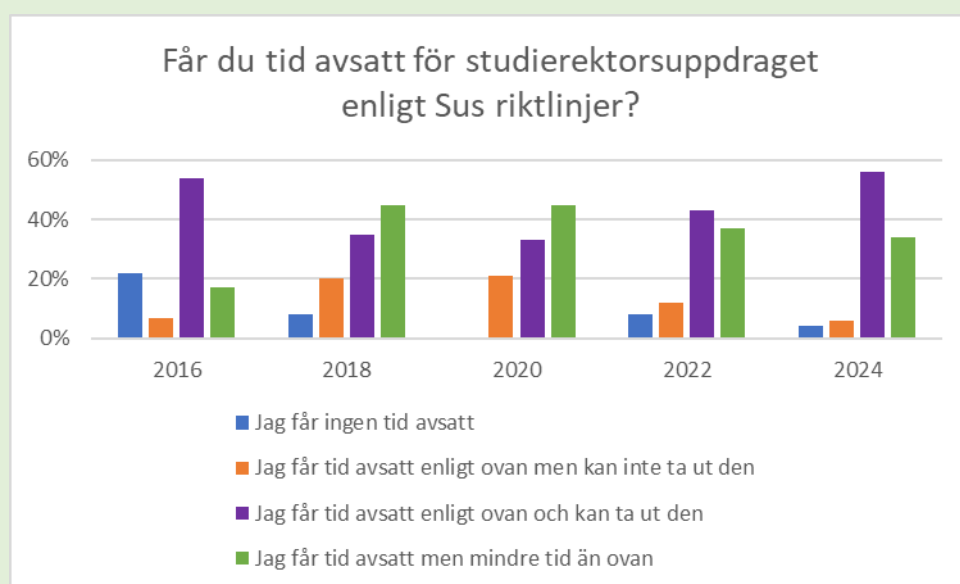
“DOPS för kirurgiska ingrepp används flitigt på kliniken. Vi har utvecklat en specifik DOPS för några typingrepp. DOPS används för att få ”körkort” på vissa specifika typingrepp.

Det finns ett litet motstånd mot att använda Mini-CEX, både från ST läkarna och från specialisterna som handleder på teammottagningarna. Det vanligaste argumentet är ”det tar för mycket tid”. Jag jobbar mycket för att påverka detta och vi har nu infört att det är krav på Mini-CEX på varje placering för att få godkänd placering. “

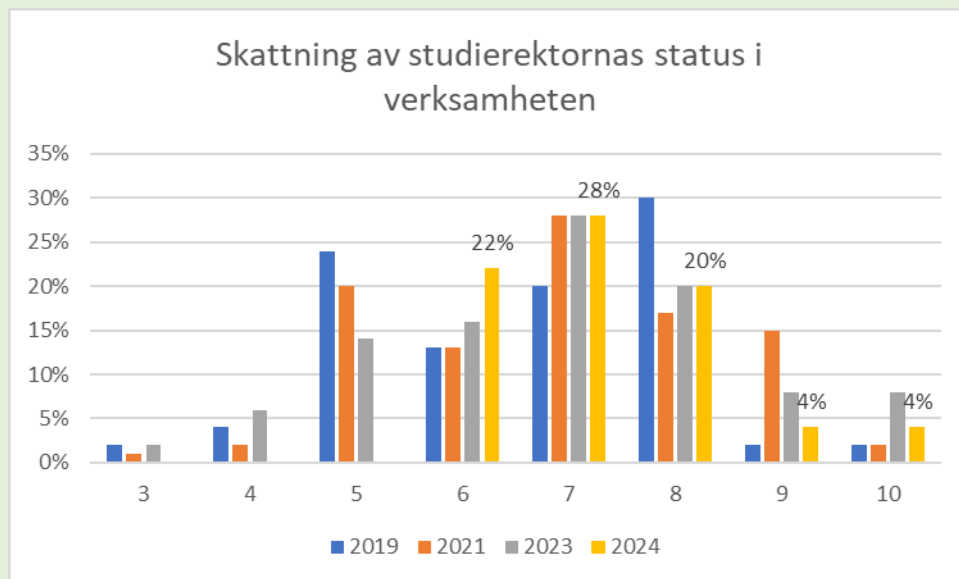
Frågor rörande studierektorns arbetssituation och status

I tabellerna nedan redovisas om studierektorerna har tid avsatt för uppdraget, samt en skattning av deras status i verksamheten. Studierektorerna får även frågor om **deltagande i ledningsgruppen**, den är fortfarande låg. Femtiofem procent av studierektorerna redovisar att de aldrig bjudits in till ledningsgruppsmöten under 2024. Trettioåtta procent av studierektorerna är själva aktiva för att bli inbjudna. Område ATST förväntar sig att studierektorn diskuterar verksamhetsberättelsen för ST för klinikens läkare och på ledningsgruppen. För vissa är möjligen målet i **"Bättre ST på Sus"** att delta två gånger per termin för högt ställt, det beror delvis på hur klinik och ledningsgrupp ser ut och hur tätt man samarbetar med chefen. Några verksamheter har ST-chef som bevakar frågorna.

Det viktiga är att det finns en rak kanal för studierektorn att ta upp sina frågor och att utbildningsfrågorna får en hög prioritering. Att inte delta på ledningsmöten kan innebära en risk att omstruktureringar, strukturförändringar i schemat, förändringar av vårdflöden etcetera som inte primärt är utbildningsfrågor diskuteras. Detta är exempel på saker som påverkar utbildningen i väldigt hög grad! De som inte är med redovisar att de jobbar ofta på andra sätt för att kommunicera med ledningen om utbildningsfrågor och belysa utbildningsaspekten på förändringar som genomförs.



En majoritet (78%) av studierektorernas självskattade sin status inom verksamheten över fem på tiogradig skala och skattningarna har sakta förbättrats vilket är glädjande. Frågan som ställdes var: Skatta studierektorns status inom Er verksamhet på en skala på 1-10, där 10 är bästa och 1 är sämsta tänkbara status. Jämför med att endast arbeta kliniskt vilket alltså skulle motsvara en 5:a.



Det är glädjande att alla studierektorer nu får ersättning, 98% dessutom i linje med förvaltningsbeslutet från 2017. Många studierektorer är involverade i rekryteringsprocessen av nya ST-läkare, 28 % är alltid med, 36 % är med ibland medan 36 % redovisar att de aldrig är involverade.

För Område ATST mars 2025

Sara Halldén, Jonas Ahl & Pernilla Sahlstrand Johnson
 Övergripande ST-studierektorer
 Skånes Universitetssjukhus