



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Örnsköldsviks sjukhus

Klinik

Internmedicin

Specialitet

2024-05-27 – 2024-05-28

Datum

Örnsköldsvik

Ort

Minna Markljung och Fredrik Wowern

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

- ST-läkarna exponeras för hela det internmedicinska sjukdomspanoramat under hela sin ST-utbildning.
- Förutsättningar för att utveckla kompetens i att handlägga patienter utifrån ett helhetsperspektiv.
- Gott utbildningsklimat med nära tillgång till klinisk handledning och instruktion både medicinskt och professionellt.
- Schemapositionen dagbakjour i senare delen av ST ger träning i rollen som konsult och klinisk instruktör för yngre kollegor.
- God kännedom om kompetensbedömningsmetoder både bland ST-läkare och handledare.
- ST-läkare tilldelas ansvarsuppdag på kliniken.
- Det finns en struktur för att alla ST-läkare undervisar och kompetensbedömningsmall för presentationsteknik har börjat användas.
- Studietid finns avsatt i schemat.
- Heltäckande regionala riktlinjer för ST som används i verksamheten.
- Den personliga handledningen dokumenteras av ST-läkarna.

Svagheter

- De individuella utbildningsprogrammen saknar koppling mellan mål, utbildningsaktivitet och bedömning.
- Antal kompetensbedömningar per ST-läkare är för få och det finns ingen strukturerad dokumentation.
- Det finns ingen väletablerad rutin för skriftlig återkoppling efter specialistläkarkollegium.
- Bristande planering av sammanhållna tjänstgöringar inom kliniken.
- Låg andel öppenvårdsmottagning.
- ST-läkare deltar inte i remissbedömning i tillräcklig omfattning.
- Det finns inga regelbundna möten där handledare träffas och kompetensutvecklas (handledarträffar).
- Struktur och återkoppling för handledning på handledning saknas.
- Det saknas struktur för hur den personliga handledningen ska planeras in i tidböckerna.
- Den interna vetenskapliga kompetensen på kliniken underutnyttjas i utbildningen av ST-läkare.

Förbättringspotential

- Implementera en mall för IUP där det finns planerade utbildningsaktiviteter (tjänstgöring, kurs mm) och bedömningar kopplade till delmålen.
- Inför rutiner för ST-läkarnas dokumentation av kompetensbedömningar inklusive specialistkollegium.
- Skapa förutsättningar för tillräcklig omfattning av öppenvårdsarbete/mottagning inklusive remissbedömning.
- Inför handledarträffar där varje handledare både får reflektera kring handledning och utbildas i handledarkompetens minst en gång årligen.
- Följ upp och bedöm ST-läkarnas handledning av AT-läkare och studenter i den personliga handledningen.
- Utnyttja intern eller extern vetenskaplig kompetens för att säkerställa ST-läkarnas progression i medicinsk vetenskap.
- Följ upp sidotjänstgöringar strukturerat, till exempel genom att öka användningen av regionens mall.
- Tydliggör och prioritera att avsätta tid i tidbok för personlig handledning även om det påverkar annan produktion.
- Se över rutiner för åtgärder när en ST-läkare riskerar att inte uppnå kompetensmålen.

STRUKTUR

A Verksamheten

Medicinkliniken Örnsköldsviks sjukhus har ett upptagningsområde på cirka 59000 invånare. Kliniken är en del av Närsjukvårdsområde Norr, där även hälsocentralerna och vaccinationsverksamhet ingår. På sjukhuset finns det slutenvård inom internmedicin, kirurgi, ortopedi, gynekologi/förlossning och barnmedicin. Infektionsmedicin och onkologi finns i Sundsvall. Akut och planerad interventionell kardiologi finns både i Umeå och i Sundsvall. Infektionskonsult finns dagligen i form av avsatt tid för digitalt möte samt som telefonkonsult.

På sjukhuset finns 5 IVA-platser och anestesijour dygnet runt. Röntgen har dygnet-runt verksamhet.

Kliniken har 46 vårdplatser fördelade på tre avdelningar: MAVA/kardiologi, nefrologi och hematologi samt stroke/geriatrik/rehabilitering. Öppenvårdsverksamhet finns inom kardiologi, gastroenterologi, endokrinologi, geriatrik, neurologi, njurmedicin och hematologi. Lungmedicinsk mottagning finns på länsklínik, med lungmedicinsk specialist finns i Örnsköldsvik liksom syrgasmottagning.

I kliniken ingår även AK/trombosmottagning och Diagnostiskt Centrum (SVF CUP och AOS). Det finns en dialysavdelning och en dagvård. Klínfysundersökningar sköts av kardiologer. Implantation av pacemaker och ICD görs på kliniken.

Nattetid finns en AT-läkare eller legitimerad läkare som primärjour med bakjour i beredskap.

Det finns tydliga regionövergripande riktlinjer för ST-utbildningen vilka ytterligare konkretiseras i en verksamhetslokal riktlinje.

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

Verksamhetschef samt läkarchef (enhetschef) är läkare med specialistkompetens inom Internmedicin. Medicinkliniken har cirka 20 specialister i internmedicin varav flertalet är dubbelspecialister. Åtta av dessa fungerar som personliga handledare för ST-läkare i internmedicin. Det finns för närvarande nio ST-läkare i internmedicin, varav åtta stycken utbildas enligt föreskrift 2015 och en enligt föreskrift 2021. Flera av ST-läkarna avser att först ta ut specialistkompetens i kardiologi, hematologi eller gastroenterologi, och därefter internmedicin. Kliniken utbildar även ST-läkare som enkelspecialist i geriatrik.

Vakanssituation föreligger inom flera internmedicinska specialiteter men bemanningssituationen är betydligt bättre än den har varit tidigare. Neurologimottagning sköts helt av inhyrda specialister. Inhyrda konsulter finns även intermittent och i mindre omfattning inom endokrinologi, kardiologi och gastroenterologi.

Det finns två disputerade läkare, varav en är ST-läkare i geriatrik och en specialist i kirurgi. Ytterligare tre läkare har pågående doktorandutbildning varav två är ST-läkare.

Alla huvudhandledare har genomgått handledarutbildning, varav flera nyblivna specialister har gjort det i närtid. Flera har inte uppdaterat handledarutbildningen inom överskådlig tid. Det förekommer ännu inga regelbundna möten då handledarna träffas.

Det finns två studierektorer som delar på uppdraget, båda är specialistkompetenta i internmedicin. Skriftlig uppdragsbeskrivning finns och avsatt tid sammanlagt 20%.

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

Utrustning för diagnostik och behandling är adekvat. ST-läkare har egna arbetsplatser med tillgång till dator. Lokaler avsedda för patientvård är väl anpassade och möjliggör gott lärande.

Det finns ett i nuläget ett bemannat sjukhusbibliotek i Örnsköldsvik som ska övergå i ett digitalt bibliotek under året. Det finns omfattande tillgång till e-tidskrifter samt digitala kliniska beslutsstöd som tex UptoDate.

Jourrummen är adekvat utrustade men saknar tillgång till dator.

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



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

Klinikens lokala riktlinjer för ST innefattar tidsram för placeringar utifrån SIMs rekommendationer. Här anges 25% som riktmärke för andelen jour/akutmedicin under ST. Andelen akuttjänstgöring vid den inspekterade kliniken överstiger detta riktmärken, men nyligen färdiga specialister har kunnat få tillräcklig övrig tjänstgöring för att uppnå målbeskrivningens kompetenskrav.

I kardiologiplaceringen rekommenderas 3 månaders sidotjänstgöring på kardiologiklinik som har coronarangiografi/akut PCI. Denna förläggs till Umeå. ST-läkarna har mottagning på hemkliniken inom de flesta internmedicinska specialiteter samt AK/trombosmottagning och placering på diagnostiskt centrum. Tjänstgöringarna på dessa placeringar är inte sammanhållna.

Tidigare har sidotjänstgöring gjorts inom lungmedicin och neurologi, men verksamhetsledningen planerar att utifrån nuvarande bemanningssituation kunna tillgodose detta utbildningsbehov för målbeskrivningens krav internt på kliniken.

ST-läkarna kan också göra valfri sidotjänstgöring 3 månader på infektionsklinik eller IVA. 12 månader i slutet av ST kan ägnas åt kommande dubbelspecialisering eller annan fördjupning inom internmedicin.

Alla ST-läkare har ett individuellt utbildningsprogram (IUP) som ser olika ut. Regionen har en mall för IUP men det finns ingen lokal mall för kliniken. Alla IUP innehåller en tjänstgöringsplanering som följs upp i personlig handledning. I de flesta planer saknas dock tydlig koppling till målbeskrivningen med planering för utbildningsaktiviteter och bedömningar kopplade till målen.

Det finns en checklista för introduktionssamtal med nya ST-läkare, som genomförs av huvudhandledare och studierektor.

Planeringsträff ska ske minst en gång per år där ST-läkare, handledare och studierektor stämmer av utbildning, placeringar och kurser men det har ännu inte kommit igång. Det finns ingen strukturerad uppföljning eller dokumentation av de kompetensbedömningar som görs.

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

☐☐

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

Tid för personlig handledning finns avsatt varannan onsdag morgon men detta fungerar inte i praktiken. ST-läkare och handledare ansvarar själva för att boka handledarsamtal i tidboken, vilket sker med varierande men sammantaget acceptabel frekvens.

Kompetensbedömningar med etablerade metoder görs, men i de flesta fall inte riktigt i den omfattning om minst 6 per år som klinikens riktlinje för ST anger.

Kompetensbedömningarna dokumenteras i viss mån av ST-läkarna men det finns ingen struktur för hur handledare, studierektor och chef tar del av de dokumenterade bedömningarna. Rutin för specifika bedömningar kopplade till placeringar eller andra utbildningsaktiviteter finns inte.

Specialistläkarkollegium genomförs minst en gång per år per ST-läkare. En samlad bedömning ska dokumenteras, men det sker inte rutinmässigt. Huvudhandledaren återkopplar muntligt till ST-läkaren. Dokumentation sparas inte.

Vid sidotjänstgöring har ST-läkare en utsedd handledare på mottagande klinik.

Det görs inga kompetensbedömningar vid sidotjänstgöring som huvudhandledare tar del av.

Alla handledare har genomgått handledarutbildning. Uppdatering av handledarutbildningen saknas.

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

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.

F Teoretisk utbildning

ST-läkarna bereds möjlighet att delta i externa kurser som är nödvändiga för måluppfyllelse. I ST-läkarnas IUP ingår planering för dessa kurser.

Regionen erbjuder så kallade ST-AB-kurser för de allmänna kompetenserna.

Intern teoretisk utbildning för alla klinikens läkare ges i form av morgonföreläsningar två-tre gånger per vecka. ST-läkarna deltar som föreläsare och regionens mall för återkoppling används. ST-läkarna deltar även i fortbildning av klinikens övriga yrkesgrupper. Särskild ST-utbildningseftermiddag ordnas cirka en gång i månaden. Innehållet planeras för att täcka in mål i internmedicins core curriculum som annars kan vara svåra att uppnå. Journal club genomförs varannan vecka, då en ST-läkare förbereder en vetenskaplig artikel. Det seniora vetenskapliga stödet för kompetensbedömning inom denna aktivitet saknas.

ST-läkarna deltar också i simuleringsövningar enligt lokal rutin (simuleringsövningar på akutrummet, ProACT, A-HLR).

Tid för självstudier är schemalagd för varje ST-läkare med i snitt en heldag i månaden.

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

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☐ | ☐ | 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

Planering för utbildningsaktiviteterna inom medicinsk vetenskap och kvalitets- och patientsäkerhetsarbete finns inte med i klinikens egna riktlinjer för ST, men beskrivs utförligt i regionens riktlinje.

Region Västernorrland erbjuder kurs i medicinsk vetenskap och det finns goda möjligheter för genomförande av skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer. FoU-enheten i Sundsvall kan hjälpa till att utse handledare för det vetenskapliga arbetet. Även ST-läkare som gör ST enligt författning 2021 rekommenderas att gå kursen, som innehåller projektplan men inte krav på genomfört arbete för godkänd kurs. För kurs samt arbete finns 10 veckors avsatt tid.

Möten för granskning av vetenskapliga artiklar (journal club) sker varannan vecka. Bredden och strukturen är otillräcklig och klinikens vetenskapligt meriterade läkares kompetens tillvaratas inte. Återkoppling till ST-läkare som föredragit en artikel görs inte.

I ST-AB-kursen ingår utbildning i patientsäkerhet i seminarieform samt utbildning i förbättrings- och kvalitetskunskap. Kvalitetsarbeten sprungna ur frågeställningar och behov i den egna kliniken genomförs av ST-läkarna. För detta finns två veckors avsatt tid. Det finns ingen struktur för att ge stöd för metoder i utvecklings- /förbättringsarbete och hur arbetet ska dokumenteras och redovisas.

ST-läkarna är aktiva med att bidra till förbättringsförslag i verksamheten men det omsätts inte alltid i tydliga uppdrag.

Forskningsintresserade ST-läkare kan frikostigt få tjänstledigt för forskning om de genom egna kontakter är knutna till lärosäten med finansiering.

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

I Region Västernorrlands ST-AB-kurs ingår bland annat ledarskap, hälso- och sjukvårdens organisation, handledning, presentationsteknik och retorik samt kommunikation med patient och närstående.

Flera ST-läkare har ansvarsuppdrag på kliniken, men i vissa fall kan dessa definieras bättre och tydligare användas för återkoppling i ledarskapskompetens. Bedömningsmetoder som innebär medsittning och bedömning av kommunikativ kompetens och ledarskapskompetens i det kliniska arbetet används. Bedömning av ledarskap görs också i samband med specialistläkarkollegium.

Alla ST-läkare ges uppdrag som personlig handledare för AT- och BT-läkare. En ST-läkare är ansvarig för läkarstudenterna. Återkoppling i pedagogisk kompetens i ST-läkarens egen personliga handledning är mycket sparsamt förekommande.

ST-läkarna förbereder och genomför undervisning vid klinikens internutbildning och återkoppling sker.

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

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

Ny struktur för Individuellt utbildningsprogram är utarbetad som utgår från målbeskrivningen. Detta är den enda mall för IUP som kommer användas, både för nya ST och de som redan påbörjat utbildningen. Alla ST-läkare är ombedda att föra över det som gjorts hittills under ST, alla nya får den vid uppstart och planerar samt dokumenterar i den. IUP kommer revideras minst årligen i samband med studierektorssamtalen vilket innebär att även studierektorn kommer ta del av alla utbildningsprogram.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

241025

Ansvarig för genomförandet

Hanna Nilsson, Elin Bergman

Datum för uppföljning

250501

Ansvarig för uppföljningen

Hanna Nilsson, Elin Bergman

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Alla handledare har fått genomgång av målbeskrivningen och våra rekommendationer för måluppfyllelse. Vi har infört regelbundna handledarträffar bland annat för diskussion kring hur man bedömer ST-läkarens kompetensutveckling och för att kunna lyfta utmaningar med varandra. Ny mall för IUP är implementerad som inkluderar dokumentation av bedömningsinstrument, handledning, specialistkollegium mm och också knyter bedömningarna till målbeskrivningen vilka dokumenteras i IUP kontinuerligt. Dokument för handledning finns men ska uppdateras med tydligare instruktioner för kompetensbedömning och för hur bedömningar ska dokumenteras.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

våren 2025

Ansvarig för genomförandet

Hanna Nilsson, Elin Bergman

Datum för uppföljning

250501

Ansvarig för uppföljningen

Hanna Nilsson, Elin Bergman

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

I den nya mallen för det individuella utbildningsprogrammet finns avsnitt där bedömningar samt specialistkollegium dokumenteras skriftligt. Dokument för handledning finns men kommer uppdateras med tydligare instruktioner för kompetensbedömning och för hur bedömningar ska dokumenteras.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

våren 2025

Ansvarig för genomförandet

Hanna Nilsson, Elin Bergman

Datum för uppföljning

250501

Ansvarig för uppföljningen

Hanna Nilsson, Elin Bergman

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

ST-läkare deltar i journal club ca 1 ggr/månad där ny struktur för upplägg av journal club har införts. Minst 1 ggr per år är varje ST-läkare ansvarig för att presentera en artikel och leda den vetenskapliga diskussionen. Detta bedöms av en specialistläkare i särskild bedömningsmall och dokumenteras i IUP. ST-läkarens förmåga att omsätta och tillämpa kunskapen bedöms vid specialistkollegium årligen och dokumenteras i IUP. För att ge ST-läkarna bättre förutsättningar att utvecklas inom detta område ordnas undervisning för hela kliniken kring vetenskapligt förhållningssätt där planen är undervisning en ggr/termin och där det första utbildningstillfället var i dec 2024. Det finns 2 doktorander bland ST-läkarna och en ST-läkare som är disputerad. Dessa presenterar återkommande sin forskning för övriga kliniken.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

våren 2025

Ansvarig för genomförandet

Hanna Nilsson, Elin Bergman

Datum för uppföljning

250501

Ansvarig för uppföljningen

Hanna Nilsson, Elin Bergman

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

ST-läkarens kompetens i handledning kommer vara del av bedömningen vid specialistkollegium vilket återkopplas skriftligt och muntligt till ST-läkaren vid handledarsamtal samt följs upp vid nästa specialistkollegium. Återkommande handledarträffar, för alla handledare, där bland annat frågan om hur bedömning av ST-läkarnas kompetens inom handledning kan förbättras kommer hållas regelbundet. I nya mallen för IUP ska ST-läkaren dokumentera vilka AT/BT man varit handledare för och en utvärdering av detta ska göras vid handledarsamtal.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

våren 2025

Ansvarig för genomförandet

Hanna Nilsson, Elin Bergman

Datum för uppföljning

250501

Ansvarig för uppföljningen

Hanna Nilsson, Elin Bergman