



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Falu lasarett

Klinik

Infektionssjukdomar

Specialitet

2025-04-08 – 2025-04-09

Datum

Falun

Ort

Anne Eriksson och Erika Tyrberg

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Engagerade medarbetare, gott kollegialt stöd, högt till tak.
- Gott utbildningsklimat med lättillgänglig handledning och instruktioner i vardagen.
- Mångsidig verksamhet med brett sjukdomspanorama.
- Jour utgör en adekvat del av tjänstgöringen och ger goda förutsättningar att skaffa erfarenhet att handlägga patienter med akuta och livshotande infektioner.
- ST-läkarna introduceras tidigt i konsultverksamheten. Något som tillsammans med placering tillsammans med dagbakjour ökar i frekvens under hela ST utbildningen. Nybliven specialist känner sig ofta väl förberedd i rollen som specialistläkare.
- Generöst schemalagd studietid.
- ST-läkarna är aktiva i klinikens undervisning.
- Tidigt engagemang i ämnesområdesgrupper.
- God samstämmighet i enkätsvar.

Svagheter

- Strukturerade lokala riktlinjer för hur ST utbildningen ska utformas och kompetensbedömning ska göras saknas.
- Individuellt utbildningsprogram med koppling mellan delmål, utbildningsaktivitet och metod för bedömning av uppnådd kompetens saknas.
- Utbildning inom resemedicin är bristfällig. ST-läkarna exponeras ej för resemedicinsk mottagning. Vaccinationskursen är ej obligatorisk.
- Kompetensbedömning med hjälp av bedömningsmallar görs inte tillräckligt frekvent eller med regelbundenhet.
- ST specifik utbildning som utgår från delmålen saknas.
- Handledningsamtalen sker i de flesta fall alldeles för sällan.
- Alla handledare har handledarutbildning men flera av äldre datum och därmed inte uppdaterade på nya riktlinjer för ST-utbildningen.
- Återkommande tillfällen då handledarna uppdateras kring nyheter för ST-utbildningen saknas.
- Studierektorn har ej tydligt avsatt tid för uppdraget.

Förbättringspotential

- Utforma en strukturerad lokal riktlinje för hur målbeskrivningen ska uttolkas samt hur ST-utbildningen ska genomföras, och kompetensbedömning göras.
- Alla ST läkare ska ha ett individuellt utbildningsprogram (IUP) som, för varje delmål, beskriver utbildningsaktivitet och hur uppnådd kompetens ska utvärderas. IUP ska användas som ett levande dokument under hela ST-utbildningen och revideras regelbundet. IUP ska användas som utgångspunkt för handledarsamtal och kompetensbedömningar samt för kontinuerlig dokumentation av utbildningsaktiviteter och handledarsamtal.
- Utforma en plan för hur ST-läkaren ska erhålla tillräcklig kompetens inom resemedicin.
- Använd bedömningsinstrument strukturerat som ett naturligt inslag i den kliniska vardagen.
- Strukturera den interna ST-utbildningen så den utgår från delmålen.
- Prioritera att handledning blir av med regelbundenhet och ökad frekvens.
- Inför regelbundna tillfällen på läkarmöte där studierektorn informerar/uppdaterar om nyheter som berör ST-utbildningen.
- Fördela rimlig tid till studierektorn för uppdraget.
- Handledare med äldre handledarutbildning behöver uppdatera den.

STRUKTUR

A Verksamheten

Infektionskliniken i Falun är länsspecialitet i Dalarna med upptagningsområde på ca 290 000 invånare. Här bedrivs sluten- och öppenvård, konsult- och jourverksamhet.

Mottagningsverksamheten är bred och omfattar de flesta öppenvårdsdiagnoser inom infektionspanoramat (HIV, hepatit, immunbrist, tuberkulos och MRSA). Tidigare fanns en resevaccinationsmottagning som stängdes permanent under Covid-pandemin. Specialistvaccinationer (vaccination av splenektomerade, stamcellstransplanterade och patienter med immunbrist etc) handläggs på konsultbasis där infektionsspecialist (ibland erfaren ST-läkare med stöd av specialistläkare) ordinerar relevanta vaccinationer som sedan administreras på hemmaklinik eller via sjuksköterska på infektionsmottagningen. Alla läkare har regelbunden mottagning. Sprututbytesverksamheten är förlagd i angränsande byggnad på sjukhusområdet. Denna drivs av infektionskliniken. Detta är den enda utbytesmottagningen i Region Dalarna. Varje måndag eftermiddag närvarar infektionsspecialist vid diabetesfotmottagningen som hålls på endokrinmottagningen.

Jourverksamhet: SPUR inspektionen hålls dagen efter att ett nytt arbetssätt för primärjouren införts. Initialt med en provperiod om två månader innan utvärdering och eventuell omarbetning. Detta nya arbetssätt har tillkommit dels som åtgärd för att komma till rätta med ett mångårigt arbetsmiljöproblem där kvällsjouren inte hade en fast sluttid på sitt arbetspass. (Alla patienter som inkommit före klockan 20 skulle handläggas slutgiltigt av infektionsjouren.) Delvis som en sparåtgärd för verksamheten. Det nya arbetssättet innebär att två primärjourer arbetar klockan 8-18 på akutmottagningen. Den ena börjar klockan 8 och arbetar till 16. Den andra primärjouren arbetar klockan 10-18 och inleder sitt arbetspass med att handlägga upp till två subakuta patienter på infektionsmottagningen. På akutmottagningen arbetar infektionsjourerna parallellt med medicinjourerna och bedömer patienterna utifrån en gemensam patientlista. Enligt överenskommelsen ska infektionsjourerna i första hand bedöma infektionspatienter och i andra hand hjälpa medicinjourerna att handlägga medicinpatienter. På samma sätt hjälper medicinjourerna till att bedöma infektionspatienter om deras flöde är lågt. Den ena infektionsjouren bär sepsislarmsökaren och primärhandlägger dessa patienter. Klockan 18 - 8 handlägger medicinjourerna infektionspatienter. Bakjour finns i beredskap från 16.00 till 08.00. Dagtid finns dagbakjour på plats som stöd för primärjourerna.

Helger arbetar en primärjour klockan 8 – 20. Passet inleds med rond av halva avdelningens inneliggande patienter. Andra halvan rondas av bakjour. Vid eventuellt sepsislarm måste primärjouren lämna avdelningen. I samband med aktuell förändring av jourarbetet har infektion tilldelats en andel medicinjourpass (A eller B jour). Under första 6 månaderna har infektion tilldelats ca en medicinjour per månad. Tidigare gick infektionsläkarna inte medicinjourer annat än under randning inom internmedicin.

Konsultverksamhet: Två konsultpositioner varav den ena rondar IVA, AVA, satellitpatienter och eventuella patienter på patienthotellet. Den andra konsulten har fasta ronder på ortopedi och hematologi, svarar på skriftliga remisser samt är remissbedömare. Varje

onsdag arbetar en infektionskonsult på Mora Lasarett. Inga antibiotikaronder genomförs i Regionen.

Då tjänstgöring inom resemedicinsk verksamhet helt saknas och handläggning av specialistvaccinationer endast sker på konsultbasis samt att alla ST-läkare inte går vaccinationskurs under sin ST-utbildning, kan tjänstgöringen inte anses vara tillräckligt allsidig.

För intern kvalitetsuppföljning rekommenderas en regional enkät där frågorna avser ge svar på hur ST-läkare bedömer klinikens följsamhet till regelverket för ST och Region Dalarnas rekommendationer. Denna är inte känd eller använd inom verksamheten.

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

- ☐ 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

13 heltidsläkartjänster finns på kliniken, de fördelas på 9 specialister (flertalet har sidouppdrag), 8 ST-läkare samt 2 vikarierande underläkare. Kliniken har under en längre tid varit underbemannad avseende specialister vilket har inneburit små/inga marginaler i schemat. Trots detta har utrymme frigjorts för att bedriva en mångsidig verksamhet med god utbildningsmiljö för nya medarbetare och kollegial stämning i läkargruppen. Idag har bemanningen stabiliserats något och framtiden ser ljusare ut då flera ST-läkare blir färdiga specialister under de kommande 1-2 åren.

Stämningen på kliniken präglas till viss del av senaste årens brist på specialistläkare då inga marginaler funnits i schemat.

Specialistkompetent studierektor som har genomgått handledarutbildning finns på kliniken. Innehavare av tjänsten har bytts flera gånger under de senaste åren. Studierektorn har en skriftlig uppdragsbeskrivning, men från den framgår inte omfattningen av tjänsten. Studierektorn ger uttryck för att mer tid behövs för att utföra uppdraget. Enligt regionala riktlinjer bör en studierektor som är ansvarig för 5-8 ST-läkare ha avsatt tid motsvarande 4-6h/vecka (10-15%).

Det finns ingen disputerad läkare som tjänstgör på kliniken och ingen pågående forskningsverksamhet.

Nära och gott samarbete med Smittskyddsenheten och Vårdhygien.

ST-läkarna upplever att de finns god tillgång till stöd i den kliniska vardagen och att det ansvar som de tar är rimligt baserat på deras kompetens.

Samtliga huvudansvariga ST-handledare är infektionsspecialister och har genomgått handledarutbildning, men i vissa fall är utbildningen av äldre datum. Ingen regelbunden kompetensutveckling, via handledarmöten eller liknande, av handledare erbjuds på kliniken. 3 läkare har genomgått utbildning i handledning av BT-läkare.

Det finns generella skriftliga instruktioner för handledning av ST-läkare från Region Örebro Län.

En av ST-läkarna har blivit specialist veckorna innan inspektionen men intervjuats i egenskap av ST-läkare.

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

Verksamheten vid infektionskliniken är koncentrerad till en byggnad där infektionsavdelningen finns i markplan. På våning 1 infektionsmottagningen och administrativa lokaler, bland annat läkarrum. På våning 2 finns ytterligare administrativa lokaler, inklusive resterande läkarrum samt smittskyddsenhet och vårdhygien.

Akutmottagningen och intensivvårdsavdelningen ligger i nära anslutning till "infektionshuset". Även sprututbytesmottagningen ligger i en nära angränsande byggnad.

Läkarrummen är rymliga med plats för en till fyra läkare per rum. ST-läkarna har egen adekvat utrustad arbetsplats.

På infektionsavdelningen finns 20 vårdplatser med möjlighet till 2 överbeläggningar. Endast enkelrum, alla med sluss samt en dörr ut i markplan. Alla slussar har negativa tryck varav två med möjlighet att växla till positivt tryck. Möjlighet till högflödes syrgasbehandling (optiflow). På avdelningen finns två läkarrum med vardera ett läkarteam bestående av en specialist och 1-2 underläkare.

På mottagningen finns adekvat utrustning för diagnostik, utredning och behandling. Undersökning av leverelasticitet görs med ultraljud. Malariadiagnostik utförs av infektionsjour. Preparaten färgas antingen av primär-/bakjour eller klinisk kemi, även jourtid. Dagtid kan även erfaren sjuksköterska på mottagningen färga preparatet. Mikroskopi görs av primär-/bakjour. Mikrobiologiskt laboratorium finns på sjukhuset. På mottagningen finns inga rum med sluss.

Tillgång till relevanta IT-baserade beslutsstöd och litteratursökning finns.

Föreskrift

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

Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:



Utrustning för diagnostik, utredning och behandling är adekvat.



Utrustning för mottagningsverksamhet, möten och behandlingskonferens på distans är adekvat.

Kvalitetsindikator



ST-läkarna har tillgång till funktionell arbetsplats.



Det finns tillgång till relevanta IT-baserade kliniska beslutsstöd, sökbar vetenskaplig databas samt stöd från bibliotek eller FoU-enhet under hela specialiseringstjänstgöringen.

Gradering

- ☒ A. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- ☐ B. Socialstyrelsens föreskrifter.
- ☐ D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

PROCESS

D Tjänstgöringens upplägg

ST-läkarna har påbörjat sin ST-tjänst efter ca 3–6 månaders vikariat på kliniken. Tjänstgöringen för ST-läkare fördelas mellan avdelningstjänstgöring, jourtjänstgöring, planerad mottagning och deltagande i konsultverksamhet under handledning. Under de första åren av ST så består tjänstgöringen främst av avdelningstjänstgöring och jourtjänstgöring för att sedan mot slutet av ST i större utsträckning bestå av konsultverksamhet under handledning. Möjligheten till konsultverksamhet under handledning har avsevärt förbättrats under de senaste åren och prioriteras, om möjligt, även vid begränsad bemanning. Jourtjänstgöringen utgör en adekvat del av tjänstgöringen, och med två jourlinjer på akutmottagningen dagtid ger den mycket goda möjligheter att göra den primära bedömningen av infektionsspatienter. ST-läkarna träffar under sin utbildning på planerad mottagning hepatit-, HIV- och tuberkulospatienter. Vissa ST-läkare följer även patienter med immunbrist. Det finns ingen resemedicinsk mottagning på kliniken, det finns planer på att starta detta men ingen tidsram för när det ska ske.

Samtliga ST-läkare har en huvudansvarig handledare. Alla underläkare som tjänstgör 3 månader eller mer på kliniken har en utsedd handledare.

Det finns regionala riktlinjer för hur ST-utbildningen ska genomföras men inga verksamhetsspecifika skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas, eller styrande dokument för tjänstgöringens innehåll. Varje ST-läkare planerar själv, med stöd från handledare och tidigare ST-läkare, upplägget för sin ST-tjänst. Sidotjänstgöring inom internmedicin (10–12 månader), mikrobiologi (5 månader lokalt och 1 månad på universitetsklinik), barnmedicin (3 månader), intensivvård (2 månader) och reumatologi (1 månad) genomförs. Det finns möjlighet till sidotjänstgöring på universitetsklinik men har endast genomförts av enstaka ST-läkare.

Alla ST-läkare har ett individuellt utbildningsprogram men det finns ingen gemensam utformning av dessa och de saknar kopplingen mellan delmål, utbildningsaktivitet och metod för bedömning av uppnådd kompetens. Utbildningsprogrammet följs inte systematiskt upp vid handledning och revideras inte heller regelbundet.

Alla nyanställda läkare (inkl ST) får introduktion till tjänstgöringen.

Studierektorn har en stödfunktion och samordnar ST-läkarnas interna och externa utbildningar. Studierektorn tar del av kompetensbedömningarna då de ligger till grund för specialistkollegium, men få kompetensbedömningar utförs.

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

Varje ST-läkare har en utsedd huvudansvarig handledare med specialistkompetens inom infektionsmedicin. Alla handledare har genomgått handledarutbildning i Regionens regi. Några av äldre datum och därmed inte uppdaterade på nya riktlinjer för ST-utbildningen.

Handledningen är schemalagd 1 timme varannan vecka. Tisdagar kl 14-15. Avsedd handledningstid nyttjas sällan då den ofta sammanfaller med prioriterad klinisk position eller att någon av ST-läkare och handledare (eller båda) ej är i tjänst. Många gånger överenskommes om annan tid som passar båda bättre. Enligt regionala riktlinjer ska minst tre timmar per månad avsättas för handledning, något som långt ifrån uppfylls i strukturerat format. Handledning förekommer i varierande frekvens. Skriftlig rekommendation kring vad som kan ingå i handledningssamtalen finns. Vid handledning ges i de flesta fall bl. a. återkoppling från specialistkollegium, genomgång av årlig ST tenta, diskussioner kring olika diagnoser och knäckfall samt även diskussioner kring den professionella utvecklingen i läkarrollen och planering av ST-utbildningen. Strukturerade handledarsamtal dokumenteras vanligen av ST läkaren, men i något fall av handledaren. Såväl handledare som ST-läkare poängterar att handledning, av såväl handledare som annan specialist, sker återkommande mer inofficiellt under det kliniska arbetet.

Regional rutin finns avseende användande av bedömningsmetoder för ST-läkarens kompetens. Bedömningsmetoderna är kända för alla handledare. De används i låg frekvens. Övergripande regionala mål för antal bedömningar finns. Där anges ett minimum om 6 bedömningar per år. Detta uppnås inte för någon av ST-läkarna. I de Regionala riktlinjerna står att "Alla kliniker ska ha en skriftlig rutin för bedömning, återkoppling och dokumentation av ST-läkarens kompetensutveckling som beskriver vilka metoder som används och hur ofta de ska utföras." Detta saknas på infektionskliniken. Specialistkollegium genomförs en gång per år för varje ST läkare när de är i klinisk tjänst på infektion. I praktiken blir detta 2-3 gånger/ST-läkare under ST-tjänsten. Rondmall och mini-CEX är de bedömningsinstrument som är mest kända och används mest.

Eftersom ingen av ST läkarna har upprättat ett adekvat individuellt utbildningsprogram kan inte handledningen utformas, eller kompetensbedömning göras, med utgångspunkt från det individuella utbildningsprogrammet. Däremot utgår handledningen i många fall från målbeskrivningen för a-, b- och c-mål.

Kompetensutvecklingen bedöms inte kontinuerligt med utgångspunkt från det individuella utbildningsprogrammen då det saknas plan för bedömning av måloppfyllelse i dessa.

Varje ST-läkare har en utsedd specialistkompetent handledare för varje del av utbildningen. Sidoutbildningen följs inte upp genom s.k. trepartssamtal. Under handledningen tas många gånger upp hur sidoutbildningen varit.

Det finns en regiongemensam riktlinje för hur åtgärdsplan ska tas fram ifall ST-läkaren inte uppnår avsedd kompetens.

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

De individuella utbildningsprogrammen uppfyller inte kraven vilket framförts under avsnitt D varför denna brist inte markeras här. Utbildningsmoment och kurser planeras i enlighet med målbeskrivningen.

ST-läkarna har god möjlighet att delta i planerade kurser samt annan extern och intern utbildning. I vissa fall, ex fallseminarium, begränsas deltagandet av platstillgång.

De individuella utbildningsprogrammen innehåller i de flesta fall planerade externa och interna utbildningsaktiviteter.

Planerad tid för självstudier framgår inte av det individuella utbildningsprogrammet men finns angiven i ST-kontraktet. Tid för självstudier motsvarande fyra dagar per termin schemaläggs.

Intern utbildning för ST-läkare består av två utbildningseftermiddagar per termin samt två lunchseminarium per termin. Utöver detta kan ST-läkarna delta i klinikens interna utbildning en timme varannan vecka samt falldragning en timme varannan vecka. Den teoretiska interna utbildningen är inte systematiskt uppbyggd med koppling till delmål. Den har planerats utifrån de behov som ST-läkarna uppgett.

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

Obligatorisk utbildning i medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete sker i regi av Region Dalarna genom regelbundet återkommande kurser för a- och b-mål.

Ingen av specialist- eller ST-läkarna är doktorand eller disputerad. För handledning av det vetenskapliga arbetet finns samarbete med disputerade kollegor inom andra specialiteter på sjukhuset. Alla ST-läkare utom en planerar att genomföra/har genomfört ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer, vilket redovisas skriftligt och muntligt. En av ST-läkarna planerar att tillgodoräkna tidigare vetenskapligt arbete.

Inom regionen finns Centrum för Klinisk Forskning (CKF) och regionala forskningsrådet där anställda kan ansöka om ekonomiskt forskningsstöd ("uppstartsstöd") och få hjälp i uppstartsprocessen. Det finns inget doktorandprogram i regionen.

Journal club efterfrågas och är under uppstart. Planeras till ett par tillfällen per termin. Initialt med stöd av disputerad läkare från annan specialitet för att utforma strukturen. Tanken är att detta ska vara en aktivitet för samtliga läkare på kliniken.

Alla ST-läkare genomför ett kvalitetsarbete, som redovisas skriftligt och/eller muntligt. ST-läkarna liksom specialister och i vissa fall sjuksköterskor ingår i en eller flera "Ämnesområdesgrupper". Inom arbetet i gruppen ges möjligheter till förbättringsarbeten och undervisning i ämnet. ST-läkarna är inte involverade i klinikens handläggning av synergier (avvikelser).

ST-läkarens kompetens inom medicinsk vetenskap och förmåga att kritiskt granska och värdera vetenskaplig information bedöms i samband med specialistkollegium och vid presentation av vetenskapligt- och kvalitetsarbete samt vid diskussioner kring ämnen i samband kliniskt arbete och handledning.

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

ST-läkarna får utbildning inom ledarskap, handledning, kommunikation och hälso- och sjukvårdens förutsättningar genom deltagande i obligatorisk regional utbildning.

ST-läkarna ges förutsättning att utveckla sin ledarskaps- och kommunikativa kompetens främst i det kliniska arbetet, exempelvis via självständigt rondarbete.

ST-läkarna ges handledning i kommunikativ kompetens via individuella handledarsamtal.

Ledarskap och kommunikativ kompetens bedöms via specialistkollegium 2–3 gånger under ST. I övrigt bedöms dessa kompetenser muntligt efter observation vid gemensamt arbete på avdelning, och i viss men ringa omfattning strukturerat via rondmall. Det finns utrymme för användning av bedömningsmallar för dessa kompetenser i större utsträckning.

ST-läkarna tar en aktiv roll i undervisning av studenter (bedside på avdelningen och via seminarier), samt föreläsningar för AT-läkare och sjuksköterskor. ST-läkarna håller ibland också i den interna utbildningen för klinikkens läkare. Denna kompetens bedöms fortlöpande via specialistkollegium. Undervisning under handledning förekommer inte.

ST-läkarna handleder studenter och mindre erfarna medarbetare. Denna kompetens utvärderas via specialistkollegium men någon handledning under handledning genomförs inte.

Det finns möjlighet att auskultera hos chef, vilket uppmuntras, men genomförs inte.

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

Vaccination & Resemedicin Från våren 2026 fler färdiga Inf-specialister, vilket ska möjliggöra följande planering: Plan om att under 2026 återuppta resemedicinsk vaccination på infektionsmottagningen, vilket ger ST-läkare möjlighet att tillgodogöra sig detta. Ambition och möjlighet ges ekonomiskt och schemamässigt för samtliga ST-läkare att delta i vaccinationskurs/utbildning i resemedicin. I väntan på att egen resevaccinationsmottagning startas upp ges möjlighet att auskultera/delta på privat vaccinationsmottagning. Kontakt är tagen med resevaccinationsmottagning och uppstart av auskultation görs under hösten 2025.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026-03-01

Ansvarig för genomförandet

Isak Björklund (planering av kursdeltagande)

Datum för uppföljning

2026-06-01

Ansvarig för uppföljningen

Erik Degerman, Verksamhetschef

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

Utifrån behovet av en strukturerad lokal riktlinje för infektions-ST utgående från delmålen har vi utformat: - Dokumentet "ST-introduktion", vilket på fem sidor ger en övergripande bild av hur infektion-ST, inkl samtliga placeringar, interna/externa kurser och utvärderingar är tänkt att genomföras. Dokumentet innehåller också en beskrivning av hur klinikens IUP, utifrån delmålen (och SILF:s checklistor), är tänkt att användas. - Dokumentet "Vägen till specialist infektionsmedicin". Detta är en mer heltäckande översikt över år 1-5 i ST-tjänstgöringen, där ST-läkaren kan se vilka placeringar, kurser, handledningar och utvärderingar som årligen förväntas, samt frekvens av dessa.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

260101

Ansvarig för genomförandet

Isak Björklund

Datum för uppföljning

260401

Ansvarig för uppföljningen

Erik Degerman

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

Vår plan är att, som komplement till SILF:s "Utbildningsplan för ST-läkare Infektionssjukdomar", använda en individuell utbildningsplan bestående av dessa tre delar: - del 1; Redan existerande, gemensam plan på excelfil för samtliga klinikers ST-läkare, där det går att se samtliga ST-läkares historiska, aktuella och framtida placeringar på en tidslinje. ST-läkarna reviderar själva sina uppgifter minst två gånger per år. - del 2; Dokumentet "Vägen till specialist infektionsmedicin". En strukturerad översikt, redan omnämnd ovan. - del 3; Mall (exceldokument) där vardera ST-läkare utifrån samtliga delmål (a1-a6, b1-b5, c1-c13) kan se vilka placeringar och kurser (en eller flera) som kopplas till vardera delmål, samt hur och i vilken frekvens handledning och utvärdering (främst bedömningsmallar) ska användas. Här finns också flikar som individuellt används för att dokumentera genomförda handledningar, kurser och utvärderingar.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

260101

Ansvarig för genomförandet

Isak Björklund

Datum för uppföljning

260401

Ansvarig för uppföljningen

Erik Degerman

D. Tjänstgöringens upplägg

Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.

Planerad åtgärd

ST-läkarens utbildningsprogram revideras framöver årligen, lämpligtvis i samband med handledning alternativt efter specialistkollegium. Justeringar utifrån identifierade behov kan då i god tid göras för att tillgodose en bra utbildning.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

260101

Ansvarig för genomförandet

Isak Björklund

Datum för uppföljning

260401

Ansvarig för uppföljningen

Erik Degerman

E. Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

I aktuella, reviderade riktlinjer planeras för obligatorisk handledning på minimum 1,5 timme en gång/månad. I händelse av frånvaro eller förhinder ska ST-läkare + handledare bestämma en ny tid. Handledningen dokumenteras i ST-läkarens IUP, där även tema/ämne för handledningstillfällen dokumenteras. På detta sätt kan både ämnen för handledningar (utifrån delmål) och handledningens frekvens enkelt utvärderas.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

260101

Ansvarig för genomförandet

Isak Björklund

Datum för uppföljning

260401

Ansvarig för uppföljningen

Erik Degerman

E. Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

I aktuella, reviderade riktlinjer planeras för obligatorisk handledning på minimum 1,5 timme en gång/månad. Handledningen följs upp och dokumenteras i ST-läkarens IUP, där även ST-läkarens kompetensutveckling dokumenteras efter uppföljning. Målbeskrivning och checklista för specialiteten används vid handledningstillfällen för att få överblick över delmålens innehåll och ST-läkarens kompetensutveckling.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

260101

Ansvarig för genomförandet

Isak Björklund

Datum för uppföljning

260401

Ansvarig för uppföljningen

Erik Degerman