



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

ASIH Byle Gård Täby

Klinik

Palliativ medicin

Specialitet

2023-04-24 – 2023-04-28

Datum

Täby

Ort

Åsa Dahlström Johansson och Marie Svahn

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Engagerad klinik med positiv och vänlig stämning, gott utbildningsklimat.
- Verksamheten har en väl utbyggd ASIH och slutenvårdsverksamhet.
- Ett omfattande arbete har inletts och pågår i att upprätta styrande dokument för ST-utbildningens upplägg, genomförande och utvärdering.
- Läkarbemanningen komplett med bred grundkompetens
- Extern handledning regelbundet

Svagheter

- Begränsade möjligheter till sidotjänstgöring
- Introduktionsprogram har ännu inte fullt ut implementerats
- Namngiven schemalagd bakjour saknas
- Bibliotek saknas. Saknas möjlighet till egen litteratursökning
- Upparbetad struktur för uppföljning/ bedömning och återkoppling av ledarskapskompetens och pedagogisk kompetens saknas.
- Konsultverksamhet endast i ringa omfattning

Förbättringspotential

- Förbättra introduktionen för ST-läkare. Utökad skriftlig information. Praktisk information och föreberett med text inloggning i olika system. Information om lokala rutiner.
- Hade varit värdefullt att under introduktionsperioden på ett strukturerat sätt tjänstgöra i de olika verksamheterna.
- Namngiven schemalagd bakjour
- Att aktivt använda SFPM:s : Svensk läroplan i palliativ medicin och SoS målbeskrivning i palliativ medicin genom att ha med dessa i övriga arbetsdokument.
- Utökade möjligheter till sidotjänstgöring och utveckla struktur för återkoppling
- Upparbeta struktur för uppföljning/ bedömning / återkoppling av ledarskapskompetens och pedagogisk kompetens.
- Kontinuerlig dokumentation av uppnådda delmål'.
- Beredas möjlighet att auskultera hos verksamhetschef/ enhetschef / MAL som del i ledarskapsutbildning.
- Erbjuder ST-läkare att fortlöpande delta i klinikkens kvalitetsutveckling.

STRUKTUR

A Verksamheten

ASIH Bylegård Förenade Care består av - ASIH (Avancerad sjukvård i hemmet) 8 team. - SPSV Byle gård palliativ vårdavdelning 16 vpl, SPSV Norrtälje Roslagens palliativ vårdavdelning 15 vpl

Kliniken har inte tillgång till röntgen, laboratorium, konsulter inom sin egen verksamhet. På Roslagens sjukhus finns röntgenavdelning och kliniskt laboratorium.

Verksamheten har regionuppdrag och får remisser från sjukhus och primärvård.

Här vårdas patienter i ett palliativt skede av olika sjukdomar, tex tumörsjukdom, hjärtsvikt, KOL och neurologiska sjukdomar. Ca 25 % av patienterna i öppenvård är inte i ett palliativt sjukdomsskede, utan kurativa patienter man har anslutna under en period under ex en behandlingsperiod. I slutenvården är alla patienter i ett palliativt sjukdomsskede.

Man arbetar i multiprofessionella team bestående av läkare, sjuksköterska, undersköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, kurator och dietist.

ASIH ger vård i hemmet dygnet runt alla dagar i veckan. Majoriteten är vuxna patienter, enstaka barn erhåller vård i hemmet i verksamheten men klinikens läkare är inte PAL. Viss konsultverksamhet förekommer men inte i någon större omfattning. Ej strukturerat etablerad. Till slutenvården kan man komma antingen från hemmet eller från andra slutenvårdsenheter. Medelvårdtid är 20-23 dagar.

Jourarbete: Jour finns kvällen, nätter, helger med ansvar för slutenvård och ASIH. Jour i hemmet med inställelsetid 2 timmar.

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

Läkarbemanningen innefattar 14 personer varav 6 specialister i palliativ medicin, 4 ST-läkare, 3 läkare med annan specialitet och en underläkare. 10 personer arbetar heltid, 4 80% tjänstgöringsgrad. En läkare är disputerad. Alla tjänster är besatta. Läkarnas grundspecialiteter är geriatrik, allmänmedicin, internmedicin, onkologi, lungmedicin, anestesi och intensivvård. Peridvis finna ST-läkare från andra specialiteter som kommer för sidotjänstgöring. Via regionövergripande studierektorer påbörjat arbete med regelbunden utbildning/kompetensutveckling för handledare.

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

Samtliga ST-läkare har tillgång till funktionell arbetsplats med egen dator och egen mobiltelefon. Tillräckligt antal arbetsbilar finns. Det finns möjlighet att ostört delta i digitala möten och utbildningar samt ha ostörda patient/anhörigsamtal. Det finns tillgång till IT-baserade kliniska beslutsstöd men inte sökbar vetenskaplig databas tillgänglig för alla medarbetare direkt utan enbart via disputerad läkare. Tillgång till fysiskt bibliotek finns ej. FoU-enhet finns ej. Egen ultraljudsapparat för laparo- och torakocenteser finns samt möjlighet att lägga Picc-line på enheten. Eget laboratorium och röntgen finns ej.

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

SFPM....

Introduktionsdokument finns, nyligen upprättat och ännu inte fullt implementerat. ST-kontrakt och skriftligt individuellt utbildningsprogram finns för alla ST-läkare. Man utgår från SoS målbeskrivning och refererar till SFPM, dock inte specifikt till läroplanen eller rekommendationer för utbildningsplan. I utbildningsprogrammet finns angivet utbildningsaktivitet men ännu ej uppföljning och bedömning. Svenska specialistkursen eller Nordiska kursen i palliativ medicin (C-mål) inplanerade för alla ST-läkare.

Sidotjänstgöring förekommer ej, däremot möjlighet till kortare auskultationer.

ST-läkaren redovisar på läkarmöte efter kurser. Läkarmöten/ internutbildning var 3:e vecka där ansvaret för respektive möte delas av samtliga läkare. Här berörs även etiska frågeställningar men någon separat etisk rond el dylikt finns ej. Inläsningstid 5 dagar / termin, schemalagt. Konsultverksamhet förekommer inte i någon större utsträckning, ej strukturerat, ej inplanerat i utbildningsprogrammet. Beredskapsjour ingår för ST-läkare men någon namngiven bakjour finns ej men detta löses inför varje jourpass så att nya ST-läkare har tillgång till stöd så länge det behövs. Rutiner för utvärdering av ST-läkares kompetens finns nyligen upprättad , ännu ej fullt implementerad.

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

Det finns en huvudansvarig handledare för varje ST-läkare. Alla handledare har handledarutbildning omfattande 3 dagar.

Handledarssamtal 1 gång / månad, planeras av ST-läkare och HL men ej inlagt i övergripande schema.

Planeras utökat samarbete regionalt via regionala studierektorer. Planer om gemensamma regionala utbildningar, etiskt forum mm.

Varje handledartillfälle dokumenteras av ST-läkaren. Av bedömningsverktyg har använts sit-in och vid ett tillfälle 360 gr. Falldiskussioner förekommer men inte på ett strukturerat sätt via bedömningsmallar. Specialistkollegium har inte förekommit. Eftersom sidotjänstgöring inte förekommer finns heller ingen rutin för uppföljning av sådan.

Årligt medarbetarsamtal med medicinskt ledningsansvarig läkare.

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 sidutbildning 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

ST läkaren har avsatt tid för självstudier 5 dagar/ termin. Obligatoriska kurser planeras in utifrån individuella utbildningsprogram. Läkmöten 1,5-2timmar var 3:e vecka. Alla ST-läkaren går / planeras gå Svenska specialistkursen i palliativ medicin eller Nordiska kursen i palliativ medicin. I övrigt erbjuds möjlighet att delta i andra kurser/konferenser både regionalt och nationellt som är relevanta för att bli specialist i palliativ medicin och för allmän vidareutveckling.

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

ST-läkaren ska genomföra ett självständigt vetenskapligt arbete enligt vetenskapliga principer. Samtliga ST-läkare hade detta moment godkänt från tidigare grundspecialitet. I de fall det kommer en ST-läkare som inte gjort vetenskapligt arbete tidigare finns möjlighet att genomföra detta på enheten med stöd av disputerad handledare. Samma sak gäller kvalitetsarbete. Kvalitetsgrupper finns på enheten men i nuläget deltar ej ST-läkarna i dessa.

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-läkarens kompetens inom medicinsk vetenskap bedöms utifrån kunskap kring vetenskapliga metoder och forskningsetiska principer.
- ST-läkaren bedöms utifrån förmågan att kunna kritiskt granska och värdera vetenskaplig information, samt i sitt arbete ta ansvar för att omsätta och tillämpa denna kunskap.
- ST-läkaren deltar i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i sådan utsträckning att förutsättningar för delmåluppfyllelse föreligger.
- Utbildning erbjuds för att uppnå ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt.
- Det finns goda förutsättningar för genomförande av ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.
- Det finns goda förutsättningar för att genomföra, dokumentera och redovisa ett kvalitetsarbete.

Allmänna råd

- ST-läkaren ges möjlighet till utbildning inom patientsäkerhetsarbete och systematiskt kvalitetsarbete.

Kvalitetsindikatorer

- Under det senaste året har av ST-läkare genomförda arbeten publicerats och/eller presenterats (av ST-läkaren) vid vetenskapliga/professionella sammankomster.
- Det finns tillgång till ett välfungerande doktorandprogram.
- Enheten har regelbundna möten där medarbetare diskuterar och kritiskt granskar vetenskaplig litteratur.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkaren leder ofta teamronder både inom ASIH och slutenvård men återkoppling sker ej på något strukturerat sätt. ST-läkaren erbjuds delta i extern reflektiv handledning på enheten. ST-läkaren har möjlighet att undervisa i begränsad omfattning men strukturerad återkoppling är ej säkerställd. ST-läkaren ges möjlighet att handleda läkare under sidotjänstgöring samt kandidater men återkoppling ej strukturerad. Kommunikationsförmåga bedöms av handledare och verksamhetsledning.

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 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.

Åtgärdsplan efter genomgången SPUR inspektion 230424-230428

G Medicinsk vetenskap och systematisk kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Föreskrifter som ej följs:

- ST läkaren deltar i systematisk kvalitets-och patientsäkerhetsarbeten i sådan utsträckning för att delmålsuppfyllelse föreligger.

Åtgärder:

- ST läkarna kommer i större utsträckning än idag att uppmuntras delta i klinikens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbeten. Vi har på våra enheter ett flertal kvalitets- och patientsäkerhetsarbeten som pågår och där vi nu har läkare som deltar i arbetsgrupperna, som exempel kan nämnas deltagare i arbetet med introduktionsprogrammet för nyanställda läkare samt patientsäkerhetsgruppen. De får erforderlig utbildning.

H Ledarskapskompetens och kommunikativ förmåga

Föreskrifter som inte följs:

-ST läkaren bedöms kontinuerligt i medicinskt ledarskap och multiprofessionellt samarbete och återkoppling sker.

-ST läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

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

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

Spur inspektionen konstaterar att FC erbjuder sina ST läkare förutsättningar för att utveckla sin ledarskapskompetens, sin kommunikativa kompetens, sin kompetens i undervisning och handledning. De som brister är handledarens utvärdering av dessa lärdomar och återkoppling till ST läkaren.

Åtgärder:

- ST läkare och handledare deltar i Ledarskapskurs, november 2023. "Målet med ledarskapskursen är att ge dig en grundläggande kunskap om ledarskap, utveckla din förmåga att leda ett arbetslag, förstå hur grupper fungerar, skapa arbetstillfredsställelse, utveckla dina medarbetare och hantera konflikter." Kursen kommer att diskuteras på läkarmöte för utvärdering av lärdomar.
- ST läkare och handledare deltar i kurs "Att ge feedback i klinisk verksamhet inom ST" oktober 2023. Kursen kommer att diskuteras på läkarmöte för utvärdering av lärdomar.
- Fortsatt samarbete med regionöverskridande studierektorer och övriga studierektorer i området, för att utveckla hur bedömning och återkoppling av ovan nämnda färdigheter kan utvecklas vidare på våra enheter.
- Regionala handledarträffar med regionens alla studierektorer planeras under 2024.
- Nya bedömningsmallar har tagits in där några av dessa kvalitéer bedöms. Dessa mallar kommer, tillsammans med övriga utvärderingsverktyg, att presenteras och diskuteras med handledare och ST-läkare på kliniken under våren 2024 vid den årliga genomgången tillsammans med studierektorn.

Verksamhetschef

Carina Filipsson

Studierektor

Charlotta Ugglå

Representant ST läkarna

Elin Thaning