



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Norra Älvsborgs Länssjukhus

Klinik

Anestesi och intensivvård

Specialitet

2023-05-25

Datum

Trollhättan

Ort

Bijan Darvish och Martin Thorsson

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Fullbemannad klinik med mycket brett klinisk utbud och gott arbetsklimat
- Synnerligen goda kliniska instruktioner dygnets alla timmar
- Engagerad studierektor med vilja att utveckla ST-utbildningen
- Ny framgångsrikt schemaläggning som värnar ST-utbildningen och som skapat sammanhängande placeringar som gagnat kvaliteten
- Goda informella strukturer för kvalitetssäkring av utbildning
- ST-läkarna engagerar sig omfattande i undervisning och handledning av andra utbildningsläkare

Svagheter

- Huvudhandledarfunktionen saknar struktur och är individberoende. Flera handledare saknar handledarutbildning.
- Individuella utbildningsprogram enligt föreskriftens krav saknas
- Målbeskrivningen och uttolkningen av denna är inte tillräckligt känd av ST och handledare
- Ändamålsenliga metoder för kompetensbedömning används inte i tillräcklig omfattning
- Kontinuerlig återkoppling och aktivitet för delmålen vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete saknas
- Återkoppling och handledning i undervisning och handledning saknas

Förbättringspotential

- Utveckla huvudhandledarfunktionen: - Samtliga huvudhandledare behöver genomgå handledarutbildning enligt den föreskrift som deras ST går enligt (2015 eller 2021). - Möjliggör att handledare och adept arbetar tillsammans i högre utsträckning. - Implementera den regionövergripande rutinen som anger frekvens för handledning (1h / vecka). - Skapa och implementera en handledarrutin där det klargörs ansvarsförhållanden (dokumentation, planering av tillfällen och innehåll) och hur IUP ska användas vid handledningen (med exempelvis planering och uppföljning av utbildningsaktiviteter). - Inför regelbundna handledarträffar där utbildning inom bland annat regelverk och bedömningsinstrument erbjuds.
- Utveckla, använd och revidera regelbundet individuella utbildningsprogram. - Huvudhandledare och ST-läkare behöver ha god kännedom om målbeskrivningen och uttolkningen av denna för att kunna upprätta och revidera IUP enligt föreskriftens krav. - För samtliga delmål ska det framgå planerade utbildningsaktiviteter (både form och i tid) och hur målpåfyllelse för dessa delmål ska bedömas. - Utveckla klinisk rutin för "riktlinjer och målsättningar" där mål för klinisk olika kliniska tjänstgöringar klargörs. - Teoretiska utbildningsaktiviteter (både interna och externa) bör kopplas till delmål och tidsplaneras. Självstudietid bör ingå i utbildningsprogrammet.
- Inför ändamålsenliga metoder för kompetensbedömning.
- Skapa tillfällen med regelbunden återkoppling och handledning i vetenskap. Överväg samarbete med andra sjukhus i regionen för att kunna uppfylla detta krav.
- Utnyttja de tillfällen ST-läkarna handleder och undervisar för att ge återkoppling och handledning på dessa insatser.
- Erbjud ST-läkarna att auskultera i ledningsgrupp och engagera systematiskt ST-läkarna i verksamhetens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Använd sedan detta för att ge kontinuerlig handledning och bedömning på dessa insatser.

STRUKTUR

A Verksamheten

Länssjukhus med verksamhet förlagd på Norra Älvsborgs Länssjukhus (NÄL) och Uddevalla sjukhus. Mycket bred opererande verksamhet som inkluderar samtliga opererande specialiteter (förutom thorax- och neurokirurgi). Över 1200 barnanestasier per år. Förlossningsavdelning med ca 3500 förlossningar per år och tillhörande neonatologiavdelning. Smärtenhet finns. IVA med 8-10 platser som vårdar barn över 3 år (ca 45-60 barn / år). Specialanestesi erbjuder antingen inom barn- och neuroanestesi eller thoraxanestesi. Vårdgivaren tillhandahåller rutin för hur ST ska genomföras och hur bedömning av kompetens ska göras men denna är inte reviderad för SOSFS 2015:8 eller HSLFS 2021:8.

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

Verksamheten är väsentligen fullbemannad med över 40 specialister och 10-14 ST-läkare. Flera huvudhandledare saknar handledarutbildning. Studierektorn har nu sedan en tid tillbaka adekvat avsatt tid för sitt uppdrag. Det finns en handledarrutin men denna är inte känd av ST och huvudhandledare. Regelbundna handledarträffar (minst 1 gång per år) som erbjuder fortbildning inom regelverk, målbeskrivning och bedömningsinstrument saknas.

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, utredning, behandling och möten finns. ST-läkarna har alltid 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

ST-läkarna saknar individuella utbildningsprogram enligt föreskriftens krav där individuella delmål kopplas till utbildningsaktiviteter som kopplas till bedömning av delmålsuppfyllelse. Uttolkningen av målbeskrivningen (SFAIs utbildningsbok) är inte tillräckligt känd (enligt föreskriftens krav) av ST-läkare och handledare. Kliniken har en mall för individuella utbildningsprogram som uppfyller kraven på styrande dokument för tjänstgöringens upplägg men innehållet är inte känt och används inte.

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

Kliniken bedömer informellt kontinuerligt ST-läkarnas kompetensutveckling men utan koppling till individuella delmål. Verksamheten saknar implementerade rutiner för bedömning av ST-läkarnas kompetens som exempelvis tydliggör ansvarsförhållanden, metoder för bedömning av olika delmål (såsom undervisning och medicinsk vetenskap) och hur dokumentation ska ske. Ändamålsenliga metoder används i hög utsträckning för A och B delmål (specialistkollegium) men inte för C delmål. IUP revideras inte regelbundet (dvs minst 2 ggr per år) och då IUP inte behandlas i samband med handledarsamtalen med denna frekvens utgår inte heller handledningen från IUP enligt föreskriftens krav. Handledarsamtal sker sällan och är inte inplanerad i ordinarie tjänstgöring.

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 sidutbildning 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

Kliniken har ett rikt utbud av interna teoretiska utbildningstillfällen. Ny framgångsrik schemaläggning har skapat förutsättningar för regelbunden extern utbildning (ST-väst). Avsatt självstudietid saknas. De individuella utbildningsprogrammet specificerar inte teoretiska utbildningsaktiviteter (kurser) i den omfattning som krävs.

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

Det sker inte en kontinuerlig bedömning av ST-läkarnas kompetens i medicinsk vetenskap (dvs utanför perioden för individuellt skriftligt arbete) vilket krävs för följsamhet till föreskriftens krav. Regelbundna journal clubs saknas. ST-läkarna deltar i liten utsträckning i enhetens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete utanför perioden för kvalitetsarbete vilket också krävs för följsamhet till föreskriftens krav.

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

Bedömning av delmålen för "Ledarskap" och "Kommunikation" sker kontinuerligt i samband med specialistkollegium. ST-läkarna deltar aktivt i undervisning och handledning av utbildningsläkare men dessa insatser bedöms och återkopplas inte vilket krävs enligt föreskriftens krav. Det saknas "reflektion i grupp" som adresserar delmålen "Etik", "Ledarskap" och "Kommunikation med patienter och närstående" vilket är ett allmänt råd 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

- 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.

Handlingsplan efter SPUR granskning -23, anestesi- och IVA kliniken NÄL, NU-sjukvården.

B) Föreskrift som ej är uppfylld

B. - Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning

Planerad åtgärd

Utbilda samtliga handledare.

Tidsplan för genomförande

De handledare som saknade handledarutbildning vid tillfället för SPUR granskningen har nu genomgått en 2-dagars utbildning under hösten -23. Alla handledare har idag adekvat utbildning.

Framgent kommer alla som blir handledare till en ny ST-läkare, gå en 2 dagars kurs ihop med sin blivande adept, för att de ska få en utbildning som inte är äldre än 5 år och för att de ska kunna lära känna varandra bättre från start. Denna kurs anordnas av NU-sjukvården och kommer att gå regelbundet varje år i januari och september.

Ansvarig

Studierektorn. Läkarchefen. Verksamhetschefen.

Tidsplan för uppföljning

Jan-24. Avklarad.

Ansvarig för uppföljning

Studierektor, läkarchef och Verksamhetschef

D) Föreskrift som ej är uppfylld

D. – Varje ST-läkare har ett utbildningsprogram som utgår från målbeskrivningen och som omfattar...

D. – Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.

Planerad åtgärd

1. En ny individuell utbildningsplan (IUP) kommer att tas fram. Denna kommer att utformas tillsammans med alla ST-studierektorerna inom anesthesi/intensivvård i VG regionen. Grunden för denna utbildningsplan kommer sedan att anpassas lokalt till respektive sjukhus och vidare till varje ST-läkare.

Samarbetet genomförs då de flesta anesthesi/IVA-klinikerna blev underkända för sin IUP.

2. Ett nytt dokument ska utformas för hur IUP:n ska följas upp, revideras samt hur ofta detta bör ske.

Tidsplan för genomförande

Den nya IUP:n och dokument för uppföljning av IUP:n ska vara färdig innan vårterminens utgång, senast i maj -24.

Ansvarig

Studierektorn och ST-lärrarrepresentant.

Tidsplan för uppföljning

Höstterminen -24, senast september.

Ansvarig för uppföljning

Studierektor, ST-lärrarrepresentant och Verksamhetschef.

E) Föreskrift som ej är uppfylld

E – Varje ST-läkare ges kontinuerlig handledning i form av stöd och vägledning med utgångspunkt i det individuella utbildningsprogrammet.

E – Det finns fastställda rutiner för bedömning av ST-läkarens kompetens

E – Verksamheten har rutiner för hur den kontinuerliga bedömningen dokumenteras.

Planerad åtgärd

1. Sjösätta en korrekt IUP och schemalägga regelbunden handledning på arbetstid. Handledarsamtalen ska dokumenteras av ST-läkaren. Handledarsamtalen ska redovisas i antal och tid till studierektorn.
2. Prioritera att schemalägga handledare och ST-läkare tillsammans i den kliniska vardagen.
3. Uppdatera rutiner för bedömning av ST-läkarens kompetens och hur denna ska dokumenteras.

Tidsplan för genomförande

Innan vårterminen är slut, maj -24

Ansvariga för genomförandet

Studierektorn, ST-läkarrepresentant och schemaläggaren.

Tidsplan för uppföljning

Höstterminen senast, september -24.

Ansvarig för uppföljning

Studierektor, ST-läkare representant och Verksamhetschef.

G) Föreskrift som ej är uppfylld

G. ST-läkarens kompetens inom medicinsk vetenskap bedöms utifrån kunskap kring vetenskapliga metoder och forskningsetiska principer.

G. ST-läkaren bedöms utifrån förmågan att kunna kritiskt granska och värdera vetenskaplig information samt att...

G. ST-läkaren deltar i systematiskt kvalitetsarbete- och patientsäkerhetsarbete i sådan utsträckning att...

Planerad åtgärd

1. ST-läkarna håller regelbundet föredrag om medicinska rön/studier (se under H-punkten nedan) och för vad som ligger till grund för dem. Presentationerna ska framöver utvärderas mer systematiskt och dokumenteras.

2. Vi har återinfört regelbundna journal clubs (vilket vi hade tidigare men det låg nere under pandemiåren och tog lite tid att återstarta). Vår klinik anordnar journal clubs några gånger per termin men våra ST-läkare kommer även framöver att kunna delta i Forsknings och Utvecklingsenhetens (NU-sjukvården) journal clubs, där samtliga kliniker är inbjudna, som också anordnas några gånger per termin. Vi kommer att använda en utvärderingsmall för själva studien som presenteras så att ST-läkarna reflekterar och kan redogöra för vad de har läst och vad som diskuterats.

3. Vi kommer även att återuppta regelbundna morbiditet och mortalitets möten (M och M-möten) där man diskuterar vad som gick fel, vad som är vetenskap och beprövad erfarenhet i det aktuella fallet, hur patientsäkerarbetet kan förbättras, etc.) där kommer ST-läkarna att delta.

4. ST-läkarna kommer ha möjlighet att delta i medicinskt kvalitetsarbete på kliniken med att tex uppdatera rutiner.

Tidsplan för genomförande

Innan vårterminen är slut, maj -24

Ansvariga för genomförandet

Studierektorn, ST-läkarrepresentant och verksamhetschefen.

Tidsplan för uppföljning

Höstterminen senast, september -24.

Ansvarig för uppföljning

Studierektor, ST-läkare representant och Verksamhetschef.

H) Föreskrift som ej är uppfylld

H. ST-läkarens kompetens i undervisning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.

H. ST-läkarens kompetens i handledning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.

Planerad åtgärd

1. ST-läkarna turas om att hålla "lunchföreläsningar" (ca. 30 min. föredrag) varje vecka och hålla i några av klinikens "tisdags undervisningar" (en timma undervisning). De håller även regelbundet i undervisning för kandidater och AT-läkare. Vi kommer att införa en strukturerad bedömningsmall: "Återkoppling till ST-läkare efter muntlig presentation" från Skånes Universitetssjukhus som vi ska börja använda.

2. ST-läkarens kompetens i handledning (kandidater, AT-läkare, randande ST-läkare och vidareutbildning av anesthesi ssk) har utvärderats tidigare men ska nu återkopplas till handledaren och dokumenteras, vilket tidigare varit bristfälligt.

Tidsplan för genomförandet

Kommer successivt att tas i bruk under året, klart till dec. -24

Ansvar för genomförandet

ST-Studierektor och studierektor för kandidater och AT-läkare.

Tidsplan för uppföljning

Höstterminen senast, september -24.

Ansvarig för uppföljning

Studierektor, ST-läkare representant och verksamhetschef.

Handlingsplanen undertecknas

Verksamhetschef

Jimmy Bjelkengren

Trollhättan den _____

ST-Studierektor

Jan Creutz

Trollhättan den _____

ST-Läkarrepresentant

Ola Redfors

Trollhättan den _____