



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Din Doktor i Märsta

Klinik

Allmänmedicin

Specialitet

2021-12-07

Datum

Region Stockholm

Ort

Anna Källkvist och Michael Elmersson

Inspektörer

Styrkor

- Rel nyttillträdd MAL med ambition för utbildning.
- Engagerad ST-läkargrupp.
- Valfungerande studierektorsfunktion.

Svagheter

- ST-läkarna upplever mer fokus på produktion än utbildning.
- Öronmikroskop saknas.
- Individuella utbildningsprogram behöver aktiveras.
- Ledarskapsträning ej tillräckligt uppmärksammas.

Förbättringspotential

- Levandegör de individuella utbildningsprogrammen i såväl handledning som uppföljning.
- Aktualisera strukturerade värderingsinstrument.
- Mer frekventa medsittningar.

STRUKTUR

A Verksamheten

Verksamhet med ca 9400 listade + egen BVC. Mycket psykiatri, jämförelsevis få multisjuka. Samarbete med extern psykosoc resurs, men får nu egen psykolog för patienter upp till 17 års ålder. Lättakut lörd-sönd med bokade tider. Inom bolaget finns även företagshälsovård.

Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur specialiseringstjänstgöringen ska genomföras finns.
- Skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur specialiseringstjänstgöringen ska utvärderas finns.
- Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter följs.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

B Medarbetarstab och interna kompetenser

Tre fast anställda allmänläkare, varav två mycket erfarna, samtliga handledarutbildade. Fyra ST-läkare varav en i ledningsgrupp - vi träffade en på plats och två digitalt. En leg vik med sikte på ST.

Föreskrift

- Samtliga huvudansvariga ST-handledare har specialistkompetens i avsedd specialitet.
- Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.
- Tillgång till specialistkompetent studierektor med handledarutbildning finns.
- Tillräckligt många läkare med relevant specialitet och kompetens finns för att alla ST ska få adekvat handledning.
- Tillräckligt många läkare och andra medarbetare med relevant kompetens finns för att instruktioner ska kunna ges.

Allmänna råd

- Studierektorn har relevant specialistkompetens.

Kvalitetsindikator

- Generella skriftliga instruktioner för ST-handledning finns.
- Regelbundna handledarträffar för ST-handledarna finns.
- Skriftlig uppdragsbeskrivning för SR finns.

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 och allmänna råd. Åtgärder krävs.

C Lokaler och utrustning

Rymliga lokaler i två plan under renovering. ÖNH-mikroskop saknas.

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

Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

Adekvat utrustning för diagnostik, utredning och behandling finns.

Kvalitetsindikator

ST-läkarna har tillgång till funktionell arbetsplats.

Tillgång till IT-baserade kliniska beslutsstöd, sökbar vetenskaplig databas, stöd från bibliotek eller FoU-enhet finns.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter 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.

PROCESS

D Tjänstgöringens uppläggnig

IUP sammanställts inför SPUR-besöket.

Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Det finns skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg.
- Jourtjänstgöring/beredskap uppfyller kraven i målbeskrivningen.

Föreskrift

- Alla ST-läkare har individuellt utbildningsprogram som utgår från kraven i målbeskrivningen.
- Det individuella utbildningsprogrammet följs regelbundet upp och revideras vid behov i samråd med SR, HL och ST-läkaren.

Allmänna råd

- SR bör utgöra en organisatorisk stödfunktion till verksamhetschef, handledare och ST-läkare.
- SR bör medverka till utarbetning av ST-läkarnas introduktionsprogram.
- SR bör ta del av verksamhetschefens och handledarens bedömning av ST-läkaren.

Kvalitetsindikator

- Alla ST-läkare får introduktion till tjänstgöringen.
- Tillgång till individuella utbildningsprogram och handledning för de leg läkare utan specialistkompetens som arbetar vid enheten med siktet inställt på ST finns.
- Alla ST-läkare har lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter att uppnå målen i mål-beskrivningen oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnicitet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

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 och allmänna råd. Åtgärder krävs.

E Handledning och uppföljning

Ingen av ST-läkarna är nyanställd men individuella utbildningsprogrammen nytillkomna och behöver aktualiseras mera. Handledningen ska utgå från de individuella programmen och den fortlöpande bedömningen av kompetensutveckling ska ske med på förhand kända och överenskomna strukturerade metoder. Nedskriven plan för hantering av ST-läkare som ev riskerar inte uppnå målen ska finnas.

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

- Handledningen utgår från det individuella utbildningsprogrammet.
- Det finns en utsedd huvudansvarig handledare för varje ST.
- ST-läkaren har tillgång till handledare under varje utbildningsperiod.
- Fortlöpande bedömning av ST-läkarens kompetensutveckling utifrån målbeskrivningen och utbildningsprogrammet görs under hela ST.
- Kontinuerlig bedömning utförs av verksamhetschef (motsvarande) och huvudsaklig handledare.
- Verksamhetschef (motsvarande) ansvarar för att den kontinuerliga bedömningen dokumenteras.

Allmänna råd

- ST-läkaren bör, utöver handledning, få fortlöpande instruktioner.
- Handledningen är inplanerad i ordinarie tjänstgöringsschema.
- Den huvudansvariga handledaren tjänstgör där ST-läkaren huvudsakligen genomför sin specialiseringstjänstgöring.
- Handledarutbildningen bör omfatta handledning, pedagogik, metoder för bedömning, kommunikation och etik.
- Den fortlöpande bedömningen görs med på förhand kända och överenskomna metoder.
- Påvisade brister i ST-läkarens kompetens leder till en åtgärdsplan.
- Verksamhetschefen eller motsvarande håller regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkarna.

Kvalitetsindikator

- ST-läkarnas sidutbildning följs upp.
- Varje enhet har en plan för hur ST-läkare som riskerar hamna i svårighet för att uppnå enskilda delmål, sin professionella utveckling generellt eller av personliga skäl, ska kunna hjälpas.

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 och allmänna råd. Åtgärder krävs.

F Teoretisk utbildning

Kliniska läkarmöten sker 1h varannan vecka på lunchtid.

Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras in i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkarna genomgår den teoretiska utbildning som definieras i det individuella utbildningsprogrammet.

Föreskrift

- SR samordnar ST-läkarnas interna och externa utbildning.

Allmänna råd

- Intern utbildning planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.
- Extern utbildning planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.
- Tid för regelbundna självstudier planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.

Gradering

- A. 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 och allmänna råd. Åtgärder krävs.

G Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete

Den vardagliga aktualiseringen av vetenskap kan utökas, t.ex vid läkarmöten.

Föreskrift

- Utbildning erbjuds för att uppnå ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt.
- Goda förutsättningar finns för genomförande av ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.
- ST-läkarnas kompetens i medicinsk vetenskap bedöms fortlöpande och återkoppling sker.
- ST-läkarna ges möjlighet att utveckla kunskap om och kompetens i kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.
- Goda förutsättningar finns för att genomföra, dokumentera och redovisa ett kvalitetsarbete.
- ST-läkarens kompetens i kvalitetsutveckling bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

Kvalitetsindikator

- ST-läkares genomförda individuella arbeten publiceras eller presenteras vid vetenskapliga möten.
- Tillgång till ett välfungerande doktorandprogram finns.
- Enheten har regelbundna möten där medarbetare diskuterar och kritiskt granskar vetenskaplig litteratur.
- Minst ett, på enheten utfört, självständigt forskningsprojekt har publicerats i vetenskaplig tidskrift eller presenterats vid vetenskapligt möte de senaste två åren.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter 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.

H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

Ledarskapsfrågor och träning med återkoppling behöver aktualiseras mera. Medsittningar bör ske två ggr/termin.

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

Föreskrift

- ST-läkaren ges förutsättningar att utveckla ledarskapskompetens i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i ledarskapskompetens.
- ST-läkarens kompetens i ledarskap bedöms fortlöpande och med återkoppling.
- ST-läkaren ges förutsättningar att utveckla den kommunikativa kompetensen såväl muntligt som skriftligt i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.
- ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms och återkoppling sker.

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 inom- eller mellanprofessionell reflektion i grupp.

Gradering

- A. 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 och allmänna råd. Åtgärder krävs.

ÅTGÄRDSPLAN SPUR 2022

C Lokaler och utrustning

- **Adekvat utrustning för diagnostik, utredning och behandling finns:**

Öronmikroskop och lampa till gynekologisk undersökning är beställt. Genomgång av hur den ska användas kommer att ske via erfaren kollega som tidigare har varit verksam som ÖNH-läkare.

EHandledning och uppföljning

Vi har skapat en skriftlig handledningsplan för vår mottagning med punkter som alla handledare / ST-läkare regelbundet ska gå igenom. Denna är ämnad att användas av samtliga handledare /ST-läkare vid handledningen. Detta för att säkerställa en hög kvalitet. Vänligen se bilaga 1.

- **Handledning utgår från det individuella utbildningsprogrammet:**

I denna plan ämnar vi ha som rutin att varje handledare ska minst 1 gång per termin gå igenom, tillsammans med ST-läkaren den individuella utbildningsplanen. Genomgången kommer att förbokas vid schemalaggnings av handledningstiden.

- **Fortlöpande bedömning av ST-läkarens kompetensutveckling utifrån målbeskrivningen och utbildningsprogrammet görs under hela ST:**

Två gånger per år är planerade för sit-in med handledaren där Mini-CEX planeras ifyllas direkt i ST-forum.

En gång per år planeras även ett specialistkollegium genomföras för samtliga ST-läkare och dokumenteras i ST-forum som bilaga. Vänligen se bilaga 2.

- **Verksamhetschef (motsvarande) ansvarar för att den kontinuerliga bedömningen dokumenteras**

Verksamhetschefen har som ansvar att minst 1 gång per år gå in och säkerställa att bedömningsmallarna (Mini - CEX 2 st samt Specialistkollegium bilagan) är inlagda i ST-forum för samtliga ST-läkare.

- **Den fortlöpande bedömningen görs med på förhand kända och överenskomna metoder.**

Mini-CEX och specialistkollegiummallen på ST-forum kommer att användas. Likaså ledarskapsbedömningsformuläret som är skapat på förhand.

- **Varje enhet har en plan för hur ST-läkare som riskerar att hamna i svårigheter för att uppnå enskilda delmål, sin professionella utveckling generellt eller av personliga skäl, ska kunna hjälpas.**

För att tidigt kunna identifiera ST-läkare som riskerar att inte utvecklas tillräckligt för att uppnå delmålen, har kompetensbrister och är i behov av extra stöd och utbildning inom specifika områden behövs fortlöpande och regelbundna bedömningar och handledarsamtal. Vi har därför upprättat en åtgärdsplan för detta ändamål. Vänligen se bilaga 3.

G Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete

Enheten har regelbundna möten där medarbetare diskuterar och kritiskt granskar vetenskaplig litteratur.

En ST-läkare med ett intresse för vetenskaplig litteratur ska utses för att ansvara över att 1 gång per månad, på läkarmöten, att diskussion och kritisk granskning av vetenskaplig litteratur genomförs.

H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i ledarskapskompetens:

Varje ST-läkare ska tilldelas ett ansvarsområde på mottagningen, såsom ansvar att hålla i läkarmöten, ansvar att hålla i vetenskapliga litteratordiskussioner, projektledare för förbättringsarbete, ansvar för läkemedelsluncherna, ansvar för teamrund för mottagningens kroniska patienter osv.

Ledarskapsförmågor ska fortlöpande bedömas av huvudhandledaren men även på specialistkollegiet för att sedan återkopplas till ST-läkaren och föras in i ST-forum för skriftlig dokumentation. En skala för ledarskapsutvärdering är framtagen för mottagningen Din Doktor i Märsta AB för att validera bedömningen av ledarskapskompetens. Vänligen se Bilaga 4.

ST-läkaren bereds möjlighet att undervisa under handledning

Mottagningen tar emot studenter för undervisning. Verksamhetschefen ska tilldela ST-läkarna på mottagningen studenter för undervisning. ST-läkarna kan även att komma att utbilda personal på mottagningen. Förberedelse och uppföljning av detta moments ska tas upp under handledningstimmen med huvudhandledaren.

ST-läkarna bereds möjlighet att själv handleda under handledning

Verksamhetschefen ska även i schemat avsätta tid där ST-läkaren handleder studenter. Förberedelse och uppföljning av detta moments ska tas upp under handledningstimmen med huvudhandledaren.

Bilaga 1.Handledning av ST / BT läkare:

1. Handledaren ansvarar för att en strukturerad och planerad handledning sker 1 timme / vecka.

2. Genomgång av utbildningsplan

Bistå vid upprättande av utbildningsplanen för nya ST. Sedan ska handledaren och ST-läkaren ca 1 gång / termin, gå igenom den individuella utbildningsplanen och vid behov revidera den. Genomgången kommer att förbokas vid schemalagningen av handledningstiden.

Handledare ska även bistå vid val av kurser och andra utbildningsmoment utefter ST-läkarens behov.

3. Medsittning

Två gånger per termin ska planeras för sit-in med handledaren där Mini-CEX planeras ifyllas direkt i ST-forum av handledaren.

4. Specialistkollegium

En gång per år ska ett specialistkollegium genomföras för samtliga ST-läkare och dokumenteras i ST-forum som bilaga. Föreligger en särskild specialistkollegiummall för detta ändamål.

5. Projektarbete

Handledaren ska finnas som stöd och bistå vid handledning av ST-läkarens projektarbete.

6. Handledarutlåtande

Årligen upprätta ett handledarutlåtande som rapporteras till studierektor gällande ST-läkarens utveckling och sin egen handledarsituation

7. Handledarutbildning

Ha genomgått aktuell ST-handledarutbildning samt delta i handledarmöten minst 1 gång/termin

8. För ST-läkare som riskerar att hamna i svårigheter

Samråda med verksamhetschef och studierektor vid problem i ST-läkarens kompetensutveckling eller förhållningssätt. Genomföra åtgärder enligt åtgärdsplanen för detta ändamål. Se separat bilaga.

V9. Intyga specialistkompetens

Bedöma om/när specialistkompetens uppnåtts samt intyga detta i ansökan till SoS.

Bilaga 2. Specialistkollegium guide

I målbeskrivning SOSFS 2008:17 betonas verksamhetschefens ansvar för regelbunden bedömning och dokumentation av ST-läkarens kompetens. Verksamhetschefens och handledarens ansvar förstärks ytterligare i SOSFS 2015:8.

Syftet med "Specialistkollegium" är att bedöma och återkoppla ST-läkarens kompetensutveckling i förhållande till målbeskrivningen och hur länge utbildningstjänsten pågått.

Förberedelser:

Vårdcentralen ordnar och planerar specialistkollegiet. Verksamhetschefen sammankallar och håller i det.

Kollegiet beräknas ta ca 30-40 min per ST och äger rum på vårdcentralen.

En bedömningsmall per ST-läkare skall fyllas i av samtliga specialistläkare i allmänmedicin samt verksamhetschef.

Mallarna utgör diskussionsunderlag och ska medtas ifyllda till mötet. Även om man inte har möjlighet att delta i mötet ska man fylla i och bifoga mallar.

Bedömningen baseras på deltagande specialistläkares observation av respektive ST-läkarens arbete senaste året. ST-läkare deltar inte, men skall fylla i en självbedömningsmall, som handledaren tar med sig.

ST-läkaren har under det gångna året gjort minst 2 medsittningar som handledaren bedömt med hjälp av "Mini-CEX".

Handledaren har i förväg gjort en avstämning med övriga personalkategorier, t ex medicinska sekreterare, sjuksköterskor, undersköterskor, personal på labb och BVC samt kommunsjuksköterskor.

Handledaren har i förväg avtalat tid med sin ST-läkare för återkoppling efter kollegiet

Genomförande

Kollegiet leds av verksamhetschefen.

Deltagare är verksamhetschef och samtliga specialister i allmänmedicin.

Varje deltagare tar med sina ifyllda mallar, en för varje ST-läkare.

Varje enskild ST-läkarens kompetensutveckling diskuteras, även de som är på sidotjänstgöring, är föräldralediga eller tjänstlediga.

Ifyllda mallar samlas in och destrueras efter kollegiet.

Efter mötet

Handledaren sammanställer och återför snarast kollegiets samlade bedömning på mallen "Sammanfattning och feedback till ST-läkaren.

Eventuell åtgärdsplan återkopplas och fastställs i samråd med berörd ST-läkare.

Handledaren dokumenterar den slutliga sammanfattningen, som sparas i ST-läkarens portfölj.

Exempel på feedback

- Vi har uppfattat att dina kunskaper och färdigheter är goda, över förväntan snarare än under förväntan som du fyllt i.

- Vi upplever att du ofta frågar om sådant du kan.

- Vi föreslår att du vid rådfrågning ger:

Ett förslag till handläggning

Lyfter fram vad du är osäker på

Motiverar vad som ändå får det att väga över

- Vi specialister skall försöka låta dig tala till punkt, ställa frågor istället för att ge svar.

Specialistkollegium ST-läkares självskattning

Datum:

ST-läkarens namn:

Fullgjord tid av ST:

	Ej Observerat	Ej godkänt	Bör förbättras	Som förväntat	Över förväntan
Teoretiska kunskaper, uppvisar och använder					
Praktiska färdigheter					
Förmåga att Dokumentera/skriva journal					
Förmåga att göra kliniska bedömningar och fatta beslut					
Hävdar och litar på sig själv					
Känner sina begränsningar och konsulterar					
Patient / anhörigkontakt					
Pedagogisk förmåga					
Ledarskap					
Vetenskapligt/kritiskt förhållningssätt					
Samarbetsförmåga					
Ansvarsförmåga					
Arbetskapacitet					
Förmåga att hantera stress					
Nattarbete/jourtjänstgöring					
Övergripande skattning					

Specialistkollegium Handledares skattning

Datum:

ST-läkarens namn:

Fullgjord tid av ST:

	Ej Observerat	Ej godkänt	Bör förbättras	Som förväntat	Över förväntan
Teoretiska kunskaper, uppvisar och använder					
Praktiska färdigheter					
Förmåga att Dokumentera/skriva journal					
Förmåga att göra kliniska bedömningar och fatta beslut					
Hävdar och litar på sig själv					
Känner sina begränsningar och konsulterar					
Patient / anhörigkontakt					
Pedagogisk förmåga					
Ledarskap					
Vetenskapligt/kritiskt förhållningssätt					
Samarbetsförmåga					
Ansvarsförmåga					
Arbetskapacitet					
Förmåga att hantera stress					
Nattarbete/jourtjänstgöring					
Övergripande skattning					

Specialistkollegium Sammanställning

Datum:

ST-läkarens namn:

Fullgjord tid av ST:

	Ej Observerat	Ej godkänt	Bör förbättras	Som förväntat	Över förväntan
Teoretiska kunskaper, uppvisar och använder					
Praktiska färdigheter					
Förmåga att Dokumentera/skriva journal					
Förmåga att göra kliniska bedömningar och fatta beslut					
Hävdar och litar på sig själv					
Känner sina begränsningar och konsulterar					
Patient / anhörigkontakt					
Pedagogisk förmåga					
Ledarskap					
Vetenskapligt/kritiskt förhållningssätt					
Samarbetsförmåga					
Ansvarsförmåga					
Arbetskapacitet					
Förmåga att hantera stress					
Nattarbete/jourtjänstgöring					
Övergripande skattning					

ST läkares namn:

Bra:

Bör utveckla:

Eventuell förändring av utbildningsprogram:

Huvudhandledare:

Datum:

Bilaga 3. Plan för de ST-läkare som riskerar att hamna i svårigheter

Här nedan följer en plan för att hitta och hjälpa de ST-läkare som riskerar att hamna i svårigheter:

- Brister som uppdagas hos ST-läkaren som riskerar att leda till svårigheter är viktiga att uppmärksamma. Uppgift om brister hos ST-läkaren kan komma från handledaren eller andra personer i omgivningen. Olika uppgifter och utvärderingar kan behöva inhämtas för att definiera och tydliggöra problemet. Verksamhetschefen är ansvarig och kallar till möte med ST-läkaren, handledaren och studierektorn för att diskutera och gå igenom problemet. Mötet dokumenteras skriftligt och en åtgärdsplan upprättas. Ett uppföljande möte planeras för uppföljning och utvärdering.

Bilaga 4. Utvärdering av ledarskap

Ledarskap är en viktig del i ST-läkarens utbildning. I det dagliga arbete utövas ledarskap som läkare både i planerade och i akuta situationer. Klinisk bedömning av ledarskapet är svårt men viktigt. Denna skala är framtagen för att underlätta bedömningen.

Klinisk ledarskapsförmåga

ST-läkare _____

Examinator _____ Datum _____

Svårighetsgrad: enkel medelsvår svår

Plats: mottagning avdelning akutavdelning operation annan Situation: planerad oplanerad akut

Team (antal): läkare sjuksköterskor undersköterskor annat

OBS! Vid bedömningen betraktas teamledaren både enskilt och som en del av teamet.

Bemötande och professionalitet

1. Bemötande mot teammedlemmar/professionellt förhållningssätt (Inte observerat)

Otillfredsställande Tillfredsställande Utmärkt

2. Teamledaren och teammedlemmar presenterade sig för varandra och tydliggjorde sina roller.

Ja Nej Inte observerat

3. Förberedning/briefing av teamet och fördelning av arbetsuppgiften skedde på ett tydligt sätt. (Inte observerat)

Otillfredsställande Tillfredsställande Utmärkt

4. Teamledaren behöll helhetsperspektivet under den observerade situationen. (Inte observerat)

Otillfredsställande Tillfredsställande Utmärkt

5. Teamledaren säkerställde att patientsäkra kliniska standarder, hygienstandarder och personalsäkerhet upprätthölls under hela situationen.

Ja Nej Inte observerat

6. Teamledaren tillät inte att teamets stressnivå påverkade det kliniska arbetet negativt och prioriterade arbetsuppgifterna på ett adekvat sätt.

Ja Nej Inte observerat

7. Överlämnande och återtagande av ledarskapet skedde på ett för samtliga teammedlemmar tydligt sätt. (Inte observerat)

Otillfredsställande Tillfredsställande Utmärkt

8. Teamledaren fördelade befintliga resurser adekvat och omfördelade resurserna situationsanpassat.

Ja Nej Inte observerat

9. Teamarbetet skedde på ett effektivt, professionellt och strukturerat sätt under optimalt resursutnyttjande.

Ja Nej Inte observerat

10. Hela teamet inkluderades i arbetsprocessen på ett effektivt och patientsäkert sätt. Initiala handlingsplanen och eventuella justeringar kommunicerades tydligt. Teammedlemmars input/synpunkter hanterades adekvat och på ett professionellt sätt.

Ja Nej Inte observerat

11. Teamledaren uppmärksammade, kommunicerade och initierade nödvändig resursförstärkning i tid. (Inte observerat)

Otillfredsställande Tillfredsställande Utmärkt

Kommunikation

12. Effektiv och tydlig kommunikation skedde inom teamet (enligt SBAR och closed loop).

Ja Nej Inte observerat 13.

Icke verbal kommunikation skedde på ett tydligt och förståeligt sätt.

Ja Nej Inte observerat

14. Konstruktiv och/eller korrigerande feedback gavs och togs emot inom teamet.

Ja Nej Inte observerat

15. Teamledaren initierade och deltog i debriefing.

Ja Nej Inte observerat

Sammanfattning

16. Sammantagen ledarskapsförmåga

Otillfredsställande Tillfredsställande Utmärkt

Något som gick särskilt bra?

Förslag till förbättringar: