



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Danderyds Sjukhus AB

Klinik

Rehabiliteringsmedicin

Specialitet

2025-01-22 – 2025-01-23

Datum

Stockholm

Ort

Vasileios Gamvroulis och Ursula

Heldmann

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Växande ST-läkargrupp vilket främjar utbildningsklimatet och framtida specialistbemanningen på kliniken.
- Allsidig verksamhet inom den högspecialiserade rehabiliteringen med stor patientomsättning.
- Engagerad specialistläkargrupp som besitter en hög och bred kompetens.
- Goda förutsättningar för att främja forskning och utveckling med möjlighet till doktorandprogram.
- Öppet arbetsklimat med nöjda medarbetare, goda diskussionsmöjligheter i läkargruppen och på kliniken.
- Verksamheten försöker individanpassa ST-tjänstgöringen utifrån den enskildas behov.
- Utvecklad högteknologisk utrustning för kognitiv rehabilitering med specialistkompetent paramedicinsk personal.
- Moderna, anpassade och fräscha lokaler med ändamålsenlig utrustning. All verksamhet ligger fysiskt samlad på sjukhuset.
- Utförliga dokumenterade riktlinjer och rutiner.

Svagheter

- Översiktliga dokument och mallar i spretande mappar. Svårt för ST-läkare att hitta relevant aktuell information lätt tillgängligt.
- Varierande introduktionsmöjligheter som i praktiken fokuserar på ST-läkarens egen förmåga att slutföra.
- ST-läkarna bokar inte in sina regelbundna självstudier i scheman.
- Oklart gällande möjlighet till måluppfyllelse avseende rehabilitering av kroniska neurologiska sjukdomar (C8-delmål) vid sidoplaceringen.
- Svårt att få till sidoplaceringar på deltid.
- ST-läkare saknar ytterligare forum att kommunicera med varandra med fokus på utbyte av erfarenheter, tips och råd kring sin utbildning.
- Det har varit svårt att få specialister regelbundet närvarande när ST-läkare undervisar eller handleder. Detta minskar möjligheten till feedback.
- ST-läkarfeedback till handledare ges oftast inte på strukturerat sätt vilket inte främjar deras utveckling i sin roll som handledare.
- Saknas struktur för kontinuerlig bedömning och återkoppling avseende ST-läkares systematiskt deltagande i kvalitets- och patientsäkerhetsarbete på kliniken.

Förbättringspotential

- Rekommenderas ST-läkarkollegium där ST-läkarna utvärderar och ger feedback på sina handledare.
- Revidera och sortera aktuella dokument så att de finns tillgängliga på ett och samma ställe. Detta gäller både klinikens yrkes- och ST-specifika dokument.
- Gällande underläkares introduktionsinfoblad och -checklista vore det optimalt att förtydliga i vilken tidsram dessa angivna moment skall vara genomförda och vem ansvarar för att följa upp om detta fortlöper som planerat.
- Handledare rekommenderas bistå ST-läkare vid behov om problem skulle uppstå att få tid för självstudier schemalagda under sidotjänstgöringar.
- ST-läkare bör ansvara om att själv schemalägga regelbunden självstudietid så att denna kan ske ostört och utan nedprioritering.
- Samordna tillsammans med aktuell rehabiliteringsklinik för en optimal sidoplacering med fokus även på rehabilitering av kroniska neurologiska sjukdomar (C8-delmål) samt att följa upp om planeringen efterlevs.
- Studierektor och ST-läkarchef fortsätter med sitt arbete att samordna randningar vid kliniker som erbjuder deltids sidotjänstgöring.
- ST-läkare kan även använda sig av ett digitalt mötesverktyg för att skapa ett ytterligare forum för regelbunden diskussion/erfarenhetsutbyte avseende sin ST-utbildning.
- Inplanera tillfällen med handledarbedömningar när ST-läkare utbildar/undervisar/handleder.
- Skapa en bättre struktur om hur ST-läkarens systematisk kvalitets- och patientsäkerhetsarbete under hela sin ST-utbildning kan bedömas och ges kontinuerlig feedback om, med hänsyn till verksamhetens lokala kliniska möjligheter.

STRUKTUR

A Verksamheten

Rehabiliteringsmedicinska Universitetskliniken bedriver högspecialiserad rehabilitering/habilitering samt försäkringsmedicinska utredningar för hela regionen. Det finns slutenvård samt öppenvård som spänner över många tillstånd. Huvuddelen av verksamheten bedrivs på Danderyds sjukhus men kliniken bedriver också öppenvårdsverksamhet på Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge. IT-lösningar möjliggör även att rehabiliterande insatser erbjuds inom öppenvården både fysiskt och digitalt. Tonusmottagningen har utökat sin verksamhet med större tillgång till personal och behandlingsmöjligheter som inrymmer flera patienter med ett brett sjukdomspanorama. Ett gott forskningsklimat genomsyrar verksamheten. Med avseende på rehabilitering av ryggmärgsskadade har man ett etablerat sidotjänstgöringssamarbete med Vårdavdelning Spinal Rehab (Karolinska Solna) och resterande samarbetspartners inom vårdkedjan såsom neurorehabiliteringsklinik och öppenvårdsrehabilitering/mottagning för spinalskadade. Ovannämnt samarbete utgår också en del av den nationella högspecialiserade vård för denna patientgrupp. Under sin 3-4 månaders placering på neurorehabiliteringskliniken ovan har ST-läkare möjlighet att samtidigt delta i varierande omfattning vid specialiserad rehabilitering av vissa patienter med kroniska neurologiska sjukdomar som inte rymts inom uppdraget på hemmakliniken. Det är dock inte tydligt om ST-läkarna kan uppfylla delmålet gällande specialiserad rehabilitering relaterat till kroniska neurologiska tillstånd. Med hänsyn till de stora patientgrupper som detta berör gör det att vi inte kan se att tjänstgöringen är tillräckligt allsidig.

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

Föreskrift

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

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:



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.
- ☒ 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

Inom verksamheten tjänstgör 22 specialister varav 18 inom Rehabiliteringsmedicin samt 8 ST-läkare med tilldelade 8 separata huvudansvariga handledare. 8 disputerade läkare varav 2 ST-läkare samt 1 professor i Rehabiliteringsmedicin. Flertal disputerade och doktoranter i övriga yrkeskategorier. Gällande medarbetarstab och interna kompetenser uppfyller verksamheten samtliga punkter nedan med råge.

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

Lokalerna är för det mesta nyrenoverade, rymliga och ljusa samt anpassade för patientgruppen. Detta gäller både sluten- och öppenvården som är lokaliserade på sjukhuset i nära anslutning till varandra. Utformningen underlättar kontakt mellan enheterna, kollegor och med andra teammedlemmar inom hälsoprofessioner. Varje ST-läkare har egen bärbar arbetsdator med möjlighet till uppkoppling på distans och telefoner. Beroende på aktuellt tjänstgöringsställe har ST-läkare tillgång till funktionellt kontor med stationär dator på vårdavdelningen alternativt mottagning/öppenvården inklusive nära tillgång till aktuell utrustning/undersökningsinstrument/material. Därutöver finns det tillräckligt med ST-läkararbetsstationer i ett öppet kontorslandskap på verksamhetens administrativa avdelningen. Vid behov av sekretessbelagda samtal har man tillgång till särskilda utrymmen. Ett flertal bokningsbara möteslokaler kan man tillgå beroende på ändamål. Dessutom ges möjlighet till informell kollegial avstämning eller självstudier i specialutformade rum samt välutrustat personalkök. Inom verksamheten erbjuds patientrehabilitering med stöd av högteknologisk utrustning t. ex. kognitiv träning i s.k. CogTech-rummet, bedömning i en modern anpassad teknologiskt intelligent träningslägenhet. Flera ultraljudsmaskiner finns som används t. ex. vid spasticitetsbehandling.

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 målbeskrivningen ska uttolkas för specialiteten baserat också på Svensk Förening för Rehabiliteringsmedicin (SFRM) utarbetad "checklista" för respektive delmål; dessa är kända och används vid utformning av ett individuellt utbildningsprogram (IUP). Jourtjänstgöring/beredskap utgör en adekvat del av tjänstgöringen på hemmakliniken och under vissa sidotjänstgöringar t. ex. på medicin- och neurologkliniken. Alla ST-läkare verkar ha lika rättigheter utan upplevd särbehandling inom gruppen. Verksamheten tar hänsyn till individuella behov av anpassningar och utformar ST-utbildningen samt fysiska miljön med hänsyn till varje läkare. Verksamhetschefen via ST-läkarchefen har den övergripande ansvaret över utbildningen. Alla ST-läkare har ett IUP som utgår från målbeskrivningen enligt specifik mall som används på DS samt egen huvudhandledare (HL). Initiala IUP har ibland tagit olika länge att utforma och slutföra, för vissa ST-läkare minst 6 månader. Dessa IUP har regelbundet och efter behov reviderats i sin digitala form som är tillgänglig för ST-läkare, HL och studierektor (SR). Interna och externa utbildningsaktiviteter samordnas. Introduktionsprogram för underläkare finns dels som informationsblad men även som checklista för sluten- och öppenvårdsplacering. Oklarheter anges inom ST-läkargruppen och några HL med hänsyn till ST-läkarchef/SR-vision vid införande av checklistan avseende verklig tidsram när delar av checklistan bör vara genomförda samt ansvarsfördelning kring uppföljning och behov av ev. åtgärder om dessa delmoment inte har slutförts enligt planen. Introduktion inom slutenvården sker också via praktisk introduktion av underläkarkollega. SR tar del av kompetensbedömning minst 1 gång/år i samband med Specialistkollegium men ibland även löpande under året.

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

Alla handledare har aktuell handledarutbildning och ansvarar för en adept var. Handledarsamtal inplaneras regelbundet (minst 1 gång/månad) under arbetstiden och innehållet dokumenteras av ST-läkare samt ibland även handledaren. IUP uppdateras regelbundet inklusive ST-läkarens kompetensutveckling. Tillgång till klinisk instruktör finns med oftast direkt feedback avseende instruktioner. Erkända och validerade bedömningsinstrument används på bästa sätt, inklusive inför specialistkollegium som äger rum oftast 1 gång/år på samtliga ST-läkare. Handledarträffar med SR sker 1 gång/termin. De flesta HL har regelbunden kontakt med sin adept medan de är på sina planerade sidotjänstgöringar samt efterfrågar återkoppling från ansvarig HL efter genomförd randning. Rutin finns om en ST-läkare inte kommer att uppfylla kompetenskraven och hur det ska leda till en åtgärdsplan.

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

Diverse externa och interna utbildningar finns att tillgå. Man anordnar ST-dagar 2 dagar/termin där ST-läkarna får lägga programmet och samordna med tilltänkta föreläsare. Det som saknas nedtecknat i några individuella utbildningsplaner är vilka interna utbildningar man har gjort eller planerar under året. ST-läkarna har möjlighet till att inplanera och schemalägga sin självstudietid (8 timmar/månad) så att denna kan prioriteras men initiativet ej tagits av alla i gruppen som gått miste om möjligheten.

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

Verksamheten har skapat ett forskningskultur där ett vetenskapligt förhållningssätt framhävs. ST-läkare har fungerande journalclub med engagerad överläkare och andra forum där vetenskapliga artiklar granskas. Möjlighet till att genomföra doktorandprogram och erbjuda tid till forskning finns. 1-2 vetenskapliga forskningsprojekt har publicerats eller presenterats. ST-läkare ges möjlighet till att genomföra och redovisa ett kvalitetsarbete under en avgränsad tidsperiod. Däremot ges inte förutsättningar för underläkaren att få ett ansvarsområde där kontinuerlig bedömning och återkoppling (under större delen av sin ST) sker av sitt arbete med kvalitet och patientsäkerhet.

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

Föreskrift

- ☒ ST-läkarens kompetens inom medicinsk vetenskap bedöms utifrån kunskap kring vetenskapliga metoder och forskningsetiska principer.
- ☒ ST-läkaren bedöms utifrån förmågan att kunna kritiskt granska och värdera vetenskaplig information, samt i sitt arbete ta ansvar för att omsätta och tillämpa denna kunskap.
- ☐ ST-läkaren deltar i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i sådan utsträckning att förutsättningar för delmåluppfyllelse föreligger.
- ☒ Utbildning erbjuds för att uppnå ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt.
- ☒ Det finns goda förutsättningar för genomförande av ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.
- ☒ Det finns goda förutsättningar för att genomföra, dokumentera och redovisa ett kvalitetsarbete.

Allmänna råd

- ☒ ST-läkaren ges möjlighet till utbildning inom patientsäkerhetsarbete och systematiskt kvalitetsarbete.

Kvalitetsindikatorer

- ☒ Under det senaste året har av ST-läkare genomförda arbeten publicerats och/eller presenterats (av ST-läkaren) vid vetenskapliga/professionella sammankomster.
- ☒ Det finns tillgång till ett välfungerande doktorandprogram.
- ☒ Enheten har regelbundna möten där medarbetare diskuterar och kritiskt granskar vetenskaplig litteratur.

Gradering

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

H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

Denna del fungerar väl inom verksamheten på alla sätt. ST-läkare ges möjlighet till att utveckla kompetensen genom rehabiliteringsprocessen och i kontakt med teamet, patient och anhöriga. Bedömning av ledarskaps- och kommunikativa kompetensen vid dessa moment sker oftast löpande via den kliniska instruktören/HL. Utökade möjligheter till bedömning och direkt återkoppling av undervisningskompetens i närvaro av HL rekommenderas. Även flera möjligheter till handledning under handledning och direkt återkoppling rekommenderas, inklusive vid sidotjänstgöring då tillgång till juniorläkare och handledning av denna oftast föreligger. Det finns för närvarande ingen plan på hur ST-läkarna kan auskultera hos ledare eller chefer inom verksamheten

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.

A. Verksamheten

Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig.

Planerad åtgärd

a.) I klinikens rekommendation avseende upplägg av IUP förtydligas hur del av delmål C8, mer specifik att ha kunskap avseende rehabilitering vid Mb Parkinson och MS kan uppfyllas. b.) Inför och under placeringstid på den lämpliga enheten skall huvudhandledare säkerställa att det specifika delmålet uppfylls genom att följa upp det i handledarsamtal

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Omgående. Åtgärder a+b redan genomförda

Ansvarig för genomförandet

Ansvarig för åtgärd a; ST-studierektor. Ansvarig för åtgärd b; ST-läkare och Huvudhandlerare

Datum för uppföljning

VT-2025 i samband med ST-kollegium därefter regelbunden vid alla ST-kollegium (2gg/år) och vid Huvudhandledarmöte (1gg/termin)

Ansvarig för uppföljningen

ST-Studierektor och ST-läkarchef har den övergripande ansvaret för att åtgärderna ovan implementeras och efterlevs

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

a.) Varje ST-läkare skall boka möte med patientsäkerhetsläkare och

patientsäkerhetskontroller med mål att introducera ST-läkare till arbete med patientsäkerhet. Rekommenderas att detta görs inom 4-6 veckor för alla nyanställda ST-läkare. För alla aktuella ST-läkare på kliniken skall lämplig tid bestämmas och mötet bokas i samråd med Huvudhandledare. Tidsplan: omgående Ansvarig för genomförande: ST-läkare Ansvarig för uppföljning: Huvudhandledare +ST-Studierektor +ST-chef b.) ST-läkaren ska vid introduktion på varje ny enhet på egna kliniken få möjlighet att auskultera hos rehab/vårdutvecklare (RVU) om dennes arbete inklusive hur kliniken arbetar med kvalitets- och patientsäkerhetsarbete på respektive enhet. I introduktion skall bland annat ingå P(lan)D(o)S(tudy)A(ct)-cykeln för kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling. ST-läkare skall delta vid minst ett tillfälle i ett möte där alla RVU:er och enhetschefer träffas, då kvalitets- eller patientsäkerhetsarbete står med på agendan. Tidsplan: omgående, inkluderas i klinikens och enheternas introduktionsplan för ST-läkare Ansvarig för genomförande: ST-läkare Ansvarig för uppföljning: Huvudhandledare, ST-Studierektor c.) Vi återinför så kallad "diskrepansrond" som standardpunkt på ST-dagen (2gångar/termin). Diskrepansrond är ett forum för kliniker att diskutera medicinskt relevanta fall innefattandes oväntade utfall (adverse outcome), felbedömningar/-behandlingar (diagnostic error) eller fall där sådana i sent skede kunnat undvikas (near miss/good catch). Möjlighet att bjuda in klinikens patientsäkerhetscontroller och/eller patientsäkerhetsläkare finns. Tidsplan: Introduktion på ST-dagen i juni-2025 och införande av diskrepansrond från höstterminen-2025 Ansvarig för genomförande: ST-studierektor Ansvarig för uppföljning: ST-läkarchef d.) ST-läkare skall minst vid ett tillfälle under sin specialisttjänstgöring delta i en Händelseanalys som görs på kliniken Tidsplan: införs omgående Ansvarig för genomförande: ST-läkare Ansvarig för uppföljning: Huvudhandledare +Studierektor -skall följas upp i samband med det årliga ST-kollegium e.) ST-läkaren ska vid minst ett tillfälle under sin specialisttjänstgöring delta i patientsäkerhetsläkarmöte centralt på sjukhuset (dessa sker två gånger per termin, och klinikens patientsäkerhetsansvariga läkare deltar) Tidsplan: omgående Ansvarig för genomförande: ST-läkare Ansvarig för uppföljning: Huvudhandledare f.) För att kontinuerligt delta i kvalitets- och säkerhetsarbete på kliniken ska ST-läkaren sitta med regelbundet (under interna placeringar) i en arbetsgrupp kring vårdkvalitet/säkerhet (t.ex. sårprevention, fallprevention) Tidsplan: omgående Ansvarig för genomförande: ST-läkare Ansvarig för uppföljning: Huvudhandledare g.) ST-läkare ska bli tilldelade uppgifter vid granskning/utformning av PM och patientinformation som sker på kliniken, antingen tillsammans med sin handledare eller själva. Tidplan: omgående Ansvarig för genomförande ST-läkare Ansvarig för uppföljning: Huvudhandledare h.) ST-läkare skall erbjudas möjlighet att vid minst ett tillfälle delta i Region Stockholms Patientsäkerhetsdagen (inträffar årligen) Tidsplan: omgående Ansvarig för genomförande: ST-läkare, Ansvarig för uppföljning: Huvudhandledare

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Åtgärd c som avser "diskrepansrond" genomförs 11/6-2025. Alla övriga åtgärder ovan träder i kraft omgående

Ansvarig för genomförandet

se under specifik åtgärd

Datum för uppföljning

20250910 därefter uppföljning regelbundet minst 1 gång per termin per ST-läkare vid ST-

kollegium, Huvudhandledarmöte, ST-dagen

Ansvarig för uppföljningen

ST-Studierektor och ST-läkarchef har den övergripande ansvaret för att åtgärderna ovan implementeras och efterlevs