



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Universitetssjukhuset Örebro

Klinik

Anestesi och intensivvård

Specialitet

2023-10-23 – 2023-10-27

Datum

Örebro

Ort

Maja Ewert och Emma Pontén

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Bred klinisk verksamhet som ger mycket goda förutsättningar för måluppfyllelse även inom specialanestesi.
- Engagerad, kunnig och uppskattad ST studierektor som skapar bra strukturella förutsättningar för en välorganiserad specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.
- Väl genomarbetat schema för placeringar som anpassas efter individuella behov för att möjliggöra måluppfyllelse.
- ST-läkarna vittnar om trygghet och gott stöd i kliniska situationer.
- Goda förutsättningar för ett vetenskapligt klimat och måluppfyllelse.
- Klinikledning som inkluderar ST-läkarna i omorganisation för en nytt ledningssystem.

Svagheter

- Enheten har tillgång till utbildningsprogram där delmål och utbildningsaktiviteter framgår, men de är inte individuellt reviderade utifrån måluppfyllelse och de saknar tydlig koppling till uppföljning (dvs hur måluppfyllelse ska bedömas).
- Avsaknad av fortlöpande bedömning och återkoppling, med koppling till delmål inom många kompetenser. Specialistkollegiet som hålls ca 1g/år är för detta ändamål alltför översiktligt då det inte kopplas till specifika delmål.
- Handledningen saknar struktur kopplad till målbeskrivningen och individuellt utbildningsprogram. Viktiga funktioner riskerar därför att utelämnas (såsom att främja den kontinuerliga bedömningen med på förhand kända metoder och dokumentationen av kompetensutvecklingen).
- Kvaliteten på och tillgången till kliniska instruktioner är varierande och individberoende vilket bidrar till en ojämn kvalitet i klinisk tjänstgöring samt påverkar utbildningsklimatet negativt.
- Det saknas handledarträffar för att kontinuerligt utveckla kollegiet.

Förbättringspotential

- Tydliggör ansvarsfördelning för ST, huvudhandledare, kliniska instruktörer, studierektor, ST-chef och sektionsansvariga. Implementera handledarrutinen "ST-Handledarens uppdrag" där kan det också tydliggöras vem som ansvarar för att: 1) identifiera och planera ST-läkarens utbildningsaktiviteter 2) dokumentera kompetensutveckling och handledarsamtal 3) regelbundet revidera de individuella utbildningsprogrammen 4) bedöma måluppfyllelse på de olika interna placeringarna 5) bedöma måluppfyllelse efter kompletterande tjänstgöringar
- Ta tillvara på de tillfällen som ges i klinisk vardag där ST-läkaren praktiserar ledarskap, pedagogik samt, skriftlig och muntlig, kommunikation för fortlöpande handledning, bedömning och återkoppling. Exempel på detta är överrapportering av patient, journalanteckningar och preoperativa bedömningar.
- Stärk de kliniska instruktörerna i att instruera och återkoppla insatser till ST-läkarna utifrån aktuell progression (avseende kunskaper, färdigheter och förhållningssätt) samt uppmuntra dem att prioritera ST-läkarens möjligheter att utvecklas. Använd kontinuerliga bedömningar med på förhand kända metoder och tillse att dessa dokumenteras
- Utveckla huvudhandledarfunktionen: 1) Skapa en tydlig struktur för handledarsamtalen och vilka ämnen som behöver avhandlas. Genomgång och revision av IUP bör vara en återkommande punkt (exv var 6:e månad) vid handledarsamtalen. 2) Schemalägg handledarsamtal så att de kan genomföras 6ggr/år enligt regional rutin. 3) Inför regelbundna handledarträffar där huvudhandledarfunktionen kan diskuteras och utvecklas. 4) Inför kontinuerliga bedömningar med på förhand kända metoder och tillse att dessa dokumenteras. 5) Inför avstämning mellan HL, SR och sektionsansvariga läkare under och efter kliniska tjänstgöringsperioder. 6) Handledaren behöver strukturerat följa upp sidoutbildning.
- Ta tillvara möjligheterna för att det vetenskapliga synsättet ska genomsyra verksamheten, bli med fler som gör ett vetenskapligt arbete, samt en synligare akademi.
- Tillse att ST-läkarna kontinuerligt involveras i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, samt bedömning och återkoppling av detsamma.

STRUKTUR

A Verksamheten

Verksamheten som bedrivs vid Universitetssjukhuset Örebro, Karlskoga - och Lindesbergs lasarett har en mycket bred och allsidig, akut och elektiv, verksamhet med stor kirurgi inom samtliga opererande specialiteter samt neurokirurgi och barnanestesi. Kärll- och Thoraxkirurgi med ECMO bedrivs separat på Kärll-thoraxkliniken där alla ST är sidoplacerade under 6 mån. Förlossningsavdelning med drygt 3000 förlossningar/år och smärtcentrum finns på USÖ. Intensivvård finns på alla tre sjukhus, trauma-, barn-, obstetrisk- och neurokirurgisk intensivvård är centraliserat till USÖ. ST är placerade på Karlskoga- och Lindesbergs lasarett 5-7 månader. Sammantaget bedöms verksamheten tillräckligt allsidig för att förutsättningar för måluppfyllelse ska föreligga. Det finns skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur specialiseringstjänstgöringen ska genomföras och hur bedömning av kompetens ska göras. Årligen genomförs en ST-enkät som dock inte ger kliniks specifikt resultat men denna kompletteras av intern kvalitetsuppföljning.

Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Det finns skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur verksamhetens specialiseringstjänstgöring ska genomföras.
- Vårdgivaren tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur bedömning av ST-läkarens kompetens ska göras.
- Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig.

Kvalitetsindikator

- Det finns rutiner som, utöver extern granskning, anger hur kvaliteten i ST-utbildningen kontinuerligt ska utvärderas och säkerställas.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd 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.

B Medarbetarstab och interna kompetenser

Enheten har för närvarande 31 specialister och 21 ST-läkare vilket bedöms tillgodose behovet av handledare och instruktörer. Nio läkare är disputerade. Det finns en generell skriftlig rutin för handledning men den är i regel inte känd av huvudhandledarna eller ST. Alla huvudansvariga ST-handledare har inte genomgått handledarutbildning och det finns inte regelbundna utbildningstillfällen för handledare eller handledarträffar. ST-studierektorn har avsatt ca 17 timmar/vecka för sitt uppdrag.

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

- Den huvudansvariga handledaren har ett bevis om specialistkompetens i avsedd specialitet.
- Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.
- Övriga handledare är legitimerade läkare med relevant specialistkompetens.
- Det finns tillgång till specialistkompetent studierektor, som har genomgått handledarutbildning.
- Det finns tillgång till handledare i en omfattning som motsvarar behovet av handledning.
- Det finns tillgång till medarbetare som kan ge nödvändiga instruktioner.

Allmänna råd

- Studierektor har relevant specialistkompetens.

Kvalitetsindikator

- Det finns generella skriftliga instruktioner för hur handledningen av ST-läkare ska gå till.
- Handledarna ges minst en gång per år möjlighet till utbildning/uppdatering/kompetensutveckling inom området.
- Det finns skriftlig uppdragsbeskrivning för studierektorn.

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. Åtgärder krävs.

C Lokaler och utrustning

Moderna och ändamålsenliga lokaler och utrustning för diagnostik, behandling, utredning och mötesverksamhet. Alla ST har tillgång till funktionell arbetsplats.

Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

- Utrustning för diagnostik, utredning och behandling är adekvat.
- Utrustning för mottagningsverksamhet, möten och behandlingskonferens på distans är adekvat.

Kvalitetsindikator

- ST-läkarna har tillgång till funktionell arbetsplats.
- Det finns tillgång till relevanta IT-baserade kliniska beslutsstöd, sökbar vetenskaplig databas samt stöd från bibliotek eller FoU-enhet under hela specialiseringstjänstgöringen.

Gradering

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

PROCESS

D Tjänstgöringens upplägg

Verksamheten har styrande dokument för tjänstgöringens upplägg, detta är dock inte alltid känt av ST-läkare och handledare. Det finns en individuell utbildningsplan, som på delmålsnivå anger utbildningsaktiviteter och bedömningar men det saknas en målbeskrivning som konkret anger vilken kompetens och kunskapsnivå ST-läkaren ska uppnå.

Både i enkätsvar samt vid intervjuer framkommer särbehandling, dels av kvinnliga juniora läkare, samt att det föreligger en stor variation avseende tillgång till mer utmanande kliniska situationer. Dessa problem har uppmärksammats av ST- och verksamhetsledningen och ett aktivt arbete bedrivs för att hantera detta. Regionen har en likabehandlingsplan. Det individuella utbildningsprogrammet revideras årligen, inte 2 ggr/år som SPUR rekommenderar.

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

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

- Verksamheten tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas, samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg. Dessa ska vara kända och användas.
- Jourtjänstgöring/beredskap utgör en adekvat del av tjänstgöringen.
- Alla ST-läkare har lika rättigheter, skyldigheter och möjlighet att uppnå målen i målbeskrivningen oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

Föreskrift

- Verksamhetschefen på det tjänstgöringsställe där en ST-läkare genomför sin huvudsakliga tjänstgöring har det övergripande ansvaret för ST-läkarens ST-utbildning.
- Den ansvariga verksamhetschefen ansvarar för att det för varje ST-läkare tas fram ett individuellt utbildningsprogram och att det för varje ST-läkare utses en huvudansvarig handledare.
- Varje ST-läkare har ett utbildningsprogram som utgår från målbeskrivningen och som omfattar de utbildningsaktiviteter som behövs för att uppfylla kompetenskraven i målbeskrivningen.
- Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.
- Studierektorn samordnar ST-läkarnas interna och externa utbildningsaktiviteter.

Allmänna råd

- Studierektorn är en organisatorisk stödfunktion till verksamhetschef, handledare och ST-läkare.
- I studierektorns arbetsuppgifter ingår att ansvara för att utarbeta introduktionsprogram för ST-läkarna.
- Studierektorn tar del av kompetensbedömningarna.

Kvalitetsindikator

- Alla ST-läkare får introduktion till tjänstgöringen.
- Leg läkare som arbetar vid enheten med sikte på ST och som avslutat sin BT och/eller BT-läkare som påbörjat sin ST med BT vid enheten har tillgång till individuella utbildningsprogram och handledning i enlighet med ST.

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. Åtgärder krävs.

E Handledning och kompetensbedömning

ST-läkarna har individuella utbildningsprogram, men dessa följs i regel inte regelbundet upp eller revideras tillsammans med huvudhandledaren.

Kvaliteten på och tillgången till kliniska instruktioner är varierande och individberoende. Under vissa placeringar saknas fortlöpande kliniska instruktioner i hög grad vilket innebär att ST-läkare genomför arbetsuppgifter som inte gagnar kompetensprogression och att handledning, bedömning och återkoppling på kliniska insatser uteblir.

Handledarsamtalen är inte inplanerade i förväg i ordinarie tjänstgöringsschema, sker med varierande frekvens och dokumenteras i regel inte.

Uppföljningen av sidotjänstgöringen sker informellt och i varierande utsträckning.

Enheten har en regional handlingsplan för läkare som inte når måluppfyllelse. Brister i kompetensutvecklingen har föranlett åtgärder, framförallt i form av förlängd placering.

Det görs en fortlöpande men varierande informell bedömning av ST-läkarens kompetensutveckling. I övrigt genomförs sällan och på frivillig bas kompetensbedömningar med på förhand kända och överenskomna metoder (såsom DOPS och mini-CEX) och de kopplar inte till måluppfyllelse av individuella delmål. Detta innebär att den fortlöpande kompetensutvecklingen inte bedöms utifrån målbeskrivningen.

En strukturerad sammanfattande kompetensbedömning genomförs via specialistkollegium 1ggr/år/ST men måluppfyllelse bedöms inte på delmålsnivå i samband med kollegiet och återkoppling är av varierande kvalitet.

HOLA genomförs som teoretisk kunskapskontroll årligen, och många går upp på EDAIC Part 1.

Man tillvaratar inte alla moment i den kliniska vardagen där ST-läkare instruerar och utbildar andra medarbetare för handledning, bedömning och återkoppling.

I övrigt genomförs sällan och på frivillig bas kompetensbedömningar med på förhand kända och överenskomna metoder (såsom DOPS och mini-CEX) och de kopplar inte till måluppfyllelse av individuella delmål. Detta innebär att den fortlöpande kompetensutvecklingen inte bedöms utifrån målbeskrivningen. Kompetensbedömningarna dokumenteras inte på delmålsnivå vilket är ett krav enligt föreskriften.

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

- Varje ST-läkare ges kontinuerligt handledning i form av stöd och vägledning med utgångspunkt i det individuella utbildningsprogrammet.
- Det finns en utsedd huvudansvarig handledare för varje ST-läkare.
- Varje ST-läkare har tillgång till en handledare för varje del av tjänstgöringen.
- Den huvudansvariga handledaren bedömer ST-läkarens kompetensutveckling kontinuerligt, med utgångspunkt i målbeskrivningen för specialiteten och det individuella utbildningsprogrammet.
- Det finns fastställda rutiner för bedömningar av ST-läkarens kompetens.
- Verksamheten har rutiner för hur den kontinuerliga bedömningen dokumenteras (För ST enligt 2015:8 är verksamhetschef ansvarig enligt ovan)

Allmänna råd

- ST-läkaren bör, utöver handledning, få fortlöpande instruktioner, samt återkoppling från de som har gett instruktionerna.
- Handledningen är inplanerad i den ordinarie tjänstgöringen för huvudansvarig handledare och ST-läkare.
- Den huvudansvariga handledaren tjänstgör vid det tjänstgöringsställe där ST-läkaren genomför sin huvudsakliga specialiseringstjänstgöring. Om så inte är fallet ska vårdgivaren på något annat sätt säkerställa att huvudhandledaren är tillgänglig för handledning och även i övrigt har förutsättningar att utföra sitt uppdrag.
- Varje handledare har genomgått handledarutbildning som tillgodoser kraven enligt föreskriften.
- Om det finns en risk för att en ST-läkare inte kommer att uppfylla kompetenskraven bör det leda till en åtgärdsplan. En åtgärdsplan bör omfatta justeringar i det individuella utbildningsprogrammet, förändringar i vårdgivarens utbildningsinsatser eller tydligare krav på ST-läkarens insatser.
- Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.
- Verksamhetschefen eller motsvarande håller regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkarna.

Kvalitetsindikator

- ST-läkarnas sidoutbildning följs upp.

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. Åtgärder krävs.

F Teoretisk utbildning

Externa och interna teoretiska utbildningsaktiviteter planeras och genomförs i enlighet med målbeskrivning och individuellt utbildningsprogram. Tid för självstudier är schemalagd. Det genomförs en välplanerad intern utbildning, 6-8 ggr/år, som har systematisk koppling till delmål.

Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

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

Allmänna råd

- Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerade interna utbildningsaktiviteter.
- Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerade externa utbildningsaktiviteter.
- Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerad tid för självstudier.

Kvalitetsindikator



Den teoretiska interna utbildningen är systematiskt uppbyggd med koppling till Socialstyrelsens delmål.

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. Åtgärder krävs.

G Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

ST-läkarnas utbildning uppfyller föreskriftens krav avseende kompetens inom medicinsk vetenskap men det kliniska arbetet och den kollegiala dialogen borde i högre grad kontinuerligt präglas av det granskande förhållningssätt och vetenskapliga synsätt som förväntas vid ett universitetssjukhus.

Väl avsatt tid erbjuds till de ST som önskar genomföra vetenskapligt arbete. Trots detta är det få (10-20%) ST-läkare som genomför ett sådant arbete utan de tillgodoräknar sig grundutbildningens arbete. En mycket ambitiös och pedagogiskt välplanerad journal club har nyligen startats upp. Tre av ST-läkarna har disputerat och det finns goda förutsättningar att ingå i doktorandprogram.

ST-läkarna genomför ett kvalitetsarbete under en begränsad tid men utanför denna period saknas kontinuerlig bedömning och återkoppling kring systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

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-läkarens kompetens inom medicinsk vetenskap bedöms utifrån kunskap kring vetenskapliga metoder och forskningsetiska principer.
- ST-läkaren bedöms utifrån förmågan att kunna kritiskt granska och värdera vetenskaplig information, samt i sitt arbete ta ansvar för att omsätta och tillämpa denna kunskap.
- ST-läkaren deltar i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i sådan utsträckning att förutsättningar för delmåluppfyllelse föreligger.
- Utbildning erbjuds för att uppnå ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt.
- Det finns goda förutsättningar för genomförande av ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.
- Det finns goda förutsättningar för att genomföra, dokumentera och redovisa ett kvalitetsarbete.

Allmänna råd

- ST-läkaren ges möjlighet till utbildning inom patientsäkerhetsarbete och systematiskt kvalitetsarbete.

Kvalitetsindikatorer

- Under det senaste året har av ST-läkare genomförda arbeten publicerats och/eller presenterats (av ST-läkaren) vid vetenskapliga/professionella sammankomster.
- Det finns tillgång till ett välfungerande doktorandprogram.
- Enheten har regelbundna möten där medarbetare diskuterar och kritiskt granskar vetenskaplig litteratur.

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. Åtgärder krävs.

H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarna involveras tidigt och omfattande i undervisning och handledning av läkar- och sköterskestudenter men det saknas framåtsyftande handledning, planerad bedömning och återkoppling på dessa insatser.

ST-läkarna har goda förutsättningar att utveckla sin ledarskapskompetens med bedömning och återkoppling på sina insatser i samband med återkommande simuleringar. Det sker även bedömning av kommunikativ kompetens och ledarskapskompetens vid specialistläkarkollegium, men det sker inte någon fortlöpande strukturerad bedömning och återkoppling i kommunikativ kompetens eller ledarskapskompetens i samband med den kliniska tjänstgöringen.

Det saknas reflektion i grupp där delmål för "Etik", "Kommunikation med patienter och närstående" och "Ledarskap" diskuteras vilket är ett allmänt råd enligt föreskriften.

Man har hittills inte haft auskultation hos chef men det välkomnas av klinikledningen. Det finns ett ST-läkarråd som träffas varje månad.

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 kontinuerligt utveckla ledarskapskompetens i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkaren bedöms kontinuerligt i medicinskt ledarskap och multiprofessionellt samarbete och återkoppling sker.
- ST-läkaren genomgår utbildning i hälso- och sjukvårdens förutsättningar i enlighet med målbeskrivning.
- ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.
- ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.
- ST-läkaren bereds möjlighet att planera och genomföra undervisning.
- ST-läkarens kompetens i undervisning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.
- ST-läkaren bereds möjlighet att handleda medarbetare och studenter.
- ST-läkarens kompetens i handledning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.

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 reflektion i grupp i enlighet med målbeskrivningen.

Kvalitetsindikatorer

- Det finns möjlighet att auskultera hos chefer och ledare inom organisationen.

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. Åtgärder krävs.

Föreskriftspunkt som ej är uppfylld	Planerad åtgärd	Tidsplan för genomförande	Ansvarig	Tidsplan för uppföljning	Ansvarig för uppföljning
Fylls i av Lipus	Fylls i av granskad enhet	Fylls i av granskad enhet	Fylls i av granskad enhet	Fylls i av granskad enhet	Fylls i av granskad enhet
B: Samtliga huvudansvariga ST-handeldare har genomgått handeldarutbildning	Skyndsamt skicka de som saknar HL-utbildning på detta	Våren 2024	Respektive handledare med stöd av SR	Avstämning maj 2024 att detta är utfört	SR
D: Verksamheten tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas, samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg. Dessa ska vara kända och användas	Utarbetande av ny detaljerad målbeskrivning med tydligare uttalade krav gällande kompetens och kunskapsnivå för måluppfyllelse. Inom klinikens verksamheter och medicinska sektioner ska mål och delmål tydliggöras för ST-utbildningens olika faser, samt hur mål och delmål bedöms och följs upp.	vår 2024	Respektive sektionsansvarig har fått detta i uppgift. Arbetet leds och sammanställs av SR.	Planeras slutfört senast maj 2024.	SR
D: Alla ST-läkare har lika rättigheter, skyldigheter och möjlighet att uppnå målen i målbeskrivningen oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.	Rapporten lyft på verksamhetsledningsnivå där beslut fattats om vidare utredning tillsammans med HR samt tillsättning av arbetsgrupp kring specifika händelser.	6 mån	Chefer i linje som rapporterar till verksamhetsledningsgrupp	Maj 2024	VLG/VC
D: Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.	Revidering av handledar-instruktionerna, dokument "ST-handledarens uppdrag". Infrmtation till HL vid nästa HL-träff	Revision av riktlinje genomförd. Handledarträff inplanerad (april -24)	HL & ST	Dokumentet redan reviderat. HL-utbildning inplanerad.	SR

E: Varje ST-läkare ges kontinuerligt handledning i form av stöd och vägledning med utgångspunkt i det individuella utbildningsprogrammet.	Rekommendation kring detta finns i riktlinjen för handledare, behöver tydliggöras och säkerställas att det följs. Vi tittar på alternativ för schemalagd handledning	Handledarträff inplanerad (april -24)	SR	6 månader	SR inhämtar information kring hur många handledarträffar varje ST har haft
E: Den huvudansvariga handledaren bedömer ST-läkarens kompetensutveckling kontinuerligt, med utgångspunkt i målbeskrivningen för specialiteten och det individuella utbildningsprogrammet.	Tydliggörande i kommande målbeskrivning. Tätare träffar mellan ST och huvudhandledare. Tydliggöra HL-uppdraget genom HL-utbildning. Tätare formella bedömningar.	6 mån	Respektive handledare med stöd av SR	6 mån	SR
E: Det finns fastställda rutiner för bedömningar av ST-läkarens kompetens	I kommande målbeskrivning kommer det att tydliggöras vilka moment/delmål som ska bedömas formellt, hur de ska bedömas och hur ofta.	Tidig vår 2024	Respektive sektionsansvarig har fått detta i uppgift. Arbetet leds och sammanställs av SR.	Planeras slutfört senast maj 2024.	SR
E: Verksamheten har rutiner för hur den kontinuerliga bedömningen dokumenteras (För ST enligt 2015:8 är verksamhetschef ansvarig enligt ovan)	Upprättande av rutin för hur den kontinuerliga bedömningen dokumenteras och vem som gör det, denna kommer att inkorporeras i handledar- och ST-dokument och skall göras allmänt känd.	1 mån	SR	1 mån	SR
G: ST-läkaren deltar i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i sådan utsträckning att förutsättningar för delmåluppfyllelse föreligger.	Register över lämpliga kvalitetsarbeten har upprättats och Verksamhetsledningen har också uppmärksammats på möjligheterna att i större utsträckning inkorporera ST-läkarna i utvecklingsarbetet på kliniken. Tydliggörande av denna punkt ska ske i samband med specialistläkarkollegium och handledar-utbildningar	Genomfört/kommande SLK och HL-utbildning	SR	6 mån	SR

<p>H: ST-läkaren ges förutsättningar att kontinuerligt utveckla ledarskapskompetens i enlighet med målbeskrivningen.</p>	<p>Införande av tydligare krav kring handledning, bedömning och återkoppling kring ledarskaps- undervisning- och kommunikativ kompetens kommer att ingå i kommande målbeskrivning med krav på formell bedömning. Denna kontinuerliga bedömningen ska dokumenteras och redovisas, t.ex. i samband med specialistläkarkollegium och i revideringen av IUP med handledare.</p>	<p>Våren 2024</p>	<p>Respektive sektionsansvarig har fått detta i uppgift. Arbetet leds och sammanställs av SR.</p>	<p>Planeras slutfört senast maj 2024.</p>	<p>SR</p>
<p>H: ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.</p>	<p>Införande av tydligare krav kring handledning, bedömning och återkoppling kring ledarskaps- undervisning- och kommunikativ kompetens kommer att ingå i kommande målbeskrivning med krav på formell bedömning. Denna kontinuerliga bedömningen ska dokumenteras och redovisas, t.ex. i samband med specialistläkarkollegium och i revideringen av IUP med handledare.</p>	<p>Våren 2024</p>	<p>Respektive sektionsansvarig har fått detta i uppgift. Arbetet leds och sammanställs av SR.</p>	<p>Planeras slutfört senast maj 2024.</p>	<p>SR</p>
<p>H: ST-läkarens kompetens i undervisning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.</p>	<p>Införande av tydligare krav kring handledning, bedömning och återkoppling kring ledarskaps- undervisning- och kommunikativ kompetens kommer att ingå i kommande målbeskrivning med krav på formell bedömning. Denna kontinuerliga bedömningen ska dokumenteras och redovisas, t.ex. i samband med specialistläkarkollegium och i revideringen av IUP med handledare.</p>	<p>Våren 2024</p>	<p>Respektive sektionsansvarig har fått detta i uppgift. Arbetet leds och sammanställs av SR.</p>	<p>Planeras slutfört senast maj 2024.</p>	<p>SR</p>

H: ST-läkarens kompetens i handledning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.	Denna punkt kommer att hanteras i stort sett som ovanstående i arbetet med ny målbeskrivning. ST-läkarnas IUP'er kommer också att förtydliga detta moment och ställa krav på kontinuerlig formell bedömning och återkoppling.	Våren 2024	Respektive sektionsansvarig har fått detta i uppgift. Arbetet leds och sammanställs av SR.	Planeras slutfört senast maj 2024.	SR
Studierektor:	Verksamhetschef:	ST-representant:	ST-representant:		
Thomas Widmark	Peter Asplund	Anton Ahlbäck	Martina Steineck		