



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Barkarby VC

Klinik

Allmänmedicin

Specialitet

2025-02-21

Datum

Stockholm

Ort

Elisavet Pataridou och Renske De Vries

Inspektörer

SOSFS 2015:8

HSLF-FS 2021:8

Föreskrift

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

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

Styrkor

- Ambitiös ST-grupp som vill lära sig och förbättra utbildningskvalitet. ST-läkarna känner sig trygga och upplever bra utbildningsklimat, där de alltid kan rådfråga en annan kollega.
- Stabil bemanning samt 2 disputerade läkare.
- Tydliga regionala övergripande styrdokument finns kring ST-utbildningen. Möjlighet för doktorand program finns i regionen.
- Verksamhetschef insatt i sin roll i ST-utbildningen och vill skapa bra förutsättningar för en bra ST-utbildning
- Handledare ser till att kontinuerlig bedöma och ge muntlig återkoppling avseende de olika delmålen. Det görs regelbundna medsittningar. Bedömningsmetoder som DOPS, journalgranskning och Minicex används återkommande. Även videoinspelningar är ST-läkarna vana vid.
- Valfungerande studierektorsenhet som ordnar med återkommande handledarträffar och ST-dagar.

Svagheter

- Alla IUP har ännu inte redovisat kompetensvärderingsverktyg per delmål.
- IUP används inte som ett stöd i handledning med syfte att följa utveckling per delmål över tid. Avstämning mot delmål i IUP samt revidering av IUP ska ske mer frekvent och rutinmässigt genom hela ST-tiden.
- Handledarna deltar inte i handledarträffar minst 1 gång om året.
- Det brister i strukturen av dokumentation av bedömningarna, då detta sker olika för olika ST-läkare och delmål, det finns inte en struktur som gäller alla ST-läkare och alla delmål.
- HSV-arbete som en del av ST-utbildningen har ännu inte skett på ett strukturerat sätt där bedömning av kompetensutveckling ingår och det har ännu inte varit under en längre period av minst 3 månader i sträck.

Förbättringspotential

- Handledare behöver ha avsatt tillräcklig tid för att kunna handleda sina ST-läkare enligt rekommendationerna, där cirka 10% av en heltidstjänst anses rimligt av SFAM. Det är bland annat viktigt att verksamheten skapar förutsättningar att handledare kan åka på handledarträffar anordnad av studierektorsenheten minst 1 gång per år.
- Skapa en rutin och struktur för att säkra dokumentationen av kompetensbedömningarna samt att det skapas rutiner för vilka ändamålsenliga bedömningsmetoder ska användas för ledarskapskompetens i olika delar av arbetet, vetenskapligt förhållningssätt, undervisning, handledning, patientsäkerhetsarbete. Fundera på om 360 graders feedback kan vara en metod att använda 1 eller 2 gånger under ST tiden.
- Se över alla IUP, att det framkommer tydlig koppling mellan delmål-aktivitet-kompetensvärderingsverktyg per varje delmål. IUP ska revideras minst 2 gånger per år.
- Se över struktur av handledningstillfällen då avstämning mot IUP ska ske mer regelbundet som ett sätt att följa upp utvecklingen. IUP ska användas som levande dokument under hela ST-utbildningen och avstämning får ske minst 2 gånger per termin.
- Överväg en glesbygdsplacering för att erbjuda bredare allmänmedicinsk utbildning till ST-läkarna.
- Använd möjlighet att skugga medicinsk ansvarig läkare och chef som ett alternativ sätt att uppnå vissa delmålsmoment.
- Se över möjlighet att strukturera läkarmöten till intern utbildning kopplat till målbeskrivningen. ST-läkare kan vara del i ett rullande schema och ansvara för en del av innehållet enligt överenskommelse vilket i sin tur kan skapa möjligheter för bedömning av vissa delmål som undervisning tex.
- ST-läkarna bör beredas möjligheten att ansvara för HSV patienter kontinuerligt en längre period (3-6 månader) och detta bör ske under handledning samt bedömning av HSV-arbetet bör göras.

STRUKTUR

A Verksamheten

Barkarby vårdcentral är en regiondriven verksamhet i region Stockholm i Järfälla kommun. Vårdcentralen har cirka 8600 listade patienter i ett område med varierad patientpopulation. Den bjuder sedvanlig husläkarmottagning inklusive specialistmottagning för kroniska sjukdomar och har ansvar för hemsjukvårdspatienter. BVC mottagning är inte i egen regi och ST-läkare gör BVC placering hos annan vårdgivare.

I region Stockholm kan patienter avseende tex gynekologiska eller ÖNH åkomor lättare söka sig på egen hand till privata specialistmottagningar, vilket ger annorlunda utbildningsförutsättningar för att erbjuda samma bredd som primärvårdsmottagning för ST-läkarna som i glesbygd. Detta skapar sämre förutsättningar för ST-läkare att skapa en bred allmänmedicinsk kompetens.

Föreskrift

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

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- ☒ Det finns skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur verksamhetens specialiseringstjänstgöring ska genomföras.
- ☒ Vårdgivaren tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur bedömning av ST-läkarens kompetens ska göras.
- ☒ Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig.

Kvalitetsindikator

- ☒ Det finns rutiner som, utöver extern granskning, anger hur kvaliteten i ST-utbildningen kontinuerligt ska utvärderas och säkerställas.

Gradering

2015 2021



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

Vårdcentralen har stabil bemanning med 5 specialister i allmänmedicin, motsvarande 4,85 heltidstjänster. Det finns 4 ST-läkare och återkommande AT-läkare samt läkarstudenter. Av de fastanställda läkarna finns 2 kollegor som är disputerade.

Studierektorns enhet planerar handledarträffar 2 gånger per termin men handledarna har inte deltagit i dessa.

Föreskrift

- ☒ Den huvudansvariga handledaren har ett bevis om specialistkompetens i avsedd specialitet.
- ☒ Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.
- ☒ Övriga handledare är legitimerade läkare med relevant specialistkompetens.
- ☒ Det finns tillgång till specialistkompetent studierektor, som har genomgått handledarutbildning.
- ☒ Det finns tillgång till handledare i en omfattning som motsvarar behovet av handledning.
- ☒ Det finns tillgång till medarbetare som kan ge nödvändiga instruktioner.

Allmänna råd

- ☒ Studierektor har relevant specialistkompetens.

Kvalitetsindikator

- ☒ Det finns generella skriftliga instruktioner för hur handledningen av ST-läkare ska gå till.
- ☐ Handledarna ges minst en gång per år möjlighet till utbildning/uppdatering/kompetensutveckling inom området.
- ☒ Det finns skriftlig uppdragsbeskrivning för studierektorn.

Gradering

2015

2021



A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.



B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.



C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.



D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

C Lokaler och utrustning

Vårdcentralen har nästan all utrustning som krävs för att kunna driva sedvanlig primärvårdsmottagning inklusivt ST-läkares utbildning. Rektoskop, öronmikroskop och sug ska finnas på vårdcentralen. Däremot krävs inte ögonmikroskop. Åtgärd krävs.

Tillgång till relevanta IT-baserade klinisk beslutsstöd för alla ST-läkare finns via region Stockholms medicinska biblioteket.

Handlingsplan inkommen. Gradering justerad 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:



Utrustning för diagnostik, utredning och behandling är adekvat.



Utrustning för mottagningsverksamhet, möten och behandlingskonferens på distans är adekvat.

Kvalitetsindikator



ST-läkarna har tillgång till funktionell arbetsplats.



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

Gradering

2015 2021

☐☐

A. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.

☐☐

B. Socialstyrelsens föreskrifter.

☒☒

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.

PROCESS

D Tjänstgöringens upplägg

Individuellt utbildningsprogram (IUP) ska innehålla tydlig koppling mellan delmål - utbildningsmetod - bedömningsmetod. Även om aktuella IUP finns för alla ST läkare, uppfyller ännu inte alla IUP aktuella krav avseende kopplingen mellan bedömningsmetod per delmål och utbildningsaktivitet. Åtgärd krävs.

IUP används inte ännu som ett verktyg under ST utbildningen, med syfte att följa upp progress och säkerställa att planeringen efterlevs. Kravet är revidering minst 2 gånger om året. Det saknas en struktur som säkerställer detta framledes. Åtgärd krävs.

Handlingsplan inkommen. Gradering justerad 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

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☐ | ☐ | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| ☐ | ☐ | B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. |
| ☒ | ☒ | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas. |
| ☐ | ☐ | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs. |

EHandledning och kompetensbedömning

Handledning sker av allmänspecialister med relevant handledarutbildning och vissa har jobbat länge på denna vårdcentral.

Det finns fastställda rutiner för bedömningar av ST-läkarens kompetens i form av regelbundna medsittningar där även olika bedömningsmetoder används som minicex och dops samt under handledningstimmarna och i samband med möten när undervisning är aktuell. Det saknas dock struktur i hur den kontinuerliga bedömningen dokumenteras för alla delmål då vissa återkopplingar och bedömningar enbart sker muntligen.

Dokumentation anses som en viktig del i att kvalitetssäkra utbildningen och kunna följa upp ST-läkarens utveckling över tid. Vårdcentralen behöver kvalitetssäkra strukturen avseende dokumentationsdelen av olika lämpliga bedömningsverktyg av varje delmåluppfyllelse för att uppfylla krav som aktuellt ställs. Åtgärd krävs.

Det är utöver det också viktigt att aktuella IUP och delmål stäms av återkommande som ett verktyg under handledningstillfällen, varav minst 2 gånger per termin anses som ett minimum. Åtgärd krävs.

Handlingsplan inkommen. Gradering justerad till C.

Föreskrift

- ☐ Varje ST-läkare ges kontinuerligt handledning i form av stöd och vägledning med utgångspunkt i det individuella utbildningsprogrammet.
- ☒ Det finns en utsedd huvudansvarig handledare för varje ST-läkare.
- ☒ Varje ST-läkare har tillgång till en handledare för varje del av tjänstgöringen.
- ☐ Den huvudansvariga handledaren bedömer ST-läkarens kompetensutveckling kontinuerligt, med utgångspunkt i målbeskrivningen för specialiteten och det individuella utbildningsprogrammet.
- ☒ Det finns fastställda rutiner för bedömningar av ST-läkarens kompetens.
- ☒ Verksamheten har rutiner för hur den kontinuerliga bedömningen dokumenteras (För ST enligt 2015:8 är verksamhetschef ansvarig enligt ovan)

Föreskrift (endast 2021)

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

Allmänna råd

- ☒ ST-läkaren bör, utöver handledning, få fortlöpande instruktioner, samt återkoppling från de som har gett instruktionerna.
- ☒ Handledningen är inplanerad i den ordinarie tjänstgöringen för huvudansvarig handledare och ST-läkare.
- ☒ Den huvudansvariga handledaren tjänstgör vid det tjänstgöringsställe där ST-läkaren genomför sin huvudsakliga specialiseringstjänstgöring. Om så inte är fallet ska vårdgivaren på något annat sätt säkerställa att huvudhandledaren är tillgänglig för handledning och även i övrigt har förutsättningar att utföra sitt uppdrag.
- ☒ Varje handledare har genomgått handledarutbildning som tillgodoser kraven enligt föreskriften.
- ☐ Om det finns en risk för att en ST-läkare inte kommer att uppfylla kompetenskraven bör det leda till en åtgärdsplan. En åtgärdsplan bör omfatta justeringar i det individuella utbildningsprogrammet, förändringar i vårdgivarens utbildningsinsatser eller tydligare krav på ST-läkarens insatser.

Allmänna råd (endast 2015)

- ☒ Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.
- ☒ Verksamhetschefen eller motsvarande håller regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkarna.

Kvalitetsindikator

- ☒ ST-läkarnas sidoutbildning följs upp.

Gradering

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☐ | ☐ | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| ☐ | ☐ | B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. |
| ☒ | ☒ | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas. |
| ☐ | ☐ | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs. |

F Teoretisk utbildning

Ett tydligt kursprogram erbjuds från studierektorsorganisationen. Det stimuleras aktivt ansvarstagande av ST-läkarna från studierektorsenhet avseende planering av innehåll på ST-dagarna. Det finns rutiner för att kvalitetssäkra basgruppsträffar och ST-dagarnas innehåll.

Internutbildning sker på läkarmöten varje vecka. Denna är i nuläget inte systematiskt uppbyggd med koppling till socialstyrelsens delmål. Ambitiös ST-grupp kan eventuell användas för att få ett rullande schema kring läkarmötens innehåll kopplad till målbeskrivningen för att även uppfylla kvalitetsindikatorn.

Föreskrift

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

Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

- ☒ Teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras in i enlighet med målbeskrivningen och individuella utbildningsprogrammet.
- ☒ ST-läkarna genomgår den utbildning som planerats i enlighet med målbeskrivningen och det individuella utbildningsprogrammet.

Allmänna råd

- ☒ Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerade interna utbildningsaktiviteter.
- ☒ Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerade externa utbildningsaktiviteter.
- ☒ Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerad tid för självstudier.

Kvalitetsindikator

- ☐ Den teoretiska interna utbildningen är systematiskt uppbyggd med koppling till Socialstyrelsens delmål.

Gradering

2015 2021

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☐ | ☐ | 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

ST-läkarna granskar artiklar på ST dagarna och gör obligatorisk kurs där både vetenskaplig förhållningssätt samt patientsäkerhets- och kvalitetsarbete ingår.

Vid handledningstillfällen och läkarmöten finns återkommande möjligheter att bedöma avseende ST-läkarens kompetens inom vetenskapliga förhållningssättet samt kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet, men bedömningsmetod är inte ändamålsenlig och strukturerad samt dokumentation sker inte strukturerat/rutinmässigt. Åtgärd krävs.

Handlingsplan inkommen. Gradering justerad till C.

Föreskrift

- ☐ ST-läkarens kompetens inom medicinsk vetenskap bedöms utifrån kunskap kring vetenskapliga metoder och forskningsetiska principer.
- ☐ ST-läkaren bedöms utifrån förmågan att kunna kritiskt granska och värdera vetenskaplig information, samt i sitt arbete ta ansvar för att omsätta och tillämpa denna kunskap.
- ☒ ST-läkaren deltar i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i sådan utsträckning att förutsättningar för delmåluppfyllelse föreligger.

Föreskrift (endast 2015)

- ☒ Utbildning erbjuds för att uppnå ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt.
- ☒ Det finns goda förutsättningar för genomförande av ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.
- ☒ Det finns goda förutsättningar för att genomföra, dokumentera och redovisa ett kvalitetsarbete.

Allmänna råd

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

Kvalitetsindikatorer

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

Kvalitetsindikator (endast 2021)

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

Gradering

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☐ | ☐ | 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

På vårdcentralen finns goda förutsättningar för att inhämta kompetens inom ledarskap. Dels genom att leda team och planera läkarmöten.

ST-läkarna bereds möjlighet att undervisa samt handleda andra. Muntlig strukturerad återkoppling sker men en ändamålsenlig bedömningsmetod saknas, likaså rutin avseende dokumentation. En åtgärdsplan för hur detta kan ske krävs.

Ledarskapskompetens bedöms kontinuerligt och muntlig återkoppling ges men ännu inte enligt ändamålsenlig metod när det gäller det multiprofessionellt samarbetet. Åtgärd krävs.

Handlingsplan inkommen. Gradering justerad till C.

Föreskrift

- ☒ ST-läkaren ges förutsättningar att kontinuerligt utveckla ledarskapskompetens i enlighet med målbeskrivningen.
- ☐ ST-läkaren bedöms kontinuerligt i medicinskt ledarskap och multiprofessionellt samarbete och återkoppling sker.
- ☒ ST-läkaren genomgår utbildning i hälso- och sjukvårdens förutsättningar i enlighet med målbeskrivning.
- ☒ ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.
- ☒ ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.
- ☒ ST-läkaren bereds möjlighet att planera och genomföra undervisning.
- ☒ ST-läkarens kompetens i undervisning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.
- ☒ ST-läkaren bereds möjlighet att handleda medarbetare och studenter.
- ☒ ST-läkarens kompetens i handledning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.

Allmänna råd

- ☒ ST-läkaren bereds möjlighet att undervisa under handledning.
- ☒ ST-läkaren bereds möjlighet att själv handleda under handledning.
- ☒ ST-läkaren bereds möjlighet att delta i reflektion i grupp i enlighet med målbeskrivningen.

Kvalitetsindikatorer

☐

Det finns möjlighet att auskultera hos chefer och ledare inom organisationen.

Gradering

2015

2021

☐☐

A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.

☐☐

B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.

☒☒

C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.

☐☐

D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

HANDLINGSPLAN

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

C. Lokaler och utrustning

Utrustning för diagnostik, utredning och behandling är adekvat.

Planerad åtgärd

På vårdcentralen finns sedan tidigare ett öronmikroskop. Vi kommer nu att prioritera inköp av öronsug och rektoskop till vårdcentralen.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

25-12-01

Ansvarig för genomförandet

Eva Andersson, verksamhetschef

Datum för uppföljning

25-12-31

Ansvarig för uppföljningen

Eva Andersson, verksamhetschef

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

Rutin tas fram för att säkerställa att IUP används regelbundet och revideras minst 2 gånger per år. IUP ska innehålla tydlig koppling mellan bedömningsmetoder samt aktuella delmål och utbildningsaktiviteter.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

25-11-01

Ansvarig för genomförandet

Eva Andersson, verksamhetschef

Datum för uppföljning

25-12-01

Ansvarig för uppföljningen

Andreas Oster, MLA och ST- handledare, ST-läk Magdalena Petersson, ST-läk Nidal Takla, ST-läk Nain Riaz, ST-läk Hamraz Sadeghi

D. Tjänstgöringens upplägg

Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.

Planerad åtgärd

Rutin tas fram som säkerställer att IUP används regelbundet och revideras minst två gånger per år. IUP ska innehålla tydlig koppling mellan bedömningsmetoder samt aktuella delmål och utbildningsaktiviteter.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

25-11-01

Ansvarig för genomförandet

Eva Andersson, verksamhetschef

Datum för uppföljning

25-12-01

Ansvarig för uppföljningen

Andreas Oster, MLA och ST- handledare, ST-läk Magdalena Petersson, ST-läk Nidal Takla, ST-läk Nain Riaz, ST-läk Hamraz Sadeghi

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Rutin tas fram för att säkerställa att genomförd handledning dokumenteras med etablerade bedömningsmetoder såsom Mini-CEX, DOPS, CBD och 360. Handledning av läkarstudenter bedöms skriftligt och återkopplas under handledningstid.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

25-11-01

Ansvarig för genomförandet

Eva Andersson, verksamhetschef

Datum för uppföljning

25-12-01

Ansvarig för uppföljningen

Andreas Oster, MLA och ST- handledare, ST-läk Magdalena Petersson, ST-läk Nidal Takla, ST-läk Nain Riaz, ST-läk Hamraz Sadeghi

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Rutin tas fram för att säkerställa att genomförd handledning dokumenteras med etablerade bedömningsmetoder såsom Mini-CEX, DOPS, CBD och 360. Handledning av läkarstudenter bedöms skriftligt och återkopplas under handledningstid.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

25-11-01

Ansvarig för genomförandet

Eva Andersson, verksamhetschef

Datum för uppföljning

25-12-01

Ansvarig för uppföljningen

Andreas Oster, MLA och ST- handledare, ST-läk Magdalena Petersson, ST-läk Nidal Takla, ST-läk Nain Riaz, ST-läk Hamraz Sadeghi

G. Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

ST-läkarens kompetens inom medicinsk vetenskap bedöms utifrån kunskap kring vetenskapliga metoder och forskningsetiska principer.

Planerad åtgärd

ST-läkaren planeras in att leda läkarmöte en gång per termin. Vid mötet granskas och diskuteras vetenskaplig litteratur, med fokus på klinisk tillämpning. Diskussionen dokumenteras på handledningstid, bedömningen sker där, och dokumentet laddas upp i utbildningsportalen.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

25-11-01

Ansvarig för genomförandet

Eva Andersson, verksamhetschef

Datum för uppföljning

25-12-01

Ansvarig för uppföljningen

Andreas Oster, MLA och ST- handledare, ST-läk Magdalena Petersson, ST-läk Nidal Takla, ST-läk Nain Riaz, ST-läk Hamraz Sadeghi

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

ST-läkaren planeras in att leda läkarmöte en gång per termin. Vid mötet granskas och diskuteras vetenskaplig litteratur, med fokus på klinisk tillämpning. Diskussionen dokumenteras på handledningstid, bedömningen sker där, och dokumentet laddas upp i utbildningsportalen.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

25-11-01

Ansvarig för genomförandet

Eva Andersson, verksamhetschef

Datum för uppföljning

25-12-01

Ansvarig för uppföljningen

Andreas Oster, MLA + ST- handledare och ST-läkare Magdalena Petersson

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Skriftlig bedömning av studenthandledning sker under handledningstid. ST-läkare planeras under det årliga medarbetarsamtalet för möjlighet att auskultera hos verksamhetschef. Detta dokumenteras sedan i utvecklingsplanen och följs upp årligen.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

25-11-01

Ansvarig för genomförandet

Eva Andersson, verksamhetschef

Datum för uppföljning

25-12-01

Ansvarig för uppföljningen

Andreas Oster, MLA och ST- handledare, ST-läk Magdalena Petersson, ST-läk Nidal Takla, ST-läk Nain Riaz, ST-läk Hamraz Sadeghi