



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Capio Sävja

Klinik

Allmänmedicin

Specialitet

2024-05-16

Datum

Marit Nygren och Louise Wänström

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Välbemannad enhet med fokus på utbildning.
- Engagerade ST-läkare och handledare.
- Verksamhetschef med intresse för att skapa en bra ST-utbildningsmiljö som beskrivs som lyhörd för ST-läkarnas behov.
- Man upplever bra stöd från studierektorsorganisationen både gällande praktiska frågor som bokning av rum och kurser och snabba svar på frågor.
- Vetenskapligt arbete schemaläggs redan tidigt under ST.
- Fungerande teamarbete där ST-läkarna upplever stöd från övriga professioner.
- Öppet klimat och hög trivsel.
- Utbildningsläkarna upplever god tillgänglighet för klinisk instruktion.
- Handledningstid och medsittningar prioriteras när man lägger schemat.
- Bred kompetens på enheten med god tillgänglighet till tex fysioterapeut och psykolog.
- Enheten har i stort sett kontinuerligt AT-läkare och läkarstudenter och ST-läkarna är i stor utsträckning delaktiga i handledningen.
- Aktivt arbete kring patientsäkerhetsarbete med avvikelser och händelseanalyser.
- Enheten har en disputerad specialist i allmänmedicin.

Svagheter

- Det finns goda förutsättningar på enheten att träna på ledarskap men ST-läkarna ges inte strukturerad feedback.
- På enheten finns goda möjligheter till undervisning och handledning och man låter ST-läkarna göra detta men man ger inte strukturerad feedback eller handledning på handledning.
- Man har återkommande läkarmöten men den medicinska vetenskapen har ingen självklar plats och ST-läkarna ges inte strukturerad feedback på sin utveckling.
- På enheten sköts årskontroller för kroniker i stor utsträckning av sköterskor. ST-läkarna saknar att få träffa dessa patienter vilket det också kan finnas ett värde av utifrån målbeskrivningen.
- Enheten har få gynpatienter.
- I regionen är jour organiserat på ett sätt som gör att det inte är självklart att ST-läkarna får ut något av tjänstgöring där. Beredskap utgör inte en självklar del av ST.
- Man har IUP men det saknas kompetensvärderingsmetoder och man behöver arbeta med hur man ska använda dokumentet i handledningen under hela ST.
- Kösystem tillämpas till att få ST-block vilket gör att sidotjänstgöringarna blir komprimerade i slutet av ST.
- Handledare saknar handledarutbildning i aktuell målbeskrivning.
- Enheten saknar ansvar för SäBo.

Förbättringspotential

- Revidera IUP och förtydliga vilka kompetensvärderingsmetoder som ska användas för att uppnå delmålen. Ta gärna hjälp av SFAMs rekommendationer.
- Skapa struktur för att ge strukturerad feedback gällande målen som omfattar medicinsk vetenskap, ledarskap, handledning och undervisning.
- Arbeta för att höja medvetenheten om fler instrument som kan användas för kompetensvärdering tex specialistkollegium, CBD, DOPS, 360. Se till att alla handledare har gått handledarkurs.
- Inför lokala handledarträffar och specialistkollegium på enheten.
- Involvera ST-läkarna i det aktiva arbete med patientsäkerhet och avvikelser som redan pågår i stor utsträckning på enheten.
- Fundera på hur man kan använda auskultation på annan enhets SÄBO för att det ska ge mer för ST-läkarna, tex att ST-läkarna själva håller i ronden med senior kollega som uppbackning.
- Fundera över om det finns ett utbildningsvärde med primärvårdsjour på kvällar och helgen. Underlätta beredskapsjour med bakjoursstöd för ST-läkarna
- Fundera över hur man gör en extern kompetensvärdering om ST-läkaren inte gör mitt-i-ST.
- Använd läkarmötet för att få in medicinsk vetenskap och ge feedback på utvecklingen. Låt ST-läkarna ta ansvar för att planera och hålla i dessa möten och ge feedback även på detta. Utnyttja den disputerade kollegans kompetens.
- Fundera över hur man använder lästiden så att den inte äts upp av patientadministration.
- IUP behöver revideras minst 2 gånger årligen och användas aktivt i handledningen som ett levande dokument.
- Dokumentera handledningen vilket därmed blir en sk försäkring om man på sikt byter enhet eller handledare.
- Studierektorsorganisationen kan fundera över att skapa en struktur för att systematiskt ta del av revisioner av IUP, årsrapporter, kompetensvärderingar etc. Detta för att säkerställa både kvalitén på ST-utbildningen men även för att upptäcka ST-läkare som riskerar att inte nå målen tidigare.

STRUKTUR

A Verksamheten

Enhet med 9612 listade patienter. Man har ansvar för både BVC och MVC. Enheten har inget SäBo bundet till sig men ST-läkarna erbjuds auskultation på närliggande SäBo som drivs av annan enhet. God tillgänglighet till psykosocial resurs, fysioterapeut och dietist.

Det finns ingen rutin för hur ST ska granskas utöver SPUR.

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

Enheten har 5 anställda specialister i allmänmedicin samt 1 geriatriker som är timanställd. Det finns 5 handledarutbildade specialister i allmänmedicin. Det finns 3 ST-läkare, samt 1 läkare som väntar på ST och 1 AT-läkare. En av specialisterna är disputerad. Samtlig personal har en kvart avsatt för frågor före lunch. Frågedoktorsystem används på enheten.

Två studierektor är knutna till enheten. Handledarträffar erbjuds lokalt.

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

Välutrustad enhet med adekvat utrustning och ändamålsenliga lokaler för att bedriva allmänmedicinsk verksamhet. Enheten har öronmikroskop. Gynstol finns men är ej färdigmonterad, benstöd finns på rummet. Oftast används gynstol som finns tillgänglig för ST-läkarna på MVC.

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

Jour finns, en regionalt driven primärvårdsjour där det är frivilligt för ST-läkarna att delta. Ingen av ST-läkarna på enheten har jobbat här. Denna kommer från 2025 även samarbeta med privata vårdcentraler. Många gör istället sidotjänstgöring på närakut. Det finns möjlighet att gå beredskapsjour men det finns inget system för bakjour eller system för handledning under denna på enheten. Det är inget krav i regionen att ST-läkare går beredskapsjourer.

Enheten har 1 leg läkare med sikte på ST som arbetar under ST-liknande former med regelbunden handledning, IUP och deltagande i ST-undervisning.

Samtliga ST-läkare har IUP men det finns brister gällande kopplingen delmål-lärandemetod-kompetensvärderingsmetod där det ffa brister gällande kompetensvärdering för respektive delmål. Man har i regionen arbetat med IUP utifrån delmål relativt kort tid varför det ännu inte implementerats och inte heller har reviderats regelbundet. Åtgärd krävs. Årliga utvärderingar görs men inte utifrån IUP. Åtgärd krävs.

Studierektorerna tar inte del av ST-läkarnas kompetensvärderingar på ett strukturerat sätt utan ansvar läggs på handledarna att skicka in dessa, vilket inte alltid görs. I regionen träffar studierektorerna ST-läkare i början av ST och i slutet av ST. Däremellan görs inga avstämningar, årsrapporter eller liknande.

Åtgärder krävs.

Handlingsplan inkommen, gradering D kvarstår.

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

Handledning sker 1 timme/vecka och tiden respekteras och ställs sällan in.

IUP har inte använts speciellt länge i regionen och därför har man inte implementerat ett arbetssätt där detta ingår i handledningen. IUP saknar information om hur respektive delmål ska kompetensvärderas. Åtgärd krävs.

Som kompetensvärderingsmetod används medsittning, regionala riktlinjer säger 4/år. Medsittning sker regelbundet men kompetensbedömning sker inte utifrån delmål. Inga andra kompetensvärderingsmetoder används i nuläget. Vi rekommenderar att man på enheten arbetar för att införa ytterligare strukturerade kompetensvärderingsinstrument utöver regionens egen medsittningsmall.

Regionens studierektorsorganisation har ett dokument för hur man kan hantera ST-läkare som riskerar att inte uppnå målen men den är inte känd. Rekommendation att man från verksamheten synliggör denna så att den är känd för handledare och verksamhetschef och att man i studierektorsorganisationen funderar över om man behöver revidera det befintliga dokumentet så att det kan fungera mer som ett stöd för enheterna när behovet uppstår.

Åtgärder krävs.

Handlingsplan inkommen, gradering D kvarstår.

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

Kurser anordnas centralt i regionen och ST-läkarna upplever inga problem att få plats på de obligatoriska kurserna.

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

Regionen ordnar en vetenskaplig kurs och har struktur för att erbjuda handledning under tiden ST-läkaren skriver sitt vetenskapliga arbete. Man planerar in vetenskapligt arbete tidigt under ST. Vetenskapliga arbeten presenteras årligen för regionens hela ST-läkargrupp.

Enheten har ett mycket aktivt patientsäkerhetsarbete där man skriver många avvikelser även gällande den egna verksamheten och man arbetar aktivt i hela personalgruppen med att diskutera avvikelser. Här kan ST-läkarna med fördel bjudas in för att delta på tex händelseanalys.

På enheten sker ingen regelbunden kompetensvärdering avseende medicinsk vetenskap och hur denna omsätts. Åtgärd krävs.

Handlingsplan inkommen, gradering D kvarstår.

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

Det finns goda förutsättningar att träna och utvecklas inom ledarskap på enheten tex i teamarbete, BVC, frågedoktor mm och ST-läkarna gör detta i stor utsträckning men man saknar struktur för att ge regelbunden feedback och kompetensvärdera. Åtgärd krävs.

Enheten har i stort sett kontinuerligt AT-läkare och läkarstudenter som tjänstgör på mottagningen och ST-läkarna är i hög grad delaktiga i handledningen. Däremot görs ingen kompetensvärdering eller "handledning på handledning". Åtgärd krävs.

Enheten har regelbundna läkarmöten 1 timme per vecka där man både diskuterar fall och tar administrativa frågor. Här kan man med fördel utnyttja möjligheten för ST-läkarna att träna på undervisning och då också skapa struktur för att ge återkoppling. Åtgärd krävs.

Handlingsplan inkommen, gradering D kvarstår.

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

Capio Sävja - Allmänmedicin

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

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

Verksamheten ombesörjer att varje ST-läkare har ett individuellt utbildningsprogram med tydlig koppling, utbildningsaktiviteter och kompetensvärdering. Planera för att handledare deltar på handledarträffar där IUP avhandlas.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

sep-okt 2024

Ansvarig för genomförandet

VC-chef

Datum för uppföljning

nov 2024

Ansvarig för uppföljningen

VC-chef

D. Tjänstgöringens upplägg

Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.

Planerad åtgärd

Verksamheten ser till upp att utbildningsprogrammet följs upp minst 2 gr/år och revideras vid behov.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

sep 2024

Ansvarig för genomförandet

VC-chef

Datum för uppföljning

nov 2024

Ansvarig för uppföljningen

VC-chef

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Verksamheten obesörjer att handledare deltar på handledarträffar och få information om IUP.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Hösten 2024

Ansvarig för genomförandet

VC-chef

Datum för uppföljning

nov 2024

Ansvarig för uppföljningen

VC-chef

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Verksamheten ser till att handledare närvarar på handledarträffar under hösten där information om IUP och hur det skall användas vid kompetensvärdering ges. Följ upp att kompetensvärdering sker med utgångspunkt i IUP Om ST-läkaren inte uppnår målen så följer verksamheten rutin.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Hösten 2024

Ansvarig för genomförandet

VC-chef

Datum för uppföljning

nov 2024

Ansvarig för uppföljningen

VC-chef

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

Verksamheten identifierar de situationer där ST-läkaren kan ges återkoppling samt lägg in i IUP Följ upp att återkoppling sker i de situationer där ST-läkaren utövar ledarskap samt att återkoppling dokumenteras och sparas.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Hösten 2024

Ansvarig för genomförandet

VC-chef

Datum för uppföljning

nov 2024

Ansvarig för uppföljningen

VC-chef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Handledaren identifierar de situationer där ST-läkaren kan ges återkoppling. Lägg in i IUP Följ upp att återkoppling sker i de situationer där ST-läkaren utövar ledarskap samt att återkoppling dokumenteras och sparas

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Hösten 2024

Ansvarig för genomförandet

VC-chef

Datum för uppföljning

nov 2024

Ansvarig för uppföljningen

VC-chef/ST-läkare/Handledare

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Verksamheten identifiera de situationer där ST-läkaren kan ges återkoppling. Lägg in i IUP
Följ upp att återkoppling sker i de situationer där ST-läkaren handleder och att återkoppling dokumenteras och sparas

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Hösten 2024

Ansvarig för genomförandet

VC-chef

Datum för uppföljning

nov 2024

Ansvarig för uppföljningen

VC-chef/ST-läkare/Handledare

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Identifiera de situationer där ST-läkaren kan ges återkoppling. Lägg in i IUP. Strukturera läkarmöten och APT så att ST-läkarna ges tillfälle att undervisa och att återkoppling på undervisningen sker och dokumenteras. Vilket redan är planerat.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Hösten 2024

Ansvarig för genomförandet

VC-chef

Datum för uppföljning

aug 2024

Ansvarig för uppföljningen

VC-chef/ST-läkare/Handledare/MAL