



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Vrinnevisjukhuset

Klinik

Njurmedicin

Specialitet

2025-09-22 – 2025-09-23

Datum

Norrköping

Ort

Karl Bjurström och Karl Dreja

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Allsidig njurmedicinsk verksamhet som möjliggör bred njurmedicinsk utbildning.
- Mycket gott utbildningsklimat med välfungerande stöd i det dagliga kliniska arbetet.
- Genomtänkt "trappstegsmodell" där ST-läkaren successivt får ökande ansvar, beroende på individens progressionstakt, gällande mottagning utifrån CKD-stadium, diagnos, HD, PD och transplantation.
- Goda möjligheter att utveckla eget beslutsfattande och ökad grad av självständighet under ST.
- Mottagningsverksamheten introduceras tidigt och löper under hela ST-utbildningen.
- Regelbundet återkommande kliniskt orienterade sektionsmöten där specialister, ST-läkare och övriga yrkeskategorier bjuds in.
- Njursektionen, tillsammans med Medicinkliniken, erbjuder goda möjligheter till internutbildning.
- Generös inställning till deltagande i externa kurser.
- Tid finns schemalagd för självstudier en heldag per månad.
- God återväxt med en stor och engagerad ST-grupp.

Svagheter

- Planering i IUP (Excel-filen) för utbildningsaktiviteter och bedömning av A-, B- och C-mål saknas, liksom planering för självstudietid.
- Det saknas en implementerad klinik- och sektionsgemensam struktur för användningen av bedömningsinstrument vilket medför att dessa används endast sporadiskt.
- Den dokumenterade återkopplingen från specialistläkarkollegium varierar stort.
- Brist på specialister i klinisk tjänst som kan handleda.
- Alla handledare har inte en uppdaterad handledarutbildning.
- Regelbundna möten mellan handledare och studierektor saknas.
- För närvarande utnyttjas inte möjligheten fullt ut till deltagande i ST-utbildning utgången från Linköpings universitetssjukhus.
- Det saknas en implementerad struktur för bedömning och återkoppling av vetenskaplig kompetens i samband med journal club.
- Handledning och dokumenterad bedömning av ST-läkarens presentationsteknik vid undervisning och handledning av AT-läkare och läkarstudenter dvs "handledning på handledning" förekommer i alltför låg omfattning.

Förbättringspotential

- Implementera den klinikövergripande handlingsplanen för planering i IUP (Excel-filen) för utbildningsaktiviteter och bedömning av A-, B- och C-mål, liksom planering för självstudietid.
- Implementera den klinikövergripande handlingsplanen avseende struktur och frekvens för användning av valda bedömningsinstrument.
- Införa bedömningsveckor i syfte att åstadkomma regelbunden kompetensbedömning för vilket ST-läkarna bär huvudansvaret.
- Säkerställa förbättrad dokumentation av bedömning från specialistkollegier för att kunna ge en strukturerad återkoppling till ST-läkaren.
- Säkerställa möjlighet för alla handledare att kunna gå handledarutbildning enligt gällande föreskrift.
- Införa regelbundna möten mellan handledare och studierektor, t ex ett handledarforum.
- Se över samarbetet inom ST-utbildningen i njurmedicin mellan Norrköping och Linköpings universitetssjukhus. Detta kan gälla ST-utbildningsdagar och samarbete med en regionövergripande ST-studierektor.
- Implementera den klinikövergripande handlingsplanen avseende struktur för bedömning och återkoppling av vetenskaplig kompetens i samband med journal club.
- Implementera den klinikövergripande handlingsplanen avseende handledning och dokumenterad bedömning av ST-läkarens presentationsteknik vid undervisning och handledning av AT-läkare och läkarstudenter.

STRUKTUR

A Verksamheten

Nefrologi utgör en sektion i Medicinkliniken vid Vrinnevisjukhuset i Norrköping, Region Östergötland. Upptagningsområdet är cirka 180 000 invånare. Medicinkliniken har, förutom en sektion för nefrologi, också vårdavdelningar och mottagningsverksamhet inom allmän internmedicin, gastroenterologi, endokrinologi och diabetes, hematologi samt strokevård. Det finns en egen kardiologiklinik med vårdavdelning och fyra HIA-platser samt en IVA-avdelning med sex vårdplatser. IVA har tre prismaflex-monitorer och möjlighet till akut dialys med kolfiltrer. Läkare från den internmedicinska familjen (internmedicin, geriatrik, kardiologi och infektion) bemannar tillsammans med akutkliniken ett medicinteam på akutmottagningen och en husjournlinje. Medicinkliniken har 32 vårdplatser fördelade på två vårdavdelningar med 6-8 patienter per vårdlag. Som avdelningsansvarig specialist har man patientansvar för 8-16 patienter. Sektionen för nefrologi ansvarar för ett vårdlag om 6-8 patienter. Oftast vårdas 0-4 nefrologipatienter inneliggande och övriga vårdplatser inom vårdlaget belägges då av patienter med allmänt internmedicinska diagnoser. Nefrologisektionens öppenvård inkluderar hemodialysmottagning med 50 patienter fördelade på 35 patienter i assisterad institutionshemodialys (HD) och 15 patienter i själv-hemodialys (själv-HD). Man erbjuder inte hem-hemodialys (hem-HD) för närvarande. Därtill finns en peritonealdialys (PD)-mottagning med 20 PD-patienter, transplantationsmottagning för uppföljning av njurtransplanterade patienter (cirka 100 st) och en njurmottagning för patienter med kronisk njursvikt (CKD). Assisterad PD i Norrköping sköts, liksom i Linköping, i regional regi. Däremot sköts det i kranskommunerna med hjälp av kommunens personal. Man har två mobila vattenreningsanläggningar och kan erbjuda hemodialys till utlokaliserade patienter på enheter som t ex infektionsavdelning, MAVA och IVA ifall behov uppstår. Man bedriver såväl akut som elektiv utredning innefattande njurbiopsier. 90% av alla njurbiopsier görs i öppenvård. Njurbiopsierna undersöks av Njurpatologlab på Sahlgrenska, Göteborg, och här finns ett väl upparbetat samarbete men för närvarande inga gemensamma njurbiopsironder. Plasmaferes bedrivs vid Aferesenheten på Linköpings universitetssjukhus (US). SLE-nefritter omhändertas på Reuma kliniken på US. Nefrologjouren är i beredskap vardagar och helgdagar så länge hemodialysmottagningen har öppet. Nefrologerna och ST-läkarna i nefrologi deltar i det allmänna jouruppdraget vid Medicinkliniken och i nefrologjour beroende på hur långt man har kommit i sin ST. Ett gott samarbete finns upprättat med Kärlkirurgiska kliniken vid US. Kärlkirurg tjänstgör tisdagar och torsdagar i Norrköping och man kan anlägga såväl AV-fistlar som AV-grafter. Temporära och permanenta centrala dialyskatetrar (CDK) läggs av anestesilog alltemedan PD-katetrar läggs av allmänkirurg via antingen laparoskopisk teknik eller i lokalbedövning. Man samarbetar med Sahlgrenska, Göteborg, avseende njurtransplantation. Njurtransplantatsbiopsier görs i Norrköping och skickas till Göteborg. På njurmottagningen finns ultraljudsapparat för bedside bedömning. Det finns även ett mikroskop för bedömning av urinsediment. Det finns övergripande skriftliga riktlinjer från Region Östergötland samt lokal riktlinje för internmedicin Norrköping hur ST-utbildningen skall genomföras och utvärderas. Den sammanlagda verksamheten vid den egna sektionen är tillsammans med randutbildningarna tillräckligt allsidig avseende patientsammansättning och sjukdomspanorama för att målbeskrivningens krav skall kunna uppfyllas.

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

På sektionen för nefrologi finns totalt 7 läkare varav 2 är specialister i nefrologi och 5 är ST-läkare. En av överläkarna är medicinskt ledningsansvarig (MLA) för såväl nefrologisektionen som hela Medicinkliniken. Den andre överläkaren är MLA för slutenvårdsavdelningen. Det finns en specialistläkarbrist och en pensionerad kollega hjälper till som timanställd. Man har inga hyrläkare. Det är ett krav att alla läkare blir dubbelspecialister inom internmedicin och nefrologi. Tre av ST-läkarna är specialister i internmedicin och ytterligare två blir färdiga specialister i internmedicin inom ett år cirka. Det finns ingen disputerad läkare i sektionen och ingen som har doktorandtjänst eller aktiv forskning. Dock finns flera disputerade läkarkollegor på Medicinkliniken. Samtliga handledare är specialistkompetenta och har genomgått handledarutbildning. Specialistkompetent studierektor finns. Det finns generella regionövergripande skriftliga riktlinjer för hur handledningen av ST-läkare ska gå till och också lokala riktlinjer för ST-läkare men de används i mycket begränsad omfattning. Studierektorn har en skriftlig uppdragsbeskrivning.

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

Granskningen genomfördes digitalt. Kontroll av lokaler och utrustning gjordes med hjälp av filmklipp, bilder och/eller videosamtal.

Utrustningen för diagnostik och behandling är adekvat. ST-läkarna har ett ST-rum med arbetsplatser och möjlighet till personlig förvaring eller ett arbetsrum med arbetsplats i direkt anslutning till njur- och dialysmottagningen. Standarden på jourrummen är ordinär. Mottagningslokalerna har normal standard. Det finns möjlighet att hitta ostörd lokal för handledning och återkoppling. Det finns goda möjligheter till digital medicinsk och vetenskaplig information och därtill finns ett fysiskt sjukhusbibliotek.

Föreskrift

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

Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

- ☒ Utrustning för diagnostik, utredning och behandling är adekvat.
- ☒ Utrustning för mottagningsverksamhet, möten och behandlingskonferens på distans är adekvat.

Kvalitetsindikator

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

Gradering

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

PROCESS

D Tjänstgöringens upplägg

Det finns ett allmänt introduktionsprogram till ST. ST-läkarna har ST-kontrakt och en individuell utbildningsplan (IUP). IUP:n utgår från regionens mall i Excel och läggs i en personlig mapp i G-katalogen som ST-läkare, handledare, studierektor och läkarchef har tillgång till. IUP är framförallt ifylld avseende tid och placeringar men inte för lärandeaktiviteter och bedömningar kopplade till målbeskrivningen. Här pågår en handlingsplan för förbättring. Avseende ST nefrologi följer alla fem ST-läkarna SOSFS 2015:8. Det finns krav att alla utbildar sig till dubbelspecialister internmedicin och nefrologi. Man strävar efter att nefrologin introduceras tidigt, gärna cirka två år in i ST internmedicin, så att ST-läkaren får en tydlig tillhörighet och kan tillgodogöra sig utbildningsmoment som kräver lång kontinuitet. Under ST nefrologi görs 3 månaders randutbildning vid transplantationsenheten på Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg, 6 månaders njurmedicinsk randutbildning på antingen Karolinska, Huddinge eller Linköpings universitetssjukhus (US). Vid US görs också en reumatologisk randutbildning. Under randningarna betalas lönen av hemmakliniken. Övrig njurmedicinsk utbildning görs vid den egna sektionen. Jourarbetet uppfyller en adekvat del av den samlade tjänstgöringen. ST-läkaren tilldelas tidigt egen mottagning. Man arbetar i nefrologisektionen utifrån en "trappstegsmodell" där ST-läkaren successivt får ökande ansvar, beroende på individens progressionstakt, gällande mottagning utifrån CKD-stadium, diagnos, HD, PD och transplantation. Det finns en generös inställning till deltagande i externa kurser. Studierektorn utgör en organisatorisk stödfunktion till klinikledning, handledare och ST-läkare.

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.

E Handledning och kompetensbedömning

Det finns övergripande regionala riktlinjer för handledning. Här finns struktur, frekvens och bedömningsmallar beskrivna. Det finns också en lokal ST-riktlinje på Medicinkliniken. Det finns en handlingsplan och har påbörjats ett arbete med implementering av denna. Fortfarande förekommer dock kontinuerlig kompetensbedömning i begränsad omfattning och dokumentation sker sparsamt. Specialistkollegium genomförs en gång per år för varje ST-läkare. Bedömningen återkopplas av handledaren oftast muntligt och i varierande grad skriftligt. Det har påbörjats ett förbättringsarbete för att öka dokumentationen och spara densamma i den gemensamma G-katalogen där även IUP sparas. Det finns inget forum för handledarträffar mellan handledare och studierektor. Varje ST-läkare har en personlig handledare. Det finns avsatt tid för handledning i schemat en gång var 4:e till var 6:e vecka. Uppdatering av handledarutbildning ges i samband med ST-introduktion där handledare skall delta tillsammans med ST-läkare. Handledarsamtalen dokumenteras i varierande utsträckning. Användning av bedömningsinstrument sker sparsamt. Utbildningsklimatet upplevs som mycket gott.

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

- ☐ 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

Region Östergötlands ST-kansli erbjuder kurser för a- och b-mål. Det finns en generös inställning till att gå externa c-målskurser. För ST nefrologi gäller det framförallt fyra c-målskurser. Nefrologisektionen tillsammans med Medicinkliniken erbjuder goda möjligheter till internutbildning. Det finns i sektionen läkarmöten en timme varannan vecka, remissgenomgångar en gång per vecka och teoretiskt/praktiska genomgångar dagligen i anslutning till mottagning. På kliniken finns intern ST-utbildning en timme i veckan, där specialister föreläser, ett årligt utbildningsinternat för ST-läkare, man deltar i AT-läkarnas "micro-teach" föreläsningar och journal clubs som tidigare utförts en gång i veckan håller nu på att omstruktureras till att äga rum en gång i månaden och enligt en pågående handlingsplan med tydligare struktur för bedömning och återkoppling. ST-läkarna deltar inte regelbundet i regionövergripande ST-utbildningsdagar i nefrologi, utgångna från Linköpings universitetssjukhus. Det är också något oklart hur strukturen för dylik utbildning ser ut för närvarande. Självstudier finns schemalagda en heldag per månad. Dock finns ingen tydlig planering i IUP vad självstudierna skall innehålla. Det finns ingen förväntan eller krav på att genomföra diagnostisk tentamen i nefrologi. Ibland har den genomförts som ett progresstest.

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

Region Östergötland arrangerar ST-läkarnas obligatoriska kurs i forskningsmetodik. Alla ST-läkare genomför ett vetenskapligt arbete med avsatt tid upp till 10 veckor för kurs och arbete. Det finns disputerade läkarkollegor på kliniken som fungerar som vetenskapliga handledare. Tidigare har ST-läkare presenterat vetenskapliga artiklar på Journal Clubs en gång per vecka. En handlingsplan har utformats för att förbättra bedömning och återkoppling av medicinsk vetenskaplig kompetens till ST-läkarna. Därmed kommer också Journal Clubs att glesas ut till en gång per månad. Detta arbete har påbörjats. Ännu finns endast sparsamt med dokumenterad kontinuerlig bedömning och återkoppling av kompetens i medicinsk vetenskap. I samband med ST-läkarnas APT görs patientsäkerhetsgenomgång. Alla ST-läkare gör ett kvalitets-/förbättringsarbete och tid avsätts för detta i schemat. Regionen har ingen kurs inom detta ämnesområde. Någon klinikgemensam rutin för presentation av arbetet finns inte. En handlingsplan finns upprättad och ett förbättringsarbete pågår redan.

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

Det finns en kurs i medicinskt ledarskap och en kurs i patientkommunikation. Bägge anordnas av Region Östergötland. ST-läkarna får handledarutbildning i samband med sin ST-introduktion. ST-läkarna har själva uppdrag som handledare till AT-läkare och läkarstudenter. Flera ST-läkare har ansvarsuppdrag på kliniken. ST-läkarna presenterar själva på Journal Club och i samband med undervisning av AT-läkare och läkarstudenter. ST-läkarna får träna ledarskap och kommunikativ kompetens i samband med att de leder avdelningsronder, dialysronder och teambesök. Den metod som har använts för bedömning och återkoppling är framförallt det årliga specialistkollegiet. Det pågår ett arbete för att förbättra dokumentationen och återkopplingen från specialistkollegium till ST-läkare. Det finns en betydande variation i hur återkopplingen sker. Det sker en enkätbaserad återkoppling från AT-undervisningen. I samband med avdelningsronder, dialysronder och teambesök beskriver man hur övrig personal tillfrågas och involveras i att ge återkoppling till ST-läkaren men användningen av bedömningsinstrument, dokumentation och återkoppling sker sparsamt. Ett förbättringsarbete utifrån handlingsplan har påbörjats.

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-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

Vrinnevisjukhuset - Njurmedicin

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

D. Tjänstgöringens upplägg

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

Planerad åtgärd

Ökat krav på den enskilda ST-läkaren om att ha en uppdaterad IUP med tydlig plan för utbildningsaktiviteter för måluppfyllnad. Likaså stående punkt under handledningstillfällen att gå igenom IUP och ansvar hos huvudhandledare att stötta vid upprättandet av utbildningsplanen. Befintlig excelfil för IUP skall uppdateras med följande för att underlätta: o Tydliggörande i excelfil för respektive delmål vilka kurser och kliniska tjänstgöringsaktiviteter som bidrar till måluppfyllnad. o På förhand angivet obligatoriska kurser som ST-läkare inom RÖ förväntas gå. o Skapa möjlighet att dokumentera handledningstillfällen. Samtliga ST-läkare ska ha en reviderad IUP 260430 och ska revideras årligen.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

260331

Ansvarig för genomförandet

ST-studierektor i samverkan med verksamhetsutvecklare och läkarchef

Datum för uppföljning

260430

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor

D. Tjänstgöringens upplägg

Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.

Planerad åtgärd

Enligt handlingsplan som redan gäller för alla sektioner inom Medicinkliniken Vrinnevisjukhuset och införande rutiner som beskrivs i handlingsplan E.Handledning och kompetensbedömning säkerställs att utbildningsprogrammet följs upp och revideras vid behov.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

260531

Ansvarig för genomförandet

ST-studierektor och läkarchef

Datum för uppföljning

20260901

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor och läkarchef

E. Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Enligt handlingsplan för Internmedicin Medicinkliniken Vrinnevisjukhuset : Ökad frekvens och struktur avseende den personliga handledningen. För att säkerställa att detta genomförs kommer följande rutiner att införas: o Schemalagd handledningstid minst var 6:e vecka med undantag för semesterperioden (får då ske i mån av tid och möjlighet). Första handledningstillfället planeras in av schemaläggare och därefter ansvarar ST-läkaren och handledaren för att gemensamt planera in nästa handledningstillfälle inom 6 v och tid avsätts i tidboken. o Nyare ST skall ha möjlighet till tätare handledarträffar och RÖ-kursen "ST-introduktion med handledare" prioriteras tidigt schemamässigt. o Översyn av befintliga handledares kompetens (senaste handledarutbildningen?) och utbildning i aktuell föreskrift. o I situationer då tid för handledning ej går att planera inom tidsramen, kontaktas läkarchef som får vara behjälplig med prioritering. o Handledningstillfället dokumenteras i den uppdaterade excelfilen och med fördel bestäms en agenda för nästkommande handledningsträff. o Innehållet av handledningen kan variera utifrån individuella behov, men skall beröra IUP.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

260321

Ansvarig för genomförandet

Läkarchef, ST-studierektor och schemaläggare

Datum för uppföljning

260430

Ansvarig för uppföljningen

ST-studierektor och läkarchef

E. Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Enligt handlingsplan som redan gäller för alla sektioner på Medicinkliniken Vrinnevisjukhuset, det planeras för följande: o Rutin för kontinuerlig bedömning av ST-läkare inom såväl öppen- som slutenvård. Målet är att varje ST-läkare ska ha genomfört minst tre formella bedömningar per termin, inklusive minst en bedömning per randning. o Bedömningarna skall göras med hjälp av de etablerade metoder för kompetensbedömning som finns att tillgå inom RÖ (lättåtkomligt på ST kansliets hemsida på intranätet), t.ex. Mini-CEX och CBD och som utgår ifrån läkarsällskapets och läkarförbundets rekommendationer. Bedömningarna sparas (eller scannas in) i ST-läkarens personliga mapp (G-mapp) med åtkomst för huvudhandledare, ST-studierektor och närmsta chef. För att möjliggöra kontinuerlig kompetensbedömning görs följande insatser: o Slutenvård Översyn schemaläggning avseende kompetensnivå, antal läkare och arbetssätt på avdelningarna med målet att skapa förutsättningar för ansvarig överläkare att ronda tillsammans med ST-läkare och på så sätt möjliggöra återkoppling och kontinuerlig bedömning. o Öppenvård I samband med planerad internrandning avsätts tid för en tidig samt sen medsittning. Tid för daglig klinisk handledning inplaneras även det i schemat. Översyn av schemaläggning för att kunna erbjuda längre sammanhållna placeringar inom respektive sektion, vilket också underlättar lärande och möjlighet till kompetensbedömning.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

260531

Ansvarig för genomförandet

ST-studierektor och läkarchef

Datum för uppföljning

260615

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor och läkarchef

E. Handledning och kompetensbedömning

Verksamheten har rutiner för hur den kontinuerliga bedömningen dokumenteras (För ST enligt 2015:8 är verksamhetschef ansvarig enligt ovan)

Planerad åtgärd

Enligt handlingsplan för Medicinkliniken Vrinnevisjukhuset: Alla ST-läkare utvärderas på specialistkollegium en gång per år, bortsett från första året då ST-läkaren utvärderas vid två tillfällen. o ST-läkarens dokumenterade kompetensbedömningar under året används som stöd vid bedömningen. o Bedömningen dokumenteras skriftligt och sparas i ST-läkarens G-mapp

Datum när åtgärden ska vara genomförd

260531

Ansvarig för genomförandet

Läkarchef och ST-studierektor

Datum för uppföljning

20260901

Ansvarig för uppföljningen

Läkarchef och ST-studierektor

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

Planerad åtgärd

Säkerställs genom införandet av rutiner för kompetensbedömning med etablerade metoder som beskrivs i handlingsplan E.Handledning och kompetensbedömning

Datum när åtgärden ska vara genomförd

260531

Ansvarig för genomförandet

ST-studierektor och läkarchef

Datum för uppföljning

20260901

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor och läkarchef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Var god se handlingsplan för Medicinkliniken Vrinnevisjukhuset. Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, dvs planerat införande av ST-läkarledda ämnesspecifika föreläsningar och samtida bedömningar av specialist avseende presentationsteknik. Med åtgärder beskrivna i handlingsplan under E.Handlednings och kompetensbedömning, dvs öka förutsättningarna för kontinuerlig kompetensbedömning med etablerade metoder, ges också förutsättningar för specialist att bedöma handlednings- och den pedagogiska förmågan hos ST-läkaren i samband med avdelningsarbetet.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

260531

Ansvarig för genomförandet

ST-studierektor och läkarchef

Datum för uppföljning

20260901

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor och läkarchef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Var god se ovanstående plan samt handlingsplan för Medicinkliniken Vrinnevisjukhuset.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

260531

Ansvarig för genomförandet

ST-studierektor och läkarchef

Datum för uppföljning

20260901

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor och läkarchef