



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Karolinska Universitetssjukhuset

Klinik

Neuroradiologi

Specialitet

2023-12-06 – 2023-12-07

Datum

Stockholm

Ort

Ida Blystad och Mattias Bjarnegård

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Verksamheten är både bred och djup och erbjuder all typ av diagnostik och patologi inom neuroradiologi.
- Verksamheten ligger tekniskt i framkant nationellt med tydlig klinisk koppling - ex v 7T MR och fotonräknare i den dagliga driften.
- Det finns ett nära samarbete mellan ST-läkare och specialister med en tydlig och snabb återkoppling till ST-läkarna avseende deras dagliga arbete.
- ST-läkarna är en tydlig del av verksamheten, och räknas med i det dagliga arbetet.
- Det finns en hög vetenskaplig kompetens, med goda möjligheter att forska för ST-läkaren, samt en välkomnande attityd till akademisk meritering.

Svagheter

- Föreskrifterna uttolkas i det övergripande styrdokumentet "Karolinska Universitetssjukhusets lokala bestämmelser för ST" (2022-02-01). Verksamheten följer inte detta styrdokument (Läs: avsaknad av IUP, bedömningsmetoder, riktlinjer för kontinuerlig bedömning, återkoppling, handledning och dokumentation av detta).
- Förutom ovanstående används inget styrande dokument avseende lokala riktlinjer för hur ST-utbildningen bedrivs, samt hur målbeskrivningen ska uttolkas.
- Det saknas kontinuerligt avsatt tid för självstudier, vilket fr a innebär en svårighet i början av ST, då det är mycket akutplaceringar under vilka det är svårt frigöra ostörd lästid parallellt med arbetet. Den schemalagda lästiden är förlagd till två veckor före EDiNR examen.
- Alla handledare är inte handledarutbildade enligt SOSFS 2015:8, och det genomförs inga handledarträffar med uppdateringar kring målbeskrivning och föreskrift.
- Det saknas en sammanhållen (digital) mapp med gällande dokument för hur ST-utbildningen organiseras och styrs lokalt. Det befintliga dokumentunderlaget är i nuläget oklart och inkomplett.

Förbättringspotential

- En sammanhållen (digital) mapp för gällande dokument avseende ST-utbildningen i neuroradiologi behöver skapas (och fyllas på).
- En mall för giltig Individuell utbildningsplan (IUP) behöver implementeras.
- IUP behöver kopplas till måluppfyllnad och uttolkning av delmål.
- Styrdokument avseende rutiner (när) och metoder (hur) för kontinuerlig bedömning och återkoppling av ST-läkarens kompetensutveckling behöver tas fram - utöver specialistkollegium.
- Metodmallar för bedömning av kompetensutveckling behöver identifieras och implementeras - ex v för rond sit-in, 360 inför specialistkollegium, bedömningsmall i samband placeringsavslut etc.
- Bedömningsmallen för specialistkollegiet behöver uppdateras för att a- och b-delmål också skall bedömas.
- Handledare behöver uppdatera sina utbildningar till gällande föreskrift.

STRUKTUR

A Verksamheten

I Karolinska Universitetssjukhusets lokala bestämmelser för ST förtydligas SOSFS 2015 och HSLF FS 2021 och hur sjukhusets centrala ST-ledning menar att dessa ska implementeras. Kliniken har inte utformat någon anpassning av dessa.

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

Verksamheten är uppdelad på två siter med delvis olika inriktning.Handledare och ST-läkare arbetar på båda siterna och (fr a) ST-läkarna roterar under sin specialiseringstjänstgöring. Samtliga ST-läkare har huvudhandledare från dag 1, och i en övergångsperiod är studierektor handledare innan en ordinarie är utsedd. Centrala riktlinjer anger hur ST-handledning ska gå till. Det finns handledare som inte har uppdaterade handledarutbildningar enligt gällande föreskrift.

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 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 lokaler och med modern utrustning. Vid enstaka tillfällen kan det vara brist lokalt på granskningsstationer.

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 inga riktlinjer kring hur målbeskrivningen ska uttolkas. Man lutar sig emot att verksamhetens breda och djupa uppdrag ger ett tillräckligt utbildningsunderlag för ST-läkaren. Verksamheten tillhandahåller ett ramschema avseende olika placeringars längd, men det finns inget IUP upplagt enligt föreskriftens krav. Ett introduktionsprogram är under utarbetande, men är inte implementerat.

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

Eftersom det inte finns fungerande IUP bedrivs inte handledning utifrån detta. Man kopplar inte heller handledning till målbeskrivningen, utan den handlar mycket om "här och nu" kring bedömning av det dagliga arbetet. "Karolinska Universitetssjukhusets lokala bestämmelser för ST" (2022-02-01) avseende kontinuerlig bedömning av ST-läkarnas utveckling följs inte strukturerat, men bedömningar görs utan dokumentation - ex v medsittning vid rond. Som metod används endast specialistkollegium. Sidoutbildningar är inte aktuella för enheten.

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

De gällande externa teoretiska utbildningsmomenten kopplar till de europeiska neuroradiologikurserna (ESNR), vilka i sin tur kopplar till det europeiska curriculat - vilket får anses vara det som normalt gäller vid fungerande IUP nationellt. Dessa kurser planeras strukturerat under ST. Det avsätts ingen planerad tid för självstudier regelbundet i schemat. Den schemalagda inläsningstiden är kopplad till förberedelse inför EDiNR. Daglig internutbildning sker på kliniken, där ST-läkarna bereds möjlighet att vara föredragande men detta är inte kopplat till delmålsuppfyllelse.

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

Verksamheten lutar sig mot att ST-läkarna sedan tidigare är specialister i radiologi, samt att många är forskarstuderande. Man bedömer därför inte systematiskt det vetenskapliga förhållningssättet under klinisk tjänstgöring i grenspecialiteten. Man har ingen strukturerad uppföljning och bedömning gällande ST-läkarnas kompetens i kvalitets- och patientsäkerhetsarbete (även om flera är aktiva). Huvudhandledaren behöver utifrån gjorda bedömningar intyga denna kompetens för klinisk tjänstgöring i grenspecialiteten.

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

Verksamheten lutar sig mot att ST-läkarna sedan tidigare är specialister i radiologi, vilket innebär att man tidigare genomgått kurser och bedömts avseende sin kompetens. Enheten saknar rutiner och metoder för strukturerad bedömning och återkoppling av dessa kompetenser gällande klinisk tjänstgöring inom grenspecialiteten.

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

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

B. Medarbetarstab och interna kompetenser

Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.

Planerad åtgärd

Samtliga huvudansvariga handledare har genomgått handledarutbildning men några av dem för mer än fem år sedan (totalt 6 handledare utbildade 2009, 2010, 2010, 2014, 2015, 2017). Vi inventerar nu behovet av uppdatering och planerar att de som nu är handledare och behöver uppdaterad kurs kan gå detta under 2024. Därefter planeras handledarutbildning för resterande kollegiet under 2025 efter behov.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2024-12-31

Ansvarig för genomförandet

Annika Suneson

Datum för uppföljning

2025-03-01

Ansvarig för uppföljningen

Tobias Granberg

D. Tjänstgöringens upplägg

Verksamheten tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas, samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg. Dessa ska vara kända och användas.

Planerad åtgärd

En IUP med hänvisning och uttolkning av målbeskrivningen och precisa styrande dokument för tjänstgöringens upplägg är under utarbetande (som komplement till nuvarande ramschema/utbildningsplan).

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2024-12-31

Ansvarig för genomförandet

Annika Suneson

Datum för uppföljning

2025-03-01

Ansvarig för uppföljningen

Tobias Granberg

D. Tjänstgöringens upplägg

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.

Planerad åtgärd

Utöver existerande ramschema är en mall för IUP under utarbetande, v.g. se ovan. Huvudansvarig handledare utses redan till varje ST-läkare.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2024-12-31

Ansvarig för genomförandet

Annika Suneson

Datum för uppföljning

2025-03-01

Ansvarig för uppföljningen

Tobias Granberg

D. Tjänstgöringens upplägg

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

Planerad åtgärd

Vg se ovan, IUP (enligt Socialstyrelsens riktlinjer) tas fram f.n.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2024-12-31

Ansvarig för genomförandet

Annika Suneson

Datum för uppföljning

2025-03-01

Ansvarig för uppföljningen

Tobias Granberg

D. Tjänstgöringens upplägg

Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.

Planerad åtgärd

Huvudansvarig handledare tillsammans med ST-läkare skall gå igenom utbildningsplanen halvårsvis och revidera (i samråd med studierektor) v.b. Redan nu följer ST-studierektorn upp vår nuvarande utbildningsplan fyra gånger per år i samband med varje schemalägningsperiod. Dessutom utvärderas planen vid de ST-kollegier med samtliga specialister i neuroradiologi i kollegiet som hålls minst två gånger under den 2,5 år långa ST:n.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2024-12-31

Ansvarig för genomförandet

Annika Suneson

Datum för uppföljning

2025-03-01

Ansvarig för uppföljningen

Tobias Granberg

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Handledning i det dagliga kliniska arbetet fungerar redan idag mycket bra. I samband med framtagandet av IUP kommer möten med den huvudansvariga handledaren att rekommenderas månadsvis.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2024-12-31

Ansvarig för genomförandet

Annika Suneson

Datum för uppföljning

2025-03-01

Ansvarig för uppföljningen

Tobias Granberg

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

ST-kollegier hålls regelbundet där den huvudansvariga handledaren får återkoppling från hela kollegiet (specialister i neuroradiologi) gällande kompetensutveckling. Denna återkoppling sker enligt mall som kommer revideras för att inkludera A-, B- och C-delmålen. Därutöver ska handledare och ST-läkare ha regelbundna möten. En IUP samt bedömningsmallar för ronder och placeringar håller på att tas fram. Skriftlig bedömningsmall kommer tas fram för längre internplaceringar (ÖNH-radiologi och barnneuroradiologi) där huvudansvarig handledare inte säkert har en naturlig kontakt i kliniska vardagen.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2024-12-31

Ansvarig för genomförandet

Annika Suneson

Datum för uppföljning

2025-03-01

Ansvarig för uppföljningen

Tobias Granberg

E.Handledning och kompetensbedömning

Det finns fastställda rutiner för bedömningar av ST-läkarens kompetens.

Planerad åtgärd

Var god se föregående punkt.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2024-12-31

Ansvarig för genomförandet

Annika Suneson

Datum för uppföljning

2025-03-01

Ansvarig för uppföljningen

Tobias Granberg

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Skriftlig återkoppling avseende kompetensbedömning kommer dokumenteras i en personlig digital mapp för IUP som är åtkomlig för ST-läkaren, huvudansvariga handledaren och studierektorn samt verksamhetschefen. Ansvarig för att sammanställa dokumentationen kommer vara ST-läkaren själv under överinseende av handledaren.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2024-12-31

Ansvarig för genomförandet

Annika Suneson

Datum för uppföljning

2025-03-01

Ansvarig för uppföljningen

Tobias Granberg

F. Teoretisk utbildning

Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerade interna utbildningsaktiviteter.

Planerad åtgärd

Deltagande (både som åhörare och rondhållare) i internronder och internundervisning skrivs in i utbildningsplanen (IUP). Deltagande (aktivt och passivt) dokumenteras av ST-läkaren. Införande av journal clubs 1 gång per månad under terminstid där ST-läkarna turas om att arrangera träffen planeras som komplement till nuvarande internronder.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2024-12-31

Ansvarig för genomförandet

Annika Suneson

Datum för uppföljning

2025-03-01

Ansvarig för uppföljningen

Tobias Granberg

F. Teoretisk utbildning

Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerad tid för självstudier.

Planerad åtgärd

Under introduktionsveckorna har man ingen specifik klinisk placering för att ge möjlighet att bekanta sig med klinikens rutiner och självstudier efter behov. Generellt finns det i den kliniska vardagen möjlighet att inhämta kompletterande information efter behov genom självstudier. Därutöver innehåller aktuellt utbildningsprogram tid för självstudier, 2 veckor (motsvarande 6.7% av ST-tiden), inför specialistexamen (EDNiR).

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2024-12-31

Ansvarig för genomförandet

Annika Suneson

Datum för uppföljning

2025-03-01

Ansvarig för uppföljningen

Tobias Granberg

G. Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

ST-läkarens kompetens inom medicinsk vetenskap bedöms utifrån kunskap kring vetenskapliga metoder och forskningsetiska principer.

Planerad åtgärd

Vetenskapligt arbete redan genomfört under grund-ST men kompetensen kommer framledes att bedömas och dokumenteras vid varje ST-kollegium. Därutöver planeras införande av journal clubs 1 gång per månad under terminstid där ST-läkarna turas om att arrangera träffen, vilket kommer underlätta denna bedömning.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2024-12-31

Ansvarig för genomförandet

Annika Suneson

Datum för uppföljning

2025-03-01

Ansvarig för uppföljningen

Tobias Granberg

G. Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

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.

Planerad åtgärd

Kvalitets-/förbättringsarbete redan utfört under grund-ST. Många ST-läkare involveras dessutom i olika kvalitetsarbeten under ST-tiden. Ovanstående kommer framledes att bedömas och dokumenteras vid varje ST-kollegium.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2024-12-31

Ansvarig för genomförandet

Annika Suneson

Datum för uppföljning

2025-03-01

Ansvarig för uppföljningen

Tobias Granberg

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Ovanstående skall behandlas vid varje ST-kollegium och kommer framledes att bedömas och dokumenteras vid varje ST-kollegium. Det kommer även finnas som bedömningspunkt i utvärderingsmallar för sit-ins och placeringar.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2024-12-31

Ansvarig för genomförandet

Annika Suneson

Datum för uppföljning

2025-03-01

Ansvarig för uppföljningen

Tobias Granberg

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Handledning av yngre kollegor liksom ansvar för internronder ingår i ST-utbildningen och är inskriven i utbildningsplanen. ST-läkare i neuroradiologi håller även introduktionsföreläsningar till ST i radiologi. Många ST-läkare deltar även i undervisning på läkarprogrammet och andra utbildningsprogram. Ovanstående kommer framledes att tydligare bedömas och dokumenteras vid varje ST-kollegium. Det kommer även finnas som bedömningspunkt i utvärderingsmallar för sit-ins och placeringar.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2024-12-31

Ansvarig för genomförandet

Annika Suneson

Datum för uppföljning

2025-03-01

Ansvarig för uppföljningen

Tobias Granberg

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Alla ST-läkare i neuroradiologi handleder kontinuerligt yngre randande kollegor (ST i radiologi, neurologi, klinisk fysiologi). Dessa randande kollegor lämnar in egna utvärderingar efter avslutad placering som återkoppling. Den huvudsakliga bedömningen sker dock i klinisk vardag där seniora kollegor noterar hur ST-läkaren agerar som handledare. Detta utvärderas kontinuerligt i ST-kollegium och ska återkopplas vid regelbundna handledarsamtal.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2024-12-31

Ansvarig för genomförandet

Annika Suneson

Datum för uppföljning

2025-03-01

Ansvarig för uppföljningen

Tobias Granberg