



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Helsingborgs lasarett

Klinik

Akutsjukvård

Specialitet

2024-10-10 – 2024-10-11

Datum

Helsingborg

Ort

Angela Falk och Nicholas Aujalay

Inspektörer

SOSFS 2015:8

HSLF-FS 2021:8

Föreskrift

Vid två parallella utbildningar – enligt SOSFS 2015:8 och HSLF-FS 2021:8 års föreskrifter – bedöms följsamheten i förhållande till båda. Om brister påvisats vad gäller följsamheten till någon av föreskrifterna krävs en handlingsplan.

Observera att bedömning av följsamhet till föreskrift, allmänna råd och kvalitetsindikatorer gäller både SOSFS 2015:8 och HSLF-FS 2021:8, såvida inte annat anges.

Styrkor

- Varierat och tillräckligt stort patientunderlag, akutmakare har en aktiv roll i alla larm på akuten inklusive trauma och barn vilket ger stora möjligheter att uppfylla målbeskrivningen i Akutsjukvård.
- Akutmakarspecialist finns tillgänglig för instruktionshandledning stora delar av dygnet.
- Kliniken har ett aktivt forskningsnätverk. ST-läkarens vetenskapliga arbeten har publicerats i vetenskaplig tidskrift och de presenterar vetenskapliga projekt på konferens varje år. Journal club regelbundet.
- Engagerad läkargrupp som driver förändringar och förbättringar av kliniken och utbildningen.
- Uppskattad studierektor och välplanerat ST-program.
- Utrustning för utredning, diagnostik och behandling finns på plats.
- Stora möjligheter att få handleda och undervisa studenter och juniora kollegor.
- Kliniken har ett kompletterande ambitiöst eget utbildningsprogram kopplat till EBEEMs tentamen, med Tintinally som kurslitteratur.
- Kliniken organiserar egen utbildning med certifiering i Ultraljud, procedursedering och midline.
- Plan finns att införa ST-kollegium för att ge specialisterna feedback på medicinsk, pedagogisk och Handledar-kompetens.

Svagheter

- ST-läkarens kompetensutveckling bedöms och dokumenteras inte kontinuerligt med utgångspunkt i målbeskrivningen och IUP 3 kap §5 (2021:8) 2 kap §3 (2015:8).
- Stort handledningsuppdrag för studenter och underläkare vilket gör att ST-läkare får mindre tillgång till instruktionshandledning och egen exponering för patienter.
- ST läkare deltar i kvalitetsarbete men det genomförs inte strukturerad bedömning eller återkoppling på arbetet och det saknas rutiner för dokumentation och redovisning (delmål a4).
- ST-läkarna går en kurs i medicinsk vetenskap men får inte kontinuerlig bedömning i förmåga att kritiskt granska vetenskaplig information (delmål a5, c7, STc7).
- Förutsättningar finns för att utveckla ledarskapskompetens och kompetens i utbildning och kommunikation men det sker begränsat med strukturerad handledning och återkoppling (delmål a1, b1, STa5, STb1).
- ST uppnår inte tillräckligt antal procedurer enligt Swesem Core Curriculum och ffa inte tillräcklig exponering för critical care som tex luftvägshantering, intubation, RSI, noradrenalin och artärnål.
- De procedurer som utförs av ST-läkare loggförs inte, vilket gör att de inte får en översikt över vad som saknas.
- För hög andel pass med placering i triage med övervägande lättare patienter vilket påverkar möjlighet till måluppfyllelse i akutsjukvård.
- Sjukhusets organisation medger inte tydlig överföring av patientansvar när patienter skrivs ut från akutkliniken till slutenvård vilket försämrar patientsäkerheten både på akutkliniken och i slutenvårdskedjan.
- Problem med boarding och gränssnitt gentemot slutenvården, där ST-läkarna fastnar med slutenvårdsplanering. Det gör att läkarna träffar färre opåtittade akuta patienter och låser upp resurser från sjuksköterskor och läkare som kunde läggas på utbildning och undervisning.
- Handledarsamtal genomförs inte regelbundet och ST-läkare får inte handledning utgående från individuellt utbildningsprogram, 4 kap §2 (2021:8) 3 kap §1 (2015:8).

Förbättringspotential

- Skapa och implementera rutiner för kontinuerlig strukturell bedömning, handledning och återkoppling på ST-läkarens kompetensutveckling i löpande arbete kopplat till målbeskrivningen på delmålsnivå för samtliga A, B och C-delmål.
- ST-läkaren behöver ta ansvar för att dokumentera bedömning och uppfyllande av delmål för att visa sin progression.
- Inför rutiner för kontinuerlig återkoppling på vetenskaplig, ledarskaps- och pedagogisk kompetens samt få in det i vardagen.
- Överväg att låta handledaren följa med på utbildningsdagar i Lund för att kunna se progression och ge feedback till ST-läkarna på utbildningsdagen (samt få egen fortbildning).
- Se över möjligheten till att rekrytera fler ssk för triage till att kunna hänvisa patienter till egenvård/primärvård för att minska belastningen på läkarna.
- Utnyttja de existerande tillfällena som finns på kliniken för avancerade akuta interventioner tex intubation samt inotropi för att stödja uppnåendet av delmål c1 och c4 (STc1 och STc4). Se SWESEMs "Akutläkarens kompetens och akutsjukvårdens uppdrag enligt SWESEM".
- Sjukhusets organisation måste säkerställa att både patientansvar och omvårdnadsansvar går hand i hand och synkroniseras vid ansvarsöverföring till slutenvården så att patientsäkerheten säkerställs samtidigt som boarding elimineras. Se SWESEM's "PATIENT- OCH ANSVARSÖVERFÖRING FRÅN AKUTMOTTAGNING TILL SLUTENVÅRDEN".
- Överväg att inte öka på uppdraget med nya patientgrupper utan att förtydliga gränssnitt enligt ovan.
- Överväg att permanenta den frivilliga prehospitallrandningen för att stärka utbildningen och öka förutsättningen för måluppfyllelse i akutsjukvård.
- Införa handledarkollegium för att stärka handledarnas kompetens och dela goda exempel.

STRUKTUR

A Verksamheten

Akutmottagningen tar varje år emot ett osorterat material om ca 73 000 patienter (2023). Kliniken handlägger vuxna patienter inom de internmedicinska specialiteter samt barn och vuxna inom kirurgi och ortopedi. ÖNH och ögon-patienter handläggs nattetid av akutläkare. Arbets sättet på akutmottagningen innefattar vårdlag med läkare, sjuksköterska och undersköterska som arbetar tillsammans. Akutläkarna ansvarar för larm efter ca 1,5 år in på ST. Specialister i akutsjukvård och sena ST-läkare fungerar som ledningsläkare och handledande läkare på team. Den diagnostik som är avgörande för val av vårdavdelning utförs på akuten, vilket innebär att patienterna är kvar på akuten för en hel del undersökningar för att sedan läggas in, dvs akuten fungerar som en clinical decision unit samtidigt som akutklinik. Det finns skriftliga rutiner för verksamheten. Kompetens i specialistläkarledet samt utrustning finns för att genomföra specialistutbildning. Akutläkare upplever visst stöd för akutsjukvård på sjukhuset men det är stort motstånd att lägga in patienter, vilket innebär onödigt merarbete att bestämma klinik tillhörighet. ST-läkare och akutläkare på Helsingborg arbetar med mycket uppgifter som hör till slutenvård, vilket tar tid från Core-Curriculum i akutsjukvård. Det saknas vissa delar i critical care även om diskussioner förs för hur det ska införas framöver. ST-utbildningen i akutsjukvård skall utformas för att uppnå kompetensen som specificeras i core curriculum för akutsjukvård (SWESEM 2023). För att uppnå kompetensen behöver akutkliniken visa vilka utbildningsåtgärder man vidtager för att uppnå utbildningsmålen för samtliga 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:

- 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

2015 2021

- 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

Kliniken har 21 specialister i akutsjukvård anställda och 22 ST-läkare i akutsjukvård. Det finns god tillgång till instruktionshandledning av specialist i Akutsjukvård större delen av dygnet. Men i praktiken är specialisten ofta upptagen med handledning av andra underläkare. Det finns numerärt god tillgång till handledare i omfattning som motsvarar behovet.

Det finns fysioterapeuter på kliniken. 10% av sjuksköterskorna har specialistutbildning i akutsjukvård. Kliniken har 2 st ST-läkare som går enligt 2021 års författning. Klinikens 15 huvudhandledare är specialister i akutsjukvård och har genomgått handledarutbildning riktad mot SOSFS 2015:8 samt 2021:8.

Studierektor är specialist i akutsjukvård som genomgått handledarutbildning och har en skriftlig uppdragsbeskrivning.

Kliniken har skriftliga instruktioner för hur handledning bör genomföras. Det saknas rutiner för återkommande handledarträffar med möjlighet till utbildning och kompetensutveckling.

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

2015 2021

- 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

Lokaler och övervakningsutrustning är dimensionerade för flödet av akuta patienter. Akutrummen är utrustade för ett modernt akut omhändertagande. Adekvat mängd ultraljudsutrustning samt tillgång till labanalyser finns. Ögon- och öronmikroskop finns, ST i akutsjukvård tränas i användning av dessa under sina sidoutbildningar samt på akuten. ST-läkarna har tillgång till ett gemensamt rum med arbetsplats för administrativt arbete. ST-läkarna har tillgång till databaser och IT-baserat kliniskt beslutsstöd. Utrustning för gynundersökning bör införskaffas.

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

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|---|
| <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | A. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | B. Socialstyrelsens föreskrifter. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs. |

PROCESS

D Tjänstgöringens upplägg

Sidotjänstgöringar planeras in i utbildningsprogrammet i enlighet med målbeskrivningen och SWESEMs rekommendationer. Det finns skriftliga riktlinjer för likaberättigande. Det har framkommit indikationer på att det förekommer negativ särbehandling. Fördjupad analys av verksamheten behövs för att klargöra det vidare. Legitimerade vikarierande underläkare med sikte på ST har tillgång till utbildningsprogram och handledare. Studierektor samordnar utbildningsaktiviteter samt tar del av kompetensbedömningar genom specialistkollegier. Kliniken har ett nytt introduktionsprogram som ST-läkarna går. Alla ST-läkare har ett individuellt utbildningsprogram som utgår från målbeskrivningen men det är inte kopplat hur måluppfyllelse för varje delmål ska bedömas, därför uppfylls inte socialstyrelsens föreskrifter, åtgärder krävs. 3 kap §5 (2021:8) 2 kap §3 (2015:8) ST-läkarna får under sin 5-åriga ST för lite procedurer och samlad kompetens samt utbildning i critical care som ex luftvägshantering, drän och inotropi. Utbildningen behöver kompletteras för att uppfylla core curriculum och socialstyrelsens målbeskrivning, delmål c1 och c4, STc1 och STc4. Det kan göras genom randning, utökad regelbunden simulering eller utbyte till annan akutklinik.

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

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. |
| <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs. |

E Handledning och kompetensbedömning

Alla ST läkare har en utsedd huvudansvarig handledare som är specialist i akutsjukvård. Specialisterna har inte tillräcklig kännedom om ST läkares styrkor och svagheter avseende medicinsk kompetens och kommunikation/ledarskapskompetens och kunskaper och färdigheter dokumenteras inte. Samtliga procedurer enligt SWESEM Core Curriculum bör dokumenteras utanför patientjournalen för redovisning inför specialistgodkännande. ST läkare arbetar med tillgång till instruktionshandledning av specialist i akutsjukvård. Klinisk instruktionshandledning är mycket uppskattad men mycket instruktionshandledning sker till andra underläkare på bekostnad av ST-läkare. Specialistkollegium genomförs 2 ggr under 5 års ST, vilket är för sällan. Det finns fastställda rutiner för hur den kontinuerliga bedömningen ska dokumenteras. Men bedömningen är inte kopplad till delmål, för att en metod ska vara ändamålsenlig krävs att den är strukturerad och känd av såväl bedömare som av ST-läkare. Exempelvis DOPS, mini-CEX eller andra lämpliga bedömningsinstrument. Bedömningsmetoderna måste alltid kopplas till delmål.

ST-handledning genomförs enbart 1-3ggr/år.

ST läkarna har handledare under sidotjänstgöringar, SR följer upp att målen uppfyllts. Handledarträffar schemaläggs inte. Feedback efter Sitin och specialiskollegium är inte kopplade till målbeskrivningen. ST-läkare får inte skriftlig feedback i tillräckligt stor utsträckning. Sitin genomförs i praktiken enbart ca 1g/år. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. 4 kap §2 (2021:8) 3 kap §1 (2015:8). Åtgärder krävs.

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)

Föreskrift (endast 2021)

- Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.

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.

Allmänna råd (endast 2015)

- 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

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. |
| <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs. |

F Teoretisk utbildning

Extern utbildning planeras in i utbildningsprogrammet. Internutbildning genomförs och planeras in regelbundet. Internutbildningen är systematiskt uppbyggd med koppling till socialstyrelsens delmål. Kliniken har både tillgång till internutbildning enligt skånes modell samt organiserar egen internutbildning 12h/termin på curriculum Tintinalli EM, vilket gör att utbildningen täcker in SWESEMs Core Curriculum. Detta är också förberedande för att genomgå EBEEM Specialistexamen. Alla ST-läkarna genomgår deltentamen. Kliniken har en egen ultraljudsutbildning med tillhörande certifiering som är mycket uppskattad. De har också organiserat egen utbildning samt certifiering för procedursedering och pvk/midline.

Kliniken har inte akutläkaravtal. Det schemaläggs 2h inför varje kvällspass för admin som också kan utnyttjas till studietid. Utöver det får de extra dagar inför större kurser.

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

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs. |

G Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

ST läkarna genomgår kurs med inriktning på vetenskapligt förhållningssätt. Två specialistläkare på kliniken är disputerade. ST läkarna erbjuds förutsättningar för genomförande av vetenskapligt arbete. Kliniken genomför journal clubs och har ett aktivt forskningsnätverk. ST-läkares vetenskapliga arbeten har publicerats i vetenskaplig tidskrift och de presenterar vetenskapliga projekt på nationell konferens varje år. Även ST enligt 2021 genomgår vetenskapligt projekt under arbetstid. Det finns inte rutiner för kontinuerlig bedömning och återkoppling av kompetens i medicinsk vetenskap samt bedömning av förmåga till att omsätta och tillämpa kunskapen i sitt arbete. Alla ST läkare går kurs i kvalitets- och säkerhetsarbete. Kliniken har däremot inga rutiner för hur ST läkarnas kompetens i systematiskt kvalitetsarbete under 5 års ST ska uppfyllas och återkopplas. Kliniken har tidigare haft en funktion där ST-läkare är ansvarig för patientavikelser, och funderar på att organisera en sådan funktion igen. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs. (delmål a5, c7, STc7)

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.

Föreskrift (endast 2015)

- 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.

Kvalitetsindikator (endast 2021)

- ST-läkare ges möjlighet att medverka i forskningsprojekt under arbetstid.

Gradering

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. |
| <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs. |

H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST läkarna får larmansvar under kliniskt arbete på akuten ungefär 1,5 år in på ST vilket bland annat innefattar att leda i akuta situationer samt handleda underläkare/AT. Dessförinnan får ST sporadiskt ta larm under handledning. Bedömning och återkoppling på ledarskap och kommunikativ kompetens sker inte regelbundet och med systematik. ST är i ledningsläkarfunktion efter ca 4 år, det finns ingen progressionsbedömning i utveckling av ledarskapskompetens.

Kliniken har rutiner för regelbunden scenarieträning men utan formell återkoppling. ST-kollegium genomförs enbart 2 ggr under ST. Det finns inte rutiner för att handleda under handledning. ST läkarna tar ett stort undervisningsansvar med AT-undervisning och på läkarprogrammet men kompetensen i pedagogisk förmåga bedöms och återkopplas inte. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs. delmål a1, b1, STa5, STb1

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

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. |
| <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 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.

D. Tjänstgöringens upplägg

Varje ST-läkare har ett utbildningsprogram som utgår från målbeskrivningen och som omfattar de utbildningsaktiviteter som behövs för att uppfylla kompetenskraven i målbeskrivningen.

Planerad åtgärd

Varje ST-läkare har en IUP men det är inte tydligt hur uppfyllelse för delmål ska bedömas. IUP kommer därför att revideras av studierektor, diskuteras under handledarkollegium och därefter appliceras.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

IUP ska vara uppdaterad av studierektor inför handledarkollegium 27/3

Ansvarig för genomförandet

Studierektor

Datum för uppföljning

4/4

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

När IUP:n blir tydligare avseende hur varje enskilt delmål uppfylls fyller IUP:n en större funktion och blir därmed ett mer naturligt inslag under handledningen. Vi kommer också starta upp regelbundna handledarkollegium där vikten av att använda IUP under handledningen tas upp.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

251231

Ansvarig för genomförandet

Studierektor tillsammans med ST-chefer

Datum för uppföljning

251217

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor

E. Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Liksom ovan, med en tydligare IUP avseende hur varje enskilt delmål uppfylls fyller IUP:n en större funktion och blir därmed ett mer naturligt inslag under handledningen. Vi kommer också starta upp regelbundna handledarkollegium där vikten av och fördelen med att använda IUP och målbeskrivningen under handledning kommer diskuteras.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

251231

Ansvarig för genomförandet

Studierektor och ST-chefer

Datum för uppföljning

251217

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor

E.Handledning och kompetensbedömning

Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.

Planerad åtgärd

Jag har påbörjat ett arbete med att gå igenom vilka formulär för bedömningar som används och då med fokus på ledarskap, kommunikation och handledning.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

251231

Ansvarig för genomförandet

Studierektor

Datum för uppföljning

251217

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor

G. Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

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.

Planerad åtgärd

Befintlig bedömningsmall (Mini-CEX) har uppdaterats med en sektion avseende bedömning av ST-läkarens förmåga att kritiskt granska och bedöma vetenskaplig information. Journal Club kommer också att genomföras med huvudhandledaren på plats vilket skapar förutsättning för att ST-läkaren ska få en formell bedömning av kompetensen.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

251231

Ansvarig för genomförandet

Studierektor och ST-chefer

Datum för uppföljning

251217

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor

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

Under året ska en plan tas fram för hur ST-läkarna aktivt deltar i den omfattande avvikelshantering som sker på kliniken. Dessa aktiviteter ska specificeras i IUP under delmål a4, återkoppling ska ske av avvikelseansvariga läkare.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

251231

Ansvarig för genomförandet

Studierektor och Katarina Lockman Frostred

Datum för uppföljning

251217

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Vi kommer att öka antalet specialistkollegium under ST:n till 3 st, där görs en bedömning avseende ledarskap. Inför specialistkollegium kommer vi även be huvudhandledaren att göra en 360-gradersbedömning (formulär där perspektivet avseende multiprofessionellt samarbete bedöms). I vår nuvarande mall för bedömning (Mini-CEX) finns specifik sektion avseende bedömning av ledarskap.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

251231

Ansvarig för genomförandet

Studierektor

Datum för uppföljning

251217

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.

Planerad åtgärd

Vi kommer att öka antalet specialistkollegium under ST:n till 3 st, där görs en bedömning avseende kommunikation. Inför specialistkollegium kommer vi även be huvudhandledaren att göra en 360-gradersbedömning (formulär där perspektivet avseende kommunikation bedöms). I vår nuvarande mall för bedömning (Mini-CEX) finns specifik sektion avseende bedömning av kommunikation.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

251231

Ansvarig för genomförandet

Studierektor

Datum för uppföljning

251217

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

Planerad åtgärd

Vi kommer att öka antalet specialistkollegium under ST:n till 3 st, där görs en bedömning avseende kommunikation. Inför specialistkollegium kommer vi även be huvudhandledaren att göra en 360-gradersbedömning (formulär där perspektivet avseende kommunikation bedöms). I vår nuvarande mall för bedömning (Mini-CEX) finns specifik sektion avseende bedömning av kommunikation.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

251231

Ansvarig för genomförandet

Studierektor

Datum för uppföljning

251217

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Kliniken har ett stort utbildningsuppdrag på kliniken ligger kursansvar för Akutkursen för läkarprogrammets T11 samt för AT- och BT-läkare. ST-läkare undervisar regelbundet på dessa och vi har infört rutinen att ST-läkarna ska få en formell bedömning avseende undervisning på den kurs där de undervisar.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

251231

Ansvarig för genomförandet

Studierektor, Carolien Engstedt, Patrik Olsson

Datum för uppföljning

251217

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Befintlig bedömningsmall (Mini-CEX) har uppdaterats med en sektion avseende handledning då ST-läkare ofta handleder juniora ST-läkare/AT-/BT-läkare på akutrummet. Studierektor från Akutmottagningen har också påbörjat ett arbete att tillsammans med AT-studierektor utforma en rutin för bedömning av ST-läkarnas handledning av AT-läkare då de genomför sin akutstrimma.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

251231

Ansvarig för genomförandet

Studierektor

Datum för uppföljning

251217

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor