



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Visby Lasarett

Klinik

Radiologi

Specialitet

2023-01-26 – 2023-01-26

Datum

Visby

Ort

Mattias Bjarnegård och Ulrika Foldevi

Inspektörer

Styrkor

- Det finns en närhet och god stämning i arbetsgruppen generellt, och ST-läkarna upplever sig vara en tydlig del av arbetsplatsen.
- De vardagliga avstämningarna gällande instruktioner och tillgänglighet till ansvariga specialister är god.
- Lokaler och utrustning för det radiologiska arbetet är generellt välfungerande, och det finns planer för reinvestering där det behövs.
- Den radiologiska kliniken har åter blivit en egen verksamhet med en radiolog som chef vilket ses som positivt vad gäller möjlighet till fokus på utbildning/utveckling.
- Studierektor och klinikledning har en hög ambitionsnivå och erbjuder stöd och verktyg till ST-läkare och handledare.
- ST-läkarna tar ett tydligt ansvar för sin IUP och dokumentation.

Svagheter

- Bedömning och återkoppling berör i princip bara de specialitetsspecifika delmålen.
- Formella bedömningar sker nästan uteslutande i samband med specialistkollegium.
- De bedömningsmetoder som finns rekommenderade i riktlinjer används generellt inte.
- Vetenskapligt förhållningssätt bedöms inte fortlöpande, och eftersom ST-läkarna räknar med att få arbeten från grundutbildningen godkända genomförs heller inte vetenskapliga arbeten under ST i den aktuella gruppen.
- Bristen på administrativa lokaler för såväl enskilda samtal som möten påverkar arbetsmiljön negativt - särskilt gäller detta att studierektorn inte har ett eget rum. Bristen gäller också i stor grad lokal för konferens och distansmöten/undervisning.

Förbättringspotential

- Den uppsatta strukturen för bedömningar, med metodförslag och angivande av regelbundenhet, bör efterlevas och dokumenteras i IUP.
- ST-läkarnas utveckling i ledarskap bör bedömas, tydliggöras med uppsatta mål, och återkopplas med regelbundenhet. Befintliga bedömningsmetoder, ex v 360, kan vara ett stöd i detta. Resultat kan lämpligen ligga till grund för efterföljande handledning.
- De möjligheter som ges i verksamheten att handleda och undervisa bör nyttjas och kompletteras med handledning, bedömningar och strukturerad återkoppling.
- Stödstrukturer bör skapas kring introduktionen. Det kan gälla stöd i att tolka European Training Curriculum, info om adekvat kursinnehåll i ST, en standardiserad mall för, eller info om, vad en IUP bör innehålla (ex. bedömningar och teoretiska moment saknas idag) m.m.
- Verksamhetschefens ansvar för ST-utbildningen kringskärs av att övergripande studierektor äger godkännande av ST-kurser och sidotjänstgöring.
- Ledningssystemet DocPoint upplevs svårtillgängligt, ologiskt och svårt att söka i.
- Innehållet i och upplägget för planerade sidotjänstgöringar kan förbättras, det är av särskild vikt att dessa fungerar med tanke på Visbys unika läge och att dessa krävs för att verksamheten ska vara tillräckligt allsidig för ST-utbildning i radiologi.

STRUKTUR

A Verksamheten

Det finns skriftliga riktlinjer för ST:s genomförande och utvärdering, förenliga med föreskriftens krav. Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig tack vare ett utbyte med andra orter gällande sidotjänstgöringen som täcker det man inte har lokalt.

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

Det finns tillräckligt med specialistkompetenta läkare med handledarutbildning. Samtliga har dock inte utbildning enligt 2015 års föreskrift. Regionen saknar i nuläget en egen handledarutbildning för specialister, vilket kan försvåra såväl reaktivering som utbildning av nya specialistläkare. Det finns handledarträffar både lokalt och övergripande, men fokus vid dessa tillfällen är inte tydligt uppdatering av handledarkunskaper.

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

Det finns adekvat utrustning för radiologisk verksamhet och utbildning. Administrativa lokaler, mötesrum och kontor är det däremot brist på. Det enda rondrummet, som också används för mdk, räcker knappt till för röntgenklinikens interna behov och det används dessutom alltmer av andra specialiteter för konferensverksamhet. Det finns tillräckligt med granskningsstationer, och dessa används också som ST-läkarnas arbetsplats för annat arbete, då erbjudna administrativa arbetsplatser inte kan anses vara funktionella.

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.



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

PROCESS

D Tjänstgöringens uppläggning

ST-läkarna har, och vet att de har, ett eget ansvar för upprättande och revidering av IUP. Detta sker också generellt. Man anser att det är värdefullt, och anser att IUP är ett stödjande dokument. Samtliga ST och HL är väl medvetna om kraven i målbeskrivningen, och hänvisar till ETC som uttolkning av det radiologiska innehållet. Introduktionen som beskrivs i riktlinjer får anses uppfylla kraven i målbeskrivningen, men här finns förbättringspotential då flera ST ej uppfattar sig ha fått introduktion till det medicinska och radiologiska arbetet.

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

IUP är ett levande dokument som diskuteras med regelbundenhet under HL-samtal.Handledningssamtal schemaläggs ett par gånger per termin och därutöver vid behov/önskemål. Det finns ett flertal bedömningsmallar/metoder tillgängliga. De är kända men används i mycket låg utsträckning utöver specialistkollegium som genomförs årligen. Delvis hänvisar man till att kliniken är fysiskt sammanhållen och man därför har daglig kontakt och bedömning/återkoppling. Återkoppling och handledning utifrån dessa bedömningar är dock inte strukturerad och heltäckande vad gäller delmål. Fokus ligger i det närmaste helt på c-del mål.

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 sidoutbildning 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

Externa kurser och interna a- och b-kurser planeras in i IUP och genomförs. Intern utbildning i övrigt läggs däremot inte in, och det finns ingen tydlig studieplan/rekommendation för självstudier kopplat till delmål i målbeskrivningen.

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 vetenskapliga aktiviteten på kliniken är låg, och det finns ingen tydlig strategi för att stimulera det vetenskapliga förhållningssättet hos ST-läkarna. Arbetsgivaren ställer sig dock positiv till engagemang inom forskning. Det görs inga strukturerade bedömningar av vetenskapligt förhållningssätt och kompetens inom kvalitetsutveckling. Om man inte anser sig kunna göra dessa bedömningar/återkopplingar i det kliniska arbetet behöver man identifiera aktiviteter inom kliniken, inom förvaltningen eller via sidotjänstgöring där detta kan ske - återkommande.

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

- 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.
- 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 många möjligheter att träna ledarskap i vardagen, men dessa nyttjas inte för bedömning, återkoppling och handledning och detta efterfrågas inte heller av ST-läkarna.

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.

Handlingsplan EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Röntgen Visby lasarett 2023-01-26

E.Handledning och uppföljning

D

Föreskrift:

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

Planerad metod för bedömning har införts som obligatorisk punkt i IUP för samtliga delmål/placeringar. ST-läkaren har det huvudsakliga ansvaret för att sådan utförs i enlighet med mallar tillgängliga i DocPoint. I IUP finns även en checklista Kompetensbedömning där samtliga under året genomförda strukturerade bedömningar noteras. Vid handledarsamtal ska dessa bedömningar utgöra del av underlag vid utvärdering av såväl utförda praktiska kliniska moment, inklusive ledarskapsförmåga och medicinsk kompetens/vetenskapligt förhållningssätt, som utbildningsaktiviteter och pågående förbättringsarbete och vetenskapligt arbete.

- *Kontinuerlig bedömning utförs av verksamhetschef (motsvarande) och huvudsaklig handledare.*

ST-läkare och huvudhandledare ger årlig återkoppling av ST-läkarens utveckling med utgångspunkt i utförda bedömningar, till verksamhetschef och studierektor. Förslagsvis sker detta i samband med årets sista handledarsamtal, i enlighet med Årshjul ST-utbildning i radiologi Visby lasarett.

Allmänna råd:

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

Den fortlöpande bedömningen enligt ovan skall ske med befintliga bedömningsmallar i Region Gotlands dokumenthanteringssystem DocPoint. För att dessa ska vara lätt tillgängliga finns en sammanställning med länkar till bedömningsmallarna i dokumentet Utvärdering av ST-läkare i radiologi på Visby lasarett.

F. Teoretisk utbildning

C

Allmänna råd:

- *Intern utbildning planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.*

För delmålet/placeringen relevanta tillfällen att handleda och hålla utbildning under handledning ska definieras och i möjligaste mån i förväg planeras under särskild rubrik Utbildningsmoment i IUP. Det kan röra sig om rondhållande, AT-utbildning, veckovis internutbildning av kollegiet resp övrig personal på röntgen, redovisning av kurser vid ex APT, artikelgranskningsseminarier vid ST-dagar (röntgens resp regionsgemensamma), presentationer av arbete i specialitetsövergränsande grupper. Här ska även formen för bedömning av utbildningsmomentet avseende kommunikativ kompetens, pedagogisk förmåga och vetenskapligt förhållningssätt anges. ST-läkaren har det huvudsakliga ansvaret för att strukturerad bedömning med på förhand överenskomna befintliga bedömningsmallar sker.

Internutbildning skall, oavsett om den hålls av ST-läkare eller specialist, alltid utgå från för verksamheten relevant, aktuell vetenskaplig artikel eller nyligen genomgången kurs.

- *Tid för regelbundna självstudier planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.*

Tid för självstudier är schemalagd. För varje delmål/placering skall det i IUP framgå vad tiden ska läggas på. Här kan visst ämne, exempelvis inläsning inför planerad kurs eller sidoutbildning alternativt viss litteratur anges.

G. Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete

D

Föreskrift:

- *ST-läkarnas kompetens i medicinsk vetenskap bedöms fortlöpande och återkoppling sker.*

Bedömningsmallarna har i förekommande fall kompletterats/förtydligats avseende bedömning av vetenskaplig förankring. *Bedömningsmall för delmål a5* har införts, att användas fortlöpande under ST. Huvudhandledare bedömer, med stöd i sedan föregående handledarsamtal genomförda skriftliga bedömningar, ST-läkarens progress avseende ett vetenskapligt kritiskt förhållningssätt medicinskt, etiskt och i förhållande till klinikens arbetsätt och rutiner.

Vid handledarsamtal redovisar ST-läkaren kort för, och resonerar med handledare kring på studietiden inläst material.

ST-läkaren deltar i regelbundet återkommande ST-dagar där egen presentation av pågående vetenskapligt arbete och/eller kvalitets- och utvecklingsarbete ingår, och återkoppling från dedikerad kollega och övergripande studierektor sker.

Genomfört vetenskapligt arbete (utfört under ST eller godkänt tidigare utfört sådant) presenteras vid sammankomst på arbetsplatsen och om tillfälle ges, i större sammanhang.

- *ST-läkarens kompetens i kvalitetsutveckling bedöms fortlöpande och återkoppling sker.*

Minst ett systematiskt kvalitetsarbete genomförs inom ST. *Bedömningsmall för delmål a4* har införts, att användas fortlöpande under ST. Fortlöpande praktiskt utvecklings- och kvalitetsarbete sker främst inom klinikens modalitetsansvarsgrupper där ST-läkare ingår, och efterhand tar större ledande roll. I gruppen ingår specialistkompetent radiolog samt röntgensköterskor och –undersköterskor. Arbets sättet ger möjlighet att bedöma kritiskt förhållningssätt till verksamheten, ansvarstagande och förmåga att planera och systematiskt införa rutiner och nya metoder/tekniker, och även ledarskaps- och pedagogisk förmåga.

Kvalitetsindikator:

- *ST-läkarens genomförda individuella arbeten publiceras eller presenteras vid vetenskapliga möten.*

Presentation av genomförda arbeten vid större vetenskapliga sammankomster uppmuntras.

- *Minst ett, på enheten utfört, självständigt forskningsprojekt har publicerats i vetenskaplig tidskrift eller presenterats vid vetenskapligt möte de senaste två åren.*

Se ovan.

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

D

Föreskrift:

- *ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i ledarskapskompetens.*

Rondhållande under handledning. Modalitetsgruppsarbete utvärderas av specialist inriktad på aktuell modalitet. Handledning i och bedömning av ledarskapsförmåga görs i kliniska situationer av ansvarig specialist. Exempelvis vid planering av och säkerhetsgenomgång inför kliniska ingrepp samt vid den sammanfattande utvärderingen av desamma.

- *ST-läkarens kompetens i ledarskap bedöms fortlöpande och med återkoppling.*

Bedömningsmallarna har i förekommande fall kompletterats/förtydligats avseende bedömning av ledarskapsförmåga och pedagogisk kompetens. Ledarskapsförmåga ingår i bedömningen vid specialistkollegium, vid vilka VC som regel närvarar. Huvudhandledare ansvarar för återkoppling till ST-läkaren.

Allmänna råd:

- *ST-läkaren bereds möjlighet att undervisa under handledning.*

Rondhållande. AT-undervisning. Utbildningsinsatser som exempelvis Röntgenskola för distriktsläkare. Intern utbildning i samband med införande av nya metoder eller uppgradering/nyanskaffning av utrustning där ST-läkaren varit delaktig.

- *ST-läkaren bereds möjlighet att själv handleda under handledning.*

I situation där senior ST-läkare handleder junior ST i praktiska moment, bildgranskning eller undervisning ska det genomföras strukturerad handledning av specialist. Denna omfattar planering, genomförande och därefter utvärdering av handledande ST-läkare i muntlig och skriftlig (enligt för momentet relevant mall) form. Bedömning av detta slag ska vara på förhand överenskommen och planerad. Detta behöver inte ske var gång, däremot ska specialist alltid finnas tillgänglig för råd och stöd.

Studierektor, verksamhetschef och klinikkens huvudhandledare har tillsammans med ST-läkarna gemensamt implementerat förbättringarna/förändringarna enligt ovan. En tydlig årsplan finns och checklista för handledarsamtal respektive checklista för utförda bedömningar ger stöd för ST-läkare och handledare.

Visby 2023-05-15

Åsa Rapp, Studierektor

Christina Röös, Verksamhetschef

Josephine Lidvall, ST-läkare