



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Visby Lasarett

Klinik

Ögonsjukdomar

Specialitet

2024-05-13 – 2024-05-14

Datum

Visby

Ort

Kerstin Edlund och Marion Schroeder

Inspektörer

HSLF-FS 2021:8

Föreskrift

Styrkor

- Mycket god stämning råder på kliniken
- Det föreligger en hög ambitionsnivå rörande ST utbildningen med engagerade kollegor och klinikledning
- Tillgång till handledare och kliniska instruktörer finns vid alla arbetspass
- Administrativ tid finns avsatt i tillräcklig utsträckning
- Handledningstid schemaläggs
- Med-sittning och andra bedömningsmoment schemaläggs
- Möjlighet till god kontinuitet i patient-läkarkontakten
- ST-kontrakt finns
- ST-läkaren har tillgång till egen funktionell arbetsplats
- Subspecialister med hög kompetens står för en stor del av utbildningen på kliniken

Svagheter

- Verksamheten saknar en övergripande målbeskrivning för ST-utbildningens genomförande
- Introduktionsprogram saknas
- Det individuella utbildningsprogrammet är ofullständigt, saknar helhetsupplägg och man kan inte på delmålsnivå följa mål - utbildningsaktivitet - kontroll av måluppfyllelse. Detta får till följd att många föreskriftspunkter blir svåra att uppnå till fullo
- Specialistkollegium och handledarträffar saknas
- ST-läkaren deltar i aktivt jourarbete i för liten utsträckning ur utbildningssynpunkt
- ST-läkaren bör kunna följa ineliggande patienters sjukdomsutveckling och struktur för detta bör finnas – åtminstone under sidotjänstgöring
- Inom områdena ledarskap, kommunikativ kompetens, undervisning och handledning saknas strukturerad handledning och återkoppling
- ST-läkaren bereds inte möjlighet att undervisa och handleda under handledning

Förbättringspotential

- Övergripande målbeskrivning för ST-utbildningen bör utarbetas med koppling till utbildningsmålen
- Introduktionsprogram ska utarbetas
- IUP ska omfatta hela den planerade utbildningen och knyts till delmål
- Handledningen ska utgå från IUP i hög utsträckning
- IUP ska tas upp minst fyra gånger per år i handledarsamtal och revideras två gånger per år samt vid behov
- Använd ögonläkarföreningens checklista aktivt och integrera den i IUP:n
- Struktur för hur sido-tjänstgöringen ska följas upp bör finnas
- Viktigt att bevaka att injektionsbehandling inte tillåts ta för stor del av ST-utbildningstiden
- Planera in ytterligare jourverksamhet och eventuellt annan högflödesmottagning i utbildningen i samband med sidoutbildningarna
- Klarlägg hur ST-studierektorn ska engageras i ST-utbildningen på Gotland, och hur hans roll som stöd till verksamheten definieras
- Specialistexamen ska rekommenderas och tid för instudering på arbetstid ges
- ST-läkare bör kunna följa ineliggande patienters sjukdomsutveckling
- Möjlighet ska ges att auskultera hos chefer och ledare inom organisationen tex att delta i ledningsgruppsmöte eller liknade vid något tillfälle
- Redovisning av vetenskapligt arbete kan förbättras genom att redovisning sker enligt SÖFs rekommendationer

STRUKTUR

A Verksamheten

Ögonkliniken Visby Lasarett, Region Gotland har ett upptagningsområde på ca 60 000 invånare. Ögonverksamheten är ett eget verksamhetsområde sedan 2022 med egen verksamhetschef med 50% tjänstgöring för detta uppdrag. Det bedrivs en bred öppenvårdsverksamhet, mottagning och kataraktkirurgi, chirurgia minor och viss skelningskirurgi.

Sammanfattningsvis är verksamheten tillräckligt stor och allsidig för att erbjuda adekvat bredd inom ögonspecialiteten kompletterad med noggrant planerad sidoutbildning, exempelvis inom barnoftalmologi och skelning, bakresegment kirurgi, cornea, neurooftalmologi och uvea. Jourverksamhet bedrivs dagtid, måndag till fredag samt tre timmar per helg. Möjlighet till slutenvårdsplats finns i de sällsynta fall det behövs på kirurgisk vårdavdelning.

Det finns skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur specialitetsutbildningen ska genomföras och utvärderas. En jämställdhetsplan finns på övergripande nivå.

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

Ögonverksamheten har i praktiken en tillräcklig bemanning med specialister på plats för verksamhetens behov men få av dessa är fast anställda. Bemanningen utgörs av flera olika subspecialister som tjänstgör på kliniken på deltid med olika intervall men ändå fås en kontinuitet då samma läkare återkommer över tid. För närvarande finns en ST-läkare anställd.

Handledaren är specialist i oftalmologi och har genomgått handledarutbildning. Specialistkompetent studierektor finns på distans vid Akademiska sjukhuset i Uppsala, denne är ögonspecialist och har handledarutbildning. Kliniken har en skriftlig uppdragsbeskrivning men oklart om studierektorn tagit del av denna. Det föreligger en hög ambitionsnivå avseende att ge en god specialistutbildning och möjlighet finns att ge ST-läkaren adekvat handledning och instruktion i det kliniska arbetet.

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

Lokalerna är ändamålsenliga med god teknisk utrustning. ST läkare har tillgång till egen funktionell arbetsplats med dator i delad expedition. God tillgång till bibliotekstjänst och aktuella tidskrifter finns.

Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

- Utrustning för diagnostik, utredning och behandling är adekvat.
- Utrustning för mottagningsverksamhet, möten och behandlingskonferens på distans är adekvat.

Kvalitetsindikator

- ST-läkarna har tillgång till funktionell arbetsplats.
- Det finns tillgång till relevanta IT-baserade kliniska beslutsstöd, sökbar vetenskaplig databas samt stöd från bibliotek eller FoU-enhet under hela specialiseringstjänstgöringen.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

PROCESS

D Tjänstgöringens upplägg

Kliniken saknar en skriftlig målbeskrivning för ST-utbildningens genomförande. Individuella utbildningsprogram (IUP) finns men saknar framåtsyftande struktur och planerat upplägg av utbildningstiden, däremot dokumenteras genomförda utbildningsmoment. ST-läkare har introducerats till verksamheten men kliniken saknar introduktionsprogram.

Legitimerade läkare med längre vikariat på kliniken har fått handledning och utsedd handledare. Den sammanlagda jourtjänstgöringen utgör en mycket liten del av utbildningstiden.

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

En huvudhandledare är utsedd för ST-läkaren. Handledarsamtal är schemalagda med en gång per månad under terminerna. Handledarsamtal, uppnådd kompetens, förvärvade kunskaper och färdigheter i enlighet med målbeskrivningen dokumenteras av ST-läkaren.

Utvärdering av ST-läkarens kompetensutveckling görs fortlöpande av handledaren. Medsittning, DOPS och 360° används men strukturen bör vidareutvecklas. Handledarträffar och specialistkollegium har inte genomförts ännu. Det finns inom Region Gotland strukturerade utvärderingsmallar att använda inför specialistkollegium och återkoppling ska ske via handledaren till ST-läkaren.

Verksamhetschefen har årliga utvecklingssamtal med ST-läkaren.

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)
- 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.

Kvalitetsindikator

- ST-läkarnas sidutbildning följs upp.

Gradering

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

F Teoretisk utbildning

Teoretiska kurser och utbildningar planeras in i ST-tjänstgöringen och ST-läkaren får gå alla förekommande ST-kurser inom specialiteten. ST-läkaren erbjuds även andra externa utbildningar, t.ex. nationella- och regionala ST-dagar inom specialiteten samt regiongemensamma kurser inom ledarskap, kommunikation, kvalitets- och forskningsmetodik.

ST-läkare får via länk delta i internutbildning för ST-läkare i Uppsala samt Grand Rounds på S:t Eriks ögonsjukhus. Lokal internutbildning har startats upp senaste tiden. Tid för självstudier, administration och andra icke patientbundna arbetsuppgifter finns i schemat i tillräcklig utsträckning.

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

Kvalitetsarbete har genomförts. Möten där medarbetare diskuterar och kritiskt granskar vetenskaplig litteratur har funnits inom Region Gotland en gång per år för alla ST-läkare på sjukhuset. Inga självständiga forskningsprojekt har avrapporterats de senaste två åren.

Inom Region Gotland finns för närvarande inte en fungerande FOU-enhet och forskning måste knytas till universitet på fastlandet.

ST-läkaren deltar fortlöpande i arbetet med patientsäkerhetsfrågor och avvikelser.

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.

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

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

En kurs inom bland annat ledarskap och kommunikativ kompetens erbjuds alla ST-läkare av Region Gotland.

Schemalagd med-sittning och annan strukturerad bedömning enligt etablerade metoder har delvis använts under utbildningsperioden.

Inom områdena ledarskap, kommunikativ kompetens, undervisning och handledning saknas strukturerad handledning och återkoppling. ST-läkaren bereds inte möjlighet att undervisa och handleda under handledning.

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

Visby Lasarett - Ögonsjukdomar

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

Vi författar ett nytt dokument som innefattar såväl ett välkomnande med allmän information samt riktlinjer avseende tjänstgöringens upplägg och hur målbeskrivningen ska uttolkas. I aktuellt dokument återfinns också länkar till andra viktiga ST-dokument samt förslag på mallar avseende IUP och ST-kontrakt. Även en länk till Ögonläkarförningens utbildningssida där målbeskrivning samt checklista med kurser återfinns. Vid introduktion av ny ST-läkare erhålls detta dokument och innehållet går igenom tillsammans med handledare.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

20241130

Ansvarig för genomförandet

Frida Emilsson

Datum för uppföljning

20241220

Ansvarig för uppföljningen

Ann-Charlotte Loréhn

D. Tjänstgöringens upplägg

Jourtjänstgöring/beredskap utgör en adekvat del av tjänstgöringen.

Planerad åtgärd

Säkerställa jourtjänstgöring vid randning vid större klinik, både inom och utanför kontorstid, förutom de jourtillfällen som kan ges på hemma kliniken. Det handlar om om högre volym av patienter och bredare diagnospektrum. Övergripande planering behöver skrivas in övergripande tjänstgörings upplägg och i IUP.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Skall läggas in i IUP snarast. Genomförd 241130

Ansvarig för genomförandet

Ann-Charlotte Lorén

Datum för uppföljning

241231

Ansvarig för uppföljningen

Ann-Charlotte Lorén

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

Vidareutveckla befintlig IUP för att uppfylla kraven på att IUP utgår från målbeskrivningen och omfattar alla utbildningsaktiviteter som behövs för att uppfylla kompetenskraven i målbeskrivningen. Koppla aktiviteterna till de olika delmålen i IUP.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

241130

Ansvarig för genomförandet

Ann-Charlotte Lorén

Datum för uppföljning

241231

Ansvarig för uppföljningen

Ann-Charlotte Lorén

D. Tjänstgöringens upplägg

Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.

Planerad åtgärd

Att utbildningsprogrammet följs upp, och revideras vid behov, i samband med handledningstillfällen ska dokumenteras i den individuella utbildningsplanen. ST-läkaren ansvarar för att datum för uppföljning respektive revidering dokumenteras. Nuvarande ST-läkare och handledare påminns om detta och nya ST-läkare informeras muntligen i samband med introduktion och skriftligen genom ovan nämnda dokument.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

20241130

Ansvarig för genomförandet

Frida Emilsson

Datum för uppföljning

20241220

Ansvarig för uppföljningen

Ann-Charlotte Loréhn

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Skriftlig rutin för handledarsamtal där schemalagt intervall och vägledning vad gäller innehåll framgår.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

20241130

Ansvarig för genomförandet

Frida Emilsson

Datum för uppföljning

20241220

Ansvarig för uppföljningen

Ann-Charlotte Loréhn

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

Införande av rutin att, och hur, ST-handledaren dokumenterar de bedömningar (specialistkollegium, 360-gradersbedömning samt utvärdering vad gäller ledarskap, kommunikation och pedagogisk förmåga) som kontinuerligt görs. ST-läkaren är själv ansvarig för att spara bedömningsmallar som används i vardagen såsom mini-CEX, DOPS och CBD. Verksamhetschef gör noteringar i samband med årligt medarbetar- respektive lönesamtal.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

20241130

Ansvarig för genomförandet

Frida Emilsson

Datum för uppföljning

20241220

Ansvarig för uppföljningen

Ann-Charlotte Loréhn

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Vi ska säkerställa att vi regelbundet bedömer ST läkaren vid olika undervisnings situationer enligt en gemensam mall och att det sker en dokumentation efter varje tillfälle och att det återkopplas till ST läkaren. Utsedd ST huvudhandledaren är ansvarig att det hanteras korrekt. Skall fastställas vilka bedömningsmallar vi kan använda.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

20241130

Ansvarig för genomförandet

Jörgen Larsson

Datum för uppföljning

20241220

Ansvarig för uppföljningen

Ann-Charlotte Loréhn

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Vi ska säkerställa att regelbundet bedöma ST läkaren vid olika handledningssituationer kan var ST kollega från PV alternativt medarbetare i ögonverksamheten. Även här skall en mall användas och resultatet skall dokumenteras och återkopplas till ST läkaren. Utsedd ST huvudhandledaren är ansvarig att det hanteras korrekt. Skall fastställas vilka bedömningsmallar vi kan använda.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

20241130

Ansvarig för genomförandet

Jörgen Larsson

Datum för uppföljning

20241220

Ansvarig för uppföljningen

Ann-Charlotte Loréhn