



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Värnamo sjukhus

Klinik

Anestesi och intensivvård

Specialitet

2024-11-20

Datum

Värnamo

Ort

Marco Schuster och Gunilla Islander

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Tjänstgöringen i Värnamo ger en god bred grundutbildning i allmän anestesi med kompletterande tjänstgöring med "storkirurgi" och intensivvård på större sjukhus, ger detta en allsidig utbildning av god och jämn kvalitet.
- Alla ST läkare trivs och är nöjda med sin kliniska utbildning. Uppskattat introduktionsår som är väl etablerat i kliniken.
- Liten klinik med god sammanhållning, nära till handledning och återkoppling. Engagerat kollegium och stöttande klinikchef.
- Studierektorerna är nytillträdna 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.
- Kliniken har ett öppet klimat där man kan fråga om allt och berätta om eventuella misstag. Specialistläkare ringer till ST-läkare för att ge möjlighet att vara med på "sällan händelser." Mycket bra stöd från specialistgruppen generellt.
- Alla specialistläkare har handledarutbildning och känner både varandra och ST läkare väl. Handledarna ger kontinuerliga instruktioner och informell handledning av ST-läkarna i den kliniska vardagen. ST läkarna "söver upp" innan de introduceras i narkosläkaruppgifter.
- Specialistkollegium äger rum en gång per år.

Svagheter

- Den interna och regionala teoretiska utbildningen av ST läkare måste förbättras.
- ST-läkarna efterfrågar mer teoretisk utbildning på hemmaplan. Tung klinisk arbetsbörda där undervisningen ofta får stå tillbaka.
- Progressionen av ST läkarnas utveckling dokumenteras otillräckligt. Det individuella utbildningsprogram (IUP) behöver kompletteras avseende uppföljning på delmålsnivå.
- Schemaläggning är splittrad vilket inte gynnar kontinuitet i ST-utbildningen. Tjänstgöringen är ofta "insprängda" dagar. Detta gäller ffa. IVA där det är viktigt att följa ett vårdförlopp.
- 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. Studierektorerna bör träffa sina ST läkare i Värnamo regelbundet.
- Tid för reflektion och regelbundna handledarträffar saknas.

Förbättringspotential

- Regelbunden intern utbildning måste etableras och struktureras, både på regionnivå och lokal nivå. ST-läkare behöver rapportera och diskutera sina lärdomar från sina kurser för att lyfta utbildningsklimatet på kliniken. På det enskilda sjukhuset kan läkargruppen ses som en grupp som utvecklas tillsammans och lär av varandra.
- De regionövergripande studierektorerna behöver få tid för att kunna vara på plats för att träffa sina ST-läkare som de är ansvariga för. En rutin behöver etableras för avstämning mellan studierektorer och verksamhetschefen avseende ST-utbildning.
- Det finns stor utvecklingspotential för den regionala utbildningen och samarbeten mellan sjukhusen.
- Etablera en vana att prata om lärorika fall kombinerad med relevanta artiklar på t.ex. morgonmöten. ST-läkare behöver rapportera och diskutera sina lärdomar från sina kurser för att lyfta utbildningsklimatet på kliniken. Läkargruppen ska ses som en grupp som utvecklas tillsammans och lär av varandra.
- Strukturen för placeringarna kan optimeras för att bättre utnyttja placeringen. Samlade "block" placeringar t.ex. enbart ortopedi ett tag och längre placering på IVA för att följa vårdförlopp. Extra viktigt att utnyttja barnanestesi på hemmaplan optimalt.
- Planerad inläsning och handledning måste "fredas" så att den blir av och inte ställs in av produktionsskäl.
- IUP behöver kompletteras avseende uppföljning på delmålsnivå. Tydligare dokumentation på delmålsnivå så att inga viktiga delmål missas. ST läkarna har ett ansvar för att dokumentation sker.
- Den vetenskapliga kompetensen behöver stärkas och utvecklas på "hemmaplan", förslagsvis med regelbundna Journal Club.
- 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.
- Det framfördes förslag att ST läkarna kunde involveras i "förbättringsgruppers" arbete på IVA. Här finns en möjlighet att koppla till kvalitets-och förbättringsarbete.
- Handledarna bör ges möjlighet till träffar för diskussioner, utbildning, uppdatering och kompetensutveckling, minst en gång per år.
- Återkoppling från sidoplacering måste ske. Rutiner behöver skapas för detta.

STRUKTUR

A Verksamheten

Länsdelssjukhus med 4 IVA platser (~350 vtf) samt i anslutning 4 HIA platser , 21 UVA/postop-platser samt 10 OP-salar (~5000 op/år), förlossning (~1000 förlossningar/år), barnanestasier (~200 st). Siffror avser år 2023.

Bred dygnet runt verksamhet med stor och varierad exponering. Barn och ÖNH kompetens saknas jourtid.

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 9 specialistläkare med bred klinisk kompetens, 6 ST-läkare i olika faser av sin specialiseringstjänstgöring. Alla handledare har handledarutbildning. Ingen läkare med akademisk meritering.

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

Sjukhuset har modern utrustning med hög standard. ST-läkare förfogar över funktionella egna eller i början delade arbetsplatser.

Bibliotekstjänst med bibliotekarie och 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

Uppskattat och välfungerande introduktions år. Målet är att själv kunna bedriva och ansvara för en operationssal. Fokus på anestesi första halvåret, sedan på IVA. Två månaders placering på Neonatalavdelning på Länssjukhuset Ryhov inför jourtjänstgöringen vilket planeras till efter år 1. Senare under år 2 även en två månaders fördjupning inom intensivvård på IVA Ryhov samt 1 månad klinfys. Specialanestesi/IVA sidotjänstgöring: Thorax, Neuro och Barnanestesi/IVA/ Brännskade IVA kan väljas från respektive Universitetssjukhusen i Linköping, Göteborg och Uppsala.

Det finns uttalade önskemål om en mer strukturerad introduktion till IVA tjänstgöringen. Möjligheter till utbildningsaktiviteter på IVA uppfattas som något sämre jämfört med anestesi.

Generellt kan kontinuiteten med sammanhållande placeringar under den kliniska tjänstgöringen förbättras. Enstaka dagar på IVA, operation och insprängda nattjourer löser av varandra. ST-läkare önskar bättre kontinuitet och bedside undervisning på IVA placeringarna. Tiden mellan introduktionsåret och specialanestesi kan sannolikt planeras bättre och bör ha en strukturerad uppföljning. Detta är en utmaning för mindre enheter där olika ingrepp av olika opererande specialiteter planeras och prioriteras efter behov.

Det saknas målbeskrivningar som definierar vad ST-läkare ska lära sig under respektive placeringen och hur måluppfyllelse bedöms kopplat till respektive delmål. Det är svårt att hinna med reflektioner i 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

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

Bedömningen av ST läkarnas kompetens sker kontinuerligt och informellt i det dagliga arbetet. Antal planerade och formella handledarsamtal behöver dock utökas. Den planerade handledningen som utgår från det individuella utbildningsprogram behöver etableras, stärkas och dokumenteras.

För att uppnå följsamhet enligt föreskriften krävs det mer formella, inplanerade och dokumenterade bedömningar som utgår från det individuella utbildningsprogram. Kompetensbedömning och uppföljning verkar generellt lättare på operation än på IVA pga en hög arbetsbelastning. Bedömningar/medsittningar initieras av ST-läkare.

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.

Undervisning och handledning under handledning med återkoppling av närvarande specialist förekommer inte och behöver tillgodoses framöver.

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

Mycket generösa möjligheter att åka på önskade kurser. Den interna teoretiska utbildningen behöver struktureras upp och ST-läkarna behöver involveras som till exempel föredragande eller organisatör. Det kan ge måluppfyllelse för mer än ett delmål.

Gemensamma tillfällen ffa på IVA där patientfallen stäms av och diskuteras saknas. En ökad bemanning på IVA kan möjliggöra mer strukturerad handledning i den kliniska vardagen.

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

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

Det är lätt att få schemalagd tid för sitt vetenskapliga projekt men det är ont om handledare på plats.

Man har en kort presentation av en artikel någon gång per månad eller korta presentationer s.k. "microteach". Här finns utvecklingspotential. Det är viktigt att ST läkarna får möjlighet att diskutera och bedöma artiklar. Detta sker lämpligen tillsammans med hela kollegiet. ST kan få i uppgift att ansvara för dessa möten vilket även blir en träning i undervisning och ledarskap.

Det kan noteras att handledaren till det vetenskapliga arbetet inte behöver vara disputerad men ska ha relevant vetenskaplig kompetens. Futurum kan kopplas in oftare vid vetenskapliga frågeställningar. Avsatt tid för det vetenskapliga arbetet finns. Den fortlöpande bedömningen av kvalitets- och patientsäkerhetstänkande bör förbättras.

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.

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

Bedöms kontinuerligt i det dagliga arbetet av de handledare / specialister man jobbar med samt på specialistläkarkollegier. Detta kan dock förbättras med delmålriktade och planerade formella bedömningar. Bedömning och återkoppling av den kommunikativa kompetensen behöver utvecklas. Undervisning och handledning under handledning bör införas, bedömas och återkopplas. Mer etiska diskussioner är något som kommit upp i samtalen med ST läkarna. Något som skulle också kunna tas upp på regionala sammankomster.

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 och verksamhetschef 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

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-Studierektor, 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

En av ST-läkarna på kliniken har tagit på sig uppgiften att organisera regelbundet återkommande Journal Clubs. Planen är 4 gånger/termin med start nu under våren. Planen är att alla läkare ska vara närvarande, men att ST-läkarna prioriteras som artikeldragande.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

VT 2025

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschefen

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

En av ST-läkarna på kliniken har tagit på sig uppgiften att organisera regelbundet återkommande Journal Clubs. Planen är 4 gånger/termin med start nu under våren. Planen är att alla läkare ska vara närvarande, men att ST-läkarna prioriteras som artikeldragande. Förutom ovanstående journal clubs så planeras det under våren att införas regelbundna "Microteach" på läkarnas morgonmöten. En av Överläkarna är ansvarig för att skapa en struktur och planering gällande detta. Regelbunden/strukturerad återkoppling från kurser och kongresser diskuteras och en bra struktur ska förhoppningsvis kunna vara på plats inom kort. Dessa tillsammans bedöms bidra till att omsätta och tillämpa vetenskaplig information.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

VT 2025

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschefen

Datum för uppföljning

HT 2025

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

Tillsammans med klinikens grupp för avvikelshantering, Synergi-grupp, planeras det att skapas en rutin där ST-läkare bjuds in att delta i arbetet/uppföljningen kring en avvikelserapportering. Ansvarig patientsäkerhetssamordnare planeras också att involveras för att introducera ST-läkarna i klinikens patientsäkerhetsarbete. Förutom detta, så gör 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, Verksamhetschef

Datum för uppföljning

VT 2026

Ansvarig för uppföljningen

ST-Studierektorer

G. Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Det finns goda förutsättningar för genomförande av ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.

Planerad åtgärd

Sedan tidigare så finns det två disputerade läkare i Jönköping som har bidragit till att vara vetenskapliga handledare till ST-läkare som skriver sitt skriftliga individuella arbete enligt vetenskapliga principer. Dessa finns fortsatt tillgängliga vid behov och information om att man kan kontakta dessa personer kommer att ges till ST-läkarna. Förutom dessa finns även extern hjälp att få via den regionsövergripande organisationen Futurum som kan bidra med vetenskaplig kompetens i olika former, bland annat statistiker. Vi kommer tydliggöra dessa resurser till ST-läkarna. Dessutom kommer vi diskutera med ST-läkarna kring deras syn på behovet av eventuella ytterligare stödfunktioner.

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 undervisning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.

Planerad åtgärd

ST-läkarna håller sedan tidigare återkommande föreläsningar för AT-läkare, men även återkommande för läkarkollegierna och andra personalkategorier på kliniken. 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 KVASt nya bedömningsunderlag för klinisk handledning. Diskussion i läkarkollegiet kring den bästa strukturen gällande detta på de olika kliniska placeringarna planeras på möte under våren 2025.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

HT 2025

Ansvarig för genomförandet

ST-Studierektorer

Datum för uppföljning

VT 2026

Ansvarig för uppföljningen

ST-Studierektorer

