



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Norra Älvsborgs Länssjukhus
Klinik

**Öron- näs- och
halssjukdomar**
Specialitet

2024-11-12 – 2024-11-13
Datum

Trollhättan
Ort

**Karin Rahm Björneld och Elin
Marsk**
Inspektörer

SOSFS 2015:8
Föreskrift

Styrkor

- Stabil god bemanning med hög och bred kompetens
- God stämning och bra samarbete
- Gott utbildnings- och handledningsklimat
- Bred och mångsidig verksamhet
- Välutrustad klinik
- Bra balans mellan jour och annan verksamhet
- God utbildning inom basal kirurgi
- Stor forskningsaktivitet och kompetens

Svagheter

- Saknas plan för kirurgisk progression
- Få operationsdagar
- Saknar simuleringsövningar
- Dålig åldersspridning där ST får stå tillbaka för nyblivna specialister
- Sidoutbildningar följs inte upp av handledaren
- De individuella utbildningsprogrammen saknar koppling mellan mål, utbildningsaktivitet och hur uppnådd kompetens ska bedömas
- Kompetensbedömning sker inte kontinuerligt och den dokumenteras inte
- IUP innehåller inte litteraturhänvisningar eller hur det följs upp att man har lärt sig

Förbättringspotential

- Inför plan för kirurgisk progression efter de basala ingreppen
- Öka antal schemalagda operationstillfällen
- "Ge kniven vidare" även vid 6-händig kirurgi
- Inför progression av ansvar och mottagningsverksamhet, exempelvis CV-mottagning och libero på slutet av ST
- Träna simuleringar på docka: gastro/bronkoskopi, FESS-kirurgi, vakenintubation, koniotomi, främmande kropp i luftväg
- Följ upp sidoutbildningar
- Två veckors betald ledighet inför ST-tenta
- Koppla utbildningsmålen till individuella aktiviteter och bestäm hur uppnådd kompetens ska bedömas i varje enskilt fall
- Genomför bedömningar kontinuerligt utifrån IUP och ST-läkaren ska dokumentera dem
- Lägg till litteraturhänvisningar och hur de följs upp i IUP
- Ta chansen att göra ett vetenskapligt arbete även om det finns ett arbete från läkarutbildningen som kan användas
- Använd de strukturerade bedömningsformulär som finns oftare

STRUKTUR

A Verksamheten

Öron-, näs-, hals- och käkkirurgisk klinik är en länsklirik och innefattar ÖNH, käkkirurgi, sömnmottagning och logopedi. Audionomerna tillhör en annan förvaltning och har sin verksamhet i Vänersborg men hyr rum på ÖNH-mottagningen på NÄL 5 dagar i veckan. Kliniken har ett upptagningsområde som inbegriper Dalsland, norra Bohuslän, Lysekil, Uddevalla, Trollhättan och Vänersborgs kommuner. Det innebär ca 290 000 invånare. ÖNH mottagning finns i Lysekil, Bäcke-fors och Strömstad, verksamheten tillhör ett annat verksamhetsområde i NU-sjukvården och där bedrivs ingen ST utbildning, Verksamhetschefen sedan 7 år har en bakgrund inom HR. Man har tidigare haft en medicinskt ansvarig läkare men sedan januari har det införts en tjänst som verksamhetsöverläkare då sjukhuschefen önskade fler läkare i ledningsposition. Verksamhetsöverläkaren har det medicinska ansvaret för verksamheten samt är chef för ST-läkare och ev vikarierande underläkare. Båda dessa chefer ingår i sjukhusets ledningsgrupp. Inneliggande patienter vårdas på en kirurgavdelning där man har förtursrätt på inläggning. Antal vårdplatser är inte definierat men oftast ca 5 inneliggande patienter. Barn vårdas på barnavdelningen. Är det fullt på avdelningen kan en planerad inneliggande operation oftast vårdas kvar på uppvakningsavdelningen över natten. Kliniken har tillgång till operationsenhet på NÄL och Uddevalla sjukhus. Sammanlagt 7.5 salar/vecka. Under 2023 utfördes på centraloperation 1261 operationer och på mottagningen 1004 polikliniska hudoperationer. Det finns tre mottagningsoperationssalar, två belägna inom Käkkirurgisk mottagning och en inom Öron-, näs-, halsmottagning. Vanligtvis används den på ÖNH men de på käk kan användas och då även med assistens av tandsköterska. Alla på länsklirik normalt förekommande operationer utförs, dessutom esofagusdilatationer, sialoskopier och stämbandsinjektioner. Man har gastroskopiverksamhet med PEG-anläggning och esofaguslab. Med hjälp av gästoperatörer utförs mer avancerad näs-, bihållekirurgi och mellanörekirurgi. Under 2023 genomfördes ca 14 000 öppenvårdsbesök, varav 1520 jourbesök. 31% av de planerade besöken var nybesök. Mottagningsverksamheten täcker väl den basala ÖNH-sjukvården, man har hörsel och balansmottagning samt sömnverksamhet inklusive CPAP-utprovning. På mottagningen utförs såväl finnåls- som mellannålspunktion ultraljudslett. Ansiktsfrakturer handläggs primärt av ÖNH-jouren men bedöms och operationsplaneras av käkkirurger. Perkutan trakeotomi utförs av narkosen medan mer komplicerade trakeotomier görs öppet av ÖNH-läkare. Allergimottagningen ligger under medicinkliniken men en del allergi handläggs på ÖNH-kliniken av esofagusinriktad kollega.

Det finns skriftliga riktlinjer för hur ST skall genomföras och hur kompetens ska bedömas. Tillsammans med extern randning på universitetssjukhus är verksamheten med god marginal tillräckligt allsidig.

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

Kliniken inräknar vid inspektionen totalt 17 specialister varav 12 är överläkare. Omvandlat till kliniskt aktivt läkare blir det 14,5 tjänster. Det finns 7 ST-läkare, inga vikarierande underläkare. Alla ST-läkare har först vikarierat minst 6 månader innan ST med dedikerad handledare. Många överläkare på kliniken har en viss nischad inriktning, en är disputerad och docent. På käkkirurgen finns en professor och en docent. 2 överläkare och en ST-läkare är doktorander på kliniken.

Alla handledare har inte handledarutbildning och några skulle behöva gå en kompletterande vidareutbildning. Studierektor finns på kliniken och har en skriftlig uppdragsbeskrivning. Tid finns avsatt med 10% i schemat och mer efter behov. Separata handledarträffar sker i anslutning till varje ST-kollegium en gång per termin, vilket dock handledarna i stort inte uppfattat som skilda från utvärderingen av ST-läkarna. ST-kollegium genomförs 2 gånger om året för samtliga ST-läkare. Vid dessa tillfällen bedöms hälften med 360-graders utvärdering och andra hälften mer översiktligt.

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 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

Mottagningen är väl utrustad och har 8 mottagningsrum varav ett är något mindre utan brits. Ett av rummen är ett dagjournrum för planerade jourfall som bokas in på 30-minuterstider. Blåljusfall hanteras på akutmottagningen. På mottagningen finns även hörselbur, 2 videofrenzel, VHIT och VNG medan audionom-mottagning och logopedmottagning finns i angränsande lokaler. Samtliga ÖNH-rum har videostapel från Storz eller Olympus och mottagningen är välutrustad med en mängd videolaryngoskop (vuxen, barn, laryngoskop med arbetskanal) med inspelningsmöjligheter. Bild och filmdokumentation sparas på usb-sticka och läggs in i Picsara. Stroboskop finns på en stapel. Tre ultraljudsapparater varav två portabla finns. Rhinomanometri finns och enklare version av lukttest. I angränsande administrationsrumslokal finns fyra arbetsstationer för diktering och konsultation med kollegor.

Alla ST-läkare har tillgång till egen arbetsplats men dessa lokaler ligger utspridda på sjukhuset varav vissa i nybyggd barack i ena änden av sjukhuset. Operation sker i 1-2 egna salar på centraloperation och numera även i två operationssalar i Uddevalla 1 dag i veckan (totalt 7.5 salar/vecka). FESS-stapel med navigation finns på NÄL men inte i Uddevalla vilket begränsar operationsmöjligheterna där. Nervmonitor finns såväl i Uddevalla som på NÄL. Det finns tillgång till ultraljud preoperativt på bägge orter. På vårdavdelning finns ÖNH-utrustad undersökningsrum med inspelningsmöjligheter. På barnavdelning finns ett enklare inrett undersökningsrum.

Akutmottagning, ÖNH-mottagning, avdelningar och operation/IVA ligger utspritt på sjukhuset med relativt stora avstånd. Biblioteksresurs finns samlat på sjukhuset med tillgång till bibliotekarie och stödfunktioner.

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

Det finns ett introduktionsprogram med checklista för nyanställda läkare. Tjänstgöringen planeras utifrån "block" som innefattar 4-8 månaders placeringar med inriktningarna allmän ÖNH, audiologi, mjukdel, näsa/sinus och skopi. I realiteten märker dock inte ST-läkarna så stor skillnad på tjänstgöringen i de olika blocken.

Alla ST-läkare har en handledare från start av sin anställning och individuella utbildningsprogram (IUP), dock mer i form av en checklista och beskrivning generellt av ST. De saknar koppling mellan mål, utbildningsaktivitet och bedömning. Flera IUP innehåller inte litteraturhänvisningar. Många ST-läkare och handledare använder IUP under handledningstillfällen. Alla ST genomför externa placeringar på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, SU med 3 månader audiologi inklusive CI, 6 veckor foniatri, 3 månader tumörverksamhet och ibland även 2 månader som amanuens. Därutöver sker randning på NÄL med 2 månaders narkos/IVA respektive 3 månader allmän-,endokrin-, eller plastikkirurgi efter önskemål. ST-läkare auskulterar på och har egen allergimottagning.

Avdelningen bemannas av en specialistläkare på förmiddagen och en ST-läkare hela dagen. Två eftermiddagar brukar användas till mottagning med fyra patienter.

På mottagningen har alla läkare 30 minuter per patient, till en början har ST-läkaren färre men det trappas upp i dialog med ST och handledare.

Det finns en planering för hur ST-läkarna ska bli självständiga vad gäller basal kirurgi som fungerar bra. Övrig kirurgi bedrivs väsentligen 4-händigt, dock till största delen av två specialister och mer sällan med ST-läkare. Den kirurgiska utvecklingen har till stor del varit avhängig att ST-läkaren använder "ledig" tid under avdelningsplacering eller administration, exempelvis efter nattjour för att vara med på intressant kirurgi. I realiteten utnyttjas administrativ tid dock oftast till administration. Då mycket kirurgi flyttat till Uddevalla har denna kombinationsmöjlighet försvunnit, men man har börjat schemalägga ST-läkarna i Uddevalla med möjlighet att gå emellan salarna. Man tror också att ST-läkarna på sikt ska få mer operationstid då relativt nyfärdiga specialister blir allt mer självständiga kirurger som därmed kan fungera som handledare kirurgiskt.

Jour bedrivs som beredskap A. Alla tycker att andelen jour är rimlig och det rör sig om vardagsnattjour var till varannan vecka samt ca var 9e helg, uppdelat på fredag natt resp lördag-söndag dygn. Dagen efter jour har man administration på förmiddagen och komplement på eftermiddagen. Dagtid finns en schemalagd specialist s.k. "libero" på mottagning som stöttar ST och bär larmtelefon samt sköter urakuta fall.

Likabehandlingsplan för kliniken finns som komplement till Västra Götalandregionens riktlinje.

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

- ☐ 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

Personlig handledare utses direkt vid anställning. En heltäckande checklista för handledningssamtal finns. Alla handledare har inte genomgått handledarutbildning. Handledningssamtal förs regelbundet med schemalagda tillfällen. Handledningen planeras tätare initialt (varannan vecka), sedan ca en gång i månaden förutom under sommar och jul/nyårsledigheter. I realiteten sker samtalen mer sällan, men ST-läkarna ter sig nöjda med frekvensen. Handledarsamtal dokumenteras i första hand av ST-läkaren. Sit in-mottagningar ska planeras in en gång per termin men sker mer sällan. 360-graders utvärdering görs inför ST-kollegium. Som utvärderingsverktyg används DOPS och mini-cex i varierande grad, ffa i början av ST-utbildningen för basala ÖNH-ingrepp. Strukturerad bedömning av ST-läkarens kompetens förekommer sällan i slutet av utbildningen. Utvärdering av ST-läkarens kompetens i att undervisa AT-läkare och randande distriktsläkare sker sparsamt.

Utbildningsklimatet upplevs som mycket gott med högt i tak för frågor. Brister i kompetens följs upp och åtgärdas.

Ingen uppföljning sker av sidoutbildningar.

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 sidoutbildning 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

Teoretisk utbildning sker regelbundet en gång i veckan på läkarmöte med intern eller extern föreläsare där programmet roterar inom läkarstaben. På måndagar sker kortare schemalagt micro teach där en läkare drar ett intressant fall. ST-läkare deltar regionalt på välfungerande utbildningsprogram 4 dagar/termin tillsammans med ST-läkare i Borås, Skövde, Göteborg och Halland där C-mål avhandlas. A-och B-mål kan uppnås med lokala utbildningsprogram på NÄL som sköts av en organisation för ST-utbildning på sjukhuset. En eftermiddag per termin organiserar ST-läkarna själva en utbildningseftermiddag där de bestämmer tema och bjuder in föreläsare. På sjukhuset ordnas "staff-meeting" 30 min varje fredag med klinikövergripande utbildning och information. Röntgenrond finns varje vecka med falldiskussioner och patologrond 1-2 gånger per termin med fallpresentationer. Journal club finns med strukturerad mall för utvärdering av vetenskapliga artiklar. ÖNH-föreningens web-utbildning används inte. Inläsningstid är schemalagd som administrativ tid förmiddagen efter nattjour. Få ST-läkare åker på ÖNH-dagarna. Inget krav finns på att presentera vetenskapligt arbete eller kvalitet- och patientsäkerhetsarbete nationellt. Det råder oklarhet hur många nationella SK-kurser som ST-läkare ska få åka på och deltagande varierar mellan några enstaka till fem. 2 veckors inläsningstid erbjuds innan ST-skrivning (som ST-läkare uppmuntras att skriva) varav en vecka är betald och en vecka är kompledighet. Litteraturlista finns på kliniken.

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

Aktiv forskning avseende esofagus och mellanöra bedrivs på kliniken. Senaste två åren har 7 artiklar publicerats samt tre presentationer genomförts på internationella konferenser. Journal club schemaläggs 45 min två gånger per termin vilket innebär presentation och diskussion av en i förväg utskickad vetenskaplig artikel, med fokus på den vetenskapliga kvaliteten. Även ST-läkare presenterar artiklar, diskussionen leds av en disputerad kollega från ÖNH eller käckkirurgen.

ST-läkarna går kurs i basal forskningsmetodik men flera planerar att använda vetenskapliga arbeten från läkarutbildningen istället för att genomföra något nytt under ST. Dessa arbeten granskas i dessa fall av disputerad kollega och man förväntas dessutom att skriva en fallpresentation eller liknande. De arbeten som görs presenteras av tradition lokalt, inte på ÖNH-dagar eller liknande. Kvalitetsarbete utförs på hemmaklinik med stöd av handledare efter att ST-läkaren gått kurs i kvalitetsarbete. Någon fortlöpande bedömning och återkoppling av kompetens i kvalitetsutveckling sker inte på ett strukturerat sätt.

Det finns tillgång till ett välfungerande doktorandprogram med finansiering från FoU-enhet.

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

Ungefär hälften av ST-läkarna är amanuens under sin randning på SU och handleder då kandidater. I övrigt undervisar man AT-läkare inför primärvårdsplacering, randande akutläkare och ST-läkare från allmänmedicin på NÄL. Ibland tar studierektorn rollen som undersköterska vid sådana moment för att kunna göra bedömning och ge feedback utan att man blir för många på rummet. ST-läkarna leder ofta rondarbete. Strukturerad återkoppling sker ibland. Förutom ST-kollegium förekommer inte någon dokumenterad strukturerad och kontinuerlig bedömning/återkoppling av ledarskaps- och kommunikativ kompetens. Det finns en formaliserad bedömningsmall för ledarskap men den används sällan.

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.

B. Medarbetarstab och interna kompetenser

Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.

Planerad åtgärd

3 huvudhandledare gick en endags handledarutbildning dec -24. Framöver kommer alla huvudhandledare gå en 2 dagars utbildning ihop med sin ST-läkare

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Löpande när ny handledare utses

Ansvarig för genomförandet

Studierektor, verksamhetschef och ST-läkarchef

Datum för uppföljning

Löpande

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor

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 IUP har avsnittet "Bedömning av uppnådd kompetens" lagts till för varje delmål och vid senaste tillfället för handledning av handledarna (19/12) har studierektor gått igenom hur vi kan arbeta med detta avsnitt. Avsnitten "Genomförda formaliserade bedömningar" och "Plan för kirurgisk progression" har införlivats i ST-läkarnas IUP.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Löpande

Ansvarig för genomförandet

Studierektor, handledare, ST-läkare

Datum för uppföljning

Återkommande vid varje handledningstillfälle samt STINS

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor, handledare, verksamhetschef