



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

**Sahlgrenska
Universitetssjukhuset**
Klinik

**Klinisk immunologi och
transfusionsmedicin**
Specialitet

2024-03-20 – 2024-03-21
Datum

Göteborg
Ort

**Mirjam Hägglöf och
Torsten Eich**
Inspektörer

SOSFS 2015:8
Föreskrift

Styrkor

- Kunniga specialister
- Kollegial arbetsmiljö
- Nära samarbete mellan ST läkare och instruktör/lokal handledare
- Engagerad studierektor
- Bra forskningsmiljö och möjlighet till akademisk utbildning
- Intern granskning av ST utbildning (STINS, ST enkät SU)

Svagheter

- Målbeskrivningen är inkluderad i utbildningen dock saknas implementering av checklistan för varje placering inkl. ev. utvärderingstillfällen
- Situationen avseende skrivbordsplatser för ST läkare är minst sagt ansträngd. Det finns en plan att öppna upp för fler administrativa arbetsplatser och man inväntar ett positivt besked för kontorsmöbler.
- Ej schemalagd tid för studierektor (upp till 8h/v)
- Arbete inför HSLF-FS 2021:8 kvarstår.

Förbättringspotential

- Skapa en tydlig koppling mellan delmål, utbildningsaktivitet och bedömning av delmålsuppfyllelse i individuellt utbildningsprogram.
- Fortsatt arbete kring ST läkarnas arbetsmiljö avseende skrivbordsplatser
- Vid utvärdering/återkoppling, ge fler konkreta exempel vilka brister finns och hur de kan åtgärdas
- Vid vissa placeringar saknas en klar och tydlig beskrivning av förväntningar och genomförandet av placeringen samt vilka kunskapskrav som leder till godkännande.

STRUKTUR

A Verksamheten

Klinisk immunologi och transfusionsmedicin (KITM) är en del av område 4 inom Sahlgrenska sjukhuset bland de andra laborativa specialiteterna. Verksamheten är organiserad i sex enheter. Den är geografiskt utspridd på Sahlgrenska sjukhuset, Östra sjukhuset, Nordstan, Frölunda Torg och en mobil blodgivningsenhet samt de transfusionsmedicinska enheterna i Uddevalla, NÄL och Borås. Verksamheten är ackrediterad enl. ett flertal standarder och tillhandahåller diagnostik inom klinisk immunologi samt dygnet-runt medicinsk kompetens inom KITM. Kliniken ansvarar för blodgivare/blodtappning, komponentberedning/utlämning, aferes inkluderande plasma/trombocytgivning, diagnostik inom blodgruppsimmunologi, cellulär immunologi, autoimmunitet och allergi. Verksamheten har även tillverkning av terapiläkemedel och omhändertagande av celler och vävnader samt ansvarar för den Nationella navelsträngsblodbanken. Det övergripande ansvaret har verksamhetschefen som är specialistläkare inom en annan specialitet som får stöd av en läkarchef. Vid inspektionsdagen har kliniken tolv specialistläkare och sex ST-läkare. Inom hela läkargruppen ser vi tio disputerade kollegor och bland dessa är tre docenter. En av docenterna är även professor. Två till tre läkare är doktorandregistrerade. Inom kort kommer även två nya ST läkare att börja. Utbildningen täcker i stort sett alla aspekter av målbeskrivningen dock saknar man en egen aferesverksamhet för patientbehandling och tillgodoser detta genom en kort randning på aferesenheten inom hematologi. Verksamheten har en fast rutin för intern kvalitetsgranskning av ST-utbildningen samt deltar i den övergripande utvärderingen/granskningen. Studierektorn är mycket aktiv inom kliniken och deltar i de övergripande mötena.

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

Vid inspektionstillfället har kliniken tolv specialistläkare och sex ST-läkare. Inom hela läkargruppen ser vi tio disputerade kollegor och bland dessa är tre docenter. En av docenterna är även professor. Två till tre läkare är doktorandregistrerade. Några pensionerade kollegor förstärker gruppen som timanställda. Man fortsätter också nyrekryteringen av främst ST läkare (två nya ST läkare är på ingång och en prel. planering finns. Dessa kommer då gå efter HSLF-FS 2021:8). Man har under en längre tid kunnat rekrytera kollegor från andra länder som redan är specialistkompetenta och endast behöver komplettera en del av utbildningen på plats. Verksamheten bedömer den aktuella läkarbemanningen fortsatt som för låg och behöver i dagsläget ytterligare två specialister för en säker och kompetent bemanning.

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

Lokalsituationen är varierande mellan klinisk immunologi och transfusionsmedicin vars avdelningar ligger med 10 min promenadavstånd. Det planeras för ett nytt labbhus som dock inte kommer vara färdig före prel. 2030. Skrivbordsplatser för ST läkare finns men tre-fyra personer delar ett rum. Detta medför en sämre arbetsmiljö då dessa platser används i klinisk rutinarbete. Det finns även risk att sekretess inte kan hållas i alla lägen där flera läkare pratar i telefon eller har digitala möten. Skrivbordsplatserna är också anordnade så att datorskärmar/kamera är riktade mot varandra som kan öka risken. Det finns en plan från klinikledningen att frigöra fler platser i närheten och man inväntar ett positivt besked. I övrigt så har alla ST läkare tillgång till en laptop. Mötesrum samt utrustning för digitala möten/utbildning finns. Kliniken har utrustning för att kunna tillgodose uppdraget och har en stark anknytning till forskning och utveckling. ST-läkarna har tillgång till all nödvändig utrustning inkl. litteratur och bibliotekstjänster.

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

KITM bedriver en bred verksamhet och håller hög kvalitet. Endast enstaka moment ur målbeskrivningen saknas. Det är utbildning inom aferesbehandling av patienter. Det tillgodoser man genom randning hos aferesenhet. Sidotjänstgöring planeras och genomförs vanligen på klinikerna där man har ett intensivt samarbete. ST-läkarna bemannar även beredskapslinjen som täcker mestadels transfusionsmedicin. Västra Götalandsregionen och Sahlgrenska universitetssjukhuset har ett väl utbyggt system för skriftliga och tydliga riktlinjer för ST-utbildningen. Det finns ett flertal övergripande studierektorer och alla utbildningar avseende delmål a anordnas centralt. Även handledarutbildning anordnas centralt. De övergripande reglerna och dokumenten är för det mesta implementerade lokalt (tydlig och skriftlig koppling mellan målbeskrivning och omsättning av checklistan för varje placering saknas). Dokument relaterade till ST-läkarutbildningen är dokumentstyrda som underlättar hanteringen. ST-läkare har ett fast placeringsschema som revideras kontinuerlig i samband handledning och sträcker sig över lång tid. I detta placeringsschema har man också definierat en längre, sammanhängande period för teoretiska studier. Introduktionsprogram finns för nyanställda underläkare/ST-läkare. Programmet är praktiskt utformat och täcker verksamheten. Ett system för behörigheter inför självständig utsvarning finns etablerat. Det saknas i dagsläget en klar och tydlig dokumenterad utbildningsplan. Det finns några delar på plats dock är dessa inte ihopsamlade i ett dokument och kopplat till ffa checklistan från målbeskrivningen. Därmed saknas också möjligheten att bocka av punkt för punkt från checklistan och risk för att man missar punkter finns. Det saknas även en strukturerad plan för delmål c13, lagar och föreskrifter. Av praktiska skäl kan även deltagandet i upphandlingsarbete, inspektioner etc. vara av värde.

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

Mycket handledning sker kontinuerligt i det dagliga arbetet av specialistkollegorna samt övrig personal då ST-läkare och handledare/instruktörer har ett nära samarbete. Handledarsamtal hålls regelbundet dock är de ej schemalagda och initieras oftast av ST-läkaren. Strukturerad bedömning av ST-läkarens utveckling bedöms en gång per år i ett specialistkollegium. Kompetensutveckling bedöms även löpande och genom det årliga diagnostiska provet samt särskilda bedömningsinstrument som 360°, DOPS etc. Återkoppling ges till ST-läkaren muntligt och kontinuerligt. Skriftlig dokumentation av kontinuerlig kompetensutveckling saknas delvis. ST-läkaren har alltid möjlighet att kontakta en specialistkollega och rådgöra. Studierektor informerar och uppdaterar handledare om ev. förändringar på handledarmöten.

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

Det finns schemalagd tid för självstudier som är planerad till torsdagar där ST läkarna kan delta i den nationella utbildningen. För att täcka delmål c1 finns en period på 2-3 månader i schemat för just detta ändamål. ST läkarna har startat en journal club där även specialister och FoU-biologer är välkomna. Det finns tillgång till bibliotek/bibliotekstjänster och specialister lånar ut litteratur där det behövs och önskas. Även det aktiva doktorandprogrammet bidrar till goda möjligheter för teoretisk utbildning. Då kliniken täcker hela området kan teoretiska kunskaper lätt appliceras i tjänstgöringen. Det ansträngda lokalläget/skrivbordsplatser gör det dock ibland utmanande för ST läkarna att hitta en bra arbetsmiljö för teoretisk utbildning.

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

Kliniken tillhandahåller en stimulerande forskningsmiljö med tät kontakt till universitetet. Många specialister är disputerade och ett flertal ST-läkare är doktorandregistrerade resp. är på väg att registrera sig. Man har även skapat delade tjänster för doktorander för att underlätta forskningsarbete. En fungerande journal club är etablerad. Det finns goda möjligheter för resp. arbeten då kliniken täcker hela området och har en rad disputerade handledare. Kliniken har en lång lista med publikationer där även ST läkarnas arbeten ingår. Genom ett aktivt doktorandarbeta har resp. ST läkare kunnat publicera i vetenskapliga tidskrifter. Man stödjer också deltagande på nationella och internationella möten/konferenser.

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-läkare deltar aktivt i undervisning och återkoppling ges som en del av den löpande kontakten samt i övergripande bedömningar från studenter och handledare. Kliniken uppmuntrar ST-läkare att delta i föreläsningsserier. ST-läkarna ges begränsade möjligheter att sätta sig in i rollen som specialistläkare och dess arbetsuppgifter inkluderande bland annat process- och klinikövergripande medicinskt ansvar samt inspektioner av myndigheter/ackrediteringsorgan som skulle ses över. Klinken erbjuder även möjligheten för auskultation med chefer som t.ex. att ST-läkare har deltagit i områdets ledningsgruppsmöten och i Arbetsutskott Laboratoriemedicin. Det finns möjlighet till ytterligare auskultation.

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.

