



# EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

**Gävle sjukhus**

Klinik

**Onkologi**

Specialitet

**2024-03-04 – 2024-03-05**

Datum

**Gävle**

Ort

**Ann-Charlotte Dreifaldt och Lotta Lundgren**

Inspektörer

**SOSFS 2015:8**

**HSLF-FS 2021:8**

Föreskrift

Vid två parallella utbildningar – enligt SOSFS 2015:8 och HSLF-FS 2021:8 års föreskrifter – bedöms följsamheten i förhållande till båda. Om brister påvisats vad gäller följsamheten till någon av föreskrifterna krävs en handlingsplan.

Observera att bedömning av följsamhet till föreskrift, allmänna råd och kvalitetsindikatorer gäller både SOSFS 2015:8 och HSLF-FS 2021:8, såvida inte annat anges.

## Styrkor

- Bred onkologisk verksamhet
- Intensivt samarbete mellan specialister och ST-läkare
- God tillgänglighet för klinisk handledning
- Prioriterat att gå ST-kurser
- Prioriterat att få åka på randningar när tid erhålles
- Tidigt ansvarstagande leder till självständigt arbete
- ST-läkarnas arbetsplatser är nära specialisternas
- Gemensam remissgenomgång
- Schemalagd lästid
- Samlad klinik lokalmässigt
- Bra välkomstbrev/ introduktionsprogram för nya ST
- Bra lokalt måldokument för strålbehandling
- Engagerad och kunnig studierektor

## Svagheter

- Randning saknas inom stor tumörgrupp lungcancer
- Ingen schemalagd avsatt tid för klinisk handledning inför mottagning
- Specialister hinner inte alltid med eget arbete p.g.a. hög tillgänglighet för ST-läkare
- Interna utbildningsaktiviteter saknas i IUP
- Dagbakjour saknas
- ST-läkarnas bedömning av handledarförmåga bristfällig

## Förbättringspotential

- Utveckla samarbete med lungkliniken för bättre kunskap av medicinsk onkologi och lungcancer.
- ST-läkare bör bli mer engagerade i kliniska prövningar
- Utveckla samarbete med UAS samt Mellansvenska regionen för ST-internutbildning
- Skapa regelbundna handledarträffar
- Uppdatera handledarutbildning
- Internutbildningsaktiviteter ska skrivas in i IUP
- Studierektor bör synkronisera internutbildning med Socialstyrelsens mål
- Utforma rutiner för att presentera vetenskapligt arbete på Onkologidagarna
- Förbättra samarbetet med externa handledare vid randning
- ST-läkarna bör ta aktivt ansvar för att bli kontinuerligt skriftligt utvärderade

# STRUKTUR

## A Verksamheten

Allsidig verksamhet som behandlar de flesta cancerdiagnoser. Kliniken har en egen vårdavdelning, dagvårdsverksamhet, mottagning samt strålbehandling med tre linjäracceleratorer. Regelbundna schemalagda tillfällen för terapidiskussioner och remissbedömningar. Regelbunden tid avsatt för internutbildning varannan vecka där ST-läkarna deltar och har möjlighet att öva pedagogisk färdighet. ST-läkarna deltar ofta i MDK och får i slutet av sin placering ansvara och dokumentera MDK. God tillgång till vårdplatser. Gott regionalt stöd i utbildningsfrågor.

### 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

- | 2015                             | 2021                             |  |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | B. Socialstyrelsens föreskrifter följs.  |
| <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.                                    |

## B Medarbetarstab och interna kompetenser

På Onkologiska kliniken i Gävle arbetar 12 specialister varav 4 är disputerade. Studierektor är en erfaren onkolog som är med i regionens utbildningsråd. Verksamhetschefen är en erfaren onkologisjuksköterska och det finns en medicinskt ansvarig läkarchef som är specialist i onkologi.

### 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

2015    2021

- 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

Ändamålsenliga lokaler för ST-läkarna med konferensrum med videoupkoppling, egna arbetsplatser med laptop, på mottagningen och strålbehandlingen väl tilltagna undersökningsrum. Strålbehandlingen har rum för targetritning med tre ritstationer. På vårdavdelningen delar läkare expedition med 4 arbetsstationer, rond sker i samma rum. Patienterna skrivs in och ut på sal. MDK:er bedrivs främst på patologen och röntgenrönder bedrivs flera ggr i vecka med onkologen. ST-läkarna har tillgång till UpToDate och medicinskt bibliotek. Det finns ett Centrum för Forskning och Utveckling (CFUG) på sjukhuset. Specialister och ST-läkare har egna kontor i anslutning till varandra.

### 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

2015    2021

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

ST-läkarna gör större delen av sin tjänstgöring på Gävle sjukhus. Sidoutbildning är vanligtvis röntgen 8 veckor för att f.a. lära sig tolka datortomografi bilder vilket är användbart vid arbete på strålbehandlingen. ST-läkarna sidoutbildar sig i Uppsala, UAS på hematologen tre månader och två månader inom gynekologisk onkologi. Övrig sidoutbildning är individuell. Läkarchef samt studierektor har årliga avstämningar med ST-läkarna och utbildningsprogrammet revideras då av studierektor. Ibland kö till vissa placeringar och om ST-läkarna får en plats prioriteras detta och planeringen kan behöva revideras. Verksamhetschef är sjuksköterska och ansvaret för ST-utbildningen är "i praktiken" delegerad till läkarchef och studierektor enligt dokument.

### 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

- | 2015                             | 2021                             |  |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.   |
| <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.          |
| <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.                                    |

## E Handledning och kompetensbedömning

Varje ST-läkare har en utsedd handledare som är specialistkompetent i onkologi. Handledarna har gått handledarutbildning men inte alltid inom de senaste 5 åren. Schemalagd tid för handledning finns och handledning bedrivs regelbundet. Det finns skriftliga anvisningar angående handledning och vilka verktyg som ska tillämpas för att bedöma ST-läkarens progression. ST kollegium genomförs en gång /år och man har schemalagt 2 veckor under året för bedömningar med sit in, CEX, eller 360 gradersbedömning. Bedömningarna dokumenteras i ST-läkarens portfölj. Vid randningar bristande kontakt med handledare på mottagande enhet och huvudhandledare.

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

### Föreskrift (endast 2021)

- Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.

## 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.

## Allmänna råd (endast 2015)

- 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

- | 2015                             | 2021                             |  |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.   |
| <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.          |
| <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.                                    |

## F Teoretisk utbildning

ST-läkarna har möjlighet att delta i kurser som täcker a, b och c mål. Kurser ges inom regionen som täcker a och b målen. Internutbildning äger rum varannan vecka tillsammans med hela läkargruppen. Ingen internutbildning enbart för ST-läkarna finns. Lästid erhålles med i genomsnitt 4 timmar per vecka. Internutbildningsaktiviteter står ej med i den individuella utbildningsplanen och den är inte systematiskt kopplad till utbildningens delmål.

### 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

- | 2015                             | 2021                             |  |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.   |
| <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.          |
| <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.                                    |

## G Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Alla ST-läkarna ska göra ett kvalitetsarbete och vetenskapligt arbete. Egen doktorsavhandling samt termin 10 arbete under läkarutbildningen har godkänts som vetenskapligt arbete. Det är önskvärt enligt SOF (svensk onkologisk förening) att det vetenskapliga arbetet presenteras på t. ex. Onkologidagarna men det har inte planerats. Tillgång till doktorandutbildning/tjänst finns centralt inom Region Gävleborg. Verksamheten saknar metoder för att granska vetenskapliga rön och artiklar t ex journal club.

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

## Föreskrift (endast 2015)

- 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.

## Kvalitetsindikator (endast 2021)

- ST-läkare ges möjlighet att medverka i forskningsprojekt under arbetstid.

## Gradering

- | 2015                             | 2021                             |  |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.   |
| <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.          |
| <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.                                    |

## H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarna bedöms kontinuerligt i det dagliga arbetet och via rondverksamhet på avdelningen. Den skriftliga dokumentation av denna bedömning är sparsam. ST-läkarna delar ansvar för schemaläggning av läkarstudenter från Uppsala. De delar även på ansvar att handleda dem samt ha avstämningsmöten med studenterna. ST-läkarna föreläser för kolleger på kliniken i samband med internutbildning och bedöms av studierektor m.fl. i samband med detta. ST-läkaren har få tillfällen utöver det kliniska arbetet eller studentomhändertagandet att utveckla sin ledarskapskompetens och få återkoppling på denna.

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

2015

2021

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.

## 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**

Verksamhetschefen delegerar ansvar för dokumentation av kontinuerliga bedömningar till vårdenhetschefen. Vårdenhetschefen samlar kopior på dokumentationer (mini-CEX, MSF, utvecklingssamtal, bedömning av kommunikation, ledarskap, handledning, pedagogik mm) i pärm. Originalen sparas av ST-läkaren. Särskilt rutin kring detta skall upprättas.

### **Datum när åtgärden ska vara genomförd**

Oktober 2024

### **Ansvarig för genomförandet**

Studierektor och vårdenhetschef.

### **Datum för uppföljning**

November 2024

### **Ansvarig för uppföljningen**

Verksamhetschef

## F. Teoretisk utbildning

Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerade interna utbildningsaktiviteter.

### **Planerad åtgärd**

Det individuella utbildningsprogrammet kommer uppdateras för att även inkludera planerade interna utbildningsaktiviteter. Vidare kommer schemat för internutbildningen kopplas till delmål i målbeskrivningen och ST-läkarna kommer tilldelas föreläsningstillfällen utifrån det.

### **Datum när åtgärden ska vara genomförd**

september 2024

### **Ansvarig för genomförandet**

Studierektor

### **Datum för uppföljning**

November 2024

### **Ansvarig för uppföljningen**

VEC Kyriaki Christodoulou

## **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**

Vi har infört journal club på kliniken, första anordnad 26/4, men struktur för träffarna kommer standardiseras i rutin. Vi kommer schemalägga journal club 1 ggr/mån under terminerna dvs ca 8 ggr/år. ST-läkarna kommer turas om att vara ansvariga för att inledningsvis presentera artikeln och ST-läkare samt studierektor hjälps åt att leda diskussionen. Efter varje journal club bedöms ST-läkarens prestation via bedömningsformulär. Vidare håller kliniken på att starta upp en separat klinisk forskningsenhet och ST-läkarna kommer inkluderas i klinikens kliniska studier och vara medprövare. ST-läkarna genomför redan arbete i att författa rutiner som led i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete men kommer även få auskultera med vår kvalitetssamordnare för att få genomgång kring klinikens systematiska arbete i dessa frågor.

### **Datum när åtgärden ska vara genomförd**

November 2024

### **Ansvarig för genomförandet**

Studierektor Linda Willén och VEC Kyriaki Christodoulou

### **Datum för uppföljning**

December 2024

### **Ansvarig för uppföljningen**

VC Johanna Ågren

## **H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens**

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

## **Planerad åtgärd**

ST-läkarens medicinska ledarskap och förmåga till multiprofessionellt samarbete skall bedömas veckovis vid teamarbete tex vid placering på vårdavdelningen eller på MDK:er. Återkoppling sker muntligt direkt eller i samband med handledningstillfälle och sammanfattas vid specialistkollegium. En månad/termin läggs fokus på skriftliga bedömningsinstrument för bedömning av ledarskap med påminnelser kring det varje måndag morgon på morgonmöte den månaden och då delas också skriftliga bedömningsformulär ut till ST-läkare och övriga kollegor. ST-läkarna kommer få auskultera med läkarchef.

## **Datum när åtgärden ska vara genomförd**

Oktober 2024

## **Ansvarig för genomförandet**

Studierektor Linda Willén

## **Datum för uppföljning**

December 2024

## **Ansvarig för uppföljningen**

VC Johanna Ågren och VEC Kyriaki Christodoulou.