



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Länssjukhuset Ryhov

Klinik

Anestesi och intensivvård

Specialitet

2024-11-19

Datum

Jönköping

Ort

Marco Schuster och Gunilla Islander

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Stor klinik med bred verksamhet och en stor vilja att lära ut. Det råder en positiv stämning i läkargruppen. Specialistläkare ringer till ST-läkare för att ge möjlighet att vara med på diverse utbildningsaktiviteter.
- ST-läkarna trivs på kliniken och får bra stöd av övriga kollegor, läkarchef och verksamhetschef. Utbildningsklimatet är tillåtande med möjlighet att ställa frågor samt erkänna potentiella misstag.
- Studierektorerna är nytillträdde och har ett mycket stort engagemang för sitt uppdrag. Lösningen med två studierektorer är bra och kommer att ge en mindre sårbar organisation och större möjligheter till utveckling.
- Forskningsarbete bedrivs av engagerade och vetenskapligt meriterade kollegor, bland annat i samarbete med Linköpings Universitet.
- Införandet av mellanjour på kliniken har förbättrat utbildnings- och arbetsmiljön för ST läkare avsevärt. Nu finns även en möjlighet för bättre inskolning av nyblivna specialister i bakjourslinjen.
- Mycket uppskattat "in-house" barnanestesi placering på dagkirurgin i 2-3 månader där informell återkoppling sker.
- Olika interprofessionella teamträningar och simuleringar är etablerade i den kliniska vardagen.
- Valfungerande specialistläkarkollegium äger rum en gång om året för alla ST-läkare.

Svagheter

- Kontinuerlig intern utbildning för ST-läkare samt övriga läkare bör förbättras.
- Regelbunden inläsningstid, tid för handledning och samtal behöver prioriteras så att de inte ställs in pga. produktion och bemanning.
- Det Individuella utbildningsprogram (IUP) behöver utvecklas avseende uppföljning och bedömning på delmålsnivå. Generellt bör ST-läkarnas progression dokumenteras bättre.
- Implementering av lokala målbeskrivningar som är kopplade till placeringarna med regelbundna formella bedömningar samt följande återkoppling.
- Två studierektorer med ansvar för tre sjukhus har bara 15% tid var, avsatt för sitt arbete vilket bedöms vara för lite. De har både ett övergripande regionansvar och ansvaret för varje enskilt sjukhus och enskild ST läkare.
- Senaste tidens ökade jourbelastning för ST-läkarna upplevs belastande och påverkar utbildningsmiljön negativt.
- Tid för reflektion och regelbundna handledarträffar saknas.
- Konstant rekrytering av nya ST-läkare behöver fortsätta för att upprätthålla en bra utbildningsmiljö och säkra framtidens kompetensförsörjning.

Förbättringspotential

- Återinför regelbunden intern utbildning för ST-läkare. Det finns stor utvecklingspotential för den regionala utbildningen och samarbeten mellan sjukhusen.
- Höj den akademiska nivån på kliniken ytterligare med till exempel införandet av en regelbunden Journal Club där man diskuterar, följer upp och återkopplar ST-läkarnas progression i vetenskaplig kompetens.
- Målbeskrivningen för introduktionsåret bör utvecklas och koppla ihop delmål, utbildningsaktivitet och uppföljning. Generellt önskar ST-läkarna bättre kontinuitet och struktur för placeringarna efter introduktionsåret.
- Resultaten från årliga ST-enkäten bör användas i kvalitetssäkringen av ST utbildningen och även ST-läkarnas kvalitets- och förbättringsarbete kan användas för flera utbildningsrelaterade förbättringsprojekt.
- Inför regelbundna handledarträffar för klinikkens handledare för pedagogisk utbildning samt möjlighet för erfarenhetsutbyte.
- Utnyttja den välfungerande dagkirurgiska enheten bättre och låt även ST-läkare vara placerade där. Tidigare inskolning på ECT och MR önskas av ST-läkarna för att få en bredare kompetens.
- Återkoppling från sidoplacering måste ske. Rutiner behöver skapas för detta.
- ST-läkare har önskemål om att få veta i förväg när de ska handleda läkarstudenter och AT-läkare för att kunna förbereda sig. Möjliggör handledning och undervisning under handledning för att utveckla ST-läkarnas pedagogiska kompetens.
- Ta vara på möjligheten att inkludera läkare i det så kallade "Etik café" på IVA för att få en möjlighet att reflektera i grupp kring svåra etiska frågeställningar.

STRUKTUR

A Verksamheten

Länssjukhus med stort upptagningsområde på ca 150 000 invånare plus en del regionövergripande uppdrag. 8 IVA platser (~614 vtf år) med blandat sjukdomspanorama, 41 UVA/postop-platser samt 18 OP-salar (~10 150 op/år) och förlossningsverksamhet (~1883 förlossningar/år). Siffror avser år 2023. Stor dagkirurgisk verksamhet omfattande barnanestesiverksamhet (~1668 /år). Bred dygnet runt verksamhet i övrigt. Etablerat samarbete avseende specialanestesi/IVA Thorax, Neuro, Barn och Brännskada med respektive Universitetssjukhus i Linköping, Göteborg och Uppsala. Sjukvårdsgrupp larmas någon gång i veckan för prehospitla händelser.

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

Läkarstaben består av 40 specialisläkare varav 7 nyblivna specialisläkare samt 7 ST-läkare i olika faser under sin specialiseringstjänstgöring.

Alla huvudansvariga handledare har gått en adekvat handledarutbildning. Två disputerade läkare (varav en docent) med omfattande forskning som involverar många medarbetare i olika projekt.

Två engagerade studierektorer som tjänstgör i Jönköping med ansvar för tre sjukhus har bara 15% tid var, avsatt för sitt arbete vilket bedöms vara för lite. De har både ett övergripande regionansvar och ansvaret för varje enskilt sjukhus och enskild ST läkare.

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

Sjukhus med välgenomtänkt planlösning och ändamålsenliga lokaler samt modern utrustning. Funktionella och delade arbetsplatser finns för ST-läkarna. En läkarexpedition för ostört datorarbete saknas på operationsavdelningen.

Bibliotekstjänst med bibliotekarie, vetenskapliga databaser och IT tjänster finns.

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

Alla ST-läkare genomgår en uppskattat och tydlig introduktion under det första året. Det ingår salsplacering med narkos-ssk, introduktion i narkosläkaruppgifter, placering på IVA samt 1 månad på neonatalavdelningen. Senare under ST:n tillkommer 3 månader barnplacering på dagkirurgin samt 1 månad inom klinisk fysiologi. Efter introduktionsåret och några bredvid jourer går ST-läkare primärjour med mellanjour på huset och bakjour i hemmet.

Sammanhängande placeringar på operation med bra kontinuitet dagtid behöver tillgodoses i större utsträckning. Mer tid på IVA dagtid efterfrågas av flera ST-läkare.

För att förbättra den kliniska utbildningen och underlätta kontinuerlig bedömning och återkoppling, så bör det finnas målbeskrivningar på delmålsnivå.

Strukturerad utvärdering och återkoppling av extern sidotjänstgöringen behöver införas och en rutin för detta bör etableras.

Interprofessionell teamträning är implementerad och förekommer regelbundet.

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

- 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

För att uppnå följsamhet enligt föreskriften krävs det mer formella, inplanerade och dokumenterade bedömningar som utgår från det individuella utbildningsprogrammet och på delmålsnivå. Detta för att minimera risken att missa viktiga delar i målbeskrivningen. Det förekommer informella tillfällen där ST-läkarna observeras och återkoppling sker dock behöver dokumentationen förbättras generellt. Studierektorerna behöver ta del av bedömningarna. En handledarkurs ingår i regionens väletablerade kurs STab där ST-läkaren deltar tillsammans med sin huvudansvariga handledare. Handledarsamtal förekommer oplanerat och sporadisk och behöver planeras och genomföras mer strukturerad. Återkoppling från specialistläkarkollegier sker via handledare och studierektor. Handledare får återkoppling via ett instrument som kallas "Effect".

Handledarträffar för utbildning och utbyte av erfarenhet och kunskap mellan handledarna behöver etableras. Det finns en regionövergripande sida på intranätet där viktiga dokument avseende ST-utbildning samlas. Det centrala styrande dokument för ST-utbildning skulle kunna utvecklas mer avseende ansvarsfördelning, handledning och kompetensuppföljning.

När ST läkarna handleder eller undervisar bör det emellanåt ske under handledning och med efterföljande återkoppling. Detta behöver planeras in i den kliniska vardagen.

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)

Allmänna råd

- ST-läkaren bör, utöver handledning, få fortlöpande instruktioner, samt återkoppling från de som har gett instruktionerna.
- Handledningen är inplanerad i den ordinarie tjänstgöringen för huvudansvarig handledare och ST-läkare.
- Den huvudansvariga handledaren tjänstgör vid det tjänstgöringsställe där ST-läkaren genomför sin huvudsakliga specialiseringstjänstgöring. Om så inte är fallet ska vårdgivaren på något annat sätt säkerställa att huvudhandledaren är tillgänglig för handledning och även i övrigt har förutsättningar att utföra sitt uppdrag.
- Varje handledare har genomgått handledarutbildning som tillgodoser kraven enligt föreskriften.
- Om det finns en risk för att en ST-läkare inte kommer att uppfylla kompetenskraven bör det leda till en åtgärdsplan. En åtgärdsplan bör omfatta justeringar i det individuella utbildningsprogrammet, förändringar i vårdgivarens utbildningsinsatser eller tydligare krav på ST-läkarens insatser.
- Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.
- Verksamhetschefen eller motsvarande håller regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkarna.

Kvalitetsindikator

- ST-läkarnas sidutbildning följs upp.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

F Teoretisk utbildning

Det råder en stor generositet avseende kurser man får gå som ST-läkare. Den interna utbildningen för ST-läkare behöver nystartas och utvecklas, i bästa fall i samarbete med regionens övriga sjukhus. Så kallad "micro-teach" förekommer sporadisk under vissa läkarmöten. Etablera en vana att prata om lärorika fall kombinerad med relevanta artiklar på till exempel morgonmöten. ST-läkare behöver rapportera och diskutera sina lärdomar från sina kurser för att lyfta utbildningsklimatet på kliniken. ST-läkare kan få i uppgift att ansvara för dessa möten vilket även blir en träning i undervisning och ledarskap.

Det finns möjlighet att delta på externa digitala utbildningar via regionala ST-utbildningar i Linköping, Uppsala och Västra Götaland men dessa schemaläggs inte.

Tid för egna studier bör schemaläggas regelbundet.

Digitalt stöd i form av ett regionövergripande bibliotek med tillgång till tidskrifter och E-böcker finns.

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

För att främja utveckling av den vetenskapliga kompetensen rekommenderas återkommande Journal Clubs för hela läkargruppen. Detta borde ske på arbetstid. 12–15 publikationer publicerades eller presenterades på vetenskapliga möten de senaste 2 åren. Det finns tillgång till ett doktorandprogram och inga problem att hitta handledare för sitt vetenskapliga arbete.

Att använda sig ut av det vetenskapliga arbetet från grundutbildningen bidrar inte till en progression av vetenskaplig kompetens under ST-utbildningen. Ett vetenskapligt arbete rekommenderas för att kunna bedöma måluppfyllelse.

Den fortlöpande bedömningen av kvalitets- och patientsäkerhetstänkande bör förbättras.

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.
- 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

Ledarskap och kommunikativ kompetens följs upp i det dagliga arbetet, via handledarsamtal och på specialistläkarkollegium. Uppföljning och återkoppling behöver dock formaliseras och dokumenteras kontinuerligt under ST-utbildningen. Detta kan till exempel förbättras med delmålriktade och planerade formella bedömningar.

Återkoppling på ledarskapskompetensen sker delvis under olika typer av teamträning som förekommer regelbundet.

Önskemål om mer etiska diskussioner är något som kommit upp i samtalen med ST-läkarna.

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



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

Verksamheten tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas, samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg. Dessa ska vara kända och användas.

Planerad åtgärd

Målbeskrivningar, på delmålsnivå, för alla kliniska placeringar ska utformas och i dessa ska det också beskrivas hur den kontinuerliga bedömningen ska ske enligt kända mallar (t.ex. DOPS, Mini-CEX, CBD). Information/utbildning i läkarkollegiet gällande dessa mallar och de nya målbeskrivningarna kommer ske. Diskussion och förändring, tillsammans med schemaläggare, verksamhetschef och läkarchef, gällande tjänstgöringens upplägg och försök att utforma den till att bli mindre oregelbunden och mer i block-form. Därefter utforma riktlinje/dokument gällande detta.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

HT 2025

Ansvarig för genomförandet

ST-Studierektorer, Verksamhetschef, Schemaläggare, Läkarchef

Datum för uppföljning

VT 2026

Ansvarig för uppföljningen

ST-Studierektorer

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

Revision av mall för IUP med bättre struktur gällande kopplingen delmål, utbildningsaktivitet och bedömning. Därefter kommer information/utbildning gällande vikten av och användningen av IUP ske, både till handledare och ST-läkare. Återkommande diskussioner och påminnelser om vikten av revision av IUP vid regelbundna Handledarträffar och ST-träffar som planeras att startas upp. Vidare planeras det också att utformas informationsdokument för ST-läkare och handledare (ABC för ST-läkare respektive ABC för Handledare) där denna information också kommer beskrivas. Ett bättre digitalt verktyg som förtydligar kopplingen mellan delmål, utbildningsaktivitet och bedömning ska också försöka implementeras. I nuläget pågår diskussion om att eventuellt börja med programmet "ST-plan". I annat fall får att annan förbättring diskuteras/implementeras.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

HT 2025

Ansvarig för genomförandet

ST-Studierektorer, Verksamhetschef

Datum för uppföljning

VT 2026

Ansvarig för uppföljningen

ST-Studierektorer

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Målbeskrivningar, på delmålsnivå, för alla kliniska placeringar ska utformas och i dessa ska det också beskrivas hur den kontinuerliga bedömningen ska ske enligt kända mallar (t.ex. DOPS, Mini-CEX, CBD). Information/utbildning i läkarkollegiet gällande dessa mallar och de nya målbeskrivningarna kommer ske. Tydliggörande och utbildning i handledarrollen kommer också ske i regelbundet återkommande Handledarträffar som planeras att startas. Vidare planeras det också att utformas informationsdokument för ST-läkare och handledare (ABC för ST-läkare respektive ABC för Handledare) där denna information också kommer beskrivas. Diskussion och efterföljande implementering, tillsammans med schemaläggare, av ny struktur kring schemaläggningen av regelbundna handledarsamtal. Ett bättre digitalt verktyg som förtydligar kopplingen mellan delmål, utbildningsaktivitet och bedömning ska också försöka implementeras. I nuläget pågår diskussion om att eventuellt börja med programmet "ST-plan". I annat fall får att annan förbättring diskuteras/implementeras.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

HT 2025

Ansvarig för genomförandet

ST-Studierektorer, Verksamhetschef, Schemaläggare

Datum för uppföljning

VT 2026

Ansvarig för uppföljningen

ST-Studierektorer

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

Målbeskrivningar, på delmålsnivå, för alla kliniska placeringar ska utformas och i dessa ska det också beskrivas hur den kontinuerliga bedömningen ska ske enligt kända mallar (t.ex. DOPS, Mini-CEX, CBD). Information/utbildning i läkarkollegiet gällande dessa mallar och de nya målbeskrivningarna kommer ske. Fördjupad information/utbildning/diskussion kring detta kommer också ske i regelbundet återkommande Handledarträffar som planeras att startas. Vidare planeras det också att utformas informationsdokument för ST-läkare och handledare (ABC för ST-läkare respektive ABC för Handledare) där denna information också kommer beskrivas. Ett bättre digitalt verktyg som förtydligar kopplingen mellan delmål, utbildningsaktivitet och bedömning ska också försöka implementeras. I nuläget pågår diskussion om att eventuellt börja med programmet "ST-plan". I annat fall får att annan förbättring diskuteras/implementeras.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

HT 2025

Ansvarig för genomförandet

ST-Studierektorer, Verksamhetschef, Schemaläggare

Datum för uppföljning

VT 2026

Ansvarig för uppföljningen

ST-Studierektorer

G. Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

ST-läkarens kompetens inom medicinsk vetenskap bedöms utifrån kunskap kring vetenskapliga metoder och forskningsetiska principer.

Planerad åtgärd

Redan i slutet av november 2024 (27 november) startade klinikens forskningsgrupp något som kallas "Forskningstimmen". Detta innebär en timme med diskussion kring en/ flera intressanta studier med fokus på studiens styrkor/svagheter och hur resultatet eventuellt påverkar det kliniska arbetet. Det kommer även informeras/diskuteras kring klinikens planerade, pågående och publicerade forskningsprojekt. Denna "Forskningstimme" planeras att genomföras 4-5 gånger/termin. Ovanstående bedöms bidra till att öka och på ett bättre sätt bedöma ST-läkarnas kompetens inom medicinsk vetenskap.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

VT 2025

Ansvarig för genomförandet

ST-Studierektorer, Forskningsgruppen

Datum för uppföljning

HT 2025

Ansvarig för uppföljningen

ST-Studierektorer

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

Redan i slutet av november 2024 (27 november) startade klinikens forskningsgrupp något som kallas "Forskningstimmen". Detta innebär en timme med diskussion kring en/flera intressanta studier med fokus på studiens styrkor/svagheter och hur resultatet eventuellt påverkar det kliniska arbetet. Det kommer även informeras/diskuteras kring klinikens planerade, pågående och publicerade forskningsprojekt. Denna "Forskningstimme" planeras att genomföras 4-5 gånger/termin. Förutom detta kommer det i mars 2025 att starta kliniska audits för ST-läkare och Specialistläkare. Detta är återkommande (varje månad) tillfällen för granskning/revision av kliniska fall kopplade till akut operation, förlossning, trauma eller prehospital intensivvård (Inom ATE-flödet på vår klinik). Detta i ett forum för diskussion, erfarenhetsutbyte samt aktualisering av PM, vetenskapliga artiklar och riktlinjedokument relevanta för aktuellt fall. Utöver detta så finns M & M-möten på idéstadium från den nya läkarchefen, men detta är ännu inte konkretiserat/inplanerat. Bedömningen är att ovanstående förändringar kommer ge tillfällen som kan bidra till att på ett bättre sätt bedöma ST-läkarnas förmåga att kritiskt granska och värdera vetenskaplig information, samt tillämpa denna kunskap.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

HT 2025

Ansvarig för genomförandet

ST-Studierektorer, Forskningsgruppen, Ansvarig läkare för Audits, Läkarchefen

Datum för uppföljning

VT 2026

Ansvarig för uppföljningen

ST-Studierektorer

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

I mars 2025 kommer det att starta kliniska audits för ST-läkare och Specialistläkare. Detta är återkommande (varje månad) tillfällen för granskning/revision av kliniska fall kopplade till akut operation, förlossning, trauma eller prehospital intensivvård (Inom ATE-flödet på vår klinik). Detta i ett forum för diskussion, erfarenhetsutbyte samt aktualisering av PM, vetenskapliga artiklar och riktlinjedokument relevanta för aktuellt fall. Utöver detta så finns M & M-möten på idéstadium från den nya läkarchefen, men detta är ännu inte konkretiserat/inplanerat. Tillsammans med klinikens grupp för avvikelsehantering, Synergi-grupp, planeras det att skapas en rutin där ST-läkare bjuds in att delta i arbetet/uppföljningen kring en avvikelserapportering. Ovanstående bedöms bidra till att öka ST-läkarnas kunskap gällande systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och möjligheten att kontinuerligt bedöma denna kunskap. Dessutom gör ju ST-läkarna ett kvalitetsarbete med stöd från kursorganisationen i regionens ST-ab-kurs (Samlad kurs för alla a- & b-mål), men återkopplingen av ST-läkarnas arbeten till läkarkollegiet ska tydliggöras och struktureras.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

HT 2025

Ansvarig för genomförandet

ST-Studierektorer, Ansvarig läkare för Audits, Synergiansvarig läkare, Läkarchefen

Datum för uppföljning

VT 2026

Ansvarig för uppföljningen

ST-Studierektorer

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

ST-läkarna håller sedan tidigare återkommande föreläsningar för AT-läkare, men även sporadiskt för andra personalkategorier på kliniken. Utöver detta så håller ST-läkarna i utbildningsmoment under "K-dagar" (Regelbundet återkommande utbildningsdagar) och i fallpresentationer eller referat från kurser/kongresser på regelbundet återkommande "Onsdagsfall" (varannan onsdag). Den formella bedömningen av dessa tillfällen planeras att struktureras upp med implementering av KVASts nya bedömningsinstrument för undervisning.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

HT 2025

Ansvarig för genomförandet

ST-Studierektorer

Datum för uppföljning

VT 2026

Ansvarig för uppföljningen

ST-Studierektorer

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

ST-läkarna handleder redan sedan tidigare kontinuerligt AT-läkare, randande ST-läkare och läkarstudenter, även om den sistnämnda kategorin återkommer först hösten 2026 på grund av byte av curriculum. Den formella bedömningen av dessa tillfällen planeras att struktureras upp med kontinuerlig och återkommande användning av KVASts nya bedömningsunderlag för klinisk handledning. Diskussion i läkarkollegiet kring den bästa strukturen gällande detta på de olika kliniska placeringarna planeras på APT under våren.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

VT 2025

Ansvarig för genomförandet

ST-Studierektorer

Datum för uppföljning

HT 2025

Ansvarig för uppföljningen

ST-Studierektorer