



# EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

**Universitetssjukhuset Örebro**

Klinik

**Kärlkirurgi**

Specialitet

**2023-10-24 – 2023-10-25**

Datum

**Örebro**

Ort

**Anne Cervin och Charlotta Strandberg**

Inspektörer

**SOSFS 2015:8**

Föreskrift

## Styrkor

- Öppet klimat för diskussioner, god sammanhållning.
- Välvillig inställning till utbildningsåtgärder hos chefen, linjefeften och studierektorn.
- Den nuvarande studierektorn, sedan ett år, har jobbat aktivt med struktur och handledning på kliniken.
- Öppet klimat för ST-läkarna att få hjälp i vardagen.
- Aktiva åtgärder för att ST-läkarna ska få tillräckliga mängder öppen kirurgi.
- Ledningen uppmuntrar till forskning och utbildning.
- Trots en besvärlig bemanningssituation strävar man efter att frigöra ST-läkarna för fortbildning. Både kurser och randning.
- I början av ST går handledare och ST-läkaren en gemensam introduktionskurs. Där formuleras ett dokument över kurser och mål som ska uppnås.
- Man har en kontinuerlig, informell handledning.

## Svagheter

- Man har inget eget jour-rum.
- Common trunc ligger inte i början av ST.
- Det saknas IUP som man jobbar aktivt med.
- Det saknas regelbunden revidering och utvärdering av IUP.
- Bemanningssituationen försvårar utbildningen.
- Behovet av hyrläkare innebär en risk för brist i kontinuitet i handläggning och handledning.
- Det låga antalet öppna ingrepp ger en ofullständig utbildning på moderkliniken.
- Bemanningssituationen försvårar möjligheter till forskning.
- Totalt sett under ST-läkarnas utbildning har strukturen varit svag.
- Sjukhuset har generella riktlinjer skriftliga riktlinjer för hur ST utbildning skall genomföra och utvärderas. Det har tidigare inte funnits specifika riktlinjer för ST utbildning i kärkirurgi. Ett sådant dokument är nyligen skapat.
- Bemanningssituationen leder till en tung jourbörda för primärjouren.

## Förbättringspotential

- En mer stabil bemanning som även ger bättre förutsättningar för utbildning och handledning.
- En bemanning som lättar på jourbördan.
- Att det finns ett eget jour-rum för jouden i Kärkirurg.i
- En IUP där det tydligt framgår långsiktiga och kortsiktiga mål, åtgärder för att uppnå dessa och regelbunden revidering.
- En logg-bok för operationer där det tydligare framgår vilken del av kirurgen som ST utfört för att kunna följa progressen och vad som förväntas.
- Att ha regelbundna MoM och Journal Clubs på kärkliniken.
- En tydligare överenskommelse med kirurgkliniken om vad common trunc innebär. Både i planering i tid och vad som kan/bör förväntas åt båda håll.

# STRUKTUR

## A Verksamheten

Kärlkirurgen i Örebro Universitetssjukhus är en del av en gemensam klinik som även inbegriper Thoraxkirurgi och anestetesi. Upptagningsområdet är 450 000 och inkluderar Karlskoga och Lindesberg. Den venösa kirurgin, ca 500 ingrepp per år, görs i Karlskoga. Arteriell kirurgi, inkl accesser sköts i Örebro. Man gör ca 50 AAA per år, varav 90% är endovaskulära. Perifera ingrepp är till 70 % endovaskulära och man strävar efter att öka volymerna när man tycker sig tidigare haft en allt för konservativ hållning. Generellt sett vill man öka den öppna kirurgin, eftersom kliniken tidigare haft en uttalat endovaskulär hållning. Enstaka fall tas emot från Karlstad, komplexa öppna fall ( ex öppen thorakoabdominell kirurgi och TOS) skickas till andra universitetskliniker. Avdelning och operation delas med Thoraxkirurgen. Avdelningen har 20 platser varav 2-8 disponeras av kärl. Det finns en intermediärafdelning med 6 platser som bemannas av avdelningssköterskor. Intensivvårdsavdelningen bemannas av klinikens egna anestesiloger. Trots olika discipliner verkar det vara en sammanhållen klinik med gott samarbetsklimat. På operation har kärlkirurgen en egen op-sal måndag, onsdag, torsdag och fredag. På angiolab finns en hybridsal tillgänglig samma dagar. Tisdagar har man huvudsakligen mottagning. All interventionell radiologi sköts av kärlkirurger utom neuroradiologi. Endovaskulärt finns det goda förutsättningar för att uppfylla ST-läkarnas mål. För att uppfylla kraven på öppen kirurgi, har de dels egen verksamhet, men jobbar aktivt för att skicka sina ST-läkare till andra centra med mer öppen kirurgi, både i Sverige och utomlands. Verksamhetschefen är disputerad thoraxkirurg. Han beskriver sig som väldigt positiv till utbildningsinsatser och öppen för dialog om förbättringar. Han är uttalat mån om att det bedrivs forskning. Sjukhuset har generella riktlinjer skriftliga riktlinjer för hur ST utbildning skall genomföras och utvärderas. Det finns ett nyskrivet dokument med specifika riktlinjer för ST utbildning i kärlkirurgi i Örebro.

### 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

På kliniken finns 5 överläkare , två specialistläkare och två ST läkare. En av överläkarna är stadig stationerad i Karlskoga och sköter endast den venösa kirurgin. Av de 4 övriga, jobbar en 100 % och är nyligen återkommen från tjänstledigt, de andra tre jobbar 50-60%. Tre av 5 öl är disputerade. Av de två spec-läkarna är en disputerad och en skall snart disputeras. En av St-läkararna är redan disputerad och den andra är doktorand. Båda ST-läkarna utbildas enligt 2015 års föreskrifter. Bemanningen är inte tillräcklig och det löser man med hyrläkare. Dessa har varit överläkare där kliniken har eftersträvat kontinuitet och tydligt aviserat att hyrläkarna har ett utbildningsuppdrag. Avdelningsarbetet sköts i huvudsak av vik ul före AT och randande ST i kirurgi för att frigöra tid för ST-läkarna och möjligheter för randning. Även vik ul har handledare. Av de överläkare som arbetar i Örebro är en 67 år och de övriga i 50-årsåldern. Drygt hälften av klinikens kirurger är män. Mottagningarna är parallella med tillgång till handledning tisdag. Torsdagar har man en pensionerad överläkare i kärlikirurgi som finns som bollplank och diskussionsstöd. Samtliga handledare har gått handledarutbildning. Det finns planer på att uppdatera dessa. Tidigare har den utsedda studierektorn haft sin kliniska tjänst i Karlskoga. Sedan ett år är det en ny studierektor som jobbar i Örebro. Studierektorn har specialistkompetens i kärlikirurgi.

## 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

ST-läkarna har egen arbetsplats med tillgång till dator och IT-verktyg. Man har tillgång till mätverktyg för planering till EVAR. Man har tillgång till bibliotekstjänst med aktuella tidskrifter. Operation, hybridsal, mottagning och avdelning ligger på olika våningsplan, men i samma huskropp. Man har inget eget jour-rum. Operationsavdelning och avdelning delas med thorax-kirurgen på ett planerat vis, med utrymme för justeringar vid akuta fall. Det finns hybridsal på angiolab, på operation finns tillgång till c-båge. Portabelt ultra-ljud finns att hämta. På mottagning och avdelning finns goda lokaler för läkararbete och handledning.

### 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 har först ett vikariat, därefter en avstämning om anställning som ST-läkare är aktuell. Sedan 1 år tillbaka har även leg vik ul handledare, men inte något IUP. Gällande de två aktuella ST-läkarna utbildas båda enligt 2015 års förordning. Båda har ST-kontrakt. Det finns ett väl utarbetat regionalt dokument för hur ST ska bedrivas i Örebro. Man har ett helt nytt dokument med specifika riktlinjer för hur utbildningen ska bedrivas på kärllkirurgiska enheten. Innehållet av målbeskrivningen är känt av verksamhetschef, studierektor, handledare och ST-läkare. Det finns en uttalad god vilja på kliniken att ST-läkarna sak uppnå målbeskrivningens krav, genom tjänstgöring på kliniken eller genom randningar. När man är accepterad som ST, finns en två-dagars introduktionskurs som handledaren och ST går tillsammans. Större operationer görs måndagar och onsdagar, mindre kirurgi (SVP) torsdag och fredag. Angiolabbet med hybridsal används samma dagar och mottagningar ligger huvudsakligen på tisdagar. På torsdagar finns möjlighet till "gaffelmottagning" där ST-läkare har mottagning med stöttning av pensionerad kollega. Avdelningen sköts av ansvarig ÖL och vikarierande UL, ibland av ST. På torsdagar görs en operationsplanering för veckan efter där möjlighet finns att styra efter ST-läkarnas nivå och behov. Detta har varit mer uttalad strategi sedan ett par månader. Den ene av ST-läkarna har gjort delar av sin common trunc innan ST och har sedan kompletterat på Örebro kirurgklinik. Den andre har efter 2.5 år ännu inte gjort sin common trunc, delvis pga klinikens bemanning och delvis pga kirurgklinikens oförmåga att ta emot randare och se till att det blir en bra placering. Det finns en kärllkirurgisk jourlinje dygnet runt där ST är primärjour. Joubörden för primärjourer är tung med jour ca varannan helg, plus 1-2 jourer i veckan. Belastningen är varierande, men då man har tidig op-start och snabba byten drar dagsprogrammet sällan över utan det rör sig endast om akut-fall. Pga randningar och sidoutbildningar är det just nu få i primärjournsledet. Det finns inget jour-rum för kärllkirurgjournen. För att uppnå målen i ffa öppen kirurgi, är man mån om att ST kan ha sidotjänstgöring på annat sjukhus. Detta är positivt, men påverkar i sin tur bemanningen, vilket i sin tur leder till tyngre joubörda och svårare möjlighet att utbilda de som är på plats. Det finns skriftliga utbildningsprogram för kurser och sidoutbildningar. Tidigare ST har varit utomlands på sido-tjänstgöring och detta planeras också för aktuella ST. Det finns ett skriftligt introduktionsprogram för nya läkare på kliniken. ST är schemalagda i Karlskoga för venös kirurgi veckovis. Tiden är avhängigt bemanningen. Ledningen är mån om att lägga ut forskningstid, men till följd av bemanningssituationen måste man prioritera hårt.

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

Samtliga ST-läkare har specialistkompetent handledare som har gått handledarutbildning. Den ena handledaren är samtidigt studierektor pga bemanningen. Det finns ingen schemalagd tid för handledning, utan samtal sker när tillfälle bjuds eller vid behov. Man har inte planerat innan vad som ska tas upp. Rutinen är att handledarsamtal ska dokumenteras av ST men det följs endast delvis. Man har ett dokument, utformat vid introduktionskursen, där alla kurser, placeringar och mål finns beskrivna. Med denna som utgångspunkt, har ST upprättat en enkel skriftlig plan vilken beskriver placeringar avseende kurser och sido-tjänstgöringar i tid. Det saknas en IUP med långsiktiga och kortsiktiga mål, plan för att uppnå dessa, årlig revidering, utvärdering och åtgärdsplan om målen inte uppnås. Man använder DOPs, minicex och 360, men det finns inte dokumenterat. Sedan 1 år tillbaka har man specialistkollegium regelbundet 1 gång i halvåret. Då går man igenom ST, vik ul och randande ST i kirurgi. Återkoppling ges via handledare. ST-läkarna upplever att de alltid har någon att fråga dagtid. Mottagningarna är parallella med Specialist/överläkare. Om det finns risker att ST inte uppfyller målen, finns ett bra klimat för att diskutera de frågorna.

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

Under de två dagarnas internat i början av ST, planerar och går ST samt handledare igenom vilka kurser och olika placeringar som ST-läkaren ska gå igenom. Dessa är nedskrivna i ett dokument och ST-läkaren har tydlig översikt över vad som krävs. Kliniken ser till att ST-läkaren kommer loss för kurser och randningar. Det har varit bekymmer att få ett bra samarbete med kirurgkliniken avseende common trunc och vad denna ska innehålla. Den ena ST-läkaren kommer att gör sin common trunc på slutet av sin ST vilket inte följer målbeskrivningen och utbildningsprogrammet. Det finns tid för självstudier, men den tiden är svår att utnyttja till följd av klinikens bemanning. Båda ST-läkarna går kärlnurran i Uppsala, en 2-åring teoretisk utbildning för regionens ST-läkare med regelbundna möten.

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:

- 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

Verksamhetschefen och sektionschefen är måna om forskning och att tid ska beredas för detta. Till följd av bemanningssituationen har det varit svårt att få ut all ALF-tid, utan man prioriterar doktorandarbeten. Den ena ST-läkaren har redan doktorerat och håller på med post-doc arbeten. Den andra är doktorand och har presenterat sina arbeten under året på konferenser samt publicerade artiklar. Den andre har många publicerade arbeten sedan tidigare. Båda presenterar forskning på gemensamma möten och förväntas ha läst i litteraturen avseende handläggning av kliniska fall. Båda ST-läkarna är engagerade i kvalitetsarbeten. På gemensamma möten med Thorax och Anestesi, presenteras artiklar och vid klinikmöten har man även MoM. Det finns planer på att ha regelbundna Journal clubs och MoM på kärkliniken enskilt, men det har ännu inte kommit i gång.

## 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 förväntas att självständigt hålla och leda ronder, samt sköta mottagning. De handleder AT-läkare. Kliniken är liten och snabb återkoppling sker från kollegor, sköterskor och annan personal. På specialistkollegier har man 360 att utgå ifrån och ST-läkarna får återkoppling avseende kommunikation och ledarskap. Sit-ins har använts för bedömning. En av ST-läkarna undervisar på läkarutbildningen.

### 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.





## Åtgärdsplan utifrån SPUR-granskning

### C. Lokaler och Utrustning

Ett eget jour-rum för kärlkirurger har inrättats.

### D. Tjänstgöringens upplägg

Styrdokument har uppdaterats/upprättats och beskriver hur en ST-utbildning på kliniken i Örebro Universitetssjukhus är upplagd, hur utbildningsaktiviteter är kopplade till delmål respektive hur bedömningar ska genomföras (Bilaga1).

Det individuella utbildningsplan, IUP, ska följas upp årligen. Detta ska ske i samband med det årliga medarbetarsamtalet som VC ansvarar för. Uppföljningen ska också ske två gånger per år mellan handledare och ST-läkare och vid behov revideras i samråd med studierektor. Denna utvärdering sker på den befintliga handledningstiden i ordinarie tjänstgöring.

ST-läkarna ska göra sin Common trunc första året på ST-utbildning oavsett klinikens bemanning. Kontakt har tagits med kirurgkliniken och arbete pågår för att ta fram rutiner för placering.

Under randning ska handledare hålla kontakt med ST-läkare och loka handledare.

Aktivt arbete pågår för att förbättra bemanningen på kliniken för att avlasta jourbördan för ST-läkarna, bl.a, specialister ta kärljourer istället för bakjourer för att avlasta ST-läkarna. En specialist är tillbaka i tjänst efter sin randning samt anställning av vikarierande specialister.

### E.Handledning och kompetensbedömning

Genomgång av klinikens rutin för ST-handledning i samband med APT, i syfte att tydliggöra vad det är som åligger berörda parter.

Införande av schemalagda "ST-handledning", var 3:e månad, vilka ska dokumenteras.

Individuell utbildningsplan, IUP, har upprättats och skall uppdateras av ST-läkare tillsammans med sin handledare minst två gånger per år (Bilaga 1). Dessa tillfälle skall vara i den ordinarie tjänstgöringen och är schemalagda.

Handledningen ska utgå från det individuella utbildningsprogrammet och vara strukturerad och dokumenteras i det skriftliga individuella utbildningsprogrammet.

Dokumentation av specialistkollegium är redan rutin på kliniken men även DOPS, minicex och andra bedömningsmallar skall dokumenteras.

Handledarsamtal före specialistkollegium för avstämning och efter specialistkollegium för återkoppling i den ordinarie tjänstgöringen.



ST-studierektor skall tillsammans med handledare och ST-läkare uppdatera och införa ändamålsenliga metoder för kompetensbedömning. Utbildningsaktiviteter samt bedömning av måluppfyllelse ska kopplas till respektive delmål. En rutin ska upprättas som beskriver detta, som därefter ska användas som stöd för handledare och ST-läkare.

#### F. Teoretisk utbildning

ST-läkare skall göra sin common trunc första året på ST-utbildning. Om denna placering inte är möjligt i Örebro, förbereds möjlighet till placering på annat sjukhus.

Studietid för ST-läkarna har redan införts i ordinarie tjänstgöring. Kliniken ser till att ST-läkare kan ha tid för självstudie trots bemanning.

Kliniken har infört rutiner kring bedömning och återkoppling gällande den teoretiska utbildningen i samband med presentation av förbättringsarbeten, ST-arbeten och journal club som är schemalagda en gång per månad.

Godkänns av:

ST-läkarna genom:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Namnteckning

Studierektor:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Namnteckning

Verksamhetschef:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Namnteckning