



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Västerviks sjukhus

Klinik

**Öron- näs- och
halssjukdomar**

Specialitet

2024-11-11 – 2024-11-12

Datum

Västervik

Ort

Johan Knutsson och Mina

Mårtensson

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Mycket god stämning på kliniken.
- Engagerad studierektor.
- Klinikens struktur och storlek möjliggör för ST-läkarna att bra utvecklas i mottagningsarbetet.
- Lätt att få stöd och hjälp av äldre kollegor.
- God tillgång till modern utrustning på mottagningen.
- Handledning är schemalagd och genomförs regelbundet.
- Generös schemalagd studietid.
- Mycket generös inställning till externa kurser.
- Verksamhetschefen är läkare och ÖNH-specialist.
- Välordnat med randningar för att kompensera det som saknas på hemmakliniken.

Svagheter

- Begränsad verksamhet avseende kirurgi utöver det basala.
- Handledarträffar finns på sjukhuset men saknas på kliniken.
- Journal club saknas.
- Internutbildning ställs inte sällan in när man är för få på plats.
- Ringa vetenskaplig koppling i verksamheten.
- Relativt få patienter per mottagningspass.
- Utvärderingsinstrument som mini-cex, DOPS, 360° används i begränsad omfattning.
- "Ge-kniven-vidare" används inte.

Förbättringspotential

- Satsa på teoretisk utbildning när den finns schemalagd.
- ST bör kunna se fler patienter per pass när de blivit vana.
- Inför journal club.
- Låt ST skriva en plan för litteraturstudier och följ upp efter inläsning.
- Mer preciserade individuella utbildningsplaner som uppdateras regelbundet.
- Utökat användande av utvärderingsinstrument som mini-cex, DOPS, CBD och 360 grader.
- Förbättrad handledning och återkoppling gällande vetenskapligt förhållningssätt.
- Utnyttja befintlig kirurgi till att ST-läkare får göra utvalda moment. Implementera konceptet "Ge-kniven-vidare".

STRUKTUR

A Verksamheten

Regionen har ett upptagningsområde på 115 000 invånare. ÖNH-verksamhet bedrivs i Västervik och Oskarshamn. ST-utbildningen är förlagd till Västervik. Regelbundna mottagningspass även för ST-läkarna i Oskarshamn, men då finns i princip alltid även en specialist med. Sporadiskt, någon gång i månaden, har man septumkirurgi i Oskarshamn och då är vanligen ST med. All slutenvård samt jourverksamhet är förlagd till Västervik. Kliniken har ingen egen vårdavdelning utan förfogar platser på kirurgkliniken vårdavdelning. Barn vårdas inneliggande på barnkliniken. Inneliggande patienter varierar oftast mellan 2 och 6 patienter. Sjukhusets centraloperation tillhandahåller för närvarande 1,5 salar/vecka. Under sommaren endast akuta operationer. Inom ramen för mottagningsverksamheten utförs bland annat yrseldiagnostik, audiologisk utredning, utredning av sömnapné och huvud-halscancer. I verksamheten finns logoped, audionomer, specialpedagoger, hörseltekniker och kurator. Allergiutredningar och esofagusutredningar utförs på annan klinik. mottagningsbesök uppgår årligen till ca 7500. Därutöver akutflödet som uppgår till cirka 1100 besök. Under kontorstid hänvisas jourfall till ÖNH-mott. Övrig tid omhändertas jourfallen av kirurgjouren med ÖNH som bakjour. ST-läkarna inom ÖNH fungerar som mellanjour. Knappt 350 operationer utförs årligen i narkos på centraloperation och ungefär 500 polop på egen operationsavdelning årligen. Verksamhetschefen är ÖNH-specialist.

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

Vid kliniken tjänstgör vid tiden för inspektionen 5 specialister varav en på deltid, 50 %. Specialisterna har olika ansvarsområden (mjukdelsskirurgi, larynx, foniatri, rinologi, OSAS, yrsel). En är dubbelspecialist i audiologi. Ingen privat specialist finns på orten. Vid kliniken finns vid tiden för inspektionen 4 pågående ST-block samt en vik ul med intention att bli ST. Vid kliniken tjänstgör oftast också en randande ST-läkare i allmänmedicin men sällan AT-läkare. Tillgången på specialister för utbildning och handledning bedöms som tillräcklig i relation till antalet ST-läkare i nuläget när två ST-läkare är föräldralediga och en randar sig. Dock bedöms tillgången på specialister vara otillräcklig om flertalet ST är på plats på kliniken. Kliniken har egen ny tillsatt studierektor. Ingen disputerad läkare finns på kliniken.

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 har 5 undersökningsrum samt dagkirurgisk enhet och operationssal för polikliniska ingrepp. Allt är samlat under ett tak i nya fräscha lokalen. Narkosop sker i separat byggnad, 5 minuters gångväg bort. Nära relation till hörcentral och logopedi. Alla läkare har tillgång till egna eller delade expeditioner. Mottagningsrummen är ovanligt rymliga. Fiberlaryngoskop finns till samtliga rum. Videoskopiutrustning finns med möjlighet att spela in på ett rum och där finns även stroboskopiutrustning. Kliniken har en ny ultraljudsapparat. Video-Frenzelutrustning och vHIT finns. Balansundersökning med kaloriskt prov samt rhinomanometri utförs på mottagningen. Lukttest finns. Jourrum behövs inte, då man har beredskap i hemmet och alla läkare bor i Västervik. Bibliotek 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:

- ☒ 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

Skriftliga riktlinjer finns för hur specialitetstjänstgöring ska genomföras. ST-läkarna har allmänt hållna individuella utbildningsplaner och till viss del finns detaljerat tidsflödesschema över placeringar. Loggbok finns i IUP och i IUP:n dokumenteras genomgångna kurser etc. Handledarsamtal genomförs regelbundet och är schemalagda. ST-läkarna dokumenterar samtalen i IUP. Rond varje morgon med alla tjänstgörande läkare där ineliggande patienter, även sängliggande, tas ner till mottagningen. ST-läkarnas mottagning är utglesad, med 30 minuter per patient, där en normal förmiddag innehåller fem patienter. Vissa pass är dagjournsfall. Namngiven dagbakjour finns men har mottagning. Dock stor öppenhet för att fråga andra kollegor under deras mottagningar. ST-läkarna har vanligen en operationsdag/vecka men detta kan även vara polikliniska hudingrepp. Oftast har schemat för narkosop planerats för fyrhändig kirurgi. Sjukhuset har en skopienhet avseende både esofagus och bronker där ST-läkarna har möjlighet att få träning. Jourverksamheten är i form av beredskap i hemmet och är 2-3 dygn i taget. ST har 7 jourdygn per månad. Numera ingår inte jourtjänstgöring på regionsjukhus (förutom dagbakjour på vardagar). Ca 1,5 år är avsatt för universitetsplacering (plastikkirurgi, tumör, audiologi och foniatri, otokirurgi och rhinologi) och genomförs i Linköping och Norrköping. Dessa randningar bokas av studierektor. Deltagande i specialistskrivingen är obligatorisk för ST-läkarna och tid ges för inläsning. Vid inspektionen framkom inga uttryck för särbehandling av ST-läkare baserat på kön, religion eller etnicitet.

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.

EHandledning och kompetensbedömning

Handledning sker regelbundet och är inlagt i schemat. Det finns skriftliga instruktioner för handledning av ST-läkare. Samtalen dokumenteras av ST-läkaren och utgår från den befintliga IUP:n. Samtliga handledare har genomgått handledarutbildning. Även på randningar finns handledare. Viss uppföljning av sidoutbildningen sker. Utvecklingssamtal med VC årligen. Åtgärdsplan vid avvikelser har inte varit aktuell men rutin för detta finns på sjukhusnivå.

Studierektor har avsatt tid för uppdraget och skriftlig uppdragsbeskrivning. Studierektor är aktiv i regionala och nationella nätverk för studierektorer. Likaså finns sjukhusövergripande studierektor.

Kliniken har specialistkollegium men har inte organiserade handledarträffar (utbildningstillfällen som säkerställer att handledarna har aktuell kunskap om regelverket, målbeskrivning samt bedömnings- och återkopplingsinstrument).

360° -utvärdering har använts sedan nya studierektorn tillträtt. DOPS har nyttjats ibland mini-cex sällan.

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)

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

Klinikens teoretiska utbildning sker en gång per månad och består av interna föreläsningar som även ST-läkarna håller samt deltagande i webbutbildningen och artikeldragning med fokus på innehåll och konklusion. Alla klinikens läkare deltar. Specifik tid för självstudier är inlagd en halvdag i veckan i schemat. En regional ST-utbildning två heldagar per termin erbjuds alla ST-läkare. Kliniken har en generös inställning till extern utbildning.

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

I sjukhusets ST-program ingår en forskningsmetodikkurs. Viss hörselrelaterad forskning bedrivs på kliniken men ST-läkarna är inte involverade. I regionen finns en FOU-enhet som kan ge stöd för vetenskapliga projekt. Tid avsätts för såväl vetenskapligt arbete som för kvalitetsarbete. Doktorandprogram finns kopplat till Linköping. Ingen av ST-läkarna har påbörjat arbete avseende vetenskap. Den tid som behövs avsätts för detta inklusive FoU-metodikkurs. Vetenskapliga artiklar redovisas och diskuteras. Journal club där fokus skulle ligga på metodologi och resultattolkning 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

- ☐ 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

Regiongemensam utbildning för ledarskap och handledning täcker de teoretiska momenten. Samlad återkoppling i dessa förmågor ges i viss mån efter specialistkollegium. I praktiskt arbete får ST återkoppling via handledarsamtal, vardaglig kollegial återkoppling och återkoppling från övriga yrkeskategorier men bedömningsinstrumenten används sparsamt. Rondarbetet utnyttjas i ledarskaps- och kommunikativ träning och återkoppling ges, men vanligen inte via bedömningsinstrument. Det förekommer att ST-läkare handleder randare. Man har sällan medicinstudenter på kliniken.

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

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

HANDLINGSPLAN

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

D. Tjänstgöringens upplägg

Varje ST-läkare har ett utbildningsprogram som utgår från målbeskrivningen och som omfattar de utbildningsaktiviteter som behövs för att uppfylla kompetenskraven i målbeskrivningen.

Planerad åtgärd

Alla ST-läkare ska använda IUP med koppling mellan delmål, utbildningsaktivitet, läsmål och bedömning av delmålsuppfyllelse. Här ska specificeras hur ST-läkaren ska uppfylla målen, placeringar, kurser, inläsningar, vetenskapligt arbete, kvalitetsarbete. Operationsplanerare ser till att det alltid ska finnas ST assistent på mjukdelsskurgi, FESS, och septumoperationer. Genomgång på kliniken med konceptet "Ge kniven vidare", lathund för ST läkare och handledare finns i pärmen på varje mottagningsrum för detaljerad diskussion inför operationen och feedback efter genomfört moment. Alla nya läromoment ska dokumenteras i IUP och/eller via DOPS. Då kliniken har en begränsad mängd specialister, mottagningsbesök och kirurgiska ingrepp ska verksamheten planeras på så sätt att det aldrig är mer än 2 ST-läkare på plats samtidigt på kliniken. Under första halvan, 2,5 år skall mottagningsbesök planeras till dubbel specialisttid. Efter 2,5 år skall mottagningstiden vara samma som för specialist, detta för att säkerställa tillräcklig mängd patientmöten under utbildningen.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Februari 2025

Ansvarig för genomförandet

ST läkare, handledare och operationsplanerare Anna Lindkvist

Datum för uppföljning

Maj 2025

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor Vaida Domarkiene

D. Tjänstgöringens upplägg

Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.

Planerad åtgärd

ST-läkarna ska skriva en tydligt plan för litteraturstudier med tydlig koppling mellan lärandemål och genomförandeplan som följas upp med handledare efter inläsning, dokumenteras i IUP. Varje torsdag EM 15:00-16:00 tid avsatt i schema för utbildning/vetenskap. Varannan vecka genomförs internutbildning enligt schema av Dr. Getachew. Varannan vecka falldiskussioner och journal club. Om utbildningstillfälle uteblir skall det kompenseras med att extra tid läggs in i schema vid annat tillfälle

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Skall vara genomfört mars 2025

Ansvarig för genomförandet

ST läkare och handledare

Datum för uppföljning

Juni 2025 (följas upp var 3 månader)

Ansvarig för uppföljningen

SR

E. Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Minst 1 skriftlig utvärdering per 2 månader (6-8 per år), som tydligt dokumenteras på IUP och kopia lämnas till SR. ST ansvarar själva. ST kollegium och 360 grader som tidigare 1 ggr/år i september månad. Handledarträff på kliniken 1 ggr / 3 månader, inlagt i grundschema för alla handledare samt studierektor. Handledarträff hålls också 4 ggr/år för alla handledare på sjukhuset, obligatorisk minst 1 ggr/år.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Skall vara genomfört mars 2025

Ansvarig för genomförandet

ST läkare och handledare

Datum för uppföljning

Juni 2025

Ansvarig för uppföljningen

SR

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

Studierektor kommer att ha möten två gånger per termin med systerklinikerna i Kalmar, Linköping och Jonköping, för att ta tillvara på goda exempel och stärka utbildningens vetenskapliga grund.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Möten 2025 02 10; nästa planerad 2025 04 29

Ansvarig för genomförandet

Anna Kostmann

Datum för uppföljning

Juni 2025

Ansvarig för uppföljningen

SR, VC

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

Bristande vetenskaplig inriktning vid Journal club har identifierats på flera kliniker. Därför har sjukhuset infört kliniköverskridande Journal club 4ggr/termin med fokus på vetenskapligt upplägg som en del av ST-träffarna. Dessutom Journal club på kliniken 1ggr/månad, torsdag 15:00-16:00.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Januari 2025

Ansvarig för genomförandet

Sjukhusövergripande ST-studierektor, SR på kliniken, Kaleb Getachew

Datum för uppföljning

Juni 2025

Ansvarig för uppföljningen

SR

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

Förbättringsarbete ska startas tidigt under ST och sedan pågå fortlöpande under utbildningen. ST-läkaren skall ingå i avvikelseteam och bidra till analys och förslag till förbättring utifrån de händelser som rapporterats. ST läkarna skall delta i kliniken förbättringsarbete, områden som kliniken har identifierat som behov av förbättring ska lyftas fram tydligare i handledningen och vid medarbetarsamtal.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Maj 2025

Ansvarig för genomförandet

VC, ST läkarna

Datum för uppföljning

Juni 2025

Ansvarig för uppföljningen

SR

G. Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

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

Planerad åtgärd

Det finns inga disputerade läkare på kliniken därför disputerad kollega från randstående klinik bör vara handledare för det vetenskapliga arbetet. Det vetenskapliga arbetet skall vid avslutad ST utbildning presenteras och försvaras vid det årliga eventet som hålls för alla nyblivna specialister på Västerviks sjukhus.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Mars 2025

Ansvarig för genomförandet

SR

Datum för uppföljning

Juni 2025

Ansvarig för uppföljningen

SR

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkaren bereds möjlighet att planera och genomföra undervisning.

Planerad åtgärd

ST läkare skall beredas möjlighet att undervisa under handledning när vi har studenter på plats samt för randande ST läkare. ST-läkare ansvarar för att presentera kliniken under introduktionsveckan för AT-läkarna.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Januari 2025

Ansvarig för genomförandet

SR

Datum för uppföljning

Juni 2025

Ansvarig för uppföljningen

SR och VC

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

ST läkarna undervisar AT-läkare på akutmottagningen, håller teoretisk undervisning vid planerade tillfällen. ST läkarna skall bedömas under dessa tillfällen och behöver göra minst en skriftlig bedömning enligt förutbestämd mall per termin som underlag för feedback.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Mars 2025

Ansvarig för genomförandet

SR, ST-läkarna

Datum för uppföljning

Juni 2025

Ansvarig för uppföljningen

SR

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

ST läkarna handleder underläkare och randande ST-läkare på kliniken. ST läkarna skall bedömas under dessa tillfällen och behöver göra minst en skriftlig bedömning enligt förutbestämd mall per termin som underlag för feedback.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Mars 2025

Ansvarig för genomförandet

SR, ST-läkarna

Datum för uppföljning

Juni 2025

Ansvarig för uppföljningen

SR