



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Vrinnevisjukhuset

Klinik

Akutsjukvård

Specialitet

2024-11-12 – 2024-11-13

Datum

Norrköping

Ort

Ingmarie Hässler och Alba Parllaku Hönig

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

- Engagerad läkargrupp med fokus på verksamhetsutveckling, nybyggeranda
- Samsyn mellan ledning och arbetstagare med högt i tak
- Prestigelös utbildningsmiljö
- Kliniken driver IMA platser enligt en fastslagen rutin vilket ger möjlighet till regelbunden träning av flera procedurer och behandling av svårt sjuka patienter
- Gedigen ST handbok med tydlig koppling till målbeskrivningen/core curriculum
- Tydlig gemensam målbild för akutsjukvårdens uppdrag
- Långvarig positiv klinikutveckling

Svagheter

- Ej tillräcklig exponering för akut ortopedi samt ögonsjukdomar under handledning vilket gör att tjänstgöringen är inte tillräckligt allsidig, SPUREX tolkning av 2 kap §1 (2021:8) SPUREX tolkning av 4 kap §1 (2015:8)
- Alla ST läkare genomför inte regelbundna handledarsamtal (SPUREX tolkning av 4 kap §2 2021:8, 3 kap§1 2015:8)
- Det saknas skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivning enligt 2021:8 ska uttolkas (SPUREX tolkning av 2kap §1) 2021:8
- ST läkarnas kompetens i undervisning och handledning bedöms och återkopplas inte kontinuerligt (Dmål a1 3 kap §4 (2015:8), STa6 5 kap §7 (2021:8))
- Det föreligger en otydlighet i hur utbildningsplanerna revideras kontinuerligt
- ST läkare arbetar delvis utan handledning av specialist i akutsjukvård
- ST läkarna arbetar till viss del ojämnt exponerade för olika tillstånd beroende på vart de befinner sig i sin kompetensutveckling
- Tung arbetsbelastning påverkar ST läkarnas lärandemiljö. Bemanningen är inte anpassad till nuvarande produktions- och utbildningsuppdrag
- Omständiga inläggningsrutiner leder till att ST Läkarna hinner ta färre patienter
- Saknas rutin för uppföljning av sidoplaceringar
- Begränsade möjligheter till genomförande av en del procedurer som definieras i core curriculum (thoraxdrän, procedursedering, höftblockader mm)

Förbättringspotential

- Ta fram ST handbok även för 2021 års föreskrifter
- Implementera fungerande rutiner för regelbundna handledarsamtal
- Komplettera utbildningsprogrammet så att det täcker in också ortopedi och ögonsjukdomar i den omfattning som målbeskrivningen påbjuder
- Se över hur strukturerade bedömningar enklare kan genomföras regelbundet samt inkludera återkoppling på undervisning
- Utarbeta rutiner för mera omfattande återkoppling från specialistkollegier
- Se över möjlighet att planera handledarträffar för utveckling av handledarrollen ca 1 ggr/termin
- Omfattningen av olika placeringar bör ta hänsyn till ST-läkarnas målbeskrivning
- Balansera tiden teoretisk utbildning/schemalagd inläsningstid
- Se över möjlighet att förenkla inläggningsrutiner för att fria ST läkarnas tid för bland annat övrig patienthandläggning, utbildning, strukturerade bedömningar
- Planera verksamhetsutveckling i takt med bibehållna förutsättningar för kompetensutveckling

STRUKTUR

A Verksamheten

Akutkliniken vid Vrinnevisjukhuset Norrköping har ett patientflöde på ca 55 000 patienter per år. Till kliniken hör en AVA med 12-14 platser och IMA med 2-4 platser med linjelöst oplanerad vård upp till 24h. Kliniken bedömer och behandlar patienter i alla åldrar inom de opererande specialiteterna samt vuxna inom de intermedicinska specialiteterna inklusive infektion och kardiologi.

Larmpatienter omhändertas inom alla specialiteter och åldrar. Medicinlarmkedjan bemannas dock delvis av internmedicin. Ledningsläkare med bakjournfunktion finns tillgänglig dagtid 08-23. Ledningsläkare består oftast av specialist i akutsjukvård men kan även utgöras av senior ST läkare. Specialist i akutsjukvård tjänstgör även dagtid på IMA/AVA. Natttid sker handledning i stor utsträckning av medicin-, kirurg-, och ortopedjour på distans.

Med riktade randningar inom bland annat anestesi och intensivvård, obstetrik och gynekologi samt prehopsital vård och barn- och ungdomsmedicin tillgodoser kliniken att patientunderlaget är tillräckligt varierat för att måluppfyllelse ska kunna nås. Senaste åren är mängden exponering för patienter med primärt ortopediska åkommor i underkant, riktad åtgärd för detta planeras. ST läkare träffar patienter med akuta ögonsjukdomar endast i samband med triage och de hänvisas vidare om behandling krävs. Klinisk placering på annan enhet där de har möjlighet att handlägga ögonpatienter under handledning genomförs inte och kliniken har inte ersatt detta med utbildningsinsatser.

Sammantaget är därmed patientunderlaget inte tillräckligt allsidig för att uppfylla kompetensmålen.

Det finns skriftliga riktlinjer för hur specialiseringstjänstgöringen skall genomföras samt bedömas regionalt. Lokalt finns en gedigen ST handbok med tydlig koppling till målbeskrivningarna och hänvisning till SWESEMs Core Curriculum. Rutiner för intern granskning av ST programmet saknas.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- ☒ 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. |
| ☒ | ☒ | 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. |

B Medarbetarstab och interna kompetenser

Kliniken har 13 specialister i akutsjukvård anställda, 12 av dessa är handledare. Verksamhetschef respektive läkarchef är specialister i akutsjukvård. Studierektor är specialist i akutsjukvård och har en skriftlig uppdragsbeskrivning. 31 ST-läkare i akutsjukvård är anställda av kliniken. De är fördelade jämnt över år 1-5 med 3-4 som planeras klara inom ett halvår. 1 ST-läkare går enligt 2021 års föreskrifter, resterande enligt 2015. Samtliga handledare har gått handledarutbildning. Handledaren för den som går enligt 2021 års föreskrifter har gått handledarutbildning enligt dessa. Rätist ST-läkare/handledare är högre än optimalt upp till 3-4 adepter för vissa handledare. Klinisk instruktionshandledning ges i första hand av specialist i akutsjukvård. Nattetid är dock handledningsansvaret hos internmedicin-, kirurg- och ortopedbakjouren. Det finns skriftliga rutiner för handledningen. Handledarträffar regelbundet saknas.

Föreskrift

- ☒ Den huvudansvariga handledaren har ett bevis om specialistkompetens i avsedd specialitet.
- ☒ Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.
- ☒ Övriga handledare är legitimerade läkare med relevant specialistkompetens.
- ☒ Det finns tillgång till specialistkompetent studierektor, som har genomgått handledarutbildning.
- ☒ Det finns tillgång till handledare i en omfattning som motsvarar behovet av handledning.
- ☒ Det finns tillgång till medarbetare som kan ge nödvändiga instruktioner.

Allmänna råd

- ☒ Studierektor har relevant specialistkompetens.

Kvalitetsindikator

- ☒ Det finns generella skriftliga instruktioner för hur handledningen av ST-läkare ska gå till.
- ☐ Handledarna ges minst en gång per år möjlighet till utbildning/uppdatering/kompetensutveckling inom området.
- ☒ Det finns skriftlig uppdragsbeskrivning för studierektorn.

Gradering

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☐ | ☐ | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| ☒ | ☒ | B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. |
| ☐ | ☐ | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas. |
| ☐ | ☐ | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs. |

C Lokaler och utrustning

Lokaler för akutmottagningsverksamhet är inte optimalt dimensionerade för patientflödet vilket bland annat kan påverka arbetsmiljön med risk för problem med höga ljudvolym. Utrustning för övervakning, utredning och behandling är anpassat till nuvarande uppdraget. Sammantaget bedöms lokaler samt utrustning för diagnostik, utredning och behandling som adekvata. ST-läkarna har adekvata lokaler för administration.

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

Verksamheten tillhandahåller ett detaljerad dokument för hur målbeskrivningen enligt 2015:8 ska uttolkas men saknar i nuläget dokument för 2021 års målbeskrivning. Därmed saknas en tydlig utbildningsplan för den ST-läkaren som går enligt HSLF-FS 2021:8 föreskrifter.

ST-läkarna får introduktion i början av tjänstgöringen. Vikarierande underläkare med sikte på ST tjänstgör under ST lika förhållanden. Det finns en standardiserad utbildningsplan som är detaljerad för ST-läkare som går enligt SOFS 2015:8 men något oklart hur de individuella utbildningsplanerna följs upp och revideras.

100% av de svarande uppger att de har lika rättigheter, skyldigheter och möjlighet att uppnå målbeskrivningen oavsett kön, etniskt tillhörighet eller trosuppfattning. Kliniken saknar dock skriftliga riktlinjer för detta.

Studierektor tar del av kompetensbedömningar via framförallt specialistkollegium 2 ggr/år. Studierektor fungerar som stödfunktion till chef, handledare och ST-läkare. Utbildningsaktiviteterna styrs delvis av utbildningsgruppen samt även centralt vid deltagande i ST-utbildningsprogram via US Linköping.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

- ☐ Verksamheten tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas, samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg. Dessa ska vara kända och användas.
- ☒ Jourtjänstgöring/beredskap utgör en adekvat del av tjänstgöringen.
- ☒ Alla ST-läkare har lika rättigheter, skyldigheter och möjlighet att uppnå målen i målbeskrivningen oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

Föreskrift

- ☒ Verksamhetschefen på det tjänstgöringsställe där en ST-läkare genomför sin huvudsakliga tjänstgöring har det övergripande ansvaret för ST-läkarens ST-utbildning.
- ☒ Den ansvariga verksamhetschefen ansvarar för att det för varje ST-läkare tas fram ett individuellt utbildningsprogram och att det för varje ST-läkare utses en huvudansvarig handledare.
- ☐ Varje ST-läkare har ett utbildningsprogram som utgår från målbeskrivningen och som omfattar de utbildningsaktiviteter som behövs för att uppfylla kompetenskraven i målbeskrivningen.
- ☐ Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.
- ☒ Studierektorn samordnar ST-läkarnas interna och externa utbildningsaktiviteter.

Allmänna råd

- ☒ Studierektorn är en organisatorisk stödfunktion till verksamhetschef, handledare och ST-läkare.
- ☒ I studierektorns arbetsuppgifter ingår att ansvara för att utarbeta introduktionsprogram för ST-läkarna.
- ☒ Studierektorn tar del av kompetensbedömningarna.

Kvalitetsindikator

- ☒ Alla ST-läkare får introduktion till tjänstgöringen.
- ☒ Leg läkare som arbetar vid enheten med sikte på ST och som avslutat sin BT och/eller BT-läkare som påbörjat sin ST med BT vid enheten har tillgång till individuella utbildningsprogram och handledning i enlighet med ST.

Gradering

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☐ | ☐ | 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. |

EHandledning och kompetensbedömning

Alla ST-läkare har en huvudhandledare som är specialist i akutsjukvård. Det finns tydliga skriftliga rekommendationer och struktur för hur handledningen ska gå till. I ST-handboken finns målbaserade förslag till ämnen som borde tas upp på handledarsamtal. Däremot har många handledarpar svårt att få till handledarsamtal regelbundet. De flesta samtal sker på övertid då det är svårt att kombinera med kliniskt arbete. En av utmaningarna är bemanningen då ratio ST/specialist är hög.

Specialistkollegium utförs 2 ggr/år enligt tydligt struktur. Kvalitet samt frekvens på återkopplingen förefaller variera. Skriftlig rutin för återkoppling finns men används sparsamt.

Det finns ingen tydlig rutin för uppföljning av sidoplaceringar.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

Föreskrift

- ☐ Varje ST-läkare ges kontinuerligt handledning i form av stöd och vägledning med utgångspunkt i det individuella utbildningsprogrammet.
- ☒ Det finns en utsedd huvudansvarig handledare för varje ST-läkare.
- ☒ Varje ST-läkare har tillgång till en handledare för varje del av tjänstgöringen.
- ☒ Den huvudansvariga handledaren bedömer ST-läkarens kompetensutveckling kontinuerligt, med utgångspunkt i målbeskrivningen för specialiteten och det individuella utbildningsprogrammet.
- ☒ Det finns fastställda rutiner för bedömningar av ST-läkarens kompetens.
- ☒ Verksamheten har rutiner för hur den kontinuerliga bedömningen dokumenteras (För ST enligt 2015:8 är verksamhetschef ansvarig enligt ovan)

Föreskrift (endast 2021)

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

Allmänna råd

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

Allmänna råd (endast 2015)

- ☒ Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.
- ☒ Verksamhetschefen eller motsvarande håller regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkarna.

Kvalitetsindikator

- ☐ ST-läkarnas 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

Teoretiska och praktiska internutbildningsmoment planeras utefter ett curriculum och löper över ca 2 år. Utöver det deltar ST läkarna 1 dag/månad i Linköpings akutkliniks utbildningsprogram STÅR. 3 dagar/termin deltar ST läkarna i utbildningshalvvecka organiserad via akutkliniken i Linköping. Dessa omfattar både teoretiska samt praktiska moment och scenarieträning. Externa kurser planeras in i utbildningsprogrammet för att kunna uppnå måluppfyllelse. Utbildning ses som prioriterat på kliniken och ST läkarna får möjlighet att delta i utbildningsdagarna i Linköping. Av schematekniska skäl har inte samtliga ST läkare alltid kunnat ta del av den planerade internutbildningen varför schemajusterat nytt upplägg med samma innehåll är planerat och ska implementeras inom kommande schemaperioder. Det förekommer dock svårigheter att få till inläsningstid inplanerad i ordinarie arbetstid.

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

ST läkarna genomgår kurs i vetenskapliga metoder och vetenskapligt förhållningssätt. Tydliga skriftliga riktlinjer finns angående hur man uppnår detta delmål. Däremot oklart hur ST-läkarna bedöms just angående denna punkt i praktiken. Journal clubs genomförs men inte med specialister på plats och strukturerad återkoppling avseende dessa har inte genomförts. Vetenskapligt förhållningssätt finns som en punkt vid specialistkollegium men återkopplingen kring det varierar.

ST läkarna deltar i kvalitetsarbete och inkluderas i arbetsgrupper med olika projekt långsiktigt. Det finns goda möjligheter för ST läkarna att tidigt delta i klinikbyggande arbete. Fokus på patientsäkerhet med genomgång med patientsäkerhetsansvarig administratör är en återkommande punkt på läkarmöten. Det finns ST läkare som forskar dock inte inom akutsjukvård. Klinikens ambition är att utöka möjligheter för forskning på enheten men inga konkreta planer återfinns ännu bland annat pga det ekonomiskt ansträngda läget i regionen.

Sammantaget bedöms ST utbildningen uppfylla målet medicinskt vetenskap och kvalitets och patientsäkerhetsarbete det föreligger dock förbättringsutrymme inom den strukturerade återkopplingen av dessa områden i kliniskt arbete samt via handledarsamtal.

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

ST-läkarna handleder studenter i stor utsträckning och till viss del även AT-läkare. Sena ST-läkare som går intro i ledningsposition handleder yngre kollegor dock sker detta ej tydligt under handledning av en specialist. Återkoppling kring handledning sker sporadiskt i kliniska vardagen och ej strukturerad.

Bedömning och återkoppling på kommunikativ förmåga i kliniska arbetet genomförs främst i samband med larmomhändertagande. Det finns en tydlig plan för bedömning och återkoppling kring kommunikation och ledarskap i samband med intro till ledningsläkarens position. Kommunikativ förmåga bedöms och återkopplas också via scenarieträning på utbildningsveckor samt återkoppling även via ST-kollegier.

ST-läkare med intresse för undervisning planerar och genomför utbildningsmoment men ingen rutin finns för att säkerställa att samtliga ST-läkare bereds möjlighet att undervisa. Återkoppling på undervisning av specialist genomförs inte.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

Föreskrift

- ☒ ST-läkaren ges förutsättningar att kontinuerligt utveckla ledarskapskompetens i enlighet med målbeskrivningen.
- ☒ ST-läkaren bedöms kontinuerligt i medicinskt ledarskap och multiprofessionellt samarbete och återkoppling sker.
- ☒ ST-läkaren genomgår utbildning i hälso- och sjukvårdens förutsättningar i enlighet med målbeskrivning.
- ☒ ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.
- ☒ ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.
- ☐ ST-läkaren bereds möjlighet att planera och genomföra undervisning.
- ☐ ST-läkarens kompetens i undervisning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.
- ☒ ST-läkaren bereds möjlighet att handleda medarbetare och studenter.
- ☐ ST-läkarens kompetens i handledning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.

Allmänna råd

- ☐ ST-läkaren bereds möjlighet att undervisa under handledning.
- ☐ ST-läkaren bereds möjlighet att själv handleda under handledning.
- ☒ ST-läkaren bereds möjlighet att delta i reflektion i grupp i enlighet med målbeskrivningen.

Kvalitetsindikatorer

- ☐ Det finns möjlighet att auskultera hos chefer och ledare inom organisationen.

Gradering

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☐ | ☐ | 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

Vrinnevisjukhuset - Akutsjukvård

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

A. Verksamheten

Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig.

Planerad åtgärd

För att åtgärda de brister som vi har ffa avseende ögon och ortopedipatienter har vi redan en del åtgärder genomförda/planerade. När det gäller ortopedi har vi redan utökat randningens längd samt genomfört kompletterande randning för de ST som behöver ytterligare exponering för ortopedpatienter. När det gäller ögonpatienter finns nu ett projekt för att se över vilka verktyg och lkm vi har för omhändertagda ögonpatienter på akuten. Detta kommer resultera i att vi kan bedöma/behandla de ögonpatienter som söker med akuta åkommor initialt och hänvisa vidare till ögon vid behov. Exponeringen över tid bedöms vara tillräckligt för att uppfylla målbeskrivningen.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-06-01

Ansvarig för genomförandet

Joakim Olofsson

Datum för uppföljning

2025-09-01

Ansvarig för uppföljningen

Joakim Olofsson

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

En uppdaterad ST handbok för HSLF-FS 2021:8 håller på att tas fram.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-04-01

Ansvarig för genomförandet

Joakim Olofsson

Datum för uppföljning

2025-09-01

Ansvarig för uppföljningen

Joakim Olofsson

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

I samband med att ST handboken uppdateras enl 2021 kommer IUP enl 2021 tas fram.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-04-01

Ansvarig för genomförandet

Joakim Olofsson

Datum för uppföljning

2025-09-01

Ansvarig för uppföljningen

Joakim Olofsson

D. Tjänstgöringens upplägg

Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.

Planerad åtgärd

Från nästa schemaperiod kommer vi ha kvartalsvis schemalagda handledarmöten på 1 timme, för dessa kommer checklistor tas fram och för kvartal 1 respektive 3 kommer en av punkterna vara revidering av IUP/Utbildningsplan. Hur schemaläggningen har fungerat kommer följas upp vid höstens specialistkollegium.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-04-01

Ansvarig för genomförandet

Joakim Olofsson

Datum för uppföljning

2025-10-01

Ansvarig för uppföljningen

Joakim Olofsson

E. Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Från nästa schemaperiod kommer det varje kvartal finnas planerad handledning med tydlig checklista för varje schemalagd handledarträff, dvs för kvartal 1,2 3. Utöver detta kommer ST läkarna kunna planera in egen handledning utifrån behov ytterligare 1-3 timmar per kvartal enligt tidigare riktlinjer. Klinisk handledning sker dagligen från Ledningsläkare på plats. Schemaläggningen följs upp på höstens specialistkollegium.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-04-01

Ansvarig för genomförandet

Joakim Olofsson

Datum för uppföljning

2025-10-01

Ansvarig för uppföljningen

Joakim Olofsson

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkaren bereds möjlighet att planera och genomföra undervisning.

Planerad åtgärd

Vi har redan infört en ny utbildningsstruktur på kliniken där vi varje kvartal har en heldag med undervisning/föreläsningar/seminarier. Dessa är gemensamma för hela kliniken. På dessa dagar har ST läkarna till uppgift att hålla kortare föreläsningar för kliniken på ca 15-20 minuter samt även vara ansvariga för återkommande journal clubs. Återkoppling och feedback sker kontinuerligt och återkommande av specialisterna på plats.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Redan genomfört

Ansvarig för genomförandet

Joakim Olofsson, Utbildningsgruppen på akutkliniken ViN

Datum för uppföljning

2025-10-01

Ansvarig för uppföljningen

Joakim Olofsson

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Vi har redan infört en ny utbildningsstruktur på kliniken där vi varje kvartal har en heldag med undervisning/föreläsningar/seminarier. Dessa är gemensamma för hela kliniken. På dessa dagar har ST läkarna till uppgift att hålla kortare föreläsningar för kliniken på ca 15-20 minuter samt även vara ansvariga för återkommande journal clubs. Återkoppling och feedback sker kontinuerligt och återkommande av specialisterna på plats. Uppföljning på specialistkollegium till hösten.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Genomförd

Ansvarig för genomförandet

Joakim Olofsson, Utbildningsgruppen på akutkliniken ViN

Datum för uppföljning

2025-10-01

Ansvarig för uppföljningen

Joakim Olofsson

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Instruktioner om att ST läkarna ska stämma av handledning av studenter med LL närvarande. Handledning av juniora kollegor på akuten under handledning i om införandet av ett nytt Team under v13 2025. Ordningen kommer vara att det nya teamet handleds av en lite mer senior ST men där det även finns en LL tillgänglig för bedömning/återkoppling på av handledningen. Uppföljning på specialistkollegium till hösten 2025.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

V13 2025

Ansvarig för genomförandet

Joakim Olofsson

Datum för uppföljning

2025-10-01

Ansvarig för uppföljningen

Joakim Olofsson

