



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Karolinska Universitetssjukhuset
Klinik

Infektionssjukdomar
Specialitet

2022-02-14 – 2022-02-16
Datum

Stockholm
Ort

Jonas Ahl och Nils Kuylenstierna
Inspektörer

Styrkor

- Studierektor och ST-chef är mycket engagerade i ST-relaterade frågor och har gjort mycket för att förbättra kvaliteten på senare år. Bra styrdokument finns både regionalt och lokalt.
- Verksamheten har en stor bredd och det bedrivs en högspecialiserad infektionssjukvård. ST-läkare blir tidigt involverade i komplicerade infektionsfall.
- Det råder ett gott utbildningsklimat, alla känner att de kan få ett gott stöd i den kliniska vardagen.
- Hög kompetens hos specialisterna, både kliniskt och vetenskapligt. Det finns därmed goda möjligheter att få handledning för vetenskapligt arbete eller att påbörja egen forskning. Kliniken har en selektion av väldigt duktiga och ambitiösa ST-läkare.
- Alla ST-läkare är amanuenser vid något tillfälle under ST och ges bra möjligheter att träna på handledning, ledarskap och förbättra sin pedagogiska förmåga.
- Schemalagd utbildning genomförs regelbundet, denna finns även tillgänglig i efterhand för de som har gått jour eller inte har kunnat vara med. Schemalagd lästid i samband med utbildningseftermiddag. ST-dag med APT en gång per år då ST-frågor diskuteras.

Svagheter

- Schemalaggningen saknar kontinuitet och det finns ingen tydlig progression avseende schemapositioner för ST-läkare i olika faser av ST. Korta placeringar gör det svårare att följa medicinska förlopp.
- Jouren har länge uppfattats uppta allt för stor del av tjänstgöringen men är nu mer rimlig i sin omfattning. Jourpassen är ofta mycket intensiva och jourhavande förväntas redan tidigt efter anställning svara på många komplexa infektionsfrågeställningar vilket för många upplevs betungande. En fundamental svaghet är att ST-läkarna inte erbjuds möjligheten att tillägna sig förmågan att handlägga och prioritera oselecterade akuta fall med infektioner. Idag fungerar jouren enbart som konsult på akuten.
- ST-läkarna har ibland alltför glesa möten med handledare. Handledarmötena saknar ofta en klar struktur trots att bra styrdokument finns. Uppdatering av handledarkompetens genomförs inte.
- Utbildningsprogrammen inbjuder ej till interaktivitet. Det saknas en koppling mellan delmål - placering, kurser och bedömning. Uppnådd kompetens dokumenteras inte.
- Vardagens utbildningsmöjligheter tas inte till vara fullt ut. Falldiskussioner i läkarkollegiet sker allt för sällan.
- Det genomförs inte regelbundna strukturerade bedömningar av ST-läkarnas kompetens där de ges återkoppling i a, b och c-mål. Uppföljning av sidotjänstgöring sker i varierande omfattning och görs endast av enstaka handledare.
- Pågående och planerad omorganisation påverkar kvaliteten på ST. Våra intryck från intervjuerna är att det tar energi från alla kollegor och att detta redan påverkar kraften och energin att arbeta med utbildningsfrågor.
- Enkätresultaten visar i vissa frågor på en uttalad diskrepans mellan hur ST-läkarna å ena sidan och handledare, studierektor och chefer å andra sidan upplever utbildningssituationen.

Förbättringspotential

- Bättre schemastruktur med tydligare progression under ST med enklare sysslor tidigt i ST och mer avancerade positioner senare i ST. Under senare delen av ST bör inlussning ske i Specialistmottagningar, konsultverksamhet, remisshantering m.m.
- En jourlinje där ST-läkare bereds möjlighet att primärbedöma ett oselekerat flöde av infektionspatienter måste skapas förslagsvis i samarbete med övriga infektionskliniker i regionen som har en liknande problematik.
- Utbildningsprogrammen bör utvecklas och användas mer regelbundet. Det skall vara levande dokument och handledningen skall utgå från dessa. Uppdatera kompetens i handledning och skapa en struktur som alla arbetar efter. Fler regelbundna träffar för handledare.
- Öka antalet strukturerade bedömningar och kräv återkoppling efter genomförd sidotjänstgöring. Handledaren och ST-läkaren skall dokumentera dessa bedömningar. ST-chef och studierektor bör ställa krav på att det sker i tillräcklig omfattning.
- Skapa utrymme i schemat för att diskutera intressanta och lärorika fall. Bli bättre på att utnyttja vardagens utbildningstillfällen.
- Skapa en samsyn gällande styrkor och svagheter i ST-utbildningen mellan ST-läkare och ledning inför framtida förbättringsarbete.

STRUKTUR

A Verksamheten

Karolinska Universitetssjukhuset är uppdelat på två sajter. Solna (NKS) och Huddinge som delvis har olika profiler.

Huvuddelen av verksamheten ligger på Huddinge sjukhus med tre vårdavdelningar med 56 vårdplatser. Mottagning för HIV, Hepatit, immunbrist, CNS, allmän (dagvårdsmottagning), ortopediska infektioner (gemensam med ortopedspecialister) och tropik.

Akutmottagningen på Huddinge har ett brett klientel men sköts av akutläkare och internmedicin som bedömer alla patienter primärt. Infektionsläkaren fungerar endast som konsult där. I Solna finns en vårdavdelning med 10 vårdplatser med möjlighet att vårda svårt sjuka patienter samt mottagningsverksamhet för TB, CNS och tropik.

Akutmottagningen tar emot ett ytterst högspecialiserat klientel då det krävs en "NKS-biljett" för att söka om man inte kommer in med ambulans. Det innebär att du redan innan akutbesöket är under vård från någon av de högspecialiserade verksamheter som finns på NKS. Infektionsläkaren fungerar som en konsult där.

På båda sajterna finns omfattande konsultverksamhet varav några linjer har en mycket högspecialiserad profil. Jourverksamhet bedrivs på båda sajterna. I Solna fram till kl 22.00 och i Huddinge dygnet runt där ST-läkare fr.a bemannar nattpasset 16.00-08.15.

Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur specialiseringstjänstgöringen ska genomföras finns.
- Skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur specialiseringstjänstgöringen ska utvärderas finns.
- Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter följs.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

B Medarbetarstab och interna kompetenser

Kliniken har 75 läkare. 37 är disputerade och av dessa är 6 professorer och 12 docenter. Elva läkare har ST-tjänst och tre är vikarier. Tio läkare är registrerade som doktorander, varav endast en är under ST-utbildning.

Samtliga huvudansvariga ST-handledare och studierektor är specialister i infektionsmedicin och har gått handledarutbildning. Flera av handledarna har inte uppdaterat sin handledarutbildning på många år. Ingen specialist handleder mer än en ST-läkare. Det saknas regelbundna handledarträffar.

Studierektor har en skriftlig befattningsbeskrivning och har tillräckligt med tid för sitt uppdrag. Studierektor samarbetar nära med ST-chef. Båda visar stort engagemang för att förbättra ST-utbildningen.

Det finns regionala men också lokala på infektionskliniken framtagna riktlinjer för hur ST ska genomföras och hur handledningen ska gå till. Antalet specialistläkare är tillräckligt många för att alla ST-läkare ska få adekvat handledning och regelbundna instruktioner i det kliniska arbetet.

Föreskrift

- Samtliga huvudansvariga ST-handledare har specialistkompetens i avsedd specialitet.
- Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.
- Tillgång till specialistkompetent studierektor med handledarutbildning finns.
- Tillräckligt många läkare med relevant specialitet och kompetens finns för att alla ST ska få adekvat handledning.
- Tillräckligt många läkare och andra medarbetare med relevant kompetens finns för att instruktioner ska kunna ges.

Allmänna råd

- Studierektorn har relevant specialistkompetens.

Kvalitetsindikator

- Generella skriftliga instruktioner för ST-handledning finns.
- Regelbundna handledarträffar för ST-handledarna finns.
- Skriftlig uppdragsbeskrivning för SR finns.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.

C Lokaler och utrustning

Klinikens lokaler är funktionella. Tillgången till medicinsk utrustning för diagnostik och behandling är mycket god.

ST-läkarna har möjlighet att arbeta ostört i gemensamma rum för ST-läkare men saknar egen arbetsplats och egen dator. Arbetsexpeditionen på avdelningarna är adekvata men delas av flera läkare och andra arbetskategorier vilket innebär förekomst av störningar och brister avseende integritet vid telefonsamtal och diktering. I Solna finns små enskilda bås på avdelningen där man kan arbeta ostört. ST-läkarnas egna arbetsplatser ligger relativt nära på båda orterna och erbjuder då oftast en lugnare och bättre arbetsro när det behövs. Det finns väl fungerande IT-stöd för kliniska beslut, vetenskapliga databaser och bibliotekstjänst.

Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Adekvat utrustning för diagnostik, utredning och behandling finns.

Kvalitetsindikator

- ST-läkarna har tillgång till funktionell arbetsplats.
- Tillgång till IT-baserade kliniska beslutsstöd, sökbar vetenskaplig databas, stöd från bibliotek eller FoU-enhet finns.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter följs.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

PROCESS

D Tjänstgöringens uppläggning

Alla ST-läkare har ett individuellt utbildningsprogram som överensstämmer med kraven i målbeskrivningen. Det finns skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas. I utbildningsprogrammen finns en plan för hur målen ska uppnås. Utbildningsprogrammen inbjuder dock ej till interaktivitet. Det saknas en koppling mellan delmål, placering och bedömning. Uppnådd kompetens dokumenteras av ST-läkare i varierande omfattning. Utbildningsprogrammen följs upp och revideras i varierande grad i samband med handledarsamtal.

Läkarvikarier som i en del fall arbetat mer än 12 månader före ST får utsedd handledare men saknar utbildningsprogram under vikariatstiden vilket försenar planeringen för randning, forskningsaktivitet, kurser mm för många av ST-läkarna.

Alla ST-läkare har ett kontrakt som reglerar ST-läkarens och arbetsgivarens gemensamma ansvar.

Jouren har länge uppfattats uppta allt för stor del av tjänstgöringen men är nu mer rimlig i sin omfattning. Jourpassen är ofta mycket intensiva och jourhavande förväntas redan tidigt efter anställning svara på många komplexa infektionsfrågeställningar vilket för många upplevs betungande. Jouren besvarar infektionsfrågor för hela länet nattetid vilket inkluderar flera akutmottagningar, vårdavdelningar, IVA-enheter m.m. Bakjournstödet upplevs av ST-läkarna som välfungerande. En fundamental svaghet är att ST-läkarna inte erbjuds möjligheten att tillägna sig förmågan att handlägga och prioritera osexlekterade akuta fall med infektioner på ett patientsäkert sätt. Idag fungerar jouren enbart som konsult till akutläkare.

Ett introduktionsprogram för nyanställda läkare finns.

Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:



Det finns skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg.



Jourtjänstgöring/beredskap uppfyller kraven i målbeskrivningen.

Föreskrift

- Alla ST-läkare har individuellt utbildningsprogram som utgår från kraven i målbeskrivningen.
- Det individuella utbildningsprogrammet följs regelbundet upp och revideras vid behov i samråd med SR, HL och ST-läkaren.

Allmänna råd

- SR bör utgöra en organisatorisk stödfunktion till verksamhetschef, handledare och ST-läkare.
- SR bör medverka till utarbetning av ST-läkarnas introduktionsprogram.
- SR bör ta del av verksamhetschefens och handledarens bedömning av ST-läkaren.

Kvalitetsindikator

- Alla ST-läkare får introduktion till tjänstgöringen.
- Tillgång till individuella utbildningsprogram och handledning för de leg läkare utan specialistkompetens som arbetar vid enheten med siktet inställt på ST finns.
- Alla ST-läkare har lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter att uppnå målen i mål-beskrivningen oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnicitet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.

E Handledning och uppföljning

Det har varit svårt för schemaläggaren att planera in handledarsamtal varför alla får en påminnelse att planera in det i det schema som har lagts. De flesta planerade in nästa möte i samband med sina handledarträffar. Frekvensen av handledarmöten bedöms vara relativt god för majoriteten av ST-läkarna och alla ST-läkare upplever att de får ett gott stöd av sin handledare. Vissa ST-läkare uppgav att de hade flera korta mer informella avstämningar med sin handledare men att frekvensen av avskilda strukturerade möten skedde med glesa intervall.

Handledningen utgår sällan från det individuella utbildningsprogrammet. Utbildningsprogrammen saknar koppling mellan delmål - tjänstgöring, kurser och bedömningar. Det framgår inte hur ST-läkarens ska bedömas. Det är snarare en lista med kurser och tjänstgöringar och strukturen uppmuntrar inte till interaktivitet. En ST-läkare har skapat sitt program i excel och använde detta mer regelbundet.

Kompetensutvecklingen bedöms alltför sällan, ibland inte alls av huvudhandledare vid handledarsamtal. Strukturerad återkoppling (Sit-ins, 360-gradersbedömning, återkoppling efter en tids rondarbete tillsammans etcetera) sker inte som rutin i det löpande arbetet men vissa specialister ger muntlig återkoppling regelbundet. Specialistkollegium genomförs regelbundet och är uppskattat av både ST-läkare och handledare. Alla ST-läkare skriver diagnostisk skrivning årligen och går igenom den med sin handledare. Dokumentation av handledning, bedömning och uppnådd kompetens sker sällan. Det finns en välformulerad instruktion för handledning. Både ST-läkare och handledare kände till syfte, mål och förväntat innehåll och struktur för handledningssamtalen men följde dessa sällan. Handledning i samband med sidotjänstgöring fungerar oftast mycket bra men återkoppling till handledare och verksamhet görs inte i tillräcklig omfattning. Kontakt mellan huvudhandledare och handledare under sidotjänstgöring förekommer i undantagsfall. Sammanfattande återkoppling till ST-läkaren efter längre sidotjänstgöring ges vanligen inte.

ST-läkarna erbjuds och nästan alla har årliga utvecklingssamtal med ST-läkarchefen.

ST-läkarna berättar unisont att de får mycket goda instruktioner och gott stöd i det kliniska arbetet på den egna kliniken samt vid sidotjänstgöring. Utbildningsklimatet är ur denna aspekt utvecklande. Tillfällen för kollegiala diskussioner om lärorika fall sker i för liten omfattning.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

Föreskrift

- Handledningen utgår från det individuella utbildningsprogrammet.
- Det finns en utsedd huvudansvarig handledare för varje ST.
- ST-läkaren har tillgång till handledare under varje utbildningsperiod.
- Fortlöpande bedömning av ST-läkarens kompetensutveckling utifrån målbeskrivningen och utbildningsprogrammet görs under hela ST.
- Kontinuerlig bedömning utförs av verksamhetschef (motsvarande) och huvudsaklig handledare.
- Verksamhetschef (motsvarande) ansvarar för att den kontinuerliga bedömningen dokumenteras.

Allmänna råd

- ST-läkaren bör, utöver handledning, få fortlöpande instruktioner.
- Handledningen är inplanerad i ordinarie tjänstgöringsschema.
- Den huvudansvariga handledaren tjänstgör där ST-läkaren huvudsakligen genomför sin specialiseringstjänstgöring.
- Handledarutbildningen bör omfatta handledning, pedagogik, metoder för bedömning, kommunikation och etik.
- Den fortlöpande bedömningen görs med på förhand kända och överenskomna metoder.
- Påvisade brister i ST-läkarens kompetens leder till en åtgärdsplan.
- Verksamhetschefen eller motsvarande håller regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkarna.

Kvalitetsindikator

- ST-läkarnas sidutbildning följs upp.
- Varje enhet har en plan för hur ST-läkare som riskerar hamna i svårighet för att uppnå enskilda delmål, sin professionella utveckling generellt eller av personliga skäl, ska kunna hjälpas.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.

F Teoretisk utbildning

Extern och intern utbildning planeras in i ST-läkarnas utbildningsprogram i samråd med studierektor och huvudhandledare.

Alla deltar i obligatoriska regionala kurser riktade till ST-läkare. Ett bekymmer är att flera ST-läkare har fått sin ST-tjänst efter mer än ett års vikariat vilket fördröjt upprättande av utbildningsprogram och därmed ansökan av kurser och planering av randning. Man har på grund av detta bl a fått problem komma med på ST-kurser med omvänd turordning. Alla har sökt infektionsläkarföreningens Fallseminarium men haft svårt komma med. Man förväntas redovisa sitt vetenskapliga arbete på infektionsveckan och kan då också delta i Ungt Forum. Enligt utbildningsprogrammet skall man erbjudas deltagande i en internationell konferens under ST vilket av de vi frågat endast erbjudits som en del i doktorandarbete.

ST-läkarna deltar i klinikens internutbildning och ansvarar då för artikelreferat varannan vecka, varannan vecka knäckfall som presenteras av specialist. Varannan onsdag eftermiddag har kliniken ST-utbildning och i samband med detta erbjuds också inplanerad lästid 2 timmar vilken enligt flera ST-läkare ofta faller bort. En gång i veckan vetenskaplig föreläsning.

Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras in i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkarna genomgår den teoretiska utbildning som definieras i det individuella utbildningsprogrammet.

Föreskrift

- SR samordnar ST-läkarnas interna och externa utbildning.

Allmänna råd

- Intern utbildning planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.
- Extern utbildning planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.
- Tid för regelbundna självstudier planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.

G Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete

Kliniken har en enorm forskningsbredd och det finns stora möjligheter att påbörja forskning och att få god handledning i det vetenskapliga arbetet. Två av elva ST-läkare är disputerade och endast en är anmäld som doktorand trots att flertalet ST-läkare var på senare delen av ST. Flera ST-läkare påpekade att det delvis kan bero på en tung jour och arbetsbelastning samt att forskning inte påbörjas förrän man har fått sin ST-tjänst vilket ofta dröjde minst ett år från att man börjat arbeta på kliniken. Alla genomför ett vetenskapligt arbete och kvalitetsarbete och det finns kurser för att uppnå den kompetens som krävs inom ramen för ST. Journal clubs genomförs regelbundet och är etablerat i veckoschemat.

Föreskrift

- Utbildning erbjuds för att uppnå ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt.
- Goda förutsättningar finns för genomförande av ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.
- ST-läkarnas kompetens i medicinsk vetenskap bedöms fortlöpande och återkoppling sker.
- ST-läkarna ges möjlighet att utveckla kunskap om och kompetens i kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.
- Goda förutsättningar finns för att genomföra, dokumentera och redovisa ett kvalitetsarbete.
- ST-läkarens kompetens i kvalitetsutveckling bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

Kvalitetsindikator

- ST-läkares genomförda individuella arbeten publiceras eller presenteras vid vetenskapliga möten.
- Tillgång till ett välfungerande doktorandprogram finns.
- Enheten har regelbundna möten där medarbetare diskuterar och kritiskt granskar vetenskaplig litteratur.
- Minst ett, på enheten utfört, självständigt forskningsprojekt har publicerats i vetenskaplig tidskrift eller presenterats vid vetenskapligt möte de senaste två åren.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter följs.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

Obligatorisk utbildning i ledarskap och kommunikation ges av huvudman (LIST).

ST-läkarna ges möjlighet att träna och utveckla sin kommunikativa kompetens muntligt och skriftligt i samband med rond och mottagningsarbete, som amanuens för läkarstudenter, vid jourrapport och vid presentation av artiklar. Referat från kurser förekommer inte.

Ledarskapsförmågan tränas i vardagen främst i samband med ledning av vårdteam men också som amanuens för läkarstudenter.

Bedömning och återkoppling görs i samband med specialistkollegium och i enstaka fall har man använt sig av formativa bedömningar såsom Sit in och rondmall. Återkoppling ges också av läkarstudenter efter bedsiderond. Strukturerad och mer frekvent förekommande återkoppling i vardagen efterfrågas av ST-läkarna gällande ledarskap, kommunikativ kompetens och handledning. Ett stort ansvar att be om strukturerad återkoppling ligger på ST-läkarna. Studierektor uppmanar att minst fyra bedömningar genomförs per år.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

Föreskrift

- ST-läkaren ges förutsättningar att utveckla ledarskapskompetens i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i ledarskapskompetens.
- ST-läkarens kompetens i ledarskap bedöms fortlöpande och med återkoppling.
- ST-läkaren ges förutsättningar att utveckla den kommunikativa kompetensen såväl muntligt som skriftligt i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.
- ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms och återkoppling sker.

Allmänna råd

- ST-läkaren bereds möjlighet att undervisa under handledning.
- ST-läkaren bereds möjlighet att själv handleda under handledning.
- ST-läkaren bereds möjlighet att delta i inom- eller mellanprofessionell reflektion i grupp.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.

SPUR rapport 2022.

Med anledning av de utlåtande som lämnats av SPUR vid inspektionen av Infektionskliniken på Karolinska Universitetssjukhuset 2022, inkommer ME Infektionssjukdomar med en åtgärdsplan att beakta inför slutgiltig bedömning. Vi vill samtidigt tacka för den värdefulla återkoppling och tips på förbättringar som SPUR-inspektörerna delgav oss under inspektionen.

Sammantaget har man utdelat tre D-betyg inom följande områden: tjänstgöringens upplägg, handledning och uppföljning samt ledarskaps kompetens och kommunikativ kompetens. Resterande bedömningsområden uppfyller kraven och har fått A.

Vi har omedelbart påbörjat arbetet med att ta fram en handlingsplan med konkreta åtgärder vilket beskrivs nedan.

D- Tjänstgöringens upplägg

Brister enligt SPUR:

1. Jourtjänstgöring/beredskap uppfyller ej kraven i målbeskrivningen
2. Det individuella utbildningsprogrammet följs ej regelbundet upp och revideras ej vid behov i samråd med SR, HL och ST-läkaren.

1. Jourtjänstgöring/beredskap uppfyller ej kraven i målbeskrivningen

Karolinska Universitetssjukhuset har sedan många år en helt akutläkarledd akutmottagning. Tidigare hade Infektionskliniken egna akutflöden på akuten, både i Solna samt Huddinge. Redan när beslut fattades om en helt akutläkarstyrd akutmottagning, lyfte vi vår oro kring organisationsförändringen och identifierade en rad brister som vi befarade skulle uppstå.

Bland annat lyfte vid vår oro kring hur vi i framtiden skulle kunna säkerställa att ST-läkarna fick möjlighet till att handlägga och primär bedöma patienter med misstänkta infektioner. Trots våra protester avskaffades infektions flödet på akuten. Under några år har vi nu i stället fått anpassa oss till rådande akutläkarsystem med en mer konsultativ roll där vi går ner till akuten och bedömer infektions patienter, såväl på larm /sepsisalarm som i mer stabila situationer men i övrigt är vi konsultativa. Våra ST-läkare har trots detta en hög exponering mot akuten genom sina nattjourer och helgjourer dagtid.

Under slutet av sin specialisttjänstgöring arbetar ST- läkarna även som dagbakjourer med stöd av specialist. Utöver detta tillkommer vår infektionsdagvård som tar emot patienter på remiss samt återbesök från akuten. Vi upplever att denna modell ger en god grund för ST-läkarna, trots att de inte arbetar på egen infektionsdisk på akuten. Därtill kommer de möter under jourtid, under

handledning av bakjour, samt under sin internmedicinrandning där de exponeras mot en stor mängd osorterade infektionspatienter som medicinjour på akutmottagning.

Vi tar dock till oss av kritiken från SPUR och har följande förslag på åtgärder.

Vi har tagit upp frågan i NPÖ för diskussion och åtgärd. Då även andra infektions kliniken i Stockholm brottas med samma problem försöker vi hitta gemensamma lösningar samt förhållningssätt. Frågan har nu lyfts till SILF ordförande samt till Karolinska Universitetssjukhusets ledningsgrupp. I väntan på att denna process fortskrider har vi dock tagit följande direkta åtgärder.

1. Infektionsakut på dagvårdsavdelning (prio 3-5)

Vi har lagt fram förslag till Akutkliniken om att infektion ånyo skulle ha en egen "disk" med ett riktat infektionsflöde som vi skulle bemanna åtminstone större delen av dygnet och gärna hela dygnet. Tyvärr har vi inte fått gehör för detta förslag då Karolinska Universitetssjukhuset har valt att ha akutläkarstyrd akutmottagning och detta står fast.

Däremot har vi kunnat få gehör för att styra patienter som söker akuten med infektionsfrågeställning till vår infektionsdagvård som då skulle fungera som en akutmottagning. Vi siktar på att där kunna ta emot infektionspatienter som sökt akutkliniken mellan 8–21. Instabila patienter kommer fortsatt att tas om hand på akuten i ordinarie akutläkarflöde. Planering är redan i gång med sikte att starta 1/9 2022.

Infektionskliniken på Akademiska Universitetssjukhuset i Uppsala har liknande modell och vi tar lärdom därifrån. Vi hoppas på detta sätt kunna bygga upp ett akutflöde för infektionspatienter inom vår egen verksamhet.

Våra ST-läkare skulle bemanna vår egen Infektionsakut med stöd av bakjour. Utöver detta tillkallas våra ST-läkare på samtliga sepsislarm samt bemannar vår nattjour/helgjour. Vid medicinrandningen, som sker på Akutkliniken på Karolinska Universitetssjukhuset är ST-läkarna till stor del placerade på akuten och kommer där även att exponeras för oselekerade patienter där en stor del kommer in med misstänkt infektionsproblematik

2. Jourtjänstgöring som Infektionsjour på Gotland

Vi har sedan länge ett samarbete med region Gotland, kontakt har tagits med möjlighet att skicka våra ST-läkare dit för en Infektionsrandning på två månader. Fördelen med detta är att våra ST-läkare då skulle vara primärjour och handlägga renodlade Infektionspatienter på akuten. Vi har för avsikt att erbjuda ST-läkarna denna randning som ett komplement till ovan skapade Infektionsakut. Placeringen bör ffa ske i början av ST för att få en progression från att själv handlägga Infektionspatienter till att i slutet av ST fungera mer konsultativt.

3. Framtida gemensam Infektionsjour i Region Stockholm?

I SPUR rapporten har det lagts fram ett förslag om att skapa en gemensam infektionsakut där alla Infektionskliniker skulle var med och bidra. Detta förslag har tidigare diskuterats men vi ser det inte som ett möjligt eller genomförbart förslag i nuläget.

Akutläkarsystemet är etablerat på samtliga sjukhus och det kräver en gemensam samsyn mellan alla sjukhus ett förändrat uppdrag för samtliga sjukhus samt även förändrat politiskt beslut för att detta skall fungera. Förutsättningarna för detta finns ej i nuläget. Att tro att det ska gå att instifta en jourlinje inom snar framtid är dock naivt med tanke på politiska och ekonomiska hinder, varvid vi får göra det bästa av situationen.

Under de förutsättningar vi verkar under anser vi att vårt förslag enligt ovan uppfyller de brister ni pekat på och ger oss förutsättningen att väl uppfylla kraven i målbeskrivningen när det gäller jourtjänstgöringen som Socialstyrelsen satt upp för ST-utbildningen till Infektionsläkare.

2. Det individuella utbildningsprogrammet följs ej regelbundet upp och revideras ej vid behov i samråd med SR, HL och ST-läkaren.

Alla ST läkare har ett individuellt utbildningsprogram och sedan er inspektion har vi även sett till att alla vikarier också har individuella utbildningsprogram. Efter som det ofta tar ett år innan vi kan erbjuda ST tjänst ser vi nu till att ytterligare göra det första året som vikarie motsvarande första året på ST. Vi kommer framgent att använda oss av mallen för utbildningsprogram som är utarbetat av SILF, som mer inbjuder till regelbunden revision och kan med fördel användas under handledarmöten.

Vi inför handledarträffar, två gånger per år med första träffen i mitten av september 2022, där vi ska gå igenom och uppdatera handledarna kring utbildningsprogrammet med målet att skapa ett levande dokument som revideras regelbundet. Precis som ni skriver är det av vikt att skapa samsyn kring detta. Vi har redan förtydligat att ST läkarna efter varje randning skall begära feedback och att denna feedback skall vidare befordras till deras handledare. Vi lägger dock på varje ST läkare att efterfråga samt se till att informationen återförs.

Utöver dessa handledarträffar kommer planeras återkommande (minst en per termin) information och fortutbildning gällande handledning för alla klinikens läkare (leds av studierektor).

Vid det årliga medarbetarsamtalet med ST chef får varje ST läkare presentera sin utbildningsplan och ST chef dokumenterar att revidering gjorts.

D-Handledning och uppföljning:

Brister har påpekats kring handledning samt uppföljning där vi enligt SPUR inspektörerna brister i att:

1. Utgå från det individuella utbildningsprogrammet vid handledning

2. Fortlöpande göra bedömning av ST-läkarens kompetensutveckling utifrån målbeskrivningen och utbildningsprogrammet under hela ST.

3. samt att verksamhetschef (motsvarande) ansvarar för att den kontinuerliga bedömningen dokumenteras.

Handlingsplan och åtgärd:

1. Handledarträffar två gånger per termin där vi uppdaterar och informerar handledarna kring utbildningsprogrammet och vikten av att utgå från detta vid den individuella handledningen. Träffarna är även till för att inspirera handledarna till att utveckla sin handledning av ST-läkarna samt för att skapa samsyn. Det är viktigt att handledare och ST-läkare ges tid att arbeta tillsammans, och därför skickar vi inför varje schemasläpp ut påminnelse om att önska gemensam avdelningsplacering tillsammans. Vi har inventerat vilka år alla gått handledarutbildning och kommer att skicka handledarna på uppfräschningskurser under hösten. Målet är att samtliga av klinikens specialister ska ha genomfört handledarutbildningen, då handledning inte bara sker av ST-läkarnas egna handledare.

2. Vi har satt som krav att alla ST-läkare skall göra minst fyra formativa bedömningar per år. Detta följs upp inför löneförhandling med ST-chef årligen och kommer att vara meriterande i förhandling. Dokumentation av handledarsamtal samt formativa bedömningar åläggs ST-läkaren men vid medarbetarsamtal med ST-chef går vi igenom vad som gjorts, som en kontroll att dokumentation sker. ST-chef dokumenterar i sin tur vid medarbetarsamtalet om det finns brister i dokumentation och följer upp detta med handledare samt ST-läkare.

Vi kommer att fortsätta arbetet med att utveckla våra ST-kollegium.

3. var god se ovan

D- Ledarskapskompetens samt kommunikativ kompetens.

SPUR inspektörerna har påtalat följande brister:

1. ST-läkarens kompetens i ledarskap bedöms ej fortlöpande och med återkoppling

2. ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms ej och återkoppling sker ej.

ST-läkarna gör minst två perioder som amanuens under sin ST, en del fler. Vid dessa tillfällen ges feedback av studenter samt av studierektor avseende föreläsningar, seminarier samt gruppbildningar. Vi samtliga dessa tillfällen måste ST-läkaren öva på sin kommunikativa kompetens. Feedback ges muntligt samt skriftligt av studenter och omdömena tas alltid upp vid ST-kollegium samt vidarebefordras till handledare. I övrigt övar ST-läkarna på sin kommunikativa kompetens muntligt samt skriftligt vid ronder, mottagningsarbete, jourrapporter och presentationer av artiklar och patientfall. Ledarskapsförmågan tränas som ni skrev vid ledning av vårdteam och som amanuens.

Genom kravställandet på minst fyra formativa bedömningar per år kommer ST-läkarna även att bedömas avseende ledarskap samt kommunikativ kompetens i det kliniska arbetet.

Vi hoppas att vi med dessa åtgärder uppfyller kraven enligt målbeskrivningen för ST läkare i Infektion och att detta beaktas i den slutgiltiga SPUR bedömningen. Vi kommer även efter dessa åtgärder att fortsätta att förbättra och utveckla ST-utbildningen i Infektion vid Karolinska Universitetssjukhuset och välkomnar en ny SPUR granskning om ca tre år som uppföljning.

Markus Birk, Verksamhetschef, Överläkare, PhD


Markus Birk
Verksamhetschef
Karolinska Universitetssjukhuset
Medicinsk enhet Infektionssjukdomar

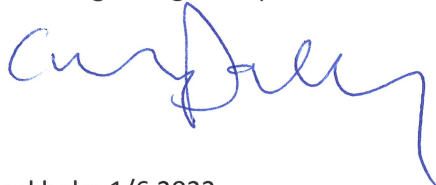
Lina Davies Forsman, Studierektor, Överläkare, PhD



Anna-Karin Svensson, ST-Chef, bitr. Överläkare



Cecilia Dagerskog, ST representant



Stockholm 1/6 2022

Till ST-ansvariga för infektionssjukdomar karolinska universitetssjukhuset

Hej och tack för ert svar gällande SPUR-rapporten

Vi upplever att ni har tagit till er våra synpunkter och vidtagit många bra åtgärder för att förbättra kvaliteten på ST-utbildningen

Våra kommentarer till de tre D som delats ut

1. Tjänstgöringens upplägg

Ni har flera bra förbättringsförslag gällande kritiken mot att jourtjänstgöring/beredskap inte uppfyller kraven. Vissa patienter med infektionsfrågeställning kommer styras från akuten till er infektionsdagvård men dock inte de sjukaste och mer instabila patienterna.

Vi har haft möte med SPUR-gruppen samt fört dialog med SPUREX i frågan och har också ett prejudikat från SÖS SPUR-rapport och kommit fram till att detta inte är tillräckligt för att säkerställa att ST-läkarna ges möjlighet att primärt handlägga akuta icke selekterade infektionspatienter. Det krav som finns i målbeskrivningen att "behärska" uppnås inte varför omdöme D kvarstår.

Ett förslag från er är att ST-läkarna under en period skall tjänstgöra på klinik med egen infektionsjour. Erbjudandet om arbete på Gotland är bra men säkerställer inte att detta mål uppfylls för alla ST-läkare. Jourtjänstgöringen bör dessutom inte genomföras som ett tidsbegränsat block utan ske löpande för att skapa och befästa kompetens på bästa sätt.

Vi anser att tjänstgöringen inte skall genomföras på en jourlinje för akutläkare eller internmedicinare. En blandad jourlinje skulle medföra många timmars arbete med diagnoser som inte är relevanta för att uppnå specialistkompetens i infektionssjukdomar och blir därmed ineffektivt som utbildning.

Samtliga infektionskliniker i Stockholm har samma utmaning med att uppnå "behärska" akuta infektionssjukdomar. Ett förslag är att skapa EN infektionsjourlinje i Stockholm som bemannas av ST/vikarierande läkare från alla infektionsklinikerna där man primärt handlägger infektionspatienter.

Vi förstår att ni inte på egen hand kan besluta om förändrad jourstruktur för infektionspatienterna och föreslår därför att ni ånyo för upp frågan på en högre ledningsnivå och hoppas då att ni kan få stöd av vår SPUR-rapport.

2.Handledning och uppföljning.

Bra och adekvata åtgärder för att mer aktivt använda utbildningsprogrammet, skapa mer återkoppling till ST-läkarna samt att fortbilda och informera handledarna.

Som kommentar så vet man från forskningen att antalet strukturerade bedömningar bör vara ca 8-10 per år för att man skall kunna få en klar bild av ST-läkarens kompetens. Det är inget vi sätter som krav men målet för antalet bedömningar bör

på sikt öka. Bra att ni gör detta till en chefsfråga.

3. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens.
Bra och adekvata åtgärder.

Mvh

Nils Kuylenstierna och Jonas Ahl