



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Akademiska Sjukhuset

Klinik

Thoraxanestesi

Specialitet

2025-05-21

Datum

Uppsala

Ort

Marco Schuster och Lena Gamrin-Gripenberg

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Välkomnande klinik med god stämning och ett stort utbildningsengagemang där ST-läkarna är en självklar del i verksamheten
- Stort ansvarstagande i alla personalgrupper för ST-läkarnas introduktion och fortsatta utbildning
- Föredömligt informationsmaterial till ST-läkare före placeringen
- Nyttillträdd, engagerad och drivande studierektor
- Bedömning och återkoppling sker informellt i den dagliga kliniska verksamheten
- Samtliga aktiva handledare har handledarutbildning enligt gällande föreskrift
- Specialistläkarkollegium genomförs en gång under sidotjänstgöringen
- Under granskningsbesöket framkommer ingen diskriminering eller kränkande särbehandling

Svagheter

- Koppling mellan delmål, utbildningsaktivitet, bedömning och återkoppling saknas i befintliga lokala styrande dokument
- Kontinuerlig bedömning av vetenskaplig kompetens saknas
- Bedömning och återkoppling avseende ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens dokumenteras inte
- Schemalagd inläsningstid finns men förefaller inte utnyttjas

Förbättringspotential

- Koppling mellan delmål, utbildningsaktivitet, bedömning och återkoppling behöver införas i befintliga lokala dokument, t. ex. "arbetsmomentlistan" och "intern utbildning" som har potential att bli en fullgod målbeskrivning
- Tydligt formaliserad avstämning inför starten av jourtjänstgöring
- Inför regelbundna Journal Clubs för att nå målen för kontinuerlig uppföljning av STläkarnas vetenskapliga kompetens
- Utnyttja tillfällen i det dagliga kliniska arbetet för dokumenterad bedömning och återkoppling av kommunikativ kompetens och ledarskapskompetens
- Regelbundna handledarträffar minst en gång om året bör införas för att säkerställa handledarnas kompetensutveckling
- Tidigarelägg tidpunkten för specialistläkarkollegium för att bedöma måluppfyllelsen av sidotjänstgöringen
- Bevaka att alla handledare har uppdaterad handledarutbildning

STRUKTUR

A Verksamheten

Kliniken är en del av verksamhetsområdet thoraxkirurgi och anestesi vid Akademiska sjukhuset. Ca 600 öppna hjärtkirurgifall opereras varje år samt vård av ECMO-patienter. Lungkirurgi och njurtransplantationer ingår i uppdraget. Det finns totalt 5 operationssalar, inklusive satellitverksamheter som robotassisterad kirurgi, arytmiab, PCI-lab samt interventionssal. Det finns 8 TIVA platser och en uppvakningsenhet med 2-4 platser. På jourtid har anestesipersonal inställetid på 30 minuter. Patientunderlaget och verksamheten är tillräckligt allsidigt och ger goda förutsättningar för sidotjänstgöring inom thoraxanestesi. Akademiska sjukhuset har utelämnat sidoutbildningskliniker från intern granskning av STutbildning var 3:e år utöver SPUR. Det pågår arbete för att kliniken ska inkluderas i sjukhusövergripande intern granskning. Bedömningsmallen är anpassad efter sidotjänstgöringens förutsättningar medförande att vissa punkter ej bedöms.

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

Klinik med ett gott utbildningsklimat, öppen och tillåtande kultur samt bra stöd dygnet runt till ST-läkare. Sidotjänstgöringens handledare är specialistkompetenta inom anestesi och intensivvård. Kliniken har 15 specialistläkare varav 8 är disputerade. Kliniken har inga egna ST-läkare och tar emot ST-läkare för sidotjänstgöring efter år 3 från Region Uppsala, Gävleborg, Västmanland, Dalarna, Sörmland, Västernorrland, Jämtland, Härjedalen och Värmland. Vid granskningstillfället går alla ST-läkare sin utbildning enligt föreskrift 2015. Studierektorn har tidigare pedagogisk erfarenhet från läkarprogrammet. Handledarträffar saknas och bör införas minst en gång per år för ST-handledarnas kompetensutveckling och innefatta utbildning och diskussion kring regelverket, målbeskrivning, bedömnings- och återkopplingsverktyg.

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

Delvis renoverade ändamålsenliga lokaler med adekvat och uppdaterad utrustning. Tillgång till funktionella arbetsplatser finns både på operation och TIVA för administrativt arbete. Det finns ett fysiskt medicinskt bibliotek med bibliotekarietjänst på sjukhuset

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

Verksamheten har skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas och styrande dokument för tjänstgöringens upplägg. De styrande dokumenten saknar koppling delmål - utbildningsaktivitet - bedömning och behöver utvecklas och kompletteras för att uppnå följsamhet till föreskriften. Väl genomarbetat digitalt introduktionsprogram delas med ST-läkaren i god tid före placeringen. Väletablerad klinisk introduktion som innebär tre veckor placering på operation/anestesi och två veckor på TIVA. En väl genomförd introduktion ses som ett gemensamt uppdrag för alla. På operation finns alltid en namngiven specialistläkare placerad på samma sal som ST-läkaren. Övriga medarbetare ger instruktioner i det dagliga arbetet. Introduktionen innehåller interna utbildningar som ska genomföras före jourtjänstgöring. "Arbetsmoment lista" och en checklista säkerställer att alla nödvändiga moment genomförs. Jourtjänstgöring påbörjas efter introduktionsveckorna och avstämning görs av handledaren. Bakjourer stannar på kliniken vid instabila patienter eller om inställelsetid blir för lång. Alla ST-läkare genomför en föreläsning för läkarkollegiet under sin placering. Flera möjligheter till läkarmöten med medicinskt innehåll erbjuds i veckan. I slutet genomförs ett specialistläkarkollegium vilket återkopplas via handledaren eller studierektorn. Inga fall av diskriminering eller särbehandling framkommer vid inspektionsbesöket. Sjukhuset har en uppdaterad och omfattande "Riktlinje för likabehandling".

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:

- ☐ 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

Handledare tilldelas i samband med placeringens start. Nära samarbete mellan ST-läkare och handledare generellt i dagligt kliniskt arbete. Handledning och handledarsamtal är inte inplanerade i den ordinarie tjänstgöringen. Förslag till upplägg av handledarsamtal finns i sjukhusgemensamma riktlinjen. Dokumenterade bedömningar görs i första hand på ST-läkarens önskemål. Regionens krav på tre bedömningar per år uppnås. Det görs informella bedömningar och muntlig återkoppling i den dagliga kliniska verksamheten. Dessa tillfällen bör dokumenteras. Koppling mellan delmål, utbildningsaktivitet och uppföljning saknas i befintliga dokument. För att uppnå följsamhet till föreskriften behövs ändamålsenliga bedömningar som är kända på förhand, strukturerade och delmålspecifika. Ett specialistläkarkollegium genomförs i slutet av placeringen och studierektorn och verksamhetschefen är med och tar del av bedömningarna. Åtgärdsplan för ST-läkare som riskerar att inte uppfylla kompetenskraven finns och uppdateras. Samarbete med hemmakliniken avseende uppföljning av sidotjänstgöring bör förbättras och ansvaret ligger i första hand på hemmakliniken.

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

I början på placeringen får alla ST-läkare en bok i thoraxanestesi. Målinriktad utbildning som följer checklistan under introduktionen. Fortsättningsvis flera utbildningstillfällen med varierat thoraxspecifikt innehåll (t.ex. fallpresentationer, MoM, forskningspresentationer och artikeldragning) vid minst två tillfällen per vecka. Den interna utbildningen saknar koppling till delmål. Schemalagd tid för bland annat självstudier finns men förefaller inte utnyttjas. Det förväntas att ST-läkaren håller en föreläsning i samråd med handledaren under placeringen. Återkoppling sker dock inte och bör ingå.

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

Återkommande bedömning och uppföljning av den vetenskapliga kompetensen saknas. Regelbundna Journal Clubs bör införas och varje ST-läkare borde presentera minst en artikel under sin sidotjänstgöring. Vid intresse finns möjlighet att utföra individuella arbeten men oftast görs det på hemmakliniken. Utbildning i patientsäkerhet- och kvalitetsarbete finns i form av återkommande MoMmöten som bedöms vara tillräckligt för måluppfyllelse.

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

Informell återkoppling av kommunikation och ledarskap görs i den kliniska vardagen och i handledarsamtal. Formell bedömning sker på specialistläkarkollegium. Bedöms att följsamhet till måluppfyllelse föreligger. Bedömning och återkoppling av ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens bör återkopplas strukturerat och dokumenteras. Hitta tillfällen i den kliniska vardagen för att ge ST-läkaren kontinuerlig återkoppling och möjlighet till utveckling av ledarskapskompetensen och den kommunikativa kompetensen. ST-läkarna ges möjlighet att undervisa och handleda då AT-läkare och läkarstudenter är placerade på thoraxkliniken. Återkoppling på undervisning och handledning förekommer 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

Thoraxanestesi Akademiska sjukhuset Uppsala

D. Tjänstgöringens upplägg

Verksamheten tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas, samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg. Dessa ska vara kända och användas.

Ange svar under följande rubriker:

Planerad åtgärd

Ett styrande dokument "Målbeskrivning Sidotjänstgöring Thoraxanestesi och intensivvård" med detaljerad beskrivning avseende aktuella delmål, tilltänkt utbildningsaktivitet och bedömning avseende delmålen utarbetas och publiceras därefter på sjukhusets lokala intranät.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Skall vara publicerat innan 9 oktober 2025.

Ansvarig för genomförandet

SR Sara Bülow Anderberg.

Datum för uppföljning

2025-10-06.

Ansvarig för uppföljningen

Carl-Henrik Ölander 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.

Ange svar under följande rubriker:

Planerad åtgärd

Återinförande av Journal Club där varje ST läkare skall presentera minst en artikel med relevans för thoraxanestesi och intensivvård under sin 6 månaders randning.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Omgående. 2025-07-31.

Ansvarig för genomförandet

SR Sara Bülow Anderberg

Datum för uppföljning

2025-09-31.

Ansvarig för uppföljningen

Carl-Henrik Ölander VC.