



# EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

**Gävle sjukhus**

Klinik

**Rehabiliteringsmedicin**

Specialitet

**2023-10-12 – 2023-10-13**

Datum

**Sandviken**

Ort

**Vasileios Gamvroulis och Charikleia**

**Pappa**

Inspektörer

**SOSFS 2015:8**

Föreskrift

## Styrkor

- Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig för att kunna uppfylla målbeskrivningens krav. Där kravet inte går att uppfylla på moderenhet finns plan för att kunna kompensera t.ex. ryggmärgsskaderehabilitering i akut skede.
- Studierektor och huvudhandledare har relevant kompetens. Handledarsamtal sker regelbundet med god frekvens.
- Goda möjligheter finns för forskning/forskningsprojekt med stöd av Centrum för forskning och utveckling (CFUG) i Region Gävleborg och ett väletablerat samarbete med Uppsala Universitet.
- ST-läkare erbjuds regelbundet schemalagd tid för självstudier.
- Ändamålsenliga lokaler med välutrustad läkarexpedition både inom slutenvårds- och öppenvårds verksamhet.
- Klinikens enheter är placerade i fysisk närhet till varandra vilket underlättar kommunikation och samarbete inom och mellan olika yrkeskategorier.

## Svagheter

- Otydlig ansvarsfördelning mellan verksamhetschef och förstalinjeschef avseende övergripande arbetsgivaransvaret av ST-läkarutbildning.
- Ansträngd specialistläkarbemanning på avdelningen vilket påverkar förutsättningar för kontinuitet i ST-läkares bedömning och utveckling.
- ST-läkares ledarskapsförmåga samt kommunikativa och pedagogiska förmåga bedöms ej regelbundet.
- Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete bedrivs på kliniken dock utan återkoppling till ST-läkare.
- Skriftlig lokal rutin kring läkarintroduktion i det kliniska arbete finns dock svårigheter noteras vid implementering. Regional checklista används för nya medarbetare utan tydlig ansvarsfördelning på lokal nivå.
- Begränsad möjlighet för ST-läkare till att handleda under handledning på kliniken.

## Förbättringspotential

- Rekommenderas att skapa förutsättningar för ST-läkare att ansvara för remissbedömning under handledning i utbildningssyfte.
- Engagera ST-läkare i klinisk patientsäkerhetsarbete via återkoppling av resultat samt delaktighet i ett ansvarsområde t. ex. fallprevention.
- Implementering pågår av ett förnyat sätt att upprätta ett individuellt utbildningsprogram med syfte att omfatta bl a sidutbildningar och utbildningsaktiviteter i relation till målbeskrivningen för att lättare kunna följa uppfyllelse av kompetenskrav under ST-utbildningen. Detta ska fullföljas.
- Nyttja olika moment i det kliniska arbete för att främja ST-läkares kommunikativa, pedagogiska och ledarskapsförmåga vid t. ex. teamrund, rond med omvårdnadspersonal, patientföreläsningar, medarbetarföreläsningar mm. Inför rutinmässiga bedömningar och regelbundna återkopplingar till ST-läkare.
- Hitta alternativa lösningar så att ST-läkare får möjlighet att utöva handledning av t. ex. annan personal, andra underläkare.
- Tydlig skriftlig ansvarsfördelning mellan verksamhetschef/ förstalinjeschef avseende övergripande arbetsgivaransvaret för ST-läkarens ST-utbildning.
- Jourtjänstgöring/beredskap saknas på kliniken. Det finns för avsikt att detta kommer tillgodoses vid sidoutbildningar.
- Införa flera moment där ST-läkarens kompetens bedöms utifrån förmåga att kunna kritiskt granska vetenskaplig information samt implementera denna i sitt vardagliga arbete.
- Rekommenderas tydligare ansvarsfördelning avseende läkarintroduktion i verksamheten så att denna fullföljs enligt plan. Vid eventuella avvikelser i denna planering ska en uppföljning genomföras och dokumenteras. Med fördel kan ST-läkare engageras i utformning och implementering.

# STRUKTUR

## A Verksamheten

Rehabiliteringsmedicin i Region Gävleborg bedrivs i Sandviken genom en rehabiliteringsmedicinsk avdelning och mottagning. Målgrupp är vuxna med förvärvade hjärnskador, ryggmärgsskador, traumatiska eller av annan orsak resttillstånd efter andra neurologiska sjukdomar och skador (t. ex. multipel skleros, Mb Guillain-Barré, mm), långvarig icke-malign smärta i rörelseapparaten och sedan våren 2020 post-covid tillstånd. Dessutom genomförs utredning och behandling av patienter i behov av specialiserad rehabmedicinsk kompetens inklusive trafikmedicinska bedömningar och tonusreducerande behandling av spasticitet med botulinumtoxin. Utöver den allsidiga lokala tjänstgöringen erbjuds möjlighet till sidotjänstgöringar. Ingen läkarberedskap/jourtjänstgöring av egna läkare förekommer inom verksamheten. Regionövergripande skriftliga riktlinjer finns avseende hur ST-tjänstgöring ska genomföras inklusive handledning och bedömning av ST-läkarens kompetens. Därtill förekommer även lokala riktlinjer för ST-läkare i Rehabiliteringsmedicin i Sandviken.

### 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

Specialistläkarbemannning på avdelningen är ansträngd vilket påverkar förutsättningar för kontinuitet beträffande ST-läkarens kompetensutveckling. Tre fastanställda specialister inom rehabmedicin har genomgått handledarutbildning. Finns två disputerade läkare. Möjlighet till regionövergripande handledarträffar för ST-handledare finns. Ej varit aktuellt ännu med handledarträffar lokalt på kliniken vilket föreslås fortsättningsvis då användande av verktyg för uppföljning och återkoppling samt handledningens form och innehåll kan diskuteras.

### 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

På rehabiliteringsmediciska mottagningen har ST-läkare tillgång till enskild ändamålsenlig administrativ plats med god ergonomi och egen dator i fysisk närhet till övriga läkarkollegor och administrativ stödfunktion samt mottagningens paramedicinare. Därtill har läkare som är verksamma på avdelningen tillgång till delad ändamålsenlig läkarexpedition i fysisk närhet till inneliggande patienter, avdelningspersonal, hälsoprofessioner och träningslokaler. Placering av lokalerna främjar korta kommunikationsvägar mellan medarbetare. Undersökningsrummen på avdelningen och mottagningen är adekvat utrustade för patientkontakten. Tillgång till adekvat digitalt kunskapsstöd och bibliotekstjänster finns samt kvalitetsregistret Svenskt Register för Rehabiliteringsmedicin. Digitala kommunikationsverktyg används bl. a. för möten och filhantering. Centrum för forskning och utveckling (CFUG) skapar goda förutsättningar för att bedriva forskning inom hela Region Gävleborg för all personal inkl. ST-läkare.

### 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

Otydlig ansvarsfördelning framkommer mellan verksamhetschef och förstalinjeschef avseende övergripande arbetsgivaransvaret av ST-läkarutbildning. Jourtjänstgöring/beredskap inom den rehabiliteringsmedicinska specialiteten förekommer inte. Anges en planering om att ST-läkare kommer införskaffa sig kunskap/erfarenhet inom akut handläggning av olika tillstånd i samband med sidotjänstgöringar och deltagande i deras jour/beredskapsverkamhet. För närvarande har ST-läkare ett skriftligt individuellt utbildningsprogram (IUP) dock kopplingen mellan delmål, utbildningsaktiviteter för dessa delmål och bedömningen av delmåluppfyllelsen framgår inte tydligt. Nyligen har ett digitalt verktyg för IUP godkänts i regionen där ovannämnd koppling kommer framgå tydligare; implementering pågår. Tillgång finns även till webverktyget ST-forum som är en lokal portal som underlättar uppföljning av den individuella IUP och kompetensportföljen. Kompletterande sidotjänstgöring vid högspecialiserad spinal enhet i Region Västerbotten planeras i enlighet med Socialstyrelsens Nationell högspecialiserad vård (NVH) dock oklarheter finns avseende tillgängligheten och praktisk genomförande för ST-läkare. Skriftligt introduktionsrutin finns, såväl regionövergripande som lokalt för ST-läkaren. Däremot anges ej alltid tydligt vilken person ansvarar för vilka delar av rutinen, om informationen har tilldelats till ST-läkare samt vem följer upp att rutinen har följts och ST-läkare tagit del av det som planerats. Detta försvårar tillämpningen av introduktionsprogram för ST-läkare.

### 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

Handledarsamtalen planeras i förväg och genomförs ca 2- 3 gånger/månad. Huvudhandledaren anges dokumentera innehåll av dessa samtal. ST-läkare har schemalagda 4 timmar/vecka självstudietid. Utvecklingssamtal med närmaste chef planeras men ej genomförts än. Specialistkollegium är inplanerat och inför detta 360 graders-bedömning görs. ST-läkares kompetensutveckling bedöms löpande under handledningssamtal och indirekt genom muntlig återkoppling till handledaren om eventuella brister, dock ej i förhållande till uppsatta mål/ delmålsnivå i IUP. Oklart om verksamhetschefen tar aktivt och regelbundet del av denna bedömningen samt om denna dokumenteras skriftligt. Enskilda bedömningar via bedömningsinstrument såsom sit-in och CBD har genomförts, ca 1 gång per termin. Andra personalkategorier engageras inte i någon större utsträckning för att ge strukturerad och fortlöpande direkt instruktion till ST-läkare t. ex. vid ASIA-bedömning av ryggmärgsskador. Därtill är det oklart om återkoppling till ST-läkaren sker efter klinisk instruktion speciellt om rehabiliteringsmedicinsk bedömning krävs. Koppling mellan delmål, placering och bedömning framgår ej tydligt. Remissbedömningar utförs utan möjlighet till förberedelse via journalgranskning inför mötet vilket försvårar ST-läkares delaktighet och kompetensutveckling vid denna viktiga moment. Rutiner för bedömning av ST-läkarens kompetens finns i skriftligt form dock implementering är bristfälligt. Större krav på huvudhandledare att regelbundet och strukturerat kunna följa upp ST-läkarens kompetensutveckling, detta på grund av den ansträngda specialistläkarbemanning på avdelningen.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan för åtgärder.

### 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

Verksamheten erbjuder internutbildning riktad till all medarbetare ca 45 minuter per vecka. Denna utbildning riktas 1 gång/månad till läkargruppen. Rekommenderas att dessa interna utbildningar kan förtydligas i ST-läkares IUP och med fördel kan kopplingen mellan utbildningsmoment och delmål framgå/tydliggöras. Vid läkarmöten veckovis kan patientfall eller mera komplexa remisser diskuteras. Viktigt att ST-läkare ges möjlighet och uppmuntras att delta i relevanta interna utbildningar. Regionalt arrangerade digitala utbildningar förekommer.

### 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

Anordnas regionalt digitalt Journal Club (ca 6-8/år) för ST-läkare i Uppsala-Örebro-sjukvårdsregionen. Genomgång av vetenskapliga artiklar kan ske i samband med läkarmöte. Rekommenderas att det införs flera moment där ST-läkares kompetens bedöms utifrån förmåga att kunna kritiskt granska vetenskaplig information samt implementera denna i sitt vardagliga arbete. Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete bedrivs på kliniken dock utan återkoppling till ST-läkare. Viktigt att engagera ST-läkare vid början på sin ST i klinikens patientsäkerhetsarbete via återkoppling av resultat samt uppmuntran till delaktighet i pågående arbeten så att en kontinuerlig bedömning, återkoppling och utveckling kan ske utifrån dessa principer.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan för åtgärder.

## 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

Återkoppling kring ledarskap och kommunikativ kompetens verkar ske spontant och muntligt men i begränsad omfattning och inte på ett strukturerat sätt. Återkoppling kring ledarskap och kommunikativ kompetens behöver integreras tydligare och strukturerat vid handledningsmoment t. ex. medsittning vid teamrapport/rehabrond/rehabplaneringsmöte/samrådsmöte med direkt återkoppling till adepten. ST-läkare ska uppmuntras till undervisning för personal/läkarkollegor/patienter samt erbjudas direkt återkoppling därefter. Möjligheter finns på kliniken för att kontinuerligt kunna bedöma ST-läkarens kommunikativa och ledarskapskompetens dock det saknas en tydlig struktur för detta. Förutsättningar bör skapas för handledning under handledning av övriga medarbetare och ev. underläkare på hemmakliniken och vid sidotjänstgöringar.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan för åtgärder.

### 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

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med följande handlingsplan.

## E.Handledning och kompetensbedömning

Den huvudansvariga handledaren bedömer ST-läkarens kompetensutveckling kontinuerligt, med utgångspunkt i målbeskrivningen för specialiteten och det individuella utbildningsprogrammet.

### Planerad åtgärd

Strukturera dokumentation i handledningsanteckningar relaterat till mål och föra in detta i IUP (Individuell UtbildningsPlan) en gång per kvartal eller oftare om motiverat.

### Datum när åtgärden ska vara genomförd

20240331

### Ansvarig för genomförandet

Marianne Lannsjö

### Datum för uppföljning

20241215

### Ansvarig för uppföljningen

Lena Vretling

## E.Handledning och kompetensbedömning

Det finns fastställda rutiner för bedömningar av ST-läkarens kompetens.

### **Planerad åtgärd**

360 grader görs en gång per år eller minst tre gånger under utbildningen.

Specialistkollegium görs en gång per år eller minst tre gånger under utbildningen. Detta ger minst 6 samlade bedömningar under ST. Sit-in görs minst tre ggr per år (Mini-CEX eller DOPS), CBD minst tre ggr per år eller oftare. Detta ger minst 6 individuella bedömningar årligen. Dokumenteras i IUP och handledningsanteckningar.

### **Datum när åtgärden ska vara genomförd**

20241215

### **Ansvarig för genomförandet**

Lena Vretling

### **Datum för uppföljning**

20250115

### **Ansvarig för uppföljningen**

Lena Vretling

## **E. Handledning och kompetensbedömning**

Verksamheten har rutiner för hur den kontinuerliga bedömningen dokumenteras (För ST enligt 2015:8 är verksamhetschef ansvarig enligt ovan)

### **Planerad åtgärd**

Sit-in, CBD, 360 grader och specialistkollegium dokumenteras i gemensamma handledningsanteckningar och kontinuerligt i IUP som uppdateras minst en gång per år. Därtill gemensam genomgång med verksamhetschef eller annan med chefsbehörighet delegerad av verksamhetschef en gång per år. Vårdenhetschef och verksamhetschef inbjuds också att delta i specialistkollegium.

### **Datum när åtgärden ska vara genomförd**

20241215

### **Ansvarig för genomförandet**

Lena Vretling

### **Datum för uppföljning**

20250115

### **Ansvarig för uppföljningen**

Lena Vretling

## G. Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

ST-läkaren deltar i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i sådan utsträckning att förutsättningar för delmåluppfyllelse föreligger.

### **Planerad åtgärd**

ST-läkaren bjuds med på patientsäkerhetsrond. ST-läkare deltar årligen i utvärdering av kvalitetsregisterdata. ST-läkare tar också del av årlig upprättad Patient- och säkerhetsberättelse för hela området Specialmedicin där rehabiliteringsmedicin ingår samt utför självständigt ett eller flera kvalitetsarbeten under ST.

### **Datum när åtgärden ska vara genomförd**

20241215

### **Ansvarig för genomförandet**

Lena Vretling

### **Datum för uppföljning**

20250115

### **Ansvarig för uppföljningen**

Lena Vretling

## H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkaren bedöms kontinuerligt i medicinskt ledarskap och multiprofessionellt samarbete och återkoppling sker.

**Planerad åtgärd**

Sit-in genomförs minst två gånger per år i rond/veckokonferens eller rehabplaneringsmöte. Dessutom utvärderas det vid 360 grader och specialistkollegium och följs upp i handledningen. Deltar i remissgenomgång varje vecka och har minst en gång per månad ansvar för dragning av remiss inklusive förberedande arbete.

**Datum när åtgärden ska vara genomförd**

20241215

**Ansvarig för genomförandet**

Lena Vretling

**Datum för uppföljning**

20250115

**Ansvarig för uppföljningen**

Lena Vretling

## H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.

**Planerad åtgärd**

Konsultationskurs ingår som en av obligatoriska kurser. Bedömning av kommunikativ kompetens görs i handledning och genom sit-in inklusive uppföljning av sit-in i handledningen.

**Datum när åtgärden ska vara genomförd**

20240531

**Ansvarig för genomförandet**

Marianne Lannsjö

**Datum för uppföljning**

20250115

**Ansvarig för uppföljningen**

Lena Vretling

## H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

### **Planerad åtgärd**

Kommunikativ kompetens bedöms i handledningen och genom sit-in, 360 grader och specialistkollegium och återkoppling sker fortlöpande samt efter 360 grader och specialistkollegium.

### **Datum när åtgärden ska vara genomförd**

20241215

### **Ansvarig för genomförandet**

Lena Vretling

### **Datum för uppföljning**

20250115

### **Ansvarig för uppföljningen**

Lena Vretling

## H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

### **Planerad åtgärd**

Undervisar i klinikens internutbildning en gång per år. Undervisar också i samband med föredrag utanför kliniken en gång per år. Undervisar i samband med lektioner minst en gång per smärtrehabprogram under placeringen där (utom under det första programmet som fungerar som introduktion). Handledare medverkar initialt och gör en bedömning. Bedöms i övrigt vid handledning samt under 360 grader och specialistkollegium.

### **Datum när åtgärden ska vara genomförd**

20240531

### **Ansvarig för genomförandet**

Marianne Lannsjö

### **Datum för uppföljning**

20250115

### **Ansvarig för uppföljningen**

Lena Vretling

## **H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens**

ST-läkaren bereds möjlighet att handleda medarbetare och studenter.

### **Planerad åtgärd**

Träffar regelbundet studenter inom andra yrkeskategorier i samband med deras praktik på rehabmedicin. Handleder också medarbetare i samband med såväl arbete i öppen vård som på avdelningen under rehabprocesserna. Handleder vikarierande läkare och läkare under sidotjänstgöring på rehabmedicin när den möjligheten finns.

### **Datum när åtgärden ska vara genomförd**

20240531

### **Ansvarig för genomförandet**

Marianne Lannsjö

### **Datum för uppföljning**

20250115

### **Ansvarig för uppföljningen**

Lena Vretling

## H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

### **Planerad åtgärd**

Handledare deltar med sit-in under handledning. Följs också upp under 360 grader och specialistkollegium.

### **Datum när åtgärden ska vara genomförd**

20240531

### **Ansvarig för genomförandet**

Marianne Lannsjö

### **Datum för uppföljning**

20250115

### **Ansvarig för uppföljningen**

Lena Vretling