



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Diagnostiskt Centrum Hud

Klinik

**Hud- och
könssjukdomar**

Specialitet

2023-12-06 – 2023-12-07

Datum

Stockholm

Ort

Katarina Lundqvist och Lill-Marie

Persson

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Engagerad verksamhetschef.
- Engagerad och pedagogisk studierektor.
- Bra arbetsklimat.
- Gott kollegialt stöd.
- Hög kompetens i läkarstaben.
- Regelbundna patologironder.
- Regelbunden schemalagd handledning.
- Schemalagd tid för självstudier.
- Många specialister i förhållande till antal ST-läkare.
- Varierat och stort patientunderlag.
- Nöjda ST-läkare som upplever gott utbildningsklimat.
- Ändamålsenliga lokaler.
- Stort patientflöde.

Svagheter

- Handledarsamtalen dokumenteras sporadiskt.
- Strukturerad utvärdering av handledning, kommunikation och ledarskap saknas.
- På förhand bestämda och validerade bedömningsinstrument används inte.
- Skriftliga styrdokument för ST-läkarutbildning saknas.
- Flera delar av specialistutbildningen kräver kompletterande tjänstgöring på annan dermato-venereologisk mottagning.
- Individuell utbildningsplan är kortfattad och revideras sporadiskt.
- Journal club saknas.
- Specialistkollegium saknas.
- Studierektorn saknas aktuell handledarutbildning.

Förbättringspotential

- Ta fram skriftliga styrdokument för ST-tjänstgöringens utförande.
- Vidareutveckla befintlig individuell utbildningsplan och gör den till ett levande dokument.
- Se över struktur och dokumentation av handledarsamtalen.
- Låt ST-läkarna praktisera ledarskap.
- Inför journal club.
- Ta vara på tillfällen för strukturerad återkoppling vid handledning, undervisning och kommunikation.
- Använd strukturerade bedömningsinstrument i det kliniska arbetet.
- Låt ST-läkarna få inblick i verksamhetschefens arbetsuppgifter.
- Inför specialistkollegium.
- Följ upp ST-läkarnas sidoutbildning.
- Utökad ST-samarbete inom Region Stockholm.
- Handledarkurs vart 5:e år för studierektor och handledare.

STRUKTUR

A Verksamheten

Diagnostiskt centrum Hud, Apelbergsgatan, Stockholm är en miljöcertifierad hudmottagning med avtal med Region Stockholm inom Vårdval som erbjuder dermatologs specialistvård i form av öppenvård. Här bedrivs bedömning, utredning och behandling av olika typer av hudsjukdomar med tillgång till kirurgisk behandling, fotodynamisk terapi, kryokirurgi samt utredning med standardepikutantest. För ljusbehandling remitteras patienter till Psoriasisförbundets anläggningar. Buckybehandling används inte. Patologirond är schemalagd varannan vecka med möjlighet att visa och diskutera komplicerande fall. Tid för visningsrond finns varje vecka. På kliniken saknas venerologisk verksamhet, bensårsmottagning och behandlingsavdelning. För besök krävs remiss där majoriteten av dessa kommer från primärvården men även uppföljning från bland annat sjukhusbundna kliniker. Remissinflödet är mellan 12-13000/år. Tjänstgöringen är allsidig men kompletterande tjänstgöring inom STI, bensår, sjukhusbunden verksamhet på annan klinik krävs för att målbeskrivningens krav skall kunna uppfyllas. Under 2023 genomfördes 25 000 läkarbesök varav 12 500 nybesök, 4000 operationer och resterade 8500 återbesök. resterande 4000 operationer.

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

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.
- 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.

B Medarbetarstab och interna kompetenser

Kliniken har 19 tjänstgörande läkare varav flera deltidstjänster, sammantaget motsvarande 14 heltidstjänster. Tre är ST-läkare. Verksamhetschefen är en av grundarna och är specialist i dermato-venereologi och kliniskt verksam. Tre läkare är disputerade. Kliniken har en studierektor (SR) med specialistkompetens i dermato-venereologi. SR genomgick handledarutbildning för mer än 5 år sedan. SR är handledare för samtliga ST-läkare. Vid patientmottagning finns tillgång till specialister för handledning under löpande arbete. En läkare som är specialist i onkologi är FoUU-, Miljö- och Kvalitetsansvarig men har ingen egen klinisk verksamhet på mottagningen.

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

Verksamheten bedrivs i moderna och ändamålsenliga lokaler med adekvat utrustning. Samtliga läkare har tillgång till fast arbetsplats med egen dator och eget dermatoskop. Behandlingsenhet saknas. På kliniken finns goda möjligheter för operationsverksamhet med tre operationssalar. Fotodynamisk terapi finns liksom möjlighet till epikutantestning med basserien. Ljusbakgrund finns för skabbdiagnostik. Gynstol saknas. IT-baserad databas finns tillgänglig. Begränsat bibliotek med facklitteratur och tidskrifter finns.

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 kortfattade individuella utbildningsplaner som i vissa fall revideras vid behov. Kortfattat introduktionsprogram för nyanställda läkare finns. Introduktionsprogram finns och nyanställda läkare har 30 minuter per patient, mer erfarna ST-läkare har 20 minuter. ST-läkarna slussas snabbt in i mottagningsverksamheten och får från början pedagogisk och strukturerad handledning vid patientarbetet. Heltidstjänst innebär åtta mottagningspass/vecka. ST-läkarna introduceras i operationsverksamheten under handledning och har operationsmottagningar varje vecka. Schemalagd handledning med huvudhandledare motsvarande 1-2 timmar/vecka. Delmoment som saknas inom enheten kompletteras med tjänstgöring på dermato-venereologisk klinik med STI, bensårsverksamhet samt vid sjukhusbunden hudklinik med jour.

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

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

Kliniken har ett gott utbildningsklimat. Alla ST-läkarna har samma handledare som även är studierektor. Samtliga tjänstgörande specialister deltar som frågedoktor under mottagningstid. Handledningen är schemalagd 1-2 timmar/vecka som dokumenteras sporadiskt. Feedback med på förhand kända bedömningsmetoder för kompetensutveckling används inte. Specialistkollegium saknas. ST-läkarna har tillgång till handledare under sidotjänstgöring.

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

- 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

Teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras enligt målbeskrivningen. ST-läkarna på kliniken har nekats plats på obligatorisk ST-kurs. Dessa obligatoriska moment har kompenseras via annan kursverksamhet. Tid för självstudier finns planerad en eftermiddag/vecka. ST-läkarna inbjuds sporadiskt till anordnade regionala ST-utbildningsdagar. Nationella och internationella konferenser erbjuds under utbildningen. Digital patologirond sker varannan veckan. Falldiskussioner förekommer varje vecka vid behov. Ingen strukturerad internutbildning finns på mottagningen. Schemalagd tid för självstudier finns.

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

Samtliga ST-läkarna har genomfört såväl medicinsk vetenskapligt som kvalitetsarbete under tidigare specialistutbildning i allmänmedicin eller vid sidotjänstgöring. Ingen aktiv forskning bedrivs för närvarande. Kritisk granskning av vetenskapliga artiklar förekommer inte. Det förekommer ingen fortlöpande bedömning av vetenskapligt förhållningssätt eller kvalitetsarbete under hela utbildningen.

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-läkarna planerar och genomför sporadiskt personalutbildning men återkoppling sker ej. Samtliga ST-läkarna har genomfört såväl kurs i ledarskap som kommunikation under annan tjänstgöring. Någon fortlöpande bedömning i ledarskap och kommunikativ kompetens med återkoppling sker ej.

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.

HANDLINGSPLAN

Det var mycket givande att genomföra en SPUR-granskning i december förra året. Vi har lärt oss mycket på detta. Vi har både förstått vikten av att det vi gör måste formaliseras och tecknas ned i olika styrdokument, men vi har också fått nya verktyg för att göra ST-utbildningen ännu bättre för de som har tid kvar på sin ST, liksom för eventuella framtida ST-läkare (om vi får till ett fungerande samarbete med sjukhusklinikerna vilket jag fortfarande hoppas).

När vi jobbat med detta har vi tittat på och använt väldigt mycket av de utomordentliga dokument som Region Skåne använder. Små justeringar har gjorts här och var för att passa vår verksamhet.

Om vi utgår från svagheter/förbättringspotentialer som angavs i protokollet har vi:

1) Tagit fram skriftliga styrdokument för ST-tjänstgöringens utförande:

- 1 "Riktlinjer för specialisttjänstgöring", beskriver hur verksamhetens ST skall genomföras, hur målbeskrivningarna skall uttolkas samt hur ett individuellt utbildningsprogram skall utformas (1)
- 2 Ansvarsområden och arbetsuppgifterna för handledare, studierektor, verksamhetschef och ST-läkaren återges detaljerat i dokumentet "Arbetsuppgifter vid ST-utbildningen" (2)
- 3 Förslag på struktur av handledning, ämnen som bör tas upp samt ungefär hur ofta sammanfattas i "Instruktioner för handledning" (3)
- 4 I "Kompetensbedömning ST-läkare" finns de skriftliga riktlinjerna för hur bedömning av ST-läkarnas kompetens ska göras. Där står vilka bedömningsinstrument som ska användas. Instruktioner och mallar för genomförandet finns tillgängligt för alla på DCH-s intranät.
- 5 Rutiner för om en ST-läkare riskerar att inte uppnå kompetenskrav sammanfattas i "Riktlinjer ST som inte uppnår kompetenskrav" (5)

2) Vi har förbättrat arbetet med individuell utbildningsplan (IUP). Det finns ett styrdokument "Individuell utbildningsplan" (6) om hur IUP upprättas, revideras samt förslag på mall i "Mall IUP" (7). Dokumentet "Årlig rapport ST-läkare" (8) används för att förstärka att dokumentet är i högsta grad levande.

3) Strukturen och dokumentationen av handledarsamtalen är förbättrad genom "Instruktion för handledning" (3) samt genom förbättringen av IUP och dokumentationen i den årliga ST-läkarrapporten (8).

Även ST-läkarna sidoutbildningar följs upp med dokumenten "Återkoppling till ST" (9) samt "Återkoppling från ST" (10)

4) ST-läkarna kommer i högre grad att praktisera ledarskap på ett strukturerat sätt som berörs i "Ledarskap" (11)

5) Journal clubs är infört 4 ggr/år

6) Strukturerad återkoppling vid handledning, undervisning och kommunikation görs numera med bl a användandet av "Återkoppling till ST efter muntlig presentation" (12)

7) Strukturerade bedömningsinstrument används numera i det kliniska arbetet, se "Kompetensbedömning ST-läkare" (4)

8) Inblick i verksamhetschefens uppgifter ges numera genom bl a deltagande i remissbedömning, svara på patientärenden/klagomål.

9) Specialistkollegium är infört

10) ST-läkarnas sidutbildning följs upp, se "Återkoppling till/från ST" (9, 10)

11) Vi önskar utöka samarbetet med region Stockholm. Men de delar av ST som inte kan erbjudas på DCH ordnar vi med på andra kliniker så att samtliga delmål uppfylls enligt Socialstyrelsens föreskrifter

12) Handledarkurs ska ske minst var 5e år för studierektor + handledare.

Bifogar de dokument jag hänvisat till och som finns på vårt intranät framöver. En hel del känner ni igen från region Skåne. Återkoppla gärna, det finns säkert ytterligare förbättringspotentialer. Vore roligt om vi kunde blir godkända på alla punkter (inga D) och tar gärna er hjälp där och kompletterar ytterligare vid behov.

Petra Verga Kjellman

Verksamhetschef