



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Karolinska Universitetssjukhuset
Klinik

Urologi
Specialitet

2024-06-04 – 2024-06-05
Datum

Stockholm
Ort

Edvard Lekås och Erik Sagen
Inspektörer

SOSFS 2015:8
Föreskrift

Styrkor

- God bemanning av specialistläkare, vilket ger goda möjligheter till handledning och dagliga instruktioner
- Stor forskningsverksamhet med goda möjligheter för ST läkare att forska och forskarutbilda sig
- Sveriges största ESWL enhet
- Engagerad studierektor och ST chef
- Mycket god och kollegial stämning på kliniken
- Stort undervisningsintresse hos ST chefen

Svagheter

- Relativt lång randning på kirurgen
- Låg andel som använder de formella bedömningsverktygen
- Lite svajig randning inom urologisk öppenvård med oklar struktur och tidsangivelser
- Ingen schemalagd handledningstid eller studietid

Förbättringspotential

- Skapa regelbundna forum för handledare att träffas tillsammans med studierektor
- Schemalägg regelbunden handledningstid och studietid
- Uppmärksamma bedömningsverktygen och gör dem synliga på mottagning, avdelning och operation. Använd dem i den kliniska vardagen!
- Ge studierektorn mer tid i schemat för uppdraget, minst 10% rekommenderas
- Helst en ST läkare per handledare
- Ge ST läkaren handledning och strukturerad feedback avseende kommunikation, utbildning, handledning och ledarskap
- Styr upp och kom med skriftliga överenskommelser för tjänstgöring hos privata vårdgivare och andra sjukhus som tar emot ST inför urologisk öppenvårdsplacering
- Förläng den urologiska öppenvårdsplaceringen till 6 månader

STRUKTUR

A Verksamheten

Karolinska Universitetssjukhuset har en mycket stor och blandad urologisk verksamhet, med dels mycket högspecialiserad urologisk vård, dels en del basal akut urologisk vård. Man bedriver omfattande urologisk undervisning; grundutbildning, vik ul, AT/BT, samt ST-utbildning. Man har dessutom en mycket omfattande forskning med inriktning mot urologi. På grund av den omfattande privatiseringen i Stockholm med specialistvårdvalet, ser patienturvalet något annorlunda ut jämfört med de flesta av Sveriges urologiska vårdgivare. De flesta patienter som kommer har redan träffat en privaturolog och mycket av den basala urologiska kirurgin utförs av privatpraktiserande urologer. Detta kompenseras till stor del av att ST läkarna har möjlighet att ta sig till privata vårdgivare för att lära sig öppenvårdsurologi och kirurgia minor.

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

Kliniken har 35 specialister och i nuläget bara fem ST-läkare. Långt ifrån alla dessa specialister jobbar dock 100%. Man har rätt nyligen haft ett anställningsstopp, vilket har gjort att det finns en svacka i antalet ST -läkare. 21 av klinikens läkare är disputerade och flera är docent kompetenta och man har två professorer i urologisk kirurgi. Detta innebär att det finns en förhållandevis bra bemanning och att det finns väldigt goda möjligheter, dels till dagliga konsultationer, men även till expertis och forskningshandledning. Alla handledare har genomgått handledarutbildning efter grundutbildningen. Vissa har dessutom gått kompletterande utbildning. Man har dessutom god tillgång till vikarierande underläkare, Vilket tillsammans med ett stort söktryck till tjänsterna gör att man kan välja ut de ST-läkare som man helst vill ha. Man har även en matrisstruktur där ssk, usk och sekreterare har sina egna chefer och enhetstillhörigheter. Trots detta verkar samarbetet fungera väl mellan professionerna. Bra bemanning på avdelningen med hög kvalitet gör att man kan ha korta vårdtillfällen och en effektiv verksamhet. Det gör att läkarna kan få god vana av avdelningsarbete på kort tid.

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

Man har delvis nya moderna lokaler inne på operation. Man har en välfungerande avdelning. Expeditionerna är någon form av kontorslandskap, men överlag ändå fungerar tillfredsställande. I landskapet har man satt upp skärmar runt om varje bås och varje ST-läkare har sin egen dator och en funktionell arbetsplats i och med detta. Mottagningslokalerna är moderna och väl tilltagna framförallt på Karolinska Huddinge Sjukhus, men något mindre på Karolinska Solna .

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

En individuell utvecklingsplan, IUP upprättas tidigt vid anställningen tillsammans med handledare och efter granskning av studierektor. Randningar på externa sjukhus och andra vårdinrättningar planeras för att tillgodose de mål som ej kan uppfyllas på de egna tjänstgöringsorterna. Aningen för lång placering på kirurgen (18-24 månader) Aningen för kort placering inom urologisk öppenvård, i regel endast tre månader, där innehållet varierar beroende på placering. Man har ingen placering på akuten på Karolinska, däremot under kirurgrandningen har vissa det. Man är också konsultansvarig urolog i Huddinge redan från ganska tidigt under ST-tiden

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.

EHandledning och kompetensbedömning

Fortlöpande bedömning av ST läkarnas kompetens görs framför allt genom specialistkollegium som genomförs 2 gånger per år. För vissa ST-läkare är det dock betydligt mer sällan förekommande. Strukturen kring specialistkollegium kan förbättras med krav på ett minimalt antal genomförda bedömningar (tex DOPS, mini-CEX och/eller 360 graders bedömning) inför genomgång av varje ST läkare. För att implementera och sprida användningen av bedömningsinstrument kan man använda sig av kompetensveckor, där kompetensutvecklingen hos ST-läkarna utvärderas med bedömningsinstrumenten och den som har gjort flest under veckan får en liten utmärkelse. Rutinerna kring dokumentationen av den kontinuerliga bedömningen kan förbättras och kan förslagsvis administreras av chefsstöd. Återkoppling från ST läkarens lokala handledare under och efter avslutade sidoutbildningar bör ske i mycket större utsträckning till både handledare och studierektor.

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 sidoutbildning 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

God tillgång till elektronisk bibliotek som täcker de böcker och tidskrifter som rekommenderas inom Urologi Journal Club hålls en gång per vecka där olika urologiska ämnen presenteras och diskuteras interkollegialt. Man har regionala ST-dagar som ordnas av studierektorerna gemensamt i länet och där ST-läkarna ibland har egna programpunkter med föreläsningar och journal clubs. ST-läkarna får åka på de a, b och c-kurser som krävs för att uppfylla målbeskrivningen i Urologi. ST-läkarna bör i mycket större utsträckning informeras om och uppmuntras att årligen anmäla sig till EBU's In-service assessment som en kontrollfunktion att de teoretiska kunskaperna ständigt förbättras under ST-tiden. Utöver detta bör alla ST-läkare i Urologi uppmuntras att under sitt sista år gå EUREP-kursen i Prag som ett led i att knyta ihop säcken avseende de teoretiska kunskaperna. Kursen kan även ses som en bra förberedelse inför den europeiska specialisttentamen, FEBU, som ST-läkarna bör uppmuntras att ta, gärna i samband med att man avslutar sin ST. Inför FEBU-examen kan det vara rekommendabelt med en period fokuserad inlärningsstid. Tid för regelbundna självstudier å 2-4 timmar per vecka bör eftersträvas oavsett utbildningsort.

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

Flertalet disputerade läkare finns anställda på kliniken (21 st). Det finns en lång tradition och en väl inarbetad forskningskultur på sektionen. ST läkare får presentera sina arbeten på nationella och internationella kongresser förutom på de interna möten som är planerade ca 1 gång per vecka. Muntlig återkoppling ges av samtliga närvarande kollegor. ST-läkarna genomför ett förbättringsarbete som man presenterar för kliniken.

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 möjlighet att utveckla ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens, men detta bedöms och återkopplas bara i begränsad utsträckning genom specialistkollegium. ST läkaren bereds möjlighet att handleda AT läkare och läkarstudenter, men får ingen strukturerad handledning och återkoppling avseende detta. Det finns flertalet situationer i det dagliga arbetet där detta enkelt skulle kunna göras genom att använda strukturerade bedömningsverktyg, t ex i samband med rondarbete, presentationer vid klinikmöten och undervisning/handledning av yngre kollegor.

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

Karolinska Universitetssjukhuset - Urologi

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

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

Planerad åtgärd

Huvudansvarig handledares möjlighet till fortlöpande bedömning av ST-läkarens kompetens kommer ökas genom schemalagda aktiviteter för bedömning, så som medsittning vid olika kliniska moment samt krav på ST-läkaren att genomföra ett visst antal bedömningar (ex Mini-CX och DOPS) med olika specialister. Överlämningssamtal och samtal under pågående placering mellan huvudhandledare och handledare på sidoutbildningar kommer implementeras med krav på dokumentation.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

250301

Ansvarig för genomförandet

Lotta Renström Koskela, ST-chef

Datum för uppföljning

250630

Ansvarig för uppföljningen

Maria Hermann, ST-studierektor

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

ST-läkaren ansvarar för att hämta in erforderlig dokumentation som sedan ska förvaras hos ST-chefen. Genomgång av dokumentation ska ske halvårsvis med huvudhandledare.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

250301

Ansvarig för genomförandet

Lotta Renström Koskela, ST-chef

Datum för uppföljning

250630

Ansvarig för uppföljningen

Stefan Carlens, verksamhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

ST-läkarnas ledarskapskompetens kommer bland annat att utvärderas i samband med rondarbete (ledarskap i det medicinska teamet – multiprofessionellt samarbete), samt i samband med MDK som ST-läkarna får leda. Återkoppling ges i samband med ST-kollegium (via insamlade bedömningar, bla 360 från specialister och omvårdnadspersonal), men vi kommer också ordna med direkt bedömning och återkoppling av klinisk handledare i samband med sådana moment.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

250301

Ansvarig för genomförandet

Maria Hermann, ST-studierektor

Datum för uppföljning

250630

Ansvarig för uppföljningen

Lotta Renström Koskela, ST-chef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

Planerad åtgärd

ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande i det dagliga arbetet (avdelning, mottagning, MDK mm). Återkoppling sker i samband med ST-kollegium (via insamlade bedömningar från specialister och omvårdnadspersonal). Om kommunikativ kompetens upplevs som bristfällig sker återkoppling och utökade bedömningar av huvudhandledaren med tätare intervall.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

250301

Ansvarig för genomförandet

Lotta Renström Koskela, ST-chef

Datum för uppföljning

250630

Ansvarig för uppföljningen

Maria Hermann, ST-studierektor

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

ST-läkarna deltar kontinuerligt i flera olika strukturerade utbildningsmoment för läkarstudenter. Bland annat håller de i seminarium kring undersökningsteknik och katetersättning, samt håller i falldragningsseminarier där studenterna själva ska dra fall för varandra. Studenterna lämnar återkoppling på sina undervisningsmoment men strukturerad återkoppling har tidigare inte givits till ST-läkarna utöver det som tas upp på ST-kollegium. Vi kommer införa att momentansvarig på KI deltar vid sådana undervisningstillfällen för att kunna ge strukturerad återkoppling direkt, utöver det som tas upp på ST-kollegium.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

250301

Ansvarig för genomförandet

Lotta Renström Koskela, ST-chef

Datum för uppföljning

250630

Ansvarig för uppföljningen

Stefan Carlens, verksamhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

ST-läkarna handleder kontinuerligt studenter i sin kliniska vardag. Vi får redan nu in återkoppling från studenter på ST-läkarnas insatser och de observeras av specialister, men återkoppling har inte framförts strukturerat. Vi har inte heller haft strukturerade bedömningstillfällen av ST-läkarnas handledarinsatser, utöver det som tas upp på ST-kollegium. Vi kommer ordna tillfällen under ST-läkarnas tjänstgöring då observation och utvärdering görs av erfaren klinisk lärare som sedan direkt återkopplas. ST-läkarna kommer också få möjlighet att bli personliga handledare för AT-läkare vid sjukhuset, och kommer då mer fungera som mentorer. Återkoppling kommer då inhämtas från AT-organisationen och återges till ST-läkarna.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

250301

Ansvarig för genomförandet

Lotta Renström Koskela, ST-chef

Datum för uppföljning

250630

Ansvarig för uppföljningen

Stefan Carlens, verksamhetschef