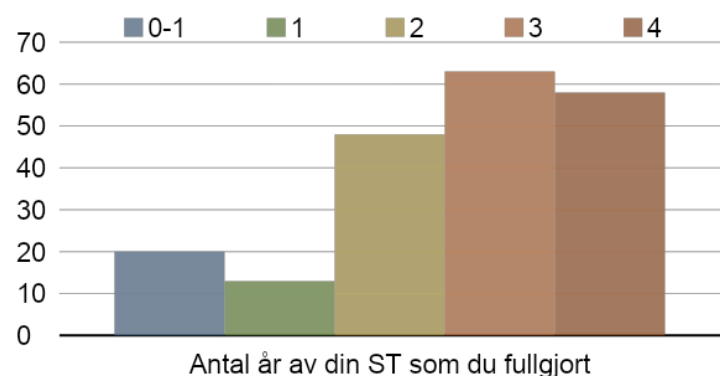




OGU-enkäten rapport 2022-09-15

OGU-enkäten skickas ut vartannat år för att kartlägga utbildningsförhållanden och arbetsmiljö för OGU:s medlemmar. De senaste åren har extra fokus legat på forskning och kirurgisk träning. I år har vi främst valt att fokusera på handledning, second victim och liksom tidigare den kirurgiska träningen då denna del fortsatt är väldigt relevant och viktig att lyfta fram. I enkäten ställdes också frågor om konferenser, ansökningsförfarande till SFOG:s kurser och ST-arbete, vi har valt att inte ta upp de svaren i den här rapporten. Enkäten skickades ut via mail med en återkopplande svarsfrekvens på ca 30% (motsvarande 256 svar) från sammantaget 41 sjukhus. Av de svarande hade 10 st varit specialister i över 2 år och dessa svar är ej inkluderade i resultatet nedan i och med att medlemskapet i OGU är avslutat. Sammanfattande övergripande information om de svarandes bakgrund och antal fullgjorda år av de som inkluderats i enkätsvaren redovisas i Tabell 1 respektive diagrammet nedan.

Information	Antal	%
Enkätsvar	246	
Kön: Kvinna	225	90
Kön: Man	21	10
Vik UI	8	3
ST-läkare	201	82
Specialist upp till 2år	37	15
Universitetsklinik	71	29
Läns- /mindre akutsjukhus	175	71



Resultat

1. Kirurgi

ST-läkarnas kirurgiska träning är alltid ett relevant och återkommande ämnesområde då det tyvärr ofta är den kirurgiska träningen som ST-läkarna uttrycker ett stort missnöje kring. Det skiljer sig beroende på vilket sjukhus man jobbar på men genomgående kommenterar flertal ST-läkare att de upplever att de saknar adekvata kirurgiska färdigheter inför att bli specialister. Drygt en fjärdedel, 28,5% (motsvarande siffra vid förra enkäten 2020 var 35%), av de svarande är nöjda med sina kirurgiska färdigheter i relation till sin förväntade kompetensnivå, medan majoriteten inte är nöjda.

Fråga; Är du nöjd med dina kirurgiska färdigheter i relation till din förväntade kompetensnivå? (0-4 motsvarar antal avslutade år av ST-tjänsten)

Är du nöjd med dina kirurgiska färdigheter i relation till din förväntade kompetensnivå?								Universitets- sjukhus	Länssjukhus och mindre akutsjukhus	Samtliga
	Vik UL	0	1	2	3	4	Specialist upp till 2 år			
Antal	8	20	13	48	62	58	37	71	175	246
Ja	37,5%	50%	46%	29%	29%	19%	22%	14%	34%	28,5%
Nej	62,5%	50%	54%	71%	71%	81%	78%	86%	66%	71,5%

Uppdelat i subgrupper syns ytterligare skillnader i nöjdhet, till fördel för svarande från icke-universitetssjukhus. 35,4% har svarat att de finns privata vårdgivare, främst i storstädernas upptagningsområde, som tagit över en större del av de enklare benigna kirurgiska operationerna. 71% av dessa anser att det påverkar deras ST negativt. Följande citat hämtade från enkäten belyser problematiken;

- "De privata får de "enkla" ingreppen, som hade varit perfekt för upplärning"
- " En hel del operationer utfört inte alls på vårt sjukhus utan ska remitteras (t.ex. sterilisering, borttagning av bartolinicystor mm)"
- "Koniseringarna utförs av annan vårdgivare så de missar vi"
- "Många "okomplicerade" operationer förläggs till de privata aktörerna, vilket gör att sjukhusen får mer komplicerade fall. Mer komplicerade fall är svårare att få komma till på som

ST-läkare. Vore bra om det skrevs ett avtal så att ST-läkare får vara med och operera på de privata instanserna”

Inom den så kallade gynsatningen uppger drygt två tredjedelar av de svarande (70%) att deras klinik har strukturerad kirurgisk träning för ST-läkarna men den skiljer sig åt. I fritextkommentarerna framkommer att denna många gånger är uppdelad i perioder, ”insprängd mottagning” eller att man ofta förflyttas till annan arbetsposition vid brist på personal. Vissa har även kommenterat att deras kirurgiska träning blivit påverkad av pandemin. Citat hämtade ur enkäten belyser de olika skillnaderna;

- *”Mitt gynår sammanföll med pandemin. Kirurgiska placeringen blev lidande. Finns ingen plan på hur jag ska få ta igen detta ännu”*

- *”Vi har en gynsatning där jag kanske fick ihop 5 dagar på op under 4 månaders placering”*

- *”Strukturerad gynsatsning, under en termin sätts en ST-läkare upp som huvudoperatör på alla operationer (tillsammans med handledning förstås)”*

- *”Gynsatsning där man inte går jourer, är så mkt på op som möjligt, tydliga mål finns vad man bör göra för operationer under den tiden”*

- *”Ja på papper, men det är sällan man faktiskt får stå som första operatör”*

2. Handledning

I enkäten ställdes frågor om strukturerad utbildning och handledning vid momenten operation, ultraljud och jour. Här avses alltså inte den handledning man får av sin huvudhandledare utan den kontinuerliga undervisningsinsats som seniora kollegor står för och de system på arbetsplatsen som inrättats för att förbereda ST-läkaren för, klargöra syfte med och ge förutsättningar för tillräcklig kompetens inför nya uppgifter.

2.1 Operation

Tre frågor ställdes angående handledning och feedback i anslutning till operativa ingrepp.

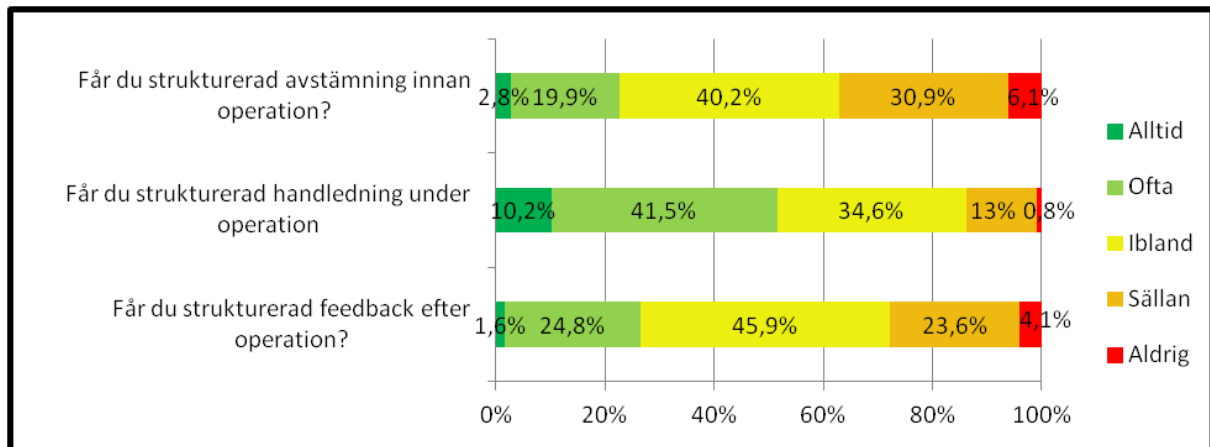
Medan 51,7% anger att de alltid eller ofta får strukturerad handledning under operation, har hela 37% angivit att de sällan eller aldrig får en strukturerad avstämning innan operation.

Motsvarande siffra för strukturerad feedback efter operation var 27,7% medan nästan lika många, 26,4%, uppger att man alltid eller ofta får strukturerad feedback efter operation.

1: Får du strukturerad avstämning innan operation?

2: Får du strukturerad handledning under operation?

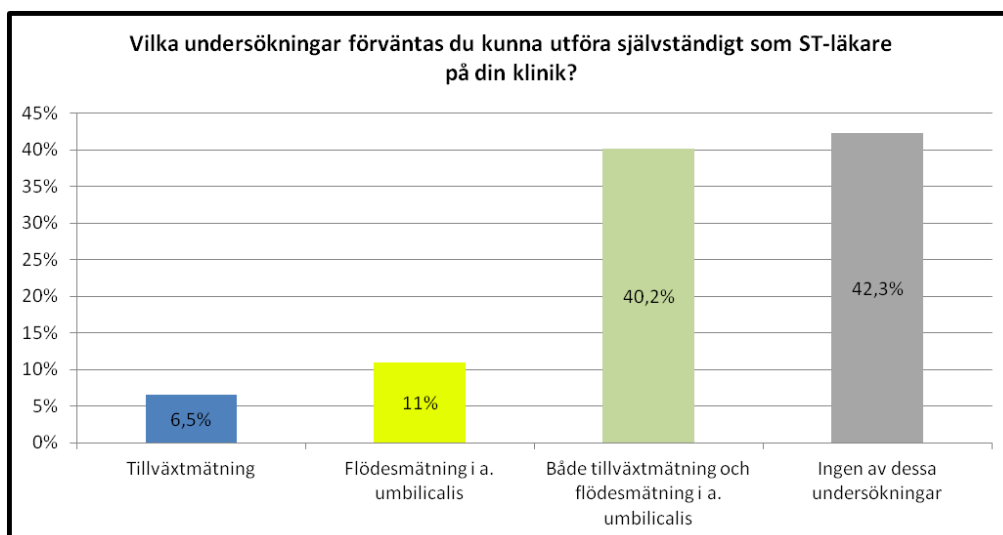
3: Får du strukturerad feedback efter operation?



2.2 Ultraljud

I linje med tidigare enkätsvar skiljer det sig kliniker emellan vad man förväntas kunna självständigt som ST-läkare beträffande obstetriskt ultraljud där 40,2% anger att man förväntas göra såväl tillväxtmätning som flödesmätning i a umbilicalis självständigt som ST-läkare.

Fråga: Vilka undersökningar förväntas du kunna utföra självständigt som ST-läkare på din klinik?



Beträffande strukturerad ultraljudsutbildning uppger 51% att man inte fått någon sådan i moment man förväntas utföra självständigt. Dock är svaret svårtolkat eftersom frågan ställs direkt efter ovanstående fråga om tillväxt och flöde. Det är därför tänkbart att de som svarat ja kan ha tolkat det som en följdfråga gällande utbildning i just de specifika momenten, medan man förmodligen läst frågan i en bredare mening om man svarat nej. Flera angav fritextsvar där det framgår att det varierar stort hur strukturerad ultraljudsutbildningen är;

- *“Genomgång tillsammans med kollega eller ultraljudsbarmorska, men ingen mer strukturerad träning med feedback.”*

- *“Inget uttalat strukturerat utan man får hitta sitt sätt att bli upplärd på”*

- *“Genomgång enligt checklistor, bra handledning, examination”*

2.3 Jour

I enkäten anger 66% av de svarande att det finns en checklista på moment man ska ha utfört eller känna till innan man går sin första jour. Endast 9,8% har någon form av körkort eller examination, och en majoritet av resterande (53,7%) önskar att det fanns. 26% har svarat “jag vet inte”. Många har valt att ge fritextsvar, där det förefaller vara vanligt att man har någon form av bredvidgång eller närvarande mellanjour/bakjour under den första tiden man går jourer.

“Man får gå bredvid på flera jourer innan självständiga jourer. Måste också göra placering på förlossning i minst 6 månader inkl göra flera sectio innan jour.”

Det framkommer också i flera svar att den checklista man har i begränsad utsträckning används;

- *“Vi har en ”checklista” men det är upp till en själv att se till att man har koll på det som finns i den. Ingen strukturerad genomgång el examination.”*

3. Second victim

För andra gången i rad handlade några av enkätfrågorna om "second victim", det vill säga om allvarliga händelser på arbetet som lett till att individen själv, i egenskap av vårdpersonal, blivit traumatiserad. 54% av de svarande hade varit med om en sådan händelse under sin ST och av dessa upplevde 33% bristande stöd från den aktuella arbetsplatsen. Vid subanalys av svaren framkom att ju längre du arbetat desto vanligare var det att ha varit med om en traumatisk arbetsrelaterad händelse. I gruppen nyblivna specialister angav 84% att de varit med om en sådan händelse under sin ST.

På frågan om den egna kliniken har ett strukturerat sätt att ta hand om medarbetare som drabbats av en svår händelse i arbetet svarade knappt hälften ja (44,3 %), övriga svarade nej (26,4 %) eller vet ej (29,3 %). Flera fritextkommentarer berättade om gott kollegialt stöd efter svåra händelser, men inte via någon särskild struktur. Av de som upplevt bristande stöd har dessa två fritextsvar valts ut eftersom de sammanfattar flera av de svarandes upplevelser:

- *"Var på randningsklinik och fick nästan inget stöd alls."*

- *"Om jag hade bett om mer stöd hade jag nog fått det, men jag visste inte själv vad jag behövde tror jag."*

Diskussion

Vi fick totalt in 246 svar vilket är i samma nivå som tidigare års OGU-enkäter. De e-postlistor till ST-läkare som OGU haft tillgång till vid enkätens utskick har varit daterade. Vissa ST-läkare har fått enkäten utskickad flera gånger till olika adresser och andra har inte fått enkäten alls pga felaktig adress. Därav en ganska låg och missvisande svarsfrekvens men antalet svar i sig har varit tillfredsställande. OGU kommer att arbeta vidare med att uppdatera e-postlistor till våra medlemmar. I och med insamlingen av enkätsvar enligt ovan, kan resultaten inte med säkerhet generaliseras till alla ST-läkare i gynekologi och obstetrik runt om i landet men ger ändå en bra inblick i hur många ST-läkare har det och ger OGU viktig information för fortsatt arbete.

Det är glädjande att drygt två tredjedelar av de ST-läkare som besvarat enkäten har någon form av "gyn-satsning", en placering under ST med målet att operera på gyn-op. Det verkar som att olika kliniker har spridda upplägg av hur den kirurgiska utbildningen ska se ut, bla så varierar denna vitt i längd och struktur. Trots att många har en gynekologisk placering på operation så är de flesta inte nöjda med sin kirurgiska kompetens i relation till sin förväntade kompetensnivå, vg se tabell ovan. Den tendensen blir tydligt mer uttalad ju längre man kommit i sin ST-utbildning. Förklaringarna till det kan vara många - för lite tid på operation, höga eller otydliga upplevda förväntningar och/eller brist på handledning och feedback. På fråga om ST-läkaren kan utföra en diagnostisk laparoskopi självständigt svarar endast 31% av de som fullgjort 4 år av ST att de kan det. Motsvarande andel för de nyblivna specialistläkarna inom OGU är 48,6 %. Detta är givetvis undermåligt sett till de kirurgiska mål som är uppsatta av SFOG för två år sedan där man bla under sin ST ska lära sig att utföra en diagnostisk laparoskopi självständigt. Enkätsvaren kring strukturerad handledning och feedback vid kirurgiska ingrepp bekräftar att OGU:s arbete med Ge Kniven Vidare fortsätter vara en viktig del i att förbättra den kirurgiska utbildningen under ST. OGU uppmanar alla ST-läkare och specialister att ta del av checklisten med kirurgiska mål under ST, "*Appendix till SFOGs målbeskrivning för kirurgiska färdigheter inom obstetrik och gynekologi*", som du finner på SFOG:s hemsida. Hur den kirurgiska förmågan utvärderas och uppnås framöver så att samtliga ST-läkare håller en likvärdig nivå när de blir specialister är en fråga som bör drivas vidare. Ett förslag vore en övergripande loggbok där ST-läkarna själva kan logga samtliga ingrepp. Det skulle skapa en tydlighet i hur många kirurgiska ingrepp den enskilde ST-läkaren fått göra och ST-läkaren och handledaren skulle därmed ha en bättre överblick över vilken nivå man befinner sig på jämfört med rekommenderad kompetensnivå. Det vore dessutom ett sätt att kunna ge klinikerna ett visst incitament att säkerställa att ST-läkarna verkligen får tillräcklig kirurgisk träning. Konceptet med loggbok används redan idag inom andra specialisttjänstgöringar så som AnOplva och akutmedicin där ST-läkarna också kan jämföra sin nivå mot andra ST-läkare i Sverige. I andra länder såsom Norge och Danmark har man istället valt att använda nationella checklistor med specificerade antal ingrepp som ST-läkaren måste genomföra och redovisa inför att man blir specialist. Tydligare dokumentation, riktlinjer och rekommendationer kring minimiantal av utvalda kirurgiska ingrepp tror vi är önskvärt av ST-läkarna inom vår specialitet, och skulle kunna bidra till en bättre övergripande kvalité av de kirurgiska färdigheterna som många upplever att de saknar.

Något som många ST-läkare påpekar i enkäten är att den kirurgiska träningen på olika sätt blivit lidande under pandemin. Operationer har blivit inställda och av schematekniska skäl har ST-läkare förflyttats från kirurgisk placering till annan del av verksamheten. En annan faktor som negativt påverkar förutsättning för att utveckla sin kirurgiska kompetens är utlokalisering av kirurgi till privata vårdgivare. Många ST-läkare uttrycker i enkäten att detta är problematiskt då utbildningstillfällen försvinner och avtal om extern kirurgisk randning ofta saknas. Denna problematik beskrivs också i den debatterande artikeln, "Utlokalisering av vården drabbar ST-läkare", som utkom i tidskriften Dagens Medicin i våras, författad av SYLF tillsammans med flera ST-läkarföreningar inom kirurgiska specialiteter bland andra OGU. Artikeln baseras på en enkätundersökning där landets verksamhetschefer, ST-chefer och studierektorer inom kirurgiska specialiteter tillfrågades om privatisering av vård och dess påverkan på ST-utbildningen. Drygt en tredjedel ansåg att ST-utbildningen påverkas på grund av utlokaliseringen. OGU anser att en förutsättning för en förbättrad kirurgisk träning för många av våra ST-läkare är att etablera avtal om extern randning med privata vårdgivare och se till att samtliga vårdgivare tar ett utbildningsansvar.

En återkommande kommentar i 2022 års enkät är att man saknar struktur och tydlighet i kunskapskrav och utbildning. Det verkar till viss del relaterat till att förväntningarna på ST-läkaren beträffande kompetensnivå inom flera områden skiljer sig åt klinikerna emellan. Flera av de svarande har angivit att man önskar att OGU arbetar mer med att framställa checklistor och med att göra den praktiska utbildningen och handledningen mer strukturerad och jämlik över landet. Å andra sidan framgår det glädjande nog att det finns lokala exempel på utbildningsmoment, tex inom ultraljud, och checklistor och "körkort" inför jour som ST-läkare är nöjda med. Ultraljud är en avancerad undersökningsmetod som är central i arbetet inom vår specialitet, ändå finns anmärkningsvärt stora skillnader i hur det lärs ut och vad man förväntas kunna i början av sin karriär. Det verkar finnas utrymme för förbättring i att jämna ut olikheter, tex genom att inhämta positiva exempel på utbildning och handledning för att utforma generella rekommendationer.

Liksom vid föregående enkät framkom att många har upplevt traumatiserande situationer på arbetet och att stödet efter sådana händelser varierat i både struktur och kvalitet. OGU anser att ett strukturerat krisstöd av god kvalitet är mycket viktigt för ST-läkare och nyblivna specialisters arbetsmiljö, både på den egna kliniken och under tjänstgöring på

randningsklinik. OGU kommer därför belysa detta ämne i det fortsatta arbetet tillsammans med våra olika samarbetspartners. OGU vill slutligen passa på att tipsa om SFOG:s utbildningskurs "Hållbar vård med reparativt krisstöd – ledare och läkare tillsammans för arbetsmiljö och patient".

Slutligen ett stort tack till alla som besvarat 2022 års OGU-enkät och bidragit med åsikter om vår ST-utbildning och hur den kan bli bättre.