



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Östersunds sjukhus

Klinik

**Öron- näs- och
halssjukdomar**

Specialitet

2022-02-03 – 2022-02-04

Datum

Östersund

Ort

Daniel Nordanstig och Anna

Hafström

Inspektörer

Styrkor

- Samsyn finns på kliniken på vad som inte är bra och vad som kan förbättras.
- Enda ÖNH-kliniken i regionen med brett patientklientel.
- Positiv stämning i ST/UL-kollektivet med framtidstro.
- Engagerad och insiktsfull enhetschef som ser kollegiet och aktuella behov av åtgärder.
- Foniatrik kompetens på gång.
- Del av regionaliserad läkarutbildning.
- Inställning till externa kurser och utbildning är generös.

Svagheter

- Ingen studierektor i tjänst.
- Otillräcklig kirurgisk träning, särskilt brist på 4-händigt genomförd träning.
- ST deltar sällan vid operation när kompetensförhöjande konsulter tjänstgör.
- Schemaläggning följer inte plan för kirurgisk utveckling.
- IUP (Individuell utvecklingsplan) har otillräcklig roll.
- Evaluering sinstrument t.ex. DOPS, mini-CEX används sparsamt.
- Bristande schemalagd handledning.
- Randning inom allergi och sömnutredning saknas.
- Randning på endoskopienhet med flexibel skopi saknas.
- Orimligt stor del av ST-tjänstgöring utgörs av jourverksamhet.

Förbättringspotential

- Öka fast bemanning och avskaffa stafetter på sikt.
- Minska jourbörda för ST – max 6-7 jourpass/månad.
- Inför regelbundna läkarmöten
- Inför regelbundna schemalagda handledningstillfällen.
- Öka andelen 4-hänt kirurgi och ta noga vara på tillgänglig operationsvolym.
- Schemalagd handledning vid pol-op i lokalanestesi i början av ST.
- Inför internrandning otokirurgi, näs-bihåla m.m.
- Återstarta trakeostomisamarbete med anestesi för att upprätthålla akutsjukhusets behov vilket ger möjlighet att bedriva kirurgisk träning och kontinuerlig undervisning i luftvägsproblematik och trakeostomivård.
- Förbättra avdelningsstruktur – behov finns av att samla kompetens inom ÖNH avseende läk/ssk/usk, vilket är en förutsättning för att kunna upprätthålla akutsjukhusets slutenvårdsuppdrag avseende luftväg och gränssnitt mot högspecialiserad vård.
- Förnya samarbete med kirurgen kring flexibla skopier.
- Remissbedömning - stafettläkare bör endast i undantagsfall bedöma remisser och ST bör göra detta mot slutet av ST.
- Stärk PAL-skap.
- Inför ST-läkarluncher.
- Egna arbetsplatser till ST inklusive egen dator.
- Inför luftvägsträning som introduktion när ST påbörjas. Regelbundna gemensamma luftvägsövningar tillsammans med narkos bör återstartas.
- Inför "Morbidity and Mortality"-konferenser samt debriefing efter akuta situationer.
- Investeringsbehov avseende utrustning: Förnya staplar med inspelningsmöjlighet inklusive skärmar till fiber/videoskop VHIT Ultraljud Uppdaterad video-Frenzel

STRUKTUR

A Verksamheten

ÖNH-kliniken är länsklirik placerad på Region Jämtland Härjedalens sjukhus i Östersund och har ca 130 000 invånare i primärt upptagningsområde. Verksamhetsområdet innefattar ÖNH, Logopedi, Ögon inklusive syn- och hörselrehabilitering. Verksamhetschef är inte läkare och en överläkare har medicinskt ledningsansvar.

Inflödet av remisser är ca 3700 årligen. 2021 genomfördes 6200 mottagningsbesök, vilket var en minskning från 7200 som utfördes 2020 och det egentliga behovet beräknas till ca 9300 mottagningsbesök årligen.

Öppenvården är bred med basal ÖNH-mott inklusive tumör-, otokirurgisk/audiologisk samt balans/vestibularisutredning. Sömn- och allergiverksamhet finns ej, men bedrivs av annan klinik på sjukhuset.

Antalet operationsdagar är behovsstyrt och planering sker tillsammans med en central operationsledare. Huvudsakligen utförs operationer på egen ÖNH-sal på operationsavdelning belägen i direkt anslutning till mottagningen. Under 2021 medförde covid-19-pandemin en omfördelning av narkosresurser, vilket medförde att operationerna under större delen av året i stället utfördes på centraloperation beläget två våningar under mottagningen.

Otokirurgiska patienter opereras av egen otokirurg på Sollefteå sjukhus. Detta för att utöka operationsutrymmet samt utbilda nyanställda operationssjuksköterskor inom otokirurgi. Nuvarande avtal med Region Västernorrland löper t.o.m. augusti 2022.

Beräknat behov är cirka fyra operationssalar per vecka samt två dagar med polikliniska operationer. Under 2021 genomfördes 423 operationer (varav 56 akuta) i narkos fördelade på ÖNH-op, C-op och op i Sollefteå. Merparten, 67 % genomfördes på C-op och 18% på ÖNH-op och 15% i Sollefteå. Volymerna är minskande och jämfört med föregående år är det en 30% sänkning beroende på bemanningssvårigheter. Det utfördes även 455 polikliniska operationer i lokalanestesi.

Högspecialiserad kirurgi inom bland annat tumörsjukdomar och vissa hörsel förbättrade operationer utförs i Uppsala. Samarbete finns även med Umeå för patienter med maligna melanom.

Inneliggande vuxna ÖNH-patienter vårdas på kirurgisk avdelning där även urologiska patienter vårdas, alternativt på en palliativ onkologisk vårdavdelning. ÖNH är inte tilldelade ett fast antal vårdplatser, utan de är behovsstyrda. Under 2021 vårdades 213 patienter med totalt 885 vård dagar. På grund av bemanningsproblem på kirurgisk avdelning fattades i januari 2022 ett beslut om att flytta vuxna ÖNH-patienter till den kirurgiska akutvårdsavdelningen, i väntan på beslut om framtida vårdplatsstruktur. Under 2021 har därutöver ca 30% av inneliggande patienter periodvis vårdats utlokaliserade på andra avdelningar p.g.a. vårdplatsbrist. Barn vårdas inneliggande på barnavdelning. Under 2021 har dagjour samt dagbakjour varit ansvariga för avdelningsarbetet. Från och med vecka 9

2022 ändras strukturen till att en underläkare/ST-läkare schemaläggs under förmiddagen som avdelningsansvarig med fortsatt med stöd från dagbakjouren. Helgdagar genomförs avdelningsrond av primär- och bakjour.

Endoskopienhet finns på sjukhuset men ingen tjänstgöring finns där för ST-läkare och samarbetet med kirurger är begränsat.

ST-läkare tjänstgör inte på allergimottagning eller ASIT-verksamhet.

Sömneverksamhet bedrivs inte självständigt och endast utredning med sömnregistrering via klinisk fysiologi och därefter sker endast bedömning avseende behandling med CPAP eller ej.

Akutverksamhet bedrivs kontorstid på ÖNH-mottagningen och övrig tid på ett ÖNH-rum beläget på sjukhusets akutmottagning. Jour bedrivs som beredskap A. Beredskapen är förlagd måndag till torsdag från 16.30 till kommande dag kl. 07.30 samt helger fredag kl. 14.45 till måndag kl. 07.30. För primärjouren schemaläggs jourkomp på eftermiddag efter beredskap samt fredag efter helgberedskap. Aktivt arbetad tid är för primärjouren i snitt 2,5 timmar per beredskapspass måndag-torsdag samt cirka 19 timmar per helgberedskap (fredag eftermiddag till måndag morgon). Under 2021 registrerades totalt cirka 1000 störningar under beredskap. Här inkluderas rena patientkontakter samt telefonrådgivning m.m.

Förutom egen ST-utbildning erbjuds auskultationer för AT-läkare samt randutbildning, framförallt för ST i primärvården. ÖNH kliniken deltar i den regionaliserade Läkarutbildningen utgåendet från Umeå under 14 veckor per år, och ett lektorat finns på sjukhuset knuten till annan klinik

Alla ST randar 8-10 månader på regionklinik förlagt utifrån individuella förutsättningar där enheter i Sthlm, Uppsala, Umeå, Örebro, Malmö och Göteborg används vilket innehåller 3 månader audiologi inklusive CI, 6 veckor foniatri och 3-4 månader tumörverksamhet. Därutöver sker randning på hemortssjukhuset med 3 månaders internrandning på narkos/IVA samt 3 månader allmän-/endokrin-/plastikkirurgi efter önskemål.

Det finns skriftliga riktlinjer för hur ST skall genomföras och utvärderas. Det finns en plan för att främja lika rättigheter och möjligheter att uppnå utbildningsmålen för ST-läkare oavsett bakgrund.

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

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.
- 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. Åtgärder krävs.

B Medarbetarstab och interna kompetenser

Kliniken inräknar vid inspektionen totalt 7 specialister, varav är 5 överläkare men för närvarande är endast 1,6 i klinisk tjänst. Det finns 6 ST-läkare varav 1 är föräldraledig och en vikarierande underläkare.

En överläkare är forskarstuderande på 50%. En ST-läkare är disputerad. Alla handledare har fullgjord handledarutbildning. Studierektor är för närvarande sjukskriven och fullgör inte studierektorsuppdraget och ingen ersättare finns, men skriftlig uppdragsbeskrivning finns.

I övrigt finns 5 sköterskor, 7 undersköterskor och 4 sekreterare. Fyra egna operationssköterskor som även bemannar funktion som operationskoordinator.

På grund av långtidsfrånvaro under 2021 och övergående till 2022 har verksamheten upplevt betydande bemanningsproblem och är kontinuerligt beroende av stafettläkare. Under 2021 bemannades med stafettläkare under 70 veckor vilket var otillräckligt och under 2022 beräknas behovet vara 150 veckor (tre per vecka).

Externa ÖNH-konsulter anlitas löpande för att säkerställa patienters behov av vård som man inte kan erbjuda med intern kompetens. Detta ses även som utbildningstillfällen i kompetenshöjande syfte där ST-läkare deltar i viss mån. Under 2021 anlätades externa ÖNH konsulter i audiologi, foniatri, plastikkirurgi, mjukdelskirurgi samt mer avancerade FESS-operationer.

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

- 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

Mottagningen är adekvat utrustad, dock med föråldrad utrustning t.ex. endast ensidig video-Frenzel, och det finns sju mottagningsrum. Det finns ett akutrum på akuten, något knapphändert utrustat och det saknas video-Frenzel helt. Det finns endast en stapel med möjlighet till inspelning. Det finns inget ultraljud och det saknas VHIT-utrustning.

Det finns en egen operationssal i direkt anslutning till mottagningen med egen uppvakningsdel. En våning under mottagningen finns läkarnas administrationsrum där de flesta delas, samt ett mindre konferensrum.

ST-läkarna delar arbetsrum: 3 personer á 2 skrivbord på 2 rum (ett kvinnligt och ett manligt) där de också byter om.

I närheten av kirurgavdelning där slutenvårdspatienter vårdas finns ett undersökningsrum, även detta något knapphändert utrustat och det saknas video-Frenzel.

Biblioteksresurs finns samlat på sjukhuset med tillgång till bibliotekarie och stödfunktioner. Dessutom finns ett mindre klinikbibliotek. Varje ST-läkare utrustas med:

- Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery, Häftad, 2010, ISBN 9783540429401
- ST-boken: från BT till färdig specialist, Häftad, 2021, ISBN 9789144126852

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

Det finns ett strukturerat introduktionsprogram för alla nyanställda läkare. ST-läkarna har individuella utbildningsprogram där dock IUP (Individuell utbildningsplan) är av skiftande kvalitet och endast i ett fåtal fall uppfyller adekvata krav.

På grund av den bristande bemanningssituationen utgör akut- och jourverksamhet en orimligt stor plats av tjänstgöringen där det periodvis uppgått till 10-15 jourpass/månad, vilket konkret betyder att inräknat en rimlig veckoarbetstid och utlagd jourkompensation knappast inrymmer någon ytterligare utbildande aktivitet.

Det föreligger för närvarande fackligt skyddstopp riktat mot arbetsgivaren avseende jourbelastningen med förslag om att jourverksamheten tillfälligt skall avslutas till förmån för ökad tjänstgöring dagtid med inriktning på att ge möjlighet till ökad kirurgisk träning. Med ett sådant beslut kommer sjukhuset inte längre kunna uppfylla kriterierna för ett fullvärdigt akutsjukhus och inte heller längre kunna uppfylla kriterierna för att få bedriva ST-utbildning inom ÖNH.

Kirurgisk träning förekommer i mkt begränsad omfattning, förutom ingrepp som kan utföras i lokalanestesi på den egna mottagningen. Detta innebär att ett flertal ST-läkare, trots flera års tjänstetid, inte har tillfredsställande vana eller självständighet av standardingrepp i narkos såsom t.ex. tonsilloperation och paracentes/plaströr, i jämförelse med andra utbildningscentra där god kompetens vanligen uppnås under det första tjänstgöringsåret.

Det ges inte möjlighet för ST-läkare att frigöras när det oplanerat uppstår ett behov av att utföra trakeostomi p.g.a. trauma eller inom intensivvården, vilket annars är vanligt på andra utbildningscentra. Denna verksamhet har de senaste åren stadigt minskat till förmån för percutana ingrepp som utförs av anestesiklinikens läkare själva inom intensivvården. Detta betyder att denna centrala del av utbildningen är att betrakta som helt undermålig för ST-läkare och får därmed också indirekt konsekvenser för akutsjukhusets uppdrag där adekvat jourkompens och patientsäkerhet avseende den akuta luftvägens problematik inte kan anses vara tillfredställande tillgodosedd.

Handledning av ST-läkare har i princip saknats p.g.a. hög sjukskrivningsfrekvens och därför finns inte förutsättningar för att följa upp progression inom IUP på ett adekvat sätt.

Användning av loggbok förekommer, men varierar. ST-läkarna har p.g.a. sjukskrivning för närvarande inte tillgång till någon studierektor.

Mottagningen är till största delen oselektad för ST med tillgång till stöd från dagbakjour som inte sällan är stafettläkare med korta förordnanden utan tillfredställande kontinuitet. Extern randning sker framförallt utifrån individuella förutsättningar på ett flertal orter inbegripande Sthlm, Uppsala, Umeå, Örebro, Malmö och Göteborg.

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

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 målbeskrivningen 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

Personlig handledare utses vid anställning.

Handledarsamtal förs inte regelbundet och det finns brister i kontinuitet av schemalagda handledarsamtal. Individuella utbildningsplaner (IUP) finns men är av varierande kvalitet. ST-kollegium genomförs 1 gång om året för samtliga ST-läkare. Övriga utvärderingsverktyg används sparsamt.

Uppnådd kompetens följs årligen upp gemensamt av VC/enhetschef och studierektor, om sådan finns i tjänst, utifrån målbeskrivning.

På grund av stafettbemanning är det svårt att säkerställa kvalitet avseende fortlöpande instruktioner i det kliniska arbetet till ST.

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 sidoutbildning 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

Återkommande läkarmöten och teoretisk undervisning har i princip upphört p.g.a. bemanningsproblem och sjukskrivningar. Externa kurser genomförs i möjligaste mån. Journal club är påtänkt men inte genomfört. Tid för regelbundna självstudier planeras till förmiddagar efter jour men genomförs endast sporadiskt.

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

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 disputerad ST-läkare som f.n. är föräldraledig och en överläkare är forskarstuderande på 50%. Journal Club saknas.

Samtliga ST-läkare går kurs i basal forskningsmetodik i samband med att vetenskapligt arbete genomförs. De vetenskapliga arbetena har inte publicerats i svensk ÖNH-tidskrift eller presenterats på ÖNH-dagar, men har presenterats internt på kliniken.

Det finns inget på enheten utfört, självständigt forskningsprojekt som har publicerats i vetenskaplig tidskrift eller presenterats vid vetenskapligt möte de senaste två åren.

Kvalitetsarbete utförs på hemmaklinik med stöd av handledare efter att ST-läkaren gått kurs i kvalitetsarbete. Någon fortlöpande bedömning och återkoppling av kompetens i kvalitetsutveckling sker inte på ett strukturerat sätt.

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

- 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.
- 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. Åtgärder krävs.

H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarna handleder kandidater om man deltar i den regionaliserade läkarutbildningen samt undervisar AT-läkare, randande akutmiljöläkare och ST-läkare från primärvården.

ST-läkarna leder rondarbete. Strukturerad återkoppling sker inte.

Förutom ST-kollegium förekommer inte någon dokumenterad strukturerad och kontinuerlig bedömning/återkoppling av ledarskaps- och kommunikativ kompetens även om samtliga ST-läkare och handledare berättar att frågorna berörs i handledarsamtal.

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.

Åtgärdsplan specialiseringstjänstgöring inom ÖNH, Region Jämtland Härjedalen

Bakgrund

Vid extern granskning av specialiseringstjänstgöring på ÖNH-mottagningen, Region Jämtland Härjedalen, 3-4 februari 2022, framkommer flera brister. Krav på en åtgärdsplan för att komma tillrätta med dessa åtgärder, för att uppnå Socialstyrelsens föreskrifter gällande specialiseringstjänstgöring, ställdes. Nedan följer denna åtgärdsplan som upprättats av enhetschef, klinikstudierektor och ST-representant.

Åtgärdsplan

Område	Mål ej nådda	Åtgärder	Måldatum	Ansvarig	Uppföljning*
A. Struktur	Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig.	<ul style="list-style-type: none"> - Kontakt tagen med lungkliniken och kirurg/endoskopienheten för sidotjänstgöring och/eller auskultation för att ST-läkare ska kunna handlägga OSAS- och allergiutredning, flexibel bronko- och gastroskopi i enlighet med målbeskrivning. - Skiss för internrandning framtagen. Fokus rinologi under våren -23 för att utvärdera formatet och sedan expandera till foniatri och otokirurgi hösten -23. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rutin för sidotjänstgöring/auskultation på plats mars -23. - 3 mån fokus rinologi utvärderas April -23. 	<ul style="list-style-type: none"> - VC och studierektor. - EC, studierektor och schemaläggare. 	

		<ul style="list-style-type: none"> - Arbete påbörjat med långsiktig tjänstgöringsöversikt för lagom bemanning av underläkare för att säkerställa att jourtjänstgöring ej överstiger målet på 5-6 pass/månad. Rekryteringsprocess pågående för flera legitimerade underläkare/ST-tjänster. - Införande av kliniköverskridande (tillsammans med narkoskliniken) PM gällande hantering av trakeotomi utgående från nationella riktlinjer. Arbetet påbörjat sedan tidigare med målet om jämn fördelning mellan kirurgisk och perkutan trakeotomi. Antalet kirurgiska trakeotomier utförda av ÖNH-kliniken har ökat under sommar/höst -22 men behöver ske under mer organiserade former enl ovan. - Drillövning för specialist och ST-läkare med stel bronkoskopi pga främmande kropp i luftväg uppstartad sept-22. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tjänstgöringsöversikt klar innan årsskifte 22/23. Uppdateras därefter fortlöpande. - PM införs våren -23. 	<ul style="list-style-type: none"> - EC, stötts av studierektor. - VC, studierektor + specialister som sedan tidigare arbetat med införande av detta PM. 	
B. Medarbetarstab och interna kompetenser	Tillräckligt många läkare med relevant specialitet och kompetens finns för att alla ST ska få adekvat handledning.	<ul style="list-style-type: none"> - Återgång i klinisk tjänstgöring alt. ökad tjänstgöringsgrad till följd av återkomst i arbete efter forskning och/eller föräldraledighet har ökat tillgänglig bemanning av fastanställda 	<ul style="list-style-type: none"> - Feb/mars - 23 förväntas fast specialistbemanning 	<ul style="list-style-type: none"> - VC 	

		<p>specialister något. Större ökning kommer ske senast feb -23 (då sammanlagt 365% kliniskt tjänstgörande specialistläkare. Målet är att detta minskar behov av stafettläkare och att vi då kan ha färre men återkommande och på kliniken välkända stafetter med kompetens och intresse för upplärning. Fram mot försommaren -23 återkommer en heltidsanställd överläkare från fellowship.</p> <p>Utöver detta är en överläkare under rehabprocess och räknas därför i nuläget ej in i ovanstående bemanning då processen ska gå sin egen gång.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Våren -23 kommer kliniken, enligt dagens planering, ha totalt 8 utbildningsläkare varav 2,5 kommer vara i tjänst på kliniken (övriga är på BT, tjänstledighet, föräldraledighet eller sidotjänstgöring). - Rent numerärt och kompetensmässigt bedöms förutsättningar finnas för adekvat handledning och instruktion, senast från feb -23. - För framtiden planerar 2 ST-läkare att skicka in ansökan om 	<p>tillräcklig för att säkerställa grundläggande rutiner för handledning och instruktion. Hösten -23 ser läget än ljusare ut.</p>		
--	--	---	---	--	--

		specialistbevis närmsta 12 månader, förutsatt att åtgärder i denna åtgärdsplan implementeras enligt måldatum så att målbeskrivning uppfylls.			
	Tillräckligt många läkare och andra medarbetare med relevant kompetens finns för att instruktioner ska kunna ges.	- Vg se punkt ovan.			
	Studierektorn har relevant specialistkompetens.	Studierektor med relevant specialistkompetens och handledarutbildning är tillsatt.			
	Regelbundna handledarträffar för ST-handledarna finns.	Specialistkollegium sker 1-2 ggr per år, noterat i årshjul. Utöver detta inbjuder regionen återkommande till fortbildningsdagar för handledare.			
D. Tjänstgöringens upplägg	Jourtjänstgöring/beredskap uppfyller kraven i målbeskrivningen.	- Ambition om maxantal jourpass kväll/helg på 5-6 per månad. Under hösten har detta nåtts för samtliga ST-läkare vid 1 av 3 månader. Rekommendationen 6-7 pass per månad (enligt preliminär SPUR-rapport) uppnåddes vid 2 av 3 månader och skulle uppnåtts även den tredje månaden om det inte var för en kortare tids justering av arbetsuppgifter för en ST-läkare pga olycksfall. - I skrivande stund finns inga planer			

		<p>eller nya diskussioner kring skyddstopp. Jourbördan har också minskat enl ovan.</p> <p>- ST-läkare har som uttalat mål att få mängdträning av trakeotomi vid randning på universitetssjukhus (ffa tumörrandning). De ST-läkare som senast varit på tumörrandning har också uppnått kompetens om trakeotomi enl målbeskrivning, vilket intygats av mottagande universitetsklinik. I den mån det uppkommit behov av planerad kirurgisk trakeotomi under sommar och höst -22 har ST-läkare beretts plats och tid förutsatt att det funnits ST-läkare i tjänst. Gällande patientsäkerhet och trakeotomi har primärjour och bakjour ÖNH Östersund båda 30 min inställelsetid och jour i beredskap, behov av kirurgiskt säkrad luftväg kan alltså inte anses avhängt primärjournens förmåga att utföra trakeotomi eller ej. Fortsatt finns dock ett väl medvetet behov och planerat arbete kring införande av gemensamt kliniköverskridande PM gällande trakeotomi enl notis ovan.</p>			
--	--	---	--	--	--

	<p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Samtliga ST-läkare har en IUP som utgår ifrån krav i målbeskrivningen. Alla utom 1 ST-läkare har uppdaterat sin IUP hösten-22 (den som ej gjort detta är på långtidssidotjänstgöring och har inte varit på arbetsplatsen senaste 9 månaderna). Informell avstämning för denna individ har skett men tid för att uppdatera IUP har inte funnits. - Kritik om att ST-läkare inte uppnår basal kirurgisk kompetens gällande så som tonsilloperation och rör trots lång tjänstgöringstid delas inte av kliniken. Det fanns vid tillfälle för inspektion inte ST-läkare med mer än 1 års anställning som ST som ej behärskar dessa operationer. - "4-händig kirurgi" har under hösten konsekvent schemalagts vid samtliga op-dagar då ST-läkare funnits i tjänst och det inte varit särskilda operationer med konsult från universitetssjukhus. I det senare fallet premieras fastanställda specialister som sedan i sin tur lär ut till ST-läkare. - Digital kompetensmatrix för kirurgiska färdigheter har skapats 			
--	--	--	--	--	--

		<p>med åtkomst för op-koordinatorer. Tillsammans med ovan nämnda internrandning är förhoppningen att effektivisera inläring för ST-läkare på operation genom att rätt ST-läkare assisterar/utför under handledning "rätt" ingrepp för dennes erfarenhetsnivå.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Övergripande ST-dokument innehållandes introduktion samt klinikkens preliminära utbildningsprogram att använda som mall för IUP planeras uppdateras under våren -23. 			
	SR bör utgöra en organisatorisk stödfunktion till verksamhetschef, handledare och ST-läkare.	<ul style="list-style-type: none"> - SR ingår i ledningsgrupp både som stöd för verksamhetschef och för att ta upp nödvändiga åtgärder enligt denna åtgärdsplan. SR har tagit initiativ till genomgång av IUP och uppmanat till delaktighet vid handledarfortbildningstillfällen i Regionens regi. SR påtalar återkommande utbildningsrelaterade nyheter och svarar på frågor från handledare och ST-läkare vid läkarmöten. 			
	SR bör medverka till utarbetning av ST-läkarnas introduktionsprogram.	<ul style="list-style-type: none"> - Sker men planeras uppdateras så snart mer brådskande insatser medger möjlighet. 	Våren -23.		

		- Planer finns på att införa en initial "allmän ÖNH" internrandning som intro för nyanställd underläkare utan tidigare ÖNH erfarenhet. Ev införande beror på utfall från prov med internrandning rhinologi som planeras enl ovan.			
	SR bör ta del av verksamhetschefens och handledarens bedömning av ST-läkaren.	- Sker, sedan SR tillträtt, regelbundet. I sin mest organiserade form genom specialistkollegium, utöver detta sker återkoppling vid behov.			
E.Handledning och uppföljning	Handledning utgår från det individuella utbildningsprogrammet.	- SR och schemaläggare stämmer av för att få till en förändring av handledningskultur från långa handledningspass som sker sällan till kortare pass som sker oftare (målet är 1h varje vecka alt 2h varannan vecka). Mer sällan (1-2 ggr per år) planeras längre handledning för uppdatering av IUP.	Arbetet påbörjat men kommer sannolikt inte bära frukt till fullo före februari -23 relaterat till tjänstgöringsgrad hos specialister.	VC, SR och schemaläggare	
	ST-läkaren har tillgång till handledare under varje utbildningsperiod.	- Kombination av internrandning med särskild handledning inom denna gren av specialitet, förändrad schemaläggning av handledning och ökad tjänstgöringsgrad av fastanställda specialister från och med vårvinter -23 skall ökad tillgång till	- Vårvinter -23.	VC med stöd av SR.	

		huvudhandledare säkras.			
	Fortlöpande bedömning av ST-läkarens kompetensutveckling utifrån målbeskrivningen och utbildningsprogrammet görs under hela ST.	- Säkerställs av handledare genom utvärderingsverktyg vid rondsituation, sit-in samt diskussion vid handledarsamtal och årlig uppdatering av IUP. Följs upp via specialistkollegium. Påminnelser sker via notis i årshjul.	Har redan påbörjats men än tydligare skriftlig rutin införs under våren -23.	Huvudansvar vilar på huvudhandledare och ST-läkare. SR ansvarar för påminnelser och kontroll att det utförs.	
	Verksamhetschef (motsvarande) ansvarar för att den kontinuerliga bedömningen dokumenteras.	- Dokumentation från specialistkollegium delges VC de tillfällen då denna inte själv kan delta. - Vid behov tas direkt kontakt mellan huvudhandledare, SR och VC även utanför specialistkollegium.	Ny VC håller på att rekryteras. Rutinen uppdateras till nästkommande specialistkollegium april/maj 23.	SR	
	ST-läkaren bör, utöver handledning, få fortlöpande instruktioner.	ST-läkare på kliniken får fortlöpande instruktioner. Problemet är snarare att det finns en otrygghet i vem som ger instruktionerna. Så som situationen varit under en tid är det ofta stafettläkare som står för instruktioner i roll som dagbakjour och/eller frågedoktor. Med förväntad ökad bemanning på fastanställda specialister kommer schemalaggningsen kunna skifta till att lägga fler pass som	Sker men kommer att kunna förbättras under första halvåret -23.		

		<p>dagbakjour/frågedoktor och handledare vid internrandning till fast anställd specialist, vilket minskar otryggheten man som ST-läkare kan uppleva om man inte känner tilltro till den tillfälliga stafettläkaren. Stafettläkare betyder dock inte per automatik att instruktioner/informell handledning blir dålig men får anses som mindre förutsägbar i sin kvalitet, ffa om det är stafetter med brister i sin pedagogik.</p>			
	Handledningen är inplanerad i ordinarie tjänstgöringsschema.	Handledningen är kategoriskt inplanerad i tjänstgöringsschemat då den blir av. Problemet är att den sker för sällan. För åtgärd vg läs ovan.			
	Den fortlöpande bedömningen görs med på förhand kända och överenskomna metoder.	Regionen rekommenderar sedan tidigare Mini-CEX, DOPS, CBD och 360-grader. Detta informeras om vid Regionens ST-introdag som ny ST-läkare anmäler sig till tillsammans med dennes huvudhandledare.	Skер sedan tidigare. Antalet bedömningar med dessa utvärderingsverktyg har ökat markant under hösten -22.		
	Påvisade brister i ST-läkarens kompetens leder till en åtgärdsplan.	De brister som uppdragats vid genomgång av ST-läkarnas IUP är starkt kopplade till den kritik som framförts i denna rapport, särskilt den gällande tjänstgöringens bristande allsidighet. Således är arbetet med denna åtgärdsplan och de planerade	Avhängt måldatum för breddande av tjänstgöringens allsidighet (sidotjänstgörin	VC, SR och huvudhandledare.	

		åtgärder som omnämns ett exempel på detta.	g på lungklinik, endoskopin och införande av trakeotomi PM).		
F. Teoretisk utbildning	Teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras in i enlighet med målbeskrivningen.	<p>Kliniken deltar regelbundet som åhörare (varje vecka) och föreläsare (ca 1-2 ggr per år) vid norska specialistföreningens webbföreläsning som sker 30 min var vecka.</p> <p>Internutbildning mellan kollegor på läkarmöte har införts och planeras ske regelbundet (ca 1 gång per månad).</p> <p>ST-tid schemaläggs regelbundet med uttalat mål att mynna ut i deltagande vid nationell specialisttentamen sista året under ST.</p> <p>Detta skall dokumenteras i IUP, något som fortlöpande behöver påminnas om.</p>	<p>Sker sedan tidigare men behöver fortsatt dokumenteras tydligare och följas upp via varje ST-läkares IUP.</p>	<p>ST-läkare utför, handledare följer upp. Studierektor påminner.</p>	<p>Uppdatering av IUP finns med 2 ggr årligen på klinikens årshjul.</p>
	ST-läkarna genomgår den teoretiska utbildning som definieras i det individuella utbildningsprogrammet.	<p>Samtliga ST-läkare rekommenderas gå på den ST-dagar som sker i norra regionen samt i Uppsala (dit ST-läkare från Regionen åkt av tradition då det är ganska nyligen ST-dagar i norra regionen infördes).</p> <p>Klinikens policy har sedan länge varit att man som ST-läkare åker på de SK-kurser eller motsvarande som annordnats med</p>	<p>Sker i stort sedan tidigare, snarare kopplat till bättre användning och uppföljning av IUP enl åtgärdsplan och måldatum ovan.</p>	<p>SR, huvudhandledare och ST-läkare.</p>	

		fokus för ÖNH.			
	SR samordnar ST-läkarnas interna och externa utbildning.	Klinikens ledningsgrupp har tagit beslut om att samtliga externa kurser som söks skall diskuteras med SR först. Förändringen i nationella ST-kursutbudet som planeras 2023 har kommunicerats från SR till ST-läkare och handledare vid läkarmöte. SR är drivande i planeringen av utbildningsaktivitet vid läkarmöte.	Sker sedan SR tillträtt.		
	Tid för regelbundna självstudier planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.	ST-tid planeras in regelbundet med mål att följa Regionens konsensus, som påtalas vid Regionens handledarutbildning och ST-introdag. Ökat ansvar för ST-läkare att tillsammans med handledare organisera och planera ST-tid då den annars lätt används för administration och/eller flex. Har påtalats vid läkarmöte.			
G. Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete	ST-läkarnas kompetens i medicinsk vetenskap bedöms fortlöpande och återkoppling sker.	Skall ske ffa via journal club. Då överläkarkollega disputerar nov -22 planeras denna kollega få huvudansvar för att driva journal club tillsammans med övriga forskningsaktiva alt tidigare disputerade kollegor. Då Journal club haltat betänkligt över tid på kliniken kommer omstart planeras med där vi börjar med genomgång av litteratursökning och sedan övergång till	Kommer att planeras regelbundet på läkarmöte från och med våren - 23 då tjänstgöringsgrad för berörda handledare ökar.		

		artikelgenomgång.			
	ST-läkarna ges möjlighet att utveckla kunskap om och kompetens i kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.	Möjlighet ges, och förväntas, genom aktiv diskussion vid gemensam sittrond, APT och läkarmöten. Annan möjlighet som påtalas är fackligt engagemang. Vi förväntar oss en progression allteftersom den kliniska erfarenheten ökar genom Stn. Utöver detta införs ett digitalt dokument där förslag på ämnen för förbättrings/kvalitetsarbeten listas för att sedan fördelas bland läkarkollegor, ffa ST-läkare som ännu inte gjort ett kvalitetsarbete.	Mycket sker sedan tidigare. Digitalt dokument och mer aktiv diskussion kring kvalitetsarbete planeras ske under vintern - 23.		
	ST-läkarens kompetens i kvalitetsutveckling bedöms fortlöpande och återkoppling sker.	Införs på årshjul som återkommande fokuspunkt vid handledningssamtal.			
	Enheten har regelbundna möten där medarbetare diskuterar och kritiskt granskar vetenskaplig litteratur.	Journal club planeras enligt ovan.			
H. Ledarskaps-kompetens och kommunikativ	ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i ledarskapskompetens.	Sker, utöver särskild kurs, ffa genom feedback vid Mini-CEX samt vid handledningssamtal. Då detta är en del av ST-läkarens IUP skall punkten utvärderas åtminstone 1-2	Rutinen införd.	Ansvar vilar tungt på ST-läkaren själv och dennes huvudhandled	Efterföljsamhet följes upp vid noterad månad på

kompetens		ggr prligen vid uppdatering av IUP. För att minska risk att detta missas läggs påminnelse som fokuspunkt vid handledningssamtal till i klinikens årshjul.		are. Studierektors uppgift att följa upp.	årshjul våren -23.
	ST-läkarens kompetens i ledarskap bedöms fortlöpande och med återkoppling.	Bedömning sker, utöver sit-in, Mini-CEX vid rondarbete osv, även vid vardagligt arbete och tvärprofessionellt samarbete på kliniken eller vid samarbete med annan klinik, vilket i sig följs upp genom 360-gradersformulär vilket rekommenderas inför specialistkollegium. Då detta är en del av ST-läkarens IUP skall punkten utvärderas åtminstone 1-2 ggr prligen vid uppdatering av IUP. För att minska risk att detta missas läggs påminnelse som fokuspunkt vid handledningssamtal till i klinikens årshjul.	Rutin införd.	ST-läkare och huvudhandled are. SR följer upp.	Följes upp vid noterad månad på årshjul samt vid specialistkollegium (360-grader) våren -23.
	ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.	Skер ffa genom feedback vid sit-in och Mini-CEX vid rondarbete. Då detta är en del av ST-läkarens IUP skall punkten utvärderas åtminstone 1-2 ggr prligen vid uppdatering av IUP. För att minska risk att detta missas läggs påminnelse som fokuspunkt vid handledningssamtal till i klinikens årshjul.	Rutin införd.	ST-läkare och handledare.	
	ST-läkarens kommunikativa	Kommunikativ kompetens i		Ytterst är VC	

	<p>kompetens bedöms och återkoppling sker.</p>	<p>patientsituation utvärderas vid sit-in och rondsituation, dokumenteras genom Mini-CEX och tas upp vid handledarsamtal. Kommunikation med kollegor, oavsett läkare eller annan uppgift på arbetsplatsen, bedöms löpande och återkoppling sker vid behov. Kan bli bättre på att uppmuntra god kommunikation, vi är som klinik mer uppmärksam vid bristande än föredömlig kommunikativ kompetens. Utvärdering sker också genom rekommenderad 360-grader inför specialistkollegium. Då detta är en del av ST-läkarens IUP skall punkten utvärderas åtminstone 1-2 ggr prligen vid uppdatering av IUP. För att minska risk att detta missas läggs påminnelse som fokuspunkt vid handledningssamtal till i klinikens årshjul.</p>		<p>ansvarig för en god arbetsmiljö där återkoppling kring varje anställds kommunikativa förmåga sker, åtminstone informellt. För ST-läkaren ligger ansvaret ffa på huvudhandledare att återkoppla efter handledningstillfällen eller 360-grader.</p>	
	<p>ST-läkaren bereds möjlighet att delta i inom- eller mellanprofessionell reflektion i grupp.</p>	<p>Morbidity/mortality konferens planeras uppstartas innan årsskiftet 22-23 och sedan återkomma regelbundet 1 gång var eller varannan månad. Likaså "heta stolen samtal" med specialitläkare.</p>	<p>Årsskifte/vår - 23.</p>	<p>Studierektor ansvarar för att aktiviteten planeras. Samtliga deltagare ansvarar för en givande</p>	

				diskussion.	
--	--	--	--	-------------	--

* Uppföljning kommer ske genom införande av måldatum i årshjul samt återkommande avstämning av åtgärdsplan i lednings- och läkargrupp en gång i månaden fram tills åtgärderna införts. Därefter följer ett uppföljande arbete med att se till att rutiner och åtgärder efterlevs. Det kommer då ske med glesare kontrolltillfällen i läkargrupp och/eller ledningsgrupp. Bland de fastanställda läkarna i både specialist och ST-läkargrupp finns ett engagemang för att göra situationen bättre vilket gör att även om det må hända låter ambitiöst att uppnå så många av målen i åtgärdsplanen under samma tidsperiod (våren -23) så bedöms det ändå görbart. Detta då mycket av arbetet med att utforma rutinerna är påbörjade eller till och med införda men kräver en ökad kontinuitet på specialisläkarsidan, något som förväntas ske under vårvinter -23.

I enlighet med förslag i SPUR-rapporten har ett återupprättat samarbete med kirurgiavdelning där ÖNH-patienter vårdas påbörjats. Detta med sitt yttersta syfte att öka patientsäkerhet men samtidigt även förbättra arbetsmiljö för avdelningspersonal och läkare. Återkommande föreläsningstillfälle för avdelningspersonal planeras från ST-läkare. Något som både stärker kompetensen på avdelningen samt erbjuder tillfälle för ST-läkare att uppfylla delmål för ledarskap och pedagogik. Angående avdelningsstrukturen har även det tidigare problemet med vanligt förekommande satellit-patienter på annan avdelning minskat avsevärt i samband med att situationen för sköterskor på avdelning förbättrats.

Sedan en tid tillbaka planeras remissbedömningen i första hand till funktionen "frågedoktor" som, i den mån bemanningen tillåter är en fastanställd specialist.

 Evalena Petersson
 EC ÖNH

 Christoffer Angel
 Klinikstudierektor

 Linn Wedlund
 ST-representant