

Interngranskning inför SPUR genomförd oktober 2022

SAMMANFATTNING

Alla Sus ST-läkare, studierektorer, handledare och chefer har tyckt till om ST-utbildningen inför kommande SPUR-granskning 2024. Hur tycker Sus ST-läkare? Glädjande är att "gråblocken" är borta, studierektorerna åtnjuter ett stort förtroende och utbildningsklimatet beskrivs som gott generellt sett. Men Sus har också utmaningar, utbildningskvaliteten varierar för mycket. Tecken på bristande professionell självständighet och bedömningskultur visar sig i för låg frekvens av handledarsamtal och bedömningar som måste öka för vi ska godkännas vid SPUR-inspektionen. Det stora arbetet måste göras ute i verksamheterna och mindre centrala åtgärder planeras.

För Område ATST
Jonas Ahl, Pernilla Sahlstrand
Johnson, Kristine Hagelsteen &
Åsa Andersson

Interngranskning inför SPUR, genomförd oktober 2022

Innehåll

Sammanfattning	1
Åtgärder.....	2
Pedagogisk bakgrund till vår utbildningsstruktur.....	3
Varför görs denna interngranskning?.....	3
SPUR modellen	4
Hur skall vi se på svaren?.....	4
Resultat.....	6
Basdata	6
Verksamheten/Lokaler/medarbetarstab	7
Tjänstgöringens upplägg, Utbildningsprogram, mål och dokumentation.....	8
Handledning	11
Bedömningar och återkoppling	12
Teoretisk utbildning, vetenskapligt arbete, kvalitetsarbete och egen handledningskompetens	14
Referenser	16

Sammanfattning

Interngranskning inför SPUR är en omfattande webundersökning där alla ST-läkare, handledare, studierektor och chefer fått svara på frågor kring ST-utbildningen och utbildningsmiljön vid Sus.

Skånes universitetssjukhus (Sus) vision är att vara ett sjukhus i absoluta världsklass. Dagens ST-läkare är de som i framtiden skall besitta spetskompetens och leverera vård i internationell världsklass för våra medborgare. Sus riktlinjer för ST är baserad på vetenskaplig evidens inom pedagogik som har visat leda till hög kvalitet på den utbildade specialisten(1-3). Det finns starkt vetenskapligt stöd för att frekventa bedömningar och strukturerad handledning leder till högre kvalitet på de läkare som utbildas (2, 4, 5). Det är även visat att svagheter som inte rättas till under ST tenderar att kvarstå (6)

De flesta verksamheter har en mycket välfungerade ST-utbildning men denna interngranskning ger oss ett mycket bra underlag för vidare förbättringsarbete. Arbetet att stärka ST och skapa en pre-SPUR-effekt kommer framför allt att ske ute i verksamheterna. Varje studierektor och chef måste belysa sin verksamhets resultat utifrån styrkor och svagheter och förankra en förbättringsplan i läkarkollegiet.

Utbildningsklimatet beskrivs som gott och studierektorerna har ett stort förtroende bland ST-läkarna. Det finns i princip inga "gråblock" längre, dvs ST-läkare erhåller fast anställning inom 12 månader. Samtliga studierektorer gör ett gediget arbete med att fortsätta höja nivån och anpassa bedömningar och utbildningsmiljön till sin verksamhet. Studierektorsmötena är en viktig källa för inspiration och spridning av kvalitetshöjande pedagogiska moment inom ST-utbildning en vid Sus. Det framkommer ofta nya, smarta

lösningar där Sus studierektorer antagit utmaningar inom den egna verksamheten och implementerat bra sätt att förbättra utbildningen.

De svagheter som finns varierar mellan klinikerna och måste åtgärdas så att den totala nivån på ST förbättras. Sus alla specialiteter har analyserat sin ST-utbildning utifrån styrkor och svagheter och tagit fram en handlingsplan för att stärka ST-utbildningen inför kommande SPUR-granskning.

De stora gemensamma bristerna är:

- I. För låg frekvens av handledarsamtal. Endast 61% av ST-läkarna når upp till 6 handledarsamtal per år och endast 27% uppnår målet om 9/år.
- II. För låg frekvens av strukturerade bedömningar. Endast 28% når upp till målet om 6 bedömningar per år. 21 % anger att de inte bedöms fortlöpande avseende sin kompetens.
- III. Endast 68 % av ST-läkarna dokumenterar och redovisar sin progression enligt riktlinjerna genom den obligatoriska årliga rapporten och 27 % anger att de inte dokumenterar sin kompetensutveckling.
- IV. Utbildningsmiljön; Ostörd arbetsplats saknas för 37% av ST-läkarna, avsaknad av/minimal tid för självstudier är för vanligt liksom evidensbaserade diskussioner som till exempel journal clubs.
- V. Vi brister också när det gäller träning och återkoppling på att undervisa och handleda. Det efterlyses även bättre återkoppling avseende vetenskaplig, ledarskaps- och kommunikativ kompetens
- VI. Omstruktureringar och utlokalisering av vård, framför allt till privata vårdgivare gör att möjligheterna att erbjuda en allsidig ST på Sus är hotad inom vissa specialiteter.

De utmaningar som vi som övergripande ansvariga ser är att det finns ett hot mot bredden av den vård vi bedriver på Sus, fler ST-läkare inom de kirurgiska än i de medicinska specialiteterna menar att verksamheten inte erbjuder den bredd som behövs för att uppnå specialistkompetens. Det är viktigt att utbildningsperspektivet inte glöms bort i samband med omstrukturering av vården. Varje chef och studierektor har ett stort ansvar att bevaka detta och tillse att alla kompetenser kan uppnås under ST. Måluppfyllelse för ST-utbildningen kommer ge synergieffekter ute i verksamheterna med ökad vårdkvalitet och bättre arbetsmiljö, allt till gagn för våra patienter. En ST av högsta klass lägger grunden för framtida kompetens och kvalitét på Sus.

Vi tackar alla ST-läkare, handledare, studierektorer och chefer som bidragit till att ge en tydlig bild av vad som krävs vid varje verksamhet för att lyfta ST-utbildningen så att vi kan godkännas med fina betyg och säker kvalitet på den utbildning vi levererar. Med gemensamma krafter är vi på väg att säkra hög kvalitet på framtidens specialistläkare vid Sus.

Åtgärder

På sjukhusnivå kommer vi genomföra små justeringar i riktlinjerna från förvaltningsledningen. Den utarbetade struktur som finns i "bättre ST på Sus" för bedömningar, utbildningsprogram är välfungerande och innebär en minimal administrativ börda. Den är etablerad inom många verksamheter men måste implementeras bättre inom andra verksamheter. Vi kommer att addera ett krav på varje ST-läkare skall vara mentor åt en AT-läkare under sin ST, för att tidigt i karriären göra handledning till en naturlig del av jobbet. Mentorskapet skall avslutas med bilateral återkoppling. Den årliga rapporten kommer att utvecklas något och integreras i utbildningsprogrammet, och bör fungera som underlag vid medarbetarsamtal där chefen ytterligare kan understryka vikten av att ST-läkaren själv tar ansvar för sin professionella utveckling.

Med relativt enkla åtgärder kan Sus alla verksamheter uppfylla Socialstyrelsens (Sos) krav på en fullgod specialistläkarutbildning.

Pedagogisk bakgrund till vår utbildningsstruktur

Från idrott, musik och andra högpresterande yrken och professioner är det känt att coaching och återkoppling på beteenden och utföranden lägger grunden för att utvecklas och nå nästa nivå.(7) På samma vis blir läkare som får strukturerad återkoppling i hur de skall utvecklas mer nöjda, höjer sin nivå som kollega och självständighet i det egna patientnära arbetet (8).

Läkarrollens samtliga aspekter behöver tränas under en specialistutbildning, inklusive att ta ägandeskapet för det livslånga lärandet genom att reflektera över den egna kunskapsresan och ständigt sätta nya kunskap- och färdighetsmål. Den årliga rapporten syftar till att stimulera den professionella utvecklingen och är ett absolut minimum av dokumentation. Rapporten stimulerar ett framtida beteende då läkaryrket kommer att kräva fortbildning genom hela karriären. En del ST-läkare önskar att få sin ST mer färdig paketerat, likt en universitetsutbildning, men det är inte i linje med modern, aktiv pedagogik och de individuella utbildningsprogram som Sus eftersträvar. Årsrapporten kommer integreras i utbildningsprogrammet samt utvecklas med en ny del som inkluderar reflektion över vad de lärt sig samt vilka läromål de har för nästkommande år. Årsrapporten är ett bra underlag för medarbetarsamtal där chefen bör ta ansvar för att påtala vikten av att ST-läkarna själva måste vara aktiva.

De allmänna kompetenserna (a och b-målen) skall fr.a. läras i den kliniska vardagen. Identifiering av och återkoppling på moment avseende vetenskaplig, ledarskap och kommunikativ kompetens behöver stärkas då detta görs mer sällan än bedömningar av klinisk kompetens. Till exempel kan återkoppling efter undervisning, rondarbete och handledning användas i detta syfte. Kurser i dessa kompetenser endast är ett komplement.

Vid utlokalisering av vård, vilket framför allt sker till privata vårdgivare inom opererande specialiteter försvinner basala ingrepp och diagnoser från Sus och därmed även möjligheter till lärande i vardagen. Vid all upphandling måste utbildningsaspekten beaktas och ingå i avtalet så som det gör inom primärvården. Distribuerad och återkommande träning är överlägsen enstaka block för kunskapsinhämtning och tillägnande av färdigheter och bör eftersträvas i all schemaläggning av utbildningsläkare(9). Det är viktigt att utbildningsperspektivet inte glöms bort i samband med omstrukturering av vården.

Varför görs denna interngranskning?

Sus är ålagda att följa Socialstyrelsens (Sos) föreskrifter och ombesörja en externgranskning av ST-utbildningen vart femte år. Sus genomför en intern granskning av verksamheten mellan de externa granskningarna, de s k SPUR-granskningarna (SPUR=Specialistutbildningsrådet). En stor del av verksamheterna på Sus SPUR-granskades 2018 som ett första steg att synkronisera granskningen mellan de olika specialiteterna. P.g.a. pandemin har nästa externa granskning skjutits fram till 2024 då i princip alla verksamheters ST-utbildning kommer att granskas.

En intern granskning genomfördes under oktober 2022 där efterlevnaden av Sos och Sus riktlinjer för ST undersöktes. Samtliga ST-läkare, handledare, sektionschefer och studierektorer bjöds in att besvara frågor kring ST-utbildningen inom deras specialitet. Senast en gemensam interngranskning skedde var 2016 i form av ST-barometern, som då genomfördes samtidigt på landets alla universitetssjukhus.

Fördelen med att granska alla sjukhusets specialiteter samtidigt är att alla verksamheter kan dra nytta av varandras resultat och arbete. Svagheter är ofta de samma och planen är att kraftsamla, driva work-shops och förändringsarbete gemensamt inom studierektorsnätverket. Även sidotjänstgöringar, som kan vara en betydande del av ST belyses, och samarbetet mellan olika specialiteter kan gynnas. Förutom det

gemensamma arbetet måste varje studierektor ta ansvar för analys och handlingsplan för att stärka ST-utbildningen inom den egna specialiteten. Handlingsplanen skall tas fram i samarbete med ansvarig chef. Samtliga kollegor, speciellt ST-läkarna, bör på något sätt engageras i processen och handlingsplanen redovisas till område ATST.

SPUR modellen

SPUR-inspektion av Sus sker 2024. SPUR-modellen ger omdömen från A – D hur väl vårdgivaren uppfyller Sos föreskrift, allmänna råd eller de kvalitetsindikatorer som SPUREX (rådgivande organ till LIPUS där specialistföreningarna representeras) har satt upp. En föreskrift är man skyldig att följa. Ett allmänt råd kan uppfyllas på annat sätt än som formulerats men man kan inte bortse från det. För att nå det högsta betyget skall man dessutom uppnå de kvalitetsindikatorer som är uppsatta.

A – Sos föreskrift och allmänna råd följs. SPUR:s kvalitetsindikatorer uppfylls men enstaka undantag kan förekomma

B – Sos föreskrift och allmänna råd följs

C – Sos föreskrift följs, De allmänna råden följs i väsentliga delar men åtgärder rekommenderas.

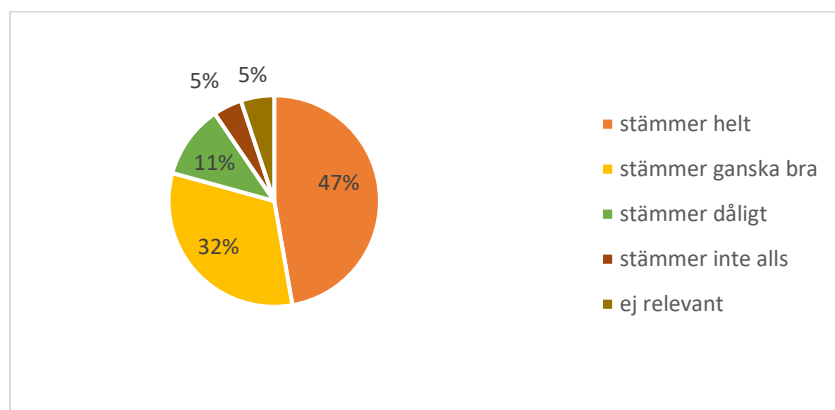
D – brister har påvisats i följsamheten till Sos föreskrift och allmänna råd, åtgärder kvävs

Brister i föreskrifter och allmänna råd eller andra relevanta aspekter kommenteras i röda textrutor. Brister måste åtgärdas inför SPUR 2024.

Hur skall vi se på svaren?

Sannolikt svarar ST-läkare med olika grad av tillfredsställelse trots att de, i alla fall inom samma verksamhet har likadana förutsättningar. Frågan nedan fungerar som ett bra exempel.

”Jag har tillgång till en adekvat bibliotekstjänst och aktuella tidskrifter”



Vi vet att alla läkare på Sus har god tillgång till en omfattande bibliotekstjänst via intranätet men endast 47% tycker att det "stämmer helt" vilket är förvånansvärt. Innebär svaret "stämmer ganska bra" att man är nöjd? Eller hade man önskat ett annat utbud? Det är svårt att förstå att 16% svarar "stämmer dåligt" eller "inte alls". Svarar de så här p.g.a. frustration över något? Sannolikt är det så att de fem procent som svarar "ej relevant" använder sig av universitetets sökfunktioner.

Är det en stor del av ST-läkarna som inte vet om att de har tillgång till omfattande bibliotekstjänst? Saknar de tidskrifter eller kunskap om vilket utbud som finns? Svaren väcker många frågor: Är det chefer, studierektorer och handledare som skall upplysa om det utbud som finns? Saknar ST-läkarna information om

utbudet? Vilket ansvar har ST-läkarna själva att ta reda på hur de hittar adekvat litteratur?
Svaren på denna fråga gör att ljuset faller lite annorlunda när man analyserar svaren även på andra frågor.

Över lag gav chefer och studierektorer mer positiva omdömen i samtliga frågor, men även handledarna svarar mer positivt kring nästan alla frågor som tas upp. I dessa grupper är det generellt sett ovanligt med negativa svarsalternativ.

”Det finns tillgång till en adekvat bibliotekstjänst och aktuella tidskrifter”	Stämmer inte alls / dåligt	Stämmer ganska bra/helt
Handledarnas svar:	2% / 5%	30% / 61%
Studierektorer och chefer svar:	0% / 3%	11% / 84%

Område ATST anser att ST-läkarna skall vara aktiva i sin egen utbildning. Vi ser i många kommentarer att de hade önskat att ST var mer färdigpaketerat. Det menar vi inte är rätt väg att gå.

Sus, genom studierektorer och chefer, är ansvariga för att tillhandahålla förutsättningar och struktur för en ST-utbildning. Det är dock pedagogiskt viktigt att varje ST-läkare på egen hand sätter sig in i läromålen, hur de skall nås och hur det till sist skall bedömas att ST-läkaren har uppnått dem. Utrymme för individuella intressen, lösningar och möjligheter måste finnas för alla ST-läkare utöver de basala krav på kunskap eller färdigheter som Sos föreskriver.

En av ST-utbildningens mål är att skapa bra arbetsätt som stimulerar till ett livslångt lärande och kunskapssökande. Därför måste ett stort ansvar på ST-läkarna att söka, driva och arbeta för sin egen utveckling. Det handlar inte bara om frågan i exemplet ovan utan gäller allt typ av lärande.

När det gäller just denna fråga finns det goda möjligheter att bjuda in bibliotekarier till ett möte med hela läkarkollegiet för att diskutera vilket utbud som finns och hur man blir bättre på att finna information av god kvalitet. Det skulle sannolikt gagna hela läkargruppen.

Resultat

Undersökningen har besvarats av:

- 72% av alla utbildningsläkare med ST-liknande tjänst som har fått enkäten (476/662).
(Alla med formell ST-tjänst samt till de som har mål att bli specialist inom specialiteten)
- 70% av alla huvudhandledare (376/539)
- 87% av alla chefer och studierektorer (98/113)

Kommentar:

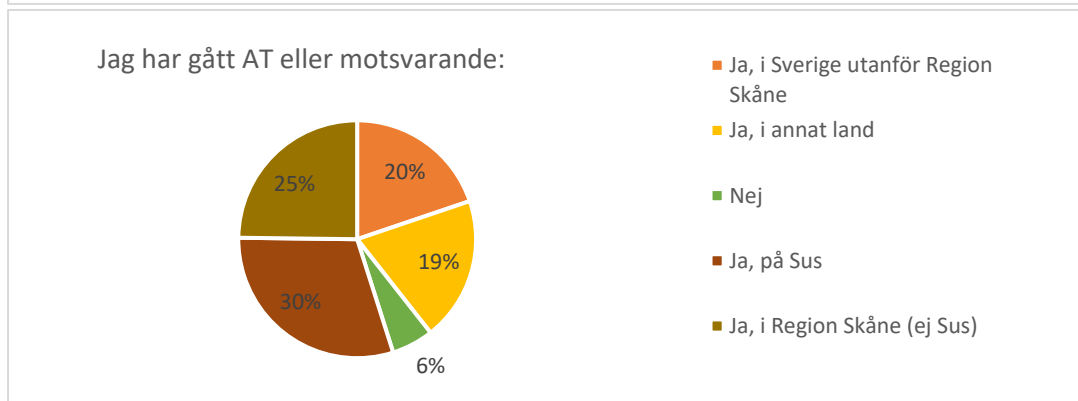
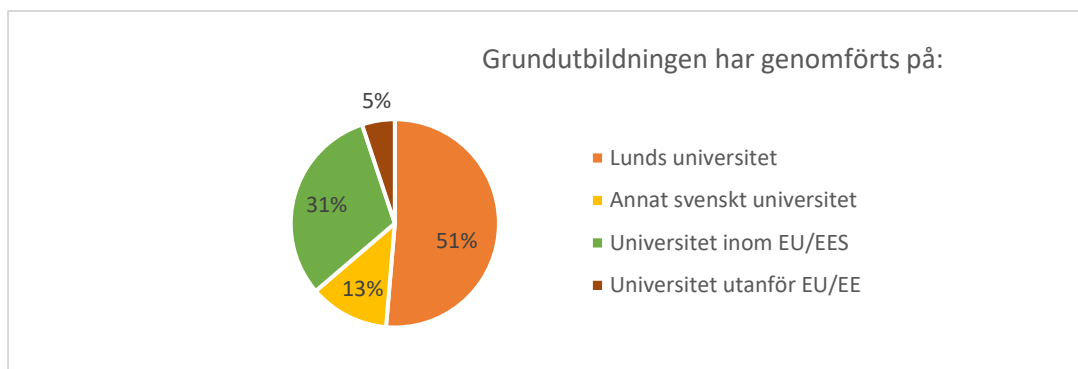
Vissa verksamheter har tyvärr låg svarsfrekvens. Enkäten var obligatorisk för ST-läkarna och det är beklagligt att svarsfrekvensen inte är högre. Enkäten var en unik möjlighet att påverka sin ST som 28% av ST-läkarna inte nyttjat.

Vilken bias medför det att 28% inte svarat? Det är oklart om de som inte svarade är mer nöjda och inte tyckte att de behövde svara, är mindre nöjda och kanske inte svarade p.g.a. tidspress eller de rent av är likgiltiga inför enkäten?

ST-läkarnas svar redovisas i denna rapport. När svar från handledare respektive studierektorer/chefer redovisas som jämförelse tydliggörs detta i text, vanligen i den röda kommentarrutan.

Basdata

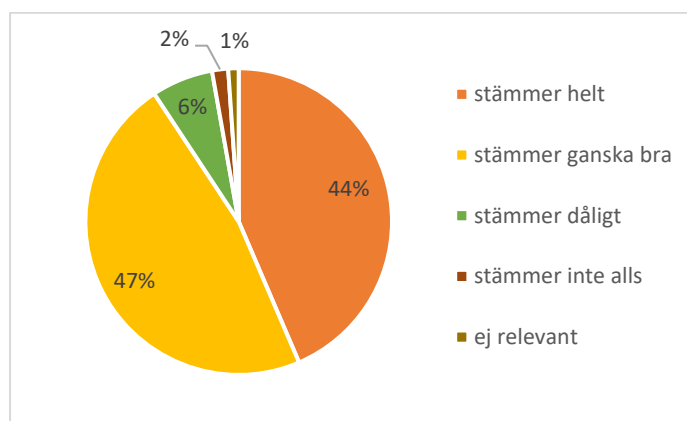
Av de ST-läkare som svarade var 55 % kvinnor. Åldersfördelningen visar att 72 % är mellan 31–40 år, 18 % <30 år och 9% är >40 år gamla. Nittiotre procent av alla som har ST-liknande tjänst har en formell ST-tjänst, endast 1,5% av de som har arbetat mer än 12 månader saknar ST-tjänst. Lund är den vanligaste orten att ha sin grundanställning på (50%), 41 % anger Malmö, 7 % Ystad och 1% anger Trelleborg eller Landskrona.



Verksamheten/Lokaler/medarbetarstab

Diskrepanzen i ST-läkarnas uppfattning och chef/handledares måste undersökas i varje verksamhet.

”Verksamheten är tillräckligt allsidig avseende patientsammansättning; dvs underlag av patienter på akuta och elektiva mottagningar, operation och dylikt är tillräckligt gott och jag bereds möjlighet att handlägga en bredd av patienter så att jag kan uppnå”



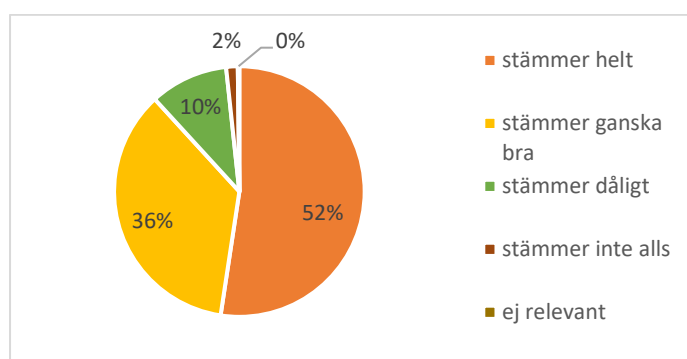
Kommentar:

Åtta procent anser att verksamheten inte är tillräckligt allsidig!

Vi ser en signifikant skillnad mellan kirurgiska och medicinska specialiteter, där 18 % respektive 6 % svarar att det stämmer dåligt eller inte alls.

Endast 4 % av handledarna och 1 % och chefer/studierektorer tycker så.

” Det finns tillräckligt många läkare med relevant specialitet och kompetens för att jag ska få adekvat handledning (avskilda möten med huvud- eller bihandledare)”

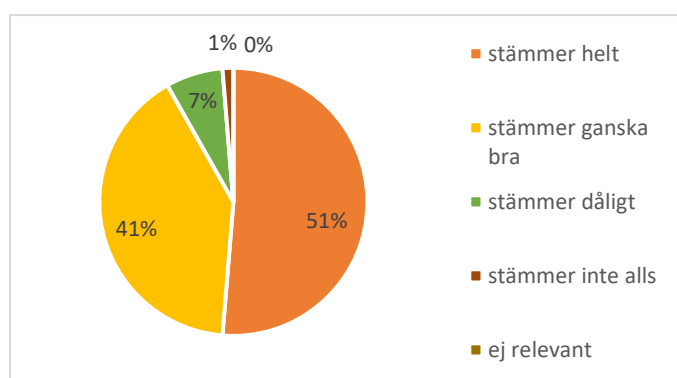


Kommentar:

Tolv procent anser att handledarna är för få eller saknar rätt kompetens för att kunna handleda!

Endast 2 % av handledarna anser detta.

” Det finns tillräckligt många läkare och andra medarbetare med relevant kompetens för att jag ska få adekvata instruktioner (Instruktioner och stöd i den kliniska vardagen)”

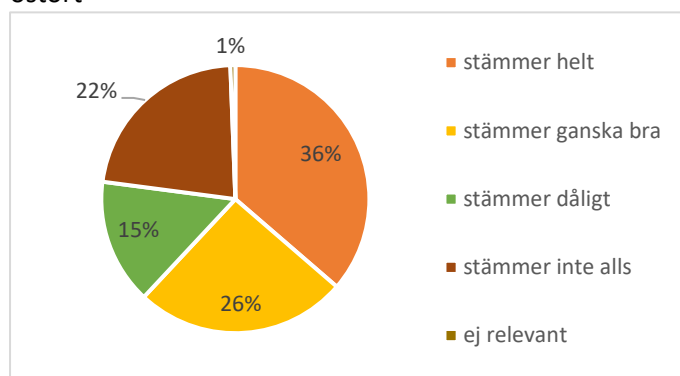


Kommentar:

Åtta procent anser att de som skall instruera är för få eller saknar rätt kompetens för att ge rätt stöd.

Inom kirurgiska specialiteter var det endast 4 % och bland handledarna 5 % som tyckte det.

” Jag har ett eget rum eller tillgång till en fast arbetsplats med egen dator, som gör det möjligt att arbeta ostört”



Kommentar:

Trettiosju procent anser att de inte har möjlighet att arbeta ostört vid sin fasta arbetsplats.

Har vi dåliga eller för små lokaler? Eller ges svaren utifrån miljön för administration på avdelningar och mottagning?

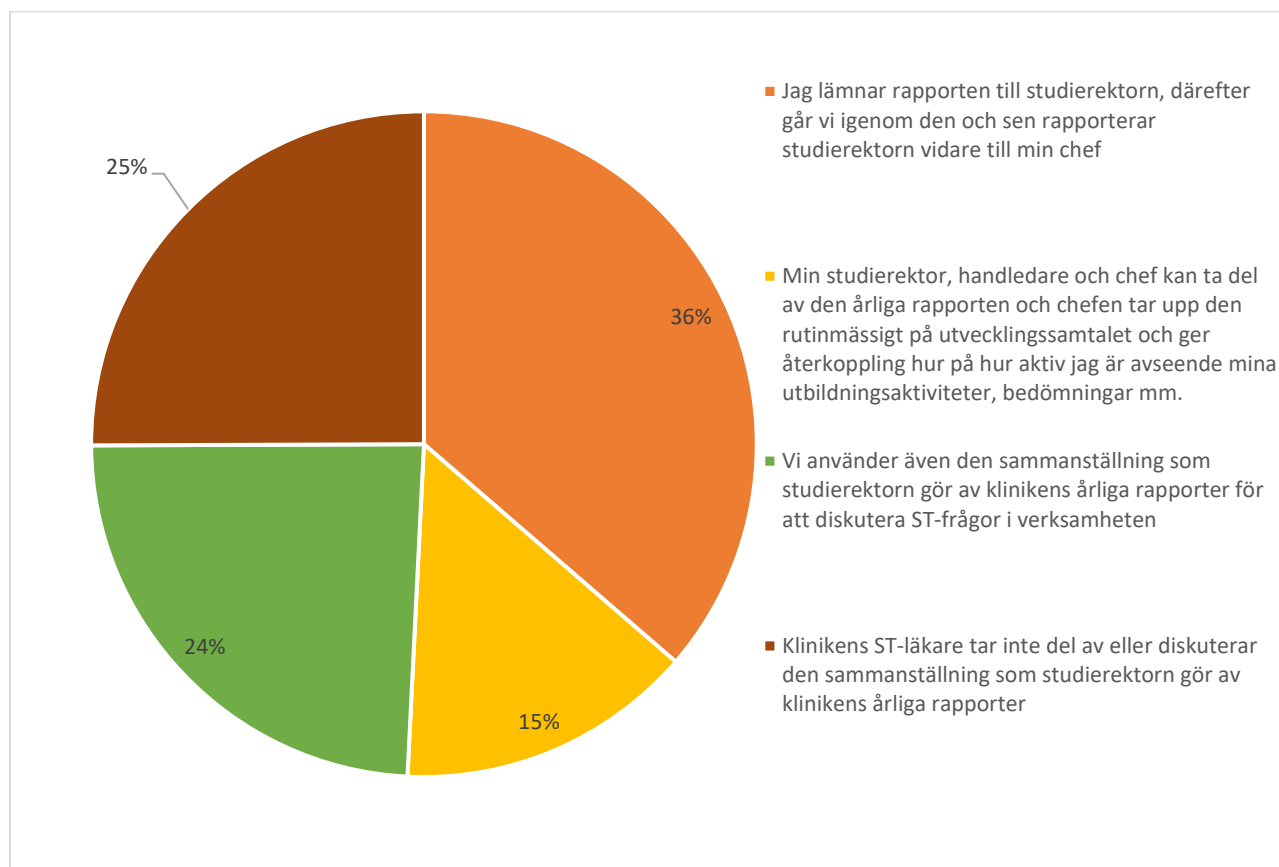
Tjänstgöringens upplägg, Utbildningsprogram, mål och dokumentation

Påstående	Stämmer inte alls/ dåligt	Stämmer ganska bra/ helt
Jag har introducerats till tjänstgöringen	4% / 10%	35% / 50%
Jag har ett individuellt utbildningsprogram som utgår från min målbeskrivning.	2% / 8%	38% / 49%
Mitt individuella utbildningsprogram revideras regelbundet (vid behov eller minst årligen).	5% / 12%	33% / 43%
Mitt individuella utbildningsprogram omfattar även sidutbildningen	2% / 10%	28% / 47%
Jag har god insikt i vilka läromål som ingår i de olika tjänstgöringsavsnitten under min ST	1% / 16 %	49 % / 32%
Jag dokumenterar handledarsamtalen	5% / 16%	38% / 38%
Jag dokumenterar fortlöpande uppnådd kompetens	3% / 24%	44% / 27%

89 % av svarande anser att de får ett gott stöd av sin ST-studierektor. Fyra procent svarar att det finns brister i likabehandling, att ST-läkare p.g.a. diskriminering har sämre möjlighet att nå sina mål. Varje chef och studierektor som fått denna typ av svar måste gå till botten i vad detta står för.

Årliga rapport är en obligatorisk kort sammanställning av de utbildningsaktiviteter som genomförts under kalenderåret (bedömningar, handledarsamtal, kurs, undervisning). **Tyvärr anger 32% av ST-läkarna att de inte alls använder den årliga rapporten.** Den skall krävas in av varje handledare och studierektor och förslagsvis användas av cheferna vid utvecklingssamtalet för att diskutera vilket ansvar ST-läkaren själv tar för sin professionella utveckling.

Hur den årliga rapporten används inom verksamheterna vid Sus.



Kommentarer om tjänstgörings upplägg, utbildningsprogram, mål och dokumentation:

Majoriteten av ST-läkarna är nöjda och verkar ha en god struktur kring utbildningsprogram, vilka läromål som gäller samt hur kompetens dokumenteras. Dock finns det på varje delfråga 10–27 % som inte anser att de har en god struktur kring detta. **Det är oroande att 10% anger att de inte har ett utbildningsprogram som utgår från målen och att 17% anger att de inte har god insikt i målen för sidotjänstgöring.**

En tredjedel av ST-läkarna (32%) använder inte den årliga rapporten alls. Resterande ST-läkare upplever att den skapar diskussioner om ST ute i verksamheten, och 15% anger att chefen tar upp den till diskussion vid utvecklingssamtalet vilket är i linje med vår vision. Rapporten tydliggör vilka ST-läkare som är aktiva i sin utbildning för att skaffa återkoppling och handledning. Inläring är en aktiv process och rapporten bidrar till en god rutin och struktur för framtida kunskapsinhämtning. **Att närmare 1/3 av ST-läkarna anger att de inte dokumenterar uppnådd kompetens är bekymrande och vittnar om bristande professionell självständighet.**

Socialstyrelsens ställer krav på att det görs en kontinuerlig bedömning av kompetensutvecklingen och att detta dokumenteras.

Den obligatoriska årliga rapporten kommer inkluderas i utbildningsprogrammet och i Sus mall bli en flik för varje kalenderår. Den årliga rapporten kommer att kompletteras med att ST-läkaren skall reflektera om sina läromål. De skall formulera för sig själv vilka mål som har uppnåtts under det gångna året och vad som är kunskapsmålet för nästkommande år. Detta skall diskuteras på handledarsamtal och med chefen. Cheferna måste få större insikt i vilken nytta alla inblandade har av de enkla rapporterna och stödja handledarna/studierektorerna att kräva in dem av ST-läkarna. Sus krav på dokumentation är oerhört mycket lägre än vad som krävs internationellt.

Det är enligt Socialstyrelsen handledarens ansvar att dokumentera ST-läkarens kompetensutveckling, men vid Sus har det beslutats att det är ST-läkaren ansvar att förse handledaren och studierektorn med denna dokumentation.

Minimum av dokumentation är att ST-läkaren:

1. Uppdaterar utbildningsprogrammet årligen, som framöver även skall innehålla årlig rapport med reflektion om det egna lärandet under året som gått samt inför nästkommande år.

2. Sparar skriftliga bedömningar

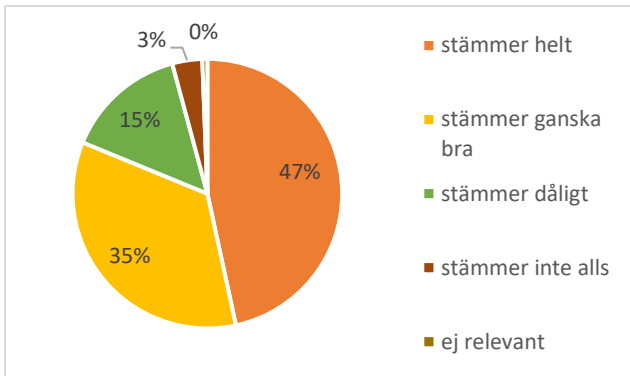
Detta skall delas med handledare, studierektor och chef en gång per år.

Handledning

I princip alla ST-läkare har en handledare, men åtta procent av alla handledare svarar att de inte har en handledarutbildning. Cirka hälften har genomfört Sus endagarskurs och 22 % har gått regionens tredagarsutbildning.

Tyvärr ser vi att det inte alltid fungerar som det är tänkt enligt nedanstående svar, vilket måste analyseras av varje verksamhet.

”Handledningen är överenskommen i förväg och genomförs med regelbundenhet och kontinuitet.”

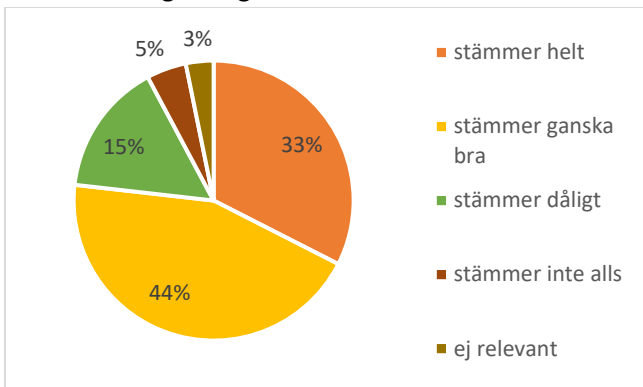


Kommentar:

Socialstyrelsen kräver att det sker kontinuerligt och det bör vara planerat i schemat

Handledarna svarar annorlunda, endast 6 % svarar ”stämmer dåligt”, 0,3% ”stämmer inte alls”, resterande svarar positivt

”Handledningen utgår från mitt individuella utbildningsprogram”



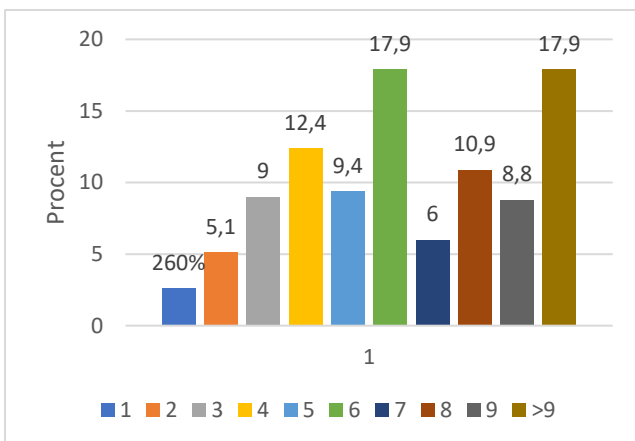
Kommentar:

Detta är ett krav i Sos föreskrift!

Handledarna svarar lite annorlunda, endast 6 % svarar ”stämmer dåligt”, 0,5% ”stämmer inte alls”, resterande svarar positivt.

Har ST-läkarna sämre insikt i sitt utbildningsprogram än handledarna eller är de mer kritiska till att det inte används vid handledarsamtalen?

”Hur många gånger per år har du handledarsamtal (räkna även med samtal med bihandledare vid sidotjänstgöring) under senaste 12 månaderna som du har tjänstgjort kliniskt?”



Kommentar:

Endast 61% av ST-läkarna anger ≥ 6 handledarsamtal/år och 27% når målet 9/år.

Handledarna svarar även här lite annorlunda. De skattar att 74% av ST-läkarna når upp till sex eller fler handledarsamtal under 12 månaders tjänstgöring.

Kommentar:

Det är anmärkningsvärt att nästan **åtta procent av handledarna saknar handledarutbildning**, våra gallur till studierektorerna om detta har talat för någon enstaka procent.

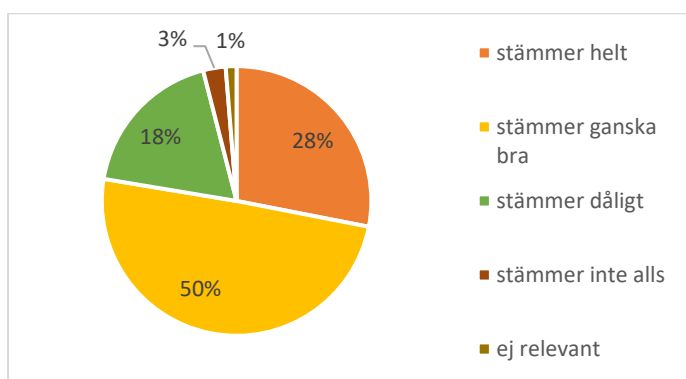
Det måste göras en genomlysning av detta på varje verksamhet och vi får därefter göra en extra satsning på att utbilda de som saknar utbildning. Handledarutbildade handledare krävs för att inte få underkänt på SPUR inspektionen.

Alltför många ST-läkare är inte nöjda med handledningens struktur och regelbundenhet vilket måste belysas bättre, både på våra handledarkurser samt ute i verksamheterna.

Bedömningar och återkoppling

Diskrepansen i ST-läkarnas uppfattning och chef/handledares måste undersökas i varje verksamhet.

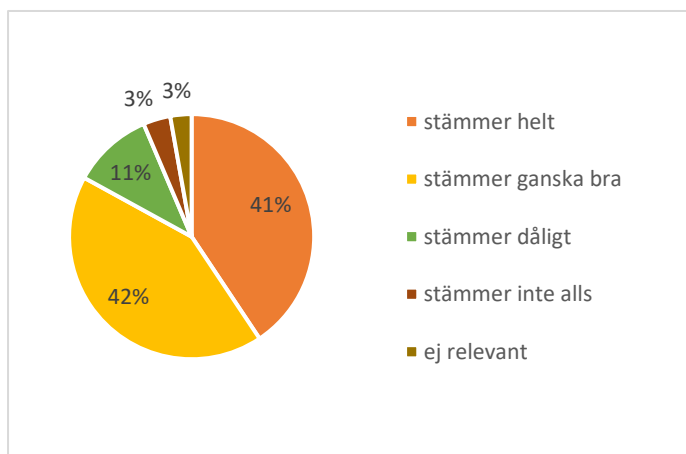
” Det görs en fortlöpande bedömning av min kompetensutveckling”



Kommentar:

Det är endast 4% av handledarna som anger att det ”stämmer dåligt” och ingen som tycker att det ”stämmer inte alls”. D.v.s. en stor diskrepans. Är det återkopplingen från handledaren som brister?

” Bedömningen av min kompetens görs med metoder som jag känner till på förhand, till exempel DOPS, specialistkollegium, medsittning, diagnostisk skrivning eller videoinspelade patientbesök”

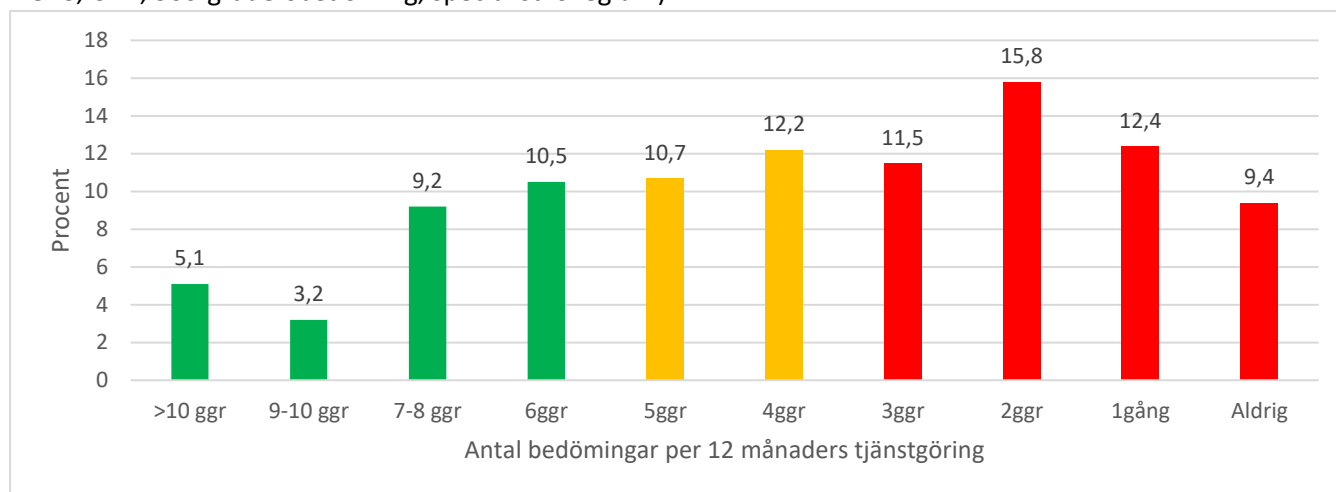


Kommentar:

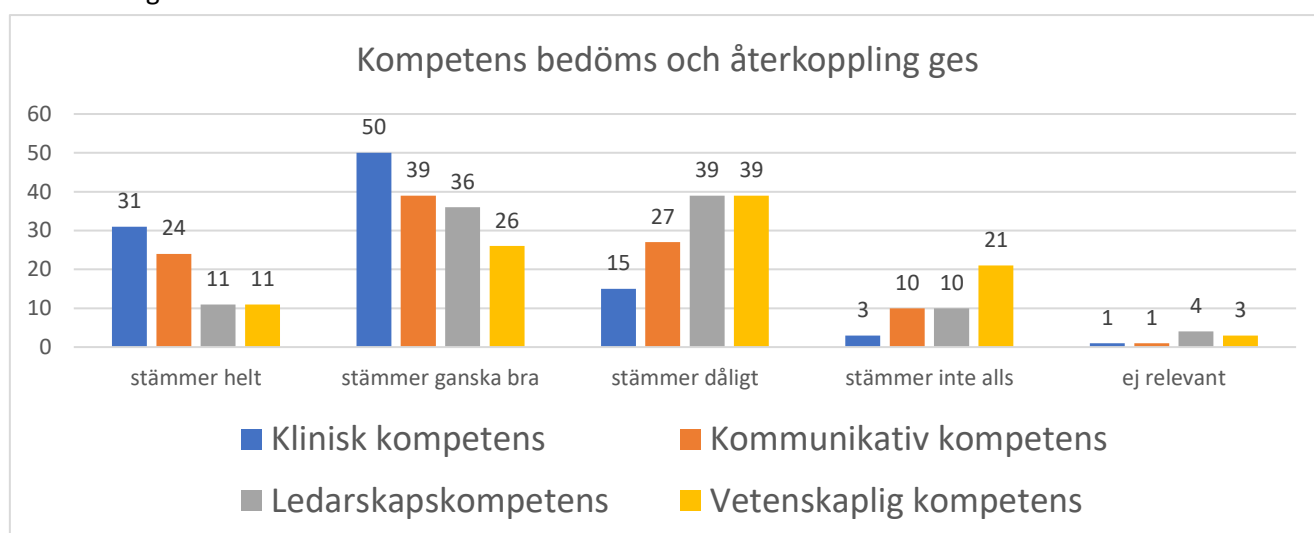
Även här råder stor diskrepans jämfört med hur handledarna svarar, 5 % svarar ”stämmer dåligt” och 0,5% ”stämmer inte alls”.

Våra bedömningsinstrument är de samma sedan många år tillbaka och borde vara kända av alla läkare. Frågan behöver lyftas i läkarkollegiet på varje arbetsplats. Hur använder vi dem bäst och inom vår verksamhet?

”Under de senaste 12 månaderna som jag har varit i klinisk tjänst har jag blivit bedömd och fått återkoppling, vilket har dokumenterats skriftligt (till exempel medsittning, systematiska journalgenomgångar, Mini-CEX, DOPS, CBD, 360-gradersbedömning, specialistkollegium)”



ST-läkarna fick svara på hur kompetensutveckling bedömdes och fick återkoppling inom olika kompetensområden. Som ni ser av tabellen nedan så skiljer det sig åt ganska markant, något vi sett i tidigare undersökningar.



En stor majoritet är nöjda med den instruktioner de får i vardagen.

Påstående	Stämmer inte alls/ dåligt	Stämmer ganska bra /helt
” Jag får nödvändiga instruktioner under tjänstgöringen (Instruktioner och stöd i den kliniska vardagen)”	1% / 7%	48% / 45%
” Utbildningsklimatet på enheten är utvecklande och inbjuder till diskussioner och frågor”	2% / 10%	41% / 46%

Teoretisk utbildning, vetenskapligt arbete, kvalitetsarbete och egen handledningskompetens

Påstående	Stämmer inte alls/ dåligt	Stämmer ganska bra /helt
Teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras in i mitt utbildningsprogram.	4% / 12%	41% / 42%
Jag har möjlighet att genomgå den teoretiska utbildning som definieras i utbildningsprogrammet.	1% / 10%	41% / 45 %
Jag får möjlighet att utveckla kunskap och kompetens i evidensbaserat förbättringsarbete. (19% ej relevant)	1% / 8%	36% / 36%
Enheten har regelbundna möten där vi diskuterar och kritiskt granskar vetenskaplig litteratur	24% / 29%	24% / 21%
Jag har möjlighet att själv handleda med återkoppling på handledningen (9% ej relevant)	19% / 28%	30% / 13 %
Jag undervisar under handledning	19% / 19 %	33% / 18%

Kommentar:

Vi brister fortfarande mycket när det gäller arbetet att implementera strukturerade bedömningar. Endast 28 % av ST-läkarna når upp till Sus mål om sex bedömningar under 12 månaders tjänstgöring och endast 51% når upp till minst fyra. Forskningen talar för att vi borde ha mål på 10–12 bedömningar per år för att nå bäst resultat.

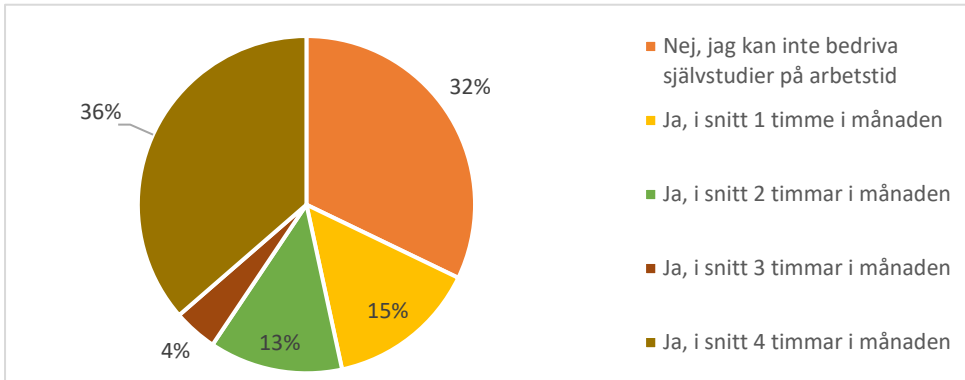
Bedömningar är ett kraftfullt pedagogiskt verktyg. Insats är nödvändigt i alla verksamheter för att implementera en bättre struktur på "hur vi får till bedömningar i den kliniska vardagen". Exempelvis kan det schemaläggas i samband med gemensamma mottagningar, till exempel i form av sit-ins eller gaffelmottagningar. Vissa studierektorer har implementerat "feedback fridays" eller bedömningsveckor med framgång.

Vi ser att det görs en bedömning av kompetensutvecklingen och återkopplas olika bra beroende på kompetensområden, bäst fungerar det för klinisk kompetens, kommunikativ kompetens och ledarskapskompetens. Sämst är vi på att bedöma och återkoppla vetenskaplig kompetens. Detta är viktigt då även de allmänna kompetenserna (a och b-målen) skall läras i den kliniska vardagen. Kurs ska endast anses vara ett komplement att lära sig även de målen. På frågan "min kliniska kompetens bedöms och jag får återkoppling" svarar 25% av ST-läkarna inom medicinska specialiteter att de är missnöjda, där motsvarande siffra för de kirurgiska specialiteterna är 15%.

Det är anmärkningsvärt att 14% av ST-läkarna anger att de inte vet hur deras kompetens skall bedömas.

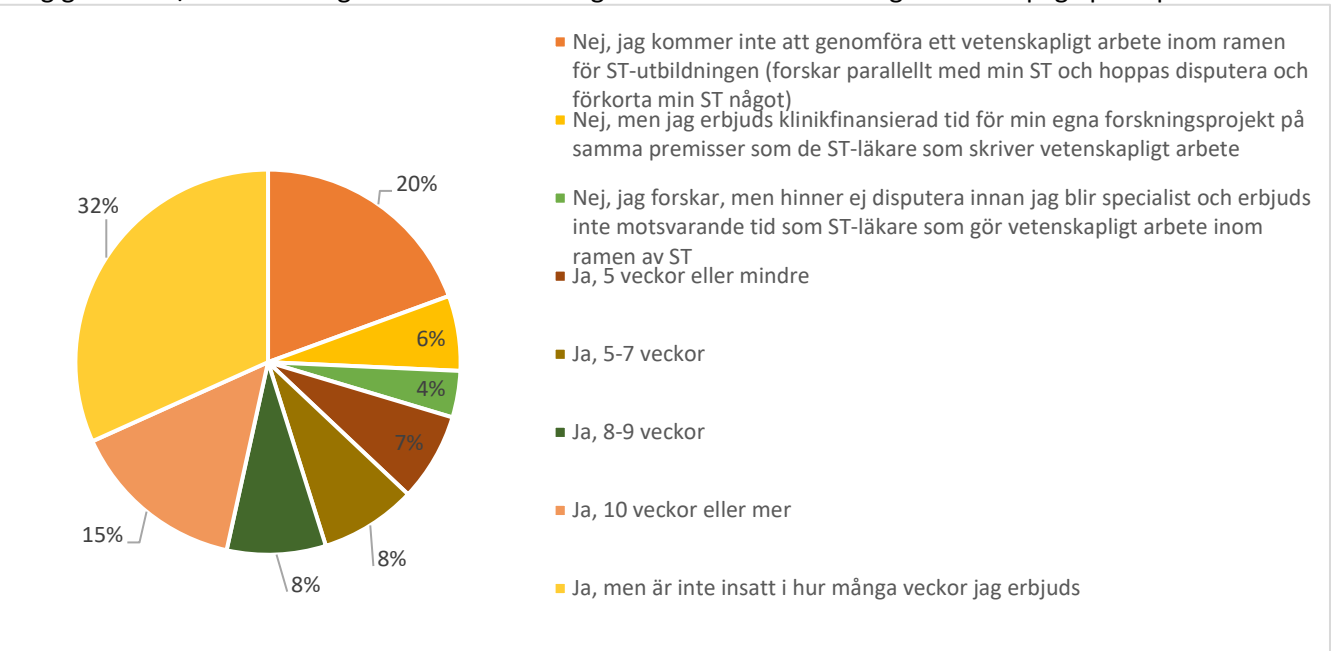
Varje verksamhet måste analysera och arbeta med utbildningsstrukturen aktivt på lokal nivå.

”Avsätts tid för självstudier på arbetstid?”

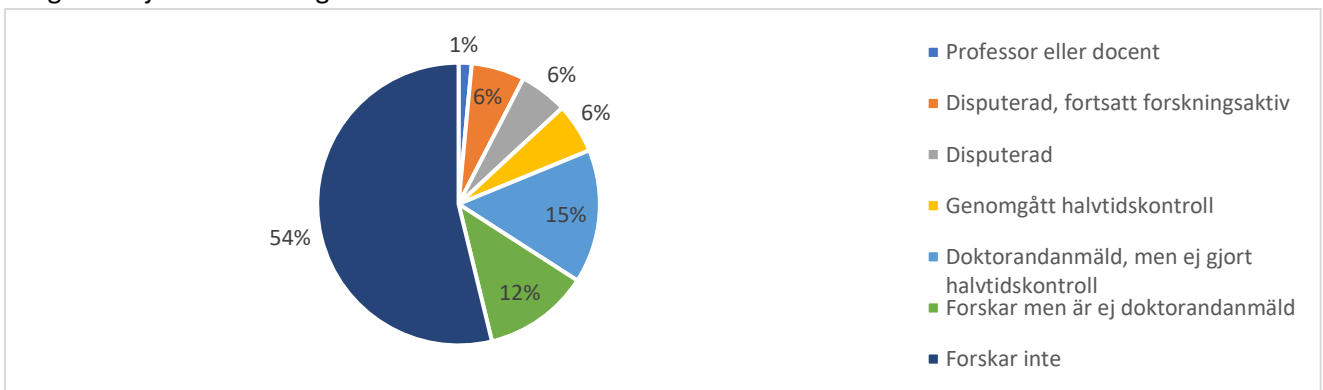


31% svarar, ”Det händer ibland att tid för självstudier dras in pga. kliniskt arbete”
 10% svarar - ”Min lästid är ”helig” och jag kan alltid ta ut den
 15% svarar - Det är vanligt att min tid för självstudier dras in för att jag behövs i kliniken.
 Resterande har inte svarat på den följdfråga som ställdes om detta.

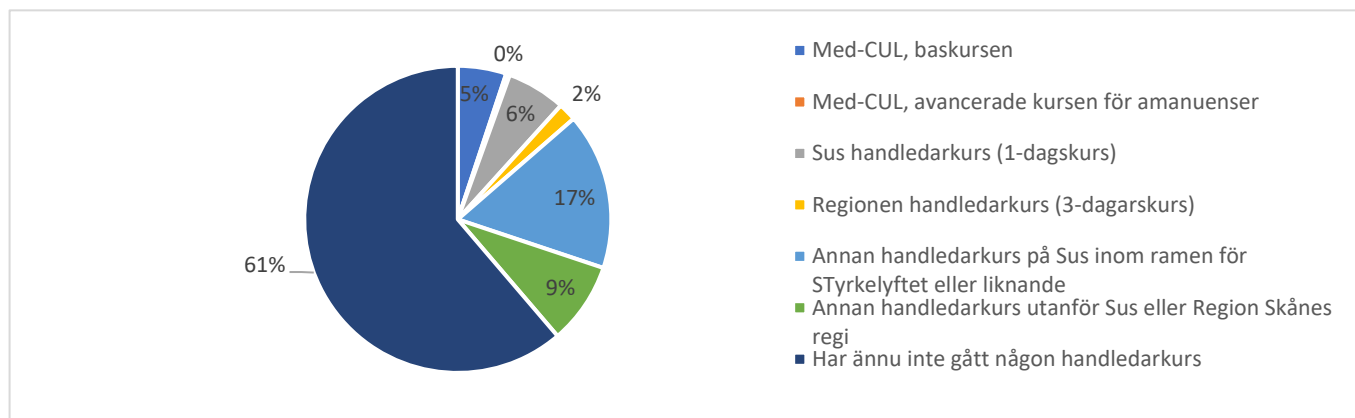
”Jag genomför/kommer att genomföra ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer”



” Jag har följande forskningsmeriter”



” Har du genomfört någon handledarutbildning, i så fall vilka/vilken?”



Kommentar:

Det fungerar bra för den stora majoriteten men det är en för stor andel som anger att det finns strukturproblem avseende hur de teoretiska momenten planeras och genomförs under ST. Det skall vara en integrerad del av utbildningsprogrammet, som måste vara ett levande dokument från vilket handledningen skall utgå ifrån.

Liksom vid undersökningen 2016 anger drygt hälften (54%) av ST-läkarna att de har någon form av forskningsaktivitet. Antalet forskande ST-läkare är sannolikt högre i slutet av ST. En stor andel (53%) anger att de inte har journal clubs eller motsvarande för att diskutera vetenskapliga artiklar.

29% anger att de inte kan bedriva självstudier på arbetstid, och det är en allvarlig brist då detta är ett allmänt råd från Sos.

En stor andel av ST-läkarna anger att de inte får handleda (47%) eller undervisa (38%) under handledning. Siffror som delvis är svårtolkade då detta kan ske senare under ST för många läkare.

Referenser

1. B L-E. Bättre ST på Sus: Skånes Universtitetssjukhus, Region Skåne; 2022 [Available from: <https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/st/sus/beslut---battre-st-pa-sus.pdf>].
2. Holmboe E. Practical Guide to The Evaluation of Clinical Competence 2ed. Holmboe E, editor: Elsevier - Health Science Division; 2017. 360 p.
3. Davis JR, Arend BD. Facilitating Seven Ways of Learning: Stylus Publishing, LLC.; 2013.
4. Van Der Vleuten CPM, Schuwirth LWT. Assessing professional competence: from methods to programmes. Medical Education. 2005;39(3):309-17.
5. Perri G, d'Angelo M, Smaniotto C, Del Pin M, Ruscio E, Londero C, et al. Do medical students and residents impact the quality of patient care? An assessment from different stakeholders in an Italian academic hospital, 2019. PLoS One. 2021;16(10):e0258633.
6. Mitchell C, Bhat S, Herbert A, Baker P. Workplace-based assessments of junior doctors: do scores predict training difficulties? Med Educ. 2011;45(12):1190-8.
7. Sargeant J, Lockyer J, Mann K, Holmboe E, Silver I, Armson H, et al. Facilitated Reflective Performance Feedback: Developing an Evidence- and Theory-Based Model That Builds Relationship, Explores Reactions and Content, and Coaches for Performance Change (R2C2). Acad Med. 2015;90(12):1698-706.
8. Stalmeijer RE, Dolmans DH, Wolfhagen IH, Scherpbier AJ. Cognitive apprenticeship in clinical practice: can it stimulate learning in the opinion of students? Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2009;14(4):535-46.
9. Norman G. Teaching basic science to optimize transfer. Med Teach. 2009;31(9):807-11.

