



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Norrtälje Sjukhus

Klinik

Kirurgi

Specialitet

2024-09-05 – 2024-09-06

Datum

Norrtälje

Ort

Layla Mirzaei och Gisela Reinfeldt Engberg

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Gott utbildningsklimat
- Introduktionsprogram
- Engagerad studierektor
- Förekomst av återkommande ST-kollegium
- ST-läkarna får möjlighet att delta på flertalet icke-obligatoriska kurser och konferenser
- Möjlighet att köpa litteratur
- Schemalagd tid för självstudier
- Förutsättning för schemalagd handledning
- Övertidsersättning när ST-läkarna stannar för op jourtid
- Rimlig jourbörda
- Sjukhusövergripande MoM
- Regelbundna journal clubs
- Tydlig struktur kring nyanställning och beslut om ST

Svagheter

- Bristfällig strukturerad återkoppling efter specialistkollegium
- Bristande uppföljning och utvärdering av måluppfyllelse vid sidotjänstgöring samt återkoppling till ST-läkaren
- Op-volym på hemmakliniken
- Bedömningar avseende kompetensutveckling saknas
- Bristande strukturerad återkoppling på kommunikativ- och ledarskapskompetens samt handledning- och pedagogisk förmåga
- Otydliga formella kompetenskrav kring de körkort man har för olika operativa ingrepp
- De individuella utbildningsprogrammen (IUP) saknar struktur fullt ut
- Bristande dokumentation av handledarsamtal och måluppfyllelse

Förbättringspotential

- Implementera de dokument (IUP, instruktioner/checklista för handledning, bedömningsmallar) som framtagits
- Använd befintliga utbildningssituationer (rond, trauma, MoM, journalclubs, undervisning/handledning av AT) i större utsträckning för strukturerad kompetensbedömning och återkoppling
- Strukturerad uppföljning och återkoppling av sidotjänstgöringarna – handledare till handledare och/eller SR till SR och till ST
- Skriftlig återkoppling efter specialistkollegium
- Tydligare styrande dokument kring vilka mål som bör vara uppfyllda och när under ST. Randningar och längd. Tid för vetenskapligt arbete/kvalitetsarbete. Tillgodoräknande av tjänstgöringstid/vetenskapliga arbeten osv
- Dagbakjourstelefon till ST-läkare i större utsträckning
- Klinik/sjukhusövergripande arbete med samordning av a och b-kurser – tidig strimma, Sjukvårdsorganisationen på Norrtälje sjukhus
- En tydligare uppdragsbeskrivning för SR med tid och ersättning för uppdraget
- Förtydliga vad körkortsförfarandet egentligen innebär
- ST mer delaktiga i operationsplaneringen
- Simulatorträning på DS (KTC) innan DS randning

STRUKTUR

A Verksamheten

Kirurgkliniken på Norrtälje sjukhus har ett upptagningsområde motsvarande ca 70 000 invånare som under sommartid ökas till 250 000 invånare. Organisatoriskt består kirurgkliniken av kirurgi, gynekologi och urologi med en gemensam avdelning motsvarande 24 vårdplatser. På kirurgen i Norrtälje opereras patienter med övre och nedre benigna gastrointestinala åkommor. Detta inkluderar även obesitaskirurgi, bräckkirurgi, proktologi, endoskopi inklusive ERCP. För tillräcklig allsidig tjänstgöring och måluppfyllelse randar sig ST-läkarna på Danderyds sjukhus, 6 månader ÖGI och 6 månader NGI inklusive jourverksamhet samt Kärl, Bröst, Trauma och Endokrin på Karolinska sjukhuset motsvarande total ca 9 månader. Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av god kvalitet och skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur ST skall genomföras och hur ST-läkarnas kompetens skall bedömas 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:

- 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

Läkarstaben på kirurgen består av 11 specialister, varav en är specialist i allmänmedicin som ledningsläkare på akuten, två urologer varav en är dubbelspecialist. Det finns två disputerade läkare på kliniken. Det finns 4 ST-läkare i kirurgi och 4 vikarierande leg underläkare som i huvudsak tjänstgör som primärjour på akuten. Samtliga ST-läkare och vik underläkare har handledare som genomgått handledarutbildning. Studierektorn är specialistkompetent och har genomgått handledarutbildning. Det saknas dock en lokal uppdragsbeskrivning för studierektorn som anger tid och ersättning för uppdraget.

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

Det finns adekvat utrustning för diagnostik, utredning och behandling. Det finns även utrustning för mottagning och möten. Jourrummen har tillräcklig god standard. ST-läkarna har tillgång till en funktionell arbetsplats. Lokalerna är ändamålsenliga. Tillgång till IT-baserade kliniska beslutsstöd, sökbar vetenskaplig databas samt stöd från bibliotek finns. ST-läkarna har tillgång till KTC på Danderyds sjukhus där simulatorer 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

Verksamheten tillhandahåller inte tydliga skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas, samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg. Dessa bör framtas och användas av samtliga. I dessa riktlinjer bör tydlig koppling finnas gällande typ av verktyg för kompetensbedömning som rekommenderas för respektive delmål. En mall för det individuella utbildningsprogrammet har framtagits men behöver kompletteras med en tydligare struktur där det för varje delmål framgår: 1. Vilka utbildningsaktiviteter (klinisk tjänstgöring/kurs) som krävs för måluppfyllelse. 2. När utbildningsaktiviteterna ska genomföras (ung tidsplanering). 3. Hur måluppfyllelse för varje delmål ska bedömas.

Formella kompetensbedömningar bör göras i större utsträckning och studierektorn bör då ta del av dessa förslagsvis inför ST-kollegium. IUP:n bör också följas upp regelbundet och revideras vb.

ST-läkarna på Norrtälje sjukhus tjänstgör på akuten enbart nattetid och i låg utsträckning men vid randning på Danderyds sjukhus fungerar ST-läkarna som mellanjour (avd/op-jour) i större utsträckning motsvarande ca en tredjedel-hälften av tjänstgöringstiden. På Norrtälje sjukhus får ST-läkarna gå bakjourer nattetid med stöttning av en senior bakjour i slutet på ST:n.

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

Samtliga ST-läkare har en huvudansvarig handledare. En lokal handledare finns på varje extern placering. Eftersom det saknas utförlig IUP enl. föreskrift (se punkt D) saknas också den kontinuerliga handledningen samt bedömningen utifrån IUP:n. Dock sker fortlöpande bedömning av ST-läkarens kompetensutveckling utgående från målbeskrivningen vid ST-kollegium där ST-läkare förväntas tas upp 2 ggr/ år. Det bör ske en tydligare dokumentation och återkoppling av denna kompetensbedömning till ST-läkaren. Det finns skriftliga instruktioner på övergripande nivå för hur bedömningar av ST-läkarens kompetens ska genomföras. Dock implementeras inte dessa genomgående.

ST-läkarna har möjlighet att schemalägga handledarsamtalen vilket sker i olika omfattning. Uppföljning av måluppfyllelse under sidoutbildningarna bör förbättras med tydligare återkoppling till ST-läkare, handledare och SR emellan. För ST-läkare som riskerar att ej uppnå kompetensmål finns ingen utarbetad rutin för en åtgärdsplan.

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

ST-läkarna har mycket goda möjligheter att gå såväl obligatoriska och flertalet icke-obligatoriska kurser samt delta i konferenser såsom KIRUB-dagarna och Kirurgveckan. Interna utbildningsaktiviteter har utarbetats och förekommer regelbundet. Dessa bör inplaneras i det individuella utbildningsprogrammet med tydlig koppling till Socialstyrelsens delmål. Tid för självstudier finns. Även denna utbildningsaktivitet bör finnas med i IUP:n.

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

Det finns förutsättningar för ST-läkarna att genomföra ett medicinskt vetenskapligt arbete samt ett kvalitetsarbete. ST-läkarnas kompetens i medicinsk vetenskap bedöms i samband med återkommande journal clubs och i samband med fallbeskrivningar under internutbildningen. ST-läkarna kan få 10 veckor avsatta för det vetenskapliga arbetet samt för kvalitetsarbete. Dessa arbeten presenteras för kliniken och muntlig återkoppling har getts. Utbildning i medicinskt vetenskaplig syn- och förhållningssätt samt patientsäkerhetsarbete och systematiskt kvalitetsarbete ges i samband med a- och b-målsstrimman på Danderyds sjukhus.

Föreskrift

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

Allmänna råd

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

Kvalitetsindikatorer

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

Gradering

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

H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkaren ges förutsättningar att utveckla ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens i enlighet med målbeskrivningen. Fortlöpande och strukturerad handledning i ledarskap och kommunikativ kompetens saknas, liksom bedömning och återkoppling av dessa kompetenser. ST-läkarna handleder och undervisar, men återkoppling på dessa moment är bristfälliga. Möjlighet till att delta i inom- eller mellanprofessionell reflektion i grupp saknas.

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.

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

Ett styrdokument för ST i kirurgi på Norrtälje sjukhus utformas som innehåller riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas och hur tjänstgöringen ska vara upplagd. Styrdokumentet går igenom med samtliga ST- läkare och handledare 21/10.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Redan gjort

Ansvarig för genomförandet

SR

Datum för uppföljning

21/10

Ansvarig för uppföljningen

SR

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

Samtliga ST- läkare har redan IUP som innehåller tid för randningar/kurser. De har nu reviderats av ST tillsammans med huvudhandledare och ska även innehålla form av utvärdering av samtliga mål samt planerad tid då målet ska vara uppfyllt. ST- läkarnas reviderade IUP ska gås igenom med SR på ett ST- APT 21/10.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

21/10

Ansvarig för genomförandet

ST + huvudhandledare

Datum för uppföljning

21/10

Ansvarig för uppföljningen

SR

D. Tjänstgöringens upplägg

Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.

Planerad åtgärd

I styrdokumentet för ST i kirurgi på NtS står tydliga instruktioner för hur ofta IUP ska följas upp och revideras vid behov.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Redan gjort

Ansvarig för genomförandet

SR

Datum för uppföljning

21/10

Ansvarig för uppföljningen

SR

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Reviderade IUP. Uppdaterade mallar för handledningssamtal. I styrdokumentet för ST i kirurgi NtS står hur ofta ST - läkarna ska utvärderas och på vilket sätt. I styrdokumentet står även hur kontakten mellan huvudhandledare och handledare under sidotjänstgöring ska ske och dokument är framtagna för standardiserad utvärdering av ST- läkaren på sidotjänstgöringen. ST- kollegium 2 gånger/år där det nu finns riktlinjer för hur ST- läkaren ska få muntlig och skriftlig återkoppling och detta ska återspeglas i revidering av IUP.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Redan gjort

Ansvarig för genomförandet

SR/ ST- läkare

Datum för uppföljning

ST- kollegium 18/11

Ansvarig för uppföljningen

SR

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Vg se ovan

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Ansvarig för genomförandet

Datum för uppföljning

Ansvarig för uppföljningen

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

I det nu framtagna styrdokumentet för ST kirurgi NtS står hur ST- läkaren ska bedömas och hur ofta samt vilka verktyg som ska användas vid bedömningen. Det står även hur ST-läkaren ska få skriftlig och muntlig återkoppling vid utvärdering samt hur det ska återspeglas i v revidering av IUP.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Redan gjort

Ansvarig för genomförandet

SR

Datum för uppföljning

21/10 på ST- APT

Ansvarig för uppföljningen

SR

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

Vi har tagit fram bedömningsmallar, körkort och mallarna för ST- kollegium är reviderade och det finns tydligt i skrift hur de ska dokumenteras och följas upp. Varje ST- läkare ansvarar för att spara sin egna dokumentation.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Redan gjort

Ansvarig för genomförandet

SR/ST- läkare

Datum för uppföljning

21/10

Ansvarig för uppföljningen

SR

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

Planerad åtgärd

I ST- läkarnas nu reviderade IUP står tydligt hur samtliga mål ska utvärderas och vilka utvärderingsverktyg som ska användas (fokus har legat på hur A/B mål ska utvärderas). Vid ST- kollegium kommer vi gå igenom de skriftliga bedömningsmallar ST- läkaren genomfört sedan senaste ST- kollegium och utifrån det och den av ST- läkaren ifyllda utvärderingsformuläret kommer en bedömning ske. Huvudhandledaren skriver ner bedömningen och går sedan igenom med ST- läkaren och vid behov sker revidering av IUP och då tas beslut om vilka delmål där ST- läkaren ska genomföra skriftlig bedömningsmall tills nästa ST- kollegium.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Redan gjort

Ansvarig för genomförandet

SR/ST- läkare

Datum för uppföljning

ST- kollegium 21/11

Ansvarig för uppföljningen

SR

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Se ovan. ST- läkarna och vik innan ST kommer hålla i tisdagsföreläsningar för yngre kollegor med en specialist/ÖL som bedömer med skriftlig mall (mini cex). Schema för detta är lagt med start i nov

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Redan gjort

Ansvarig för genomförandet

SR/ST- läkare

Datum för uppföljning

jan- 25

Ansvarig för uppföljningen

SR

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Se ovan. ST- kollegium där alla A/B- mål går igenom och ST- läkaren ska ha genomfört skriftliga bedömningar inom samtliga A/B- mål inom ramen för sin ST. Det står i styrdokumentet för ST kirurgi NtS hur det ska gå till.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

21/11

Ansvarig för genomförandet

SR

Datum för uppföljning

21/11

Ansvarig för uppföljningen

SR