



Extern granskning av ST

Riktlinjer 2009

SPUR-stiftelsen och SPUREX

Innehåll

FÖRORD	3
DEL 1: EN UTVECKLING AV ST-SPUR	5
Bakgrund och syfte	5
Bakgrund	5
Syfte	5
Målbeskrivningen	5
Implementering av de nya riktlinjerna	5
En ny bedömningsmodell	6
Tre nivåer	6
Enkel självvärdering	6
Specialitetens kompletteringar	6
Inspektionens olika steg	7
Definition av utbildande enhet	7
Självvärdering	7
Inspektionen	7
Återkoppling	7
Slutrapport	8
SPUR-verksamhetens organisation	8
SPUR-samordnare	8
Avstämningsmöten	9
SPUR-stiftelsen, SPUREX och SPUR-kansliet	9
DEL 2: UNDERLAG FÖR KVALITETSBEDÖMNING	10
Bedömningsvariablerna	10
Struktur och process	10
Bedömning av kvaliteten	11
Kriterier för bedömning av struktur	12
A. Verksamheten	12
B. Medarbetarstab och interna kompetenser	12
C. Lokaler och utrustning	12
Kriterier för bedömning av process	13
D. Tjänstgöringens uppläggning	13
E.Handledning och uppföljning	13
F. Teoretisk utbildning	14
G . Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete.	14
H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens	15
DEL 3: CHECKLISTA FÖR INSPEKTION	15
Se bilaga	16

Förord

Mot bakgrund av den nya specialiseringstjänstgöringen och det uttalade kravet på regelbunden extern granskning har SPUR sett över rutiner och metoder för sina SPUR-inspektioner och anpassat dessa till Socialstyrelsens nya föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:17) Följande dokument är en utveckling av den väletablerade SPUR-modellen som nu använts sedan 1993.

Dokumentet består av tre delar. Del 1, "En utveckling av ST-SPUR", innehåller information om modellen för ST-SPUR och de förändringar som de nya riktlinjerna medför.

Del 2, "Underlag för kvalitetsbedömning", beskriver hur bedömningskriterierna är utformade och ska framförallt ses som en manual för den externa granskningen. Här beskrivs i detalj de olika stegen i kvalitetsbedömningen. Finns det ett flertal allvarliga brister när det gäller följsamheten till Socialstyrelsens författning bedöms utbildningens kvalitet som oacceptabel. Utöver detta baskrav finns möjlighet att ha allt från exceptionellt god utbildningskvalitet till acceptabel sådan. Det finns också möjlighet att poängsätta utbildningen.

Del 3, "Checklista för inspektion", består av ett formulär som är tänkt att fylla tre funktioner; checklista för inspektörerna, frågor till enkäter innan inspektion samt mall för självvärdering. Checklistan återfinns i en bilaga.

Förhoppningsvis ska detta dokument förklara, förenkla och förtydliga den externa granskningen enligt SPUR:s modell. Riktlinjerna är framtagna av en arbetsgrupp som bestått av följande personer:

Jesper Persson ordförande, SPUREX

Gösta Eliasson vice ordförande, SPUREX

Aril Frydén, SPUREX

Mats Roman, SPUREX, Sv internmedicinsk förening

Fredrik Åberg, SPUREX

Peter Elbe, Sv kirurgisk förening

Charlotte Becker, Sv förening för klinisk kemi

Per Nilsson, Sv psykiatrisk förening

Annika Eklund Grönberg, Sv förening för allmänmedicin

Hanna Frydén, Läkarförbundet

Ylva Öijvall, SPUR-kansliet

Riktlinjerna är förankrade inom samtliga specialitetsföreningar och landets studierektorer har beretts möjlighet att komma med synpunkter. Riktlinjerna har skickats ut på remiss till Läkaresällskapets sektioner, Läkarförbundets specialitetsföreningar och yrkesföreningar, övergripande studierektorer samt till Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting. Slutligen har SPUREX och SPUR-stiftelsen ställt sig bakom dessa riktlinjer.

Stockholm januari 2009

Jesper Persson
Ordförande SPUREX

Gösta Eliasson
Vice ordförande SPUREX

Hans Hjelmqvist
Ordförande i SPUR-stiftelsen

Del 1: En utveckling av ST-SPUR

Bakgrund och syfte

Bakgrund

Den svenska hälso- och sjukvården förändras inom utbildningsområdet och nedanstående riktlinjer är uppbyggda efter Socialstyrelsens nya föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:17) inklusive specialiteternas målbeskrivningar. SPUR är ett kvalitetssäkringsinstrument som är väl beprövat och accepterat av den medicinska professionen. Inspektörernas bedömning och poängsättningen vilar på riktlinjer som är flexibla för att kunna användas inom alla specialiteter och i alla regioner och landsting. Även om SPUR:s riktlinjer baseras på Socialstyrelsens författning så är SPUR-modellen inte en myndighetsutövning utan tänkt som ett stödande och utvecklande instrument som ska stimulera till förbättring av utbildningsklimatet. Alla inspektörer ska använda sig av denna modell för bedömning av den utbildande enhetens förutsättningar att bedriva specialiseringstjänstgöring av god kvalitet.

Syfte

Syftet med SPUR-inspektionen är att granska, stärka och höja kvaliteten i utbildningen för läkare under specialiseringstjänstgöring (ST-läkare). ST-läkarna ska efter minst fem års tjänstgöring uppfylla de kompetenskrav som finns preciserade i den för specialiteten aktuella målbeskrivningen.

Målbeskrivningen

Målbeskrivningarna för ST-läkare är reviderade år 2008 för att överensstämja med Socialstyrelsens nya föreskrifter och allmänna råd. Utöver medicinsk kompetens som varierar för olika specialiteter ska den färdiga specialistläkaren ska också erhålla en kommunikativ kompetens, ledarskapskompetens och kompetens i medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete. Målbeskrivningen för den enskilda specialiteten utgör grunden för varje enskild inspektion, men kriterierna för struktur och process definieras så allmänt att de kan användas av samtliga specialiteter.

Implementering av de nya riktlinjerna

Socialstyrelsens nya författning för ST började gälla den 1 september 2008. ST-läkare kommer att göra ST enligt de nya målbeskrivningarna (SOSFS 2008:17) och gamla (SOSFS 1996:27) parallellt fram till och med 31 december 2013.

Nedanstående riktlinjer för SPUR-inspektion av ST gäller från 4 maj 2009. Det är viktigt att de nya riktlinjerna införs vid detta datum eftersom bedömningarna vid olika inspektioner måste vara jämförbara. De nya riktlinjerna gäller även för de ST som går enligt det gamla systemet. En utvärdering av de nya riktlinjerna kommer att genomföras efter ett år.

En ny bedömningsmodell

Tre nivåer

SPUR-inspektionen som modell har nu använts sedan 1993 och har visat sig vara en effektiv metod för att säkra kvaliteten i specialiseringstjänstgöringen. Eftersom instrumentet är beprövat och välkänt har nedanstående nya riktlinjer den grundstruktur som de haft sedan verksamheten startade. Vissa modifieringar och nyheter har dock gjorts.

Bedömningarna har förenklats genom att varje variabel har preciserats utifrån vissa specifika och tydliga krav. Dessa krav utgår i huvudsak från Socialstyrelsens författning och har formulerats som specifika påståenden som kan användas dels som checklista för inspektören och dels som självvärderingsinstrument för den utbildande enheten.

Socialstyrelsen har definierat vissa kvalitetskrav som ska vara uppfyllda (föreskrifter) och andra krav som bör vara uppfyllda (allmänna råd).

Socialstyrelsens krav har använts i den inledande texten för de olika momenten i del 2. Detta har markerats genom understrykning av "ska" (föreskrift) respektive "bör" (allmänt råd). Allmänna råd är rekommendationer om hur en föreskrift kan eller bör tillämpas.

Allmänna råd är rekommendationer om hur en författning kan eller bör tillämpas. Ett allmänt råd är inte bindande men ändå starkt vägledande. (Författningshandbok 2008 för personal inom hälso- och sjukvården).

I del 3, checklistan, följer sedan påståenden kring ST:s process och struktur. Påståendena är uppdelade på vad som är föreskrift och vad som är allmänt råd. Därutöver har SPUR valt att lyfta fram andra frågor av vikt för ST-utbildningens kvalitet. Dessa ligger under rubrikerna "Kvalitetsindikatorer". Kvalitetsbedömningen bygger på en sammanvägning av den utbildande enhetens uppfyllelse av föreskrifter, allmänna råd och övriga kvalitetsindikatorer (se nedan).

Enkel självvärdering

Kravnivåerna finns med i de enkäter som skickas ut till vårdenheterna innan inspektionen och som från och med 4 maj 2009 ersätter den gamla SPUR-enkäten. Förhoppningsvis blir inspektionerna därmed enklare, tydligare och mer objektiva samtidigt som varje utbildande enhet kontinuerligt kan mäta sig själv avseende sin utbildningskvalitet.

Specialitetens kompletteringar

Enskilda specialiteter kan göra kompletteringar för att tydliggöra de specifika kompetenskraven som gäller för den inspekterade specialiteten. Det är således inget som hindrar att mer detaljerade inspektioner genomförs där enskilda moment (t ex antal operationer/undersökningar/åtgärder av ett visst slag) speciellt granskas och att specifika krav på strukturerad och relevant dokumentation ställs.

Undantagsvis kan specialitetsföreningarna välja att använda egna enkäter och/eller andra tillägg till det befintliga SPUR-instrumentet. Om dessa kan påverka inspektörernas bedömning vad gäller kvalitetsnivå måste de vara godkända av SPUREX (se nedan för beskrivning av SPUREX).

Inspektionens olika steg

Definition av utbildande enhet

Nedan används uttrycket utbildande enhet för att benämna beställaren av SPUR-inspektionen.

Med utbildande enhet menas en sjukhusbaserad klinik eller en enhet för bild och funktionsmedicin, laboratorium eller annan servicedisciplin. Inom allmänmedicin kan den utbildande enheten vara en enskild vårdcentral men i regel granskas ett helt studierektorsområde omfattande ett flertal vårdcentraler. Om ST-utbildning inom öppen- eller slutenvård bedrivs i privat regi sker granskning på samma sätt som i offentlig verksamhet.

Självvärdering

Redan före inspektionen bör den utbildande enheten göra en självvärdering utifrån de frågor som anges i checklisten. Självvärderingen har som syfte att underlätta den utbildande enhetens förbättringsarbete. Även andra yrkeskategorier kan delta i självskattningen genom att fylla i tillämpliga delar av enkäten. Självvärderingen genomförs med fördel en gång per år som stöd i utveckling och utvärdering av verksamheten.

Frågorna för självskattning återfinns i de olika enkäter som inför inspektionen ska fyllas i av verksamhetschef och andra administrativt ansvariga för ST, handledare, studierektor och ST-läkare.

Inspektionen

Inspektionen går till så att två inspektörer besöker den utbildande enheten. De intervjuar då ST-läkare, handledare, studierektor, nyblivna specialister, verksamhetschef och övriga personer med ansvar för ST. Utbildningens kvalitet bedöms sedan utefter vad som framkommit i enkätsvar, intervjuer och övrig information samt med hänsyn till de iakttagelser som gjorts av inspektörerna vid besöket. Inspektionsproceduren beskrivs utförligare i dokumentet Modell för ST-SPUR på SPUR:s webbsida (www.lakarforbundet.se/spur).

Återkoppling

Mot slutet av inspektionsbesöket ger inspektörerna muntlig återkoppling och redogör för det preliminära resultatet inför enhetens medarbetare inklusive verksamhetschef och de som administrativt ansvarar för ST-utbildningen. Vid detta tillfälle finns möjlighet att jämföra inspektionens resultat med den självskattning den utbildande enheten gjort innan besöket.

Genom detta förfaringsätt får den utbildande enheten en möjlighet att omedelbart påbörja ett förbättringsarbete. Dessutom får inspektörerna tillfälle att på plats komplettera eller korrigera bedömningsresultatet.

Slutrapport

Inspektionen ska efter besöket resultera i:

- a) En skriftlig rapport som beskriver inspektörernas bedömning av de olika utbildningsmomenten.

- b) En sammanfattande helhetsbedömning enligt mall. I denna anges enhetens styrkor och svagheter, och förslag ges till förbättringsåtgärder.
- c) En slutgiltig bedömning av kvalitetsnivå.

Den skriftliga rapporten skickas senast två veckor efter inspektionen till den utbildande enheten som därmed får möjlighet att lämna synpunkter på faktabeskrivning och bedömning. Därefter skickas den slutgiltiga rapporten, kvalitetsbedömning och sammanfattande helhetsbedömning till:

- SPUR-kansliet
- aktuell specialitetsförening
- sjukhus-/primärvårdschef
- enhetens verksamhetschef
- övergripande studierektor samt
- lokala SYLF.

Målsättningen är att bedömningen ska vara transparent och enhetlig, vilket underlättas av att den bygger på en strukturerad mall (se nedan). Sammanfattning och kvalitetsbedömning publiceras på hemsidan. I Läkartidningen annonseras regelbundet vilka inspektioner som skett och en hänvisning sker till SPUR:s hemsida.

SPUR-verksamhetens organisation

SPUR-samordnare

Specialitetsföreningarna ansvarar själva för rekrytering av inspektörer och för att inspektioner av kliniker och vårdcentraler kommer till stånd. Inom specialitetsföreningarna utses för detta ändamål en SPUR-samordnare. Hon eller han ansvarar för att det finns inspektörer som är utbildade, att inspektioner genomförs och dokumenteras samt att årliga avstämningsmöten hålls (se nedan).

SPUR-samordnarna bör ha regelbunden kontakt med SPUREX eller SPUR-kansliet som fungerar som stöd om det föreligger generella problem eller långsiktiga förändringar i specialiseringstjänstgöringarnas innehåll.

Om en specialitetsförening väljer att utöka inspektionen med tillägg till den ursprungliga SPUR-modellen, exempelvis med ytterligare enkätfrågor, måste det godkännas av SPUREX i fall då tilläggen påverkar kvalitetsbedömningen.

Avstämningsmöten

SPUR-samordnaren ansvarar för att *avstämningsmöten* (tidigare kallade kalibreringsmöten) hålls. Vid dessa träffas inspektörerna och diskuterar inspektionsläget inom specialiteten utifrån de olika inspektionsresultaten, allmänna bedömningskriterier, utvecklingstrender inom specialiteten som kan påverka ST-utbildningen samt andra medicinska eller organisatoriska frågor som är relevanta ur utbildningssynpunkt. Poängsättning och bedömning av enskilda inspektioner sker inte här utan det är de allmänna principerna som

ska diskuteras även om enskilda inspektioner och erfarenheter kan användas som diskussionsunderlag. Vid dessa avstämningsmöten ska också en kalibrering äga rum så att bedömningsgrunderna blir enhetliga inom specialiteten. Vid detta tillfälle följs föregående års inspektioner upp och kommande inspektioner planeras.

Vid tveksamhet om bedömningen kan inspektörerna med fördel kalibrera denna via telefonmöten med andra inspektörer.

Vid övergången till de nya riktlinjerna kan dock kalibreringsmöten behöva användas för att stämma av bedömning och poäng vid enstaka inspektioner eftersom erfarenhet av den nya poängskalan saknas.

SPUR-stiftelsen, SPUREX och SPUR-kansliet

SPUR-stiftelsen är en icke vinstdrivande stiftelse. Dess styrelse består av två representanter för vardera Sveriges läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet. Dessutom är en person från SPUREX adjungerad.

SPUREX är ett råd inom ramen för SPUR-stiftelsen som bildats i syfte att vidareutveckla inspektionsverksamheten och ta ställning till SPUR-frågor av principiell karaktär. *SPUREX* uppgift är också att stödja och stimulera inspektionsverksamheten inom varje specialitet.

SPUR-kansliet sköter den administrativa delen av inspektionsverksamheten och hanterar reseräkningar, utbetalning av arvoden etc. Varje specialitetsförening förfogar över ett eget konto för intäkter och utgifter i samband med inspektionsverksamheten. *SPUR-kansliet* skickar ut enkäter till alla inspekterade enheter där dessa ombeds beskriva hur de upplevde inspektionen.

Del 2: Underlag för kvalitetsbedömning

Bedömningsvariablerna

Struktur och process

Inspektionen gäller dels *strukturen* (resurserna för utbildning), dels *processen* (hur resurserna används). Strukturbedömningen avser en analys av den utbildande enhetens materiella och personella resurser som ska vara så dimensionerade att förutsättningar för adekvat specialistutbildning finns.

Inspektionen värderar också *processen* dvs. huruvida den utbildande enheten utnyttjar den befintliga strukturen på ett ändamålsenligt sätt så att utbildningen struktureras, dokumenteras och även i övrigt planeras så att utbildningen håller en god kvalitet.

Inspektören observerar och bedömer båda dessa aspekter och utifrån definierade riktlinjer värderas utbildningens kvalitet. Kriterierna har omarbetats så att bedömningen kan göras utifrån svaren på ett antal frågor (se Checklista). Goda resurser för utbildningen utnyttjas kanske inte till fullo pga. bristande engagemang i ST- utbildning eller omvänt kan ett positivt utbildningsklimat kompensera för strukturella brister.

Målbeskrivningarna innehåller numera preciserade krav på kompetens inom ledarskap och kommunikation. Därför ska förutsättningarna för utbildning och lärandemetoder inom dessa områden bedömas specifikt.

I och med SOSFS 2008:17 införs *Medicinsk vetenskap och kvalitetsutveckling* i specialiseringstjänstgöringen och även detta område ska utvärderas. Således ska den utbildande enhetens förutsättningar att förmedla kompetens inom vetenskap bedömas. I den nya författningen har större vikt än tidigare lagts vid vetenskaplig kompetens och 6 månader av utbildningstiden kan tillgodoräknas om ST-läkaren har avlagt doktorsexamen.

Förutom vetenskaplig kompetens krävs att ST-läkaren får utbildning i och möjlighet att delta i kvalitetsarbete.

Efter avslutat besök ska inspektörerna kunna besvara och kommentera nedanstående frågor samt för varje område A-H kunna ange kvalitetsnivå.

Det viktigaste med inspektionen är att enheten får kunskap om svagheter, styrkor och framförallt förbättringspotentialer.

Strukturfrågor

- A. Är de utbildande enheternas *verksamhet* så allsidig så att målbeskrivningens krav kan uppfyllas?
- B. Är de utbildande enheternas *läkarstab och övriga interna kompetenser* av adekvat storlek och sammansättning så att målbeskrivningens krav kan uppfyllas? Tillgång till läkare och andra medarbetare bör motsvara behovet av handledar- och instruktörsinsatser.
- C. Är de utbildande enheternas *lokaler och utrustning* av den omfattning och standard som krävs för att ge en god vidareutbildningsmiljö?

Processfrågor

- D. Är *tjänstgöringens uppläggning* sådan att målbeskrivningens krav kan uppfyllas?
- E. Är *handledning och uppföljning* sådan att målbeskrivningens krav kan uppfyllas?
- F. Är den *teoretiska utbildningen* sådan att målbeskrivningens krav kan uppfyllas?
- G. Finns förutsättningar att utveckla kompetens och färdighet inom *medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete* så att målbeskrivningen kan uppfyllas?
- H. Finns förutsättningar att utveckla kompetens och färdighet i *ledarskap och kommunikation*?

Bedömning av kvaliteten

För var och en av de åtta bedömningsvariablerna används en fyrgradig kvalitetsbedömning enligt nedan. Dessa sammanfattar i vilken grad den utbildande enheten uppfyller påståendena i checklisten.

<u>Föredömlig utbildningskvalitet</u>	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. (3 poäng)
<u>God utbildningskvalitet</u>	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. (2 poäng)
<u>Acceptabel utbildningskvalitet</u>	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. (1 poäng)
<u>Oacceptabel utbildningskvalitet</u>	Flera allvarliga brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. (0 poäng)

Nedan följer en beskrivning av vad som granskas under respektive bedömningsområde. När texten innehåller ett understruket ska är detta ett krav i Socialstyrelsens föreskrift. Ett understruket bör innebär ett allmänt råd. Ett ska eller ett bör utan understrykning betyder att kriteriet är utformat utifrån SPUR:s kvalitetsindikatorer om vad som innebär god kvalitet i ST.

Kriterier för bedömning av struktur

A. Verksamheten

Vårdgivaren ska ge direktiv och se till att det finns dokumenterade rutiner så att specialiseringstjänstgöringen kan genomföras och regelbundet utvärderas. Detta för att säkerställa en hög och jämn kvalitet i specialiseringstjänstgöringen.

Verksamheten bör vara tillräckligt allsidig för att målbeskrivningens krav ska kunna uppfyllas. Verksamheten ska innehålla jour och/eller beredskap i de fall denna kompetens behövs för att uppnå målen i målbeskrivningen. Det ska finnas en plan för att främja lika rättigheter och möjligheter för ST-läkare oavsett deras kön, etnicitet, religion eller annan trosuppfattning.

B. Medarbetarstab och interna kompetenser

Samtliga ST-handledare ska vara specialistkompetenta i avsedd specialitet, och handledarna ska ha genomgått handledarutbildning (gäller från 2010).

Det bör finnas generella instruktioner för hur handledningen av ST-läkare ska gå till och handledarträffar bör genomföras minst en gång per termin.

Tillgången till läkare med relevant specialistkompetens, liksom andra medarbetare, bör motsvara kravet på handledning och instruktioner så att det finns tidsmässigt utrymme för utbildning, handledning och kompetensutvecklingssamtal på enheten.

Utöver bred klinisk kompetens bör det finnas tillgång till vetenskaplig, administrativ och pedagogisk kompetens som kan utnyttjas i specialiseringstjänstgöringen, för att kompetens inom vetenskap, kvalitetsarbete, ledarskap och kommunikation ska kunna uppnås. Det ska finnas tillgång till en disputerad läkare som fungerar som vetenskaplig handledare.

Det ska finnas tillgång till en organisatorisk stödfunktion i form av en studierektor med skriftlig uppdragsbeskrivning. Studierektorn ska vara specialistkompetent läkare och ha genomgått handledarutbildning.

C. Lokaler och utrustning

Omfattningen och standarden på lokaler och utrustning bör vara sådan att den medger en god lärandemiljö. Arbetsmiljön bör vara god med adekvata arbetslokaler och ST-läkarna ska ha eget rum eller tillgång till en fast arbetsplats inom enheten som gör det möjligt att arbeta ostört. ST-läkarna ska ha tillgång till en egen dator.

Tillgång till för specialiteten adekvat bibliotekstjänst bör finnas liksom till aktuella och relevanta tidskrifter. Det bör även finnas tillgång till bibliotek eller annan tyst läsmiljö.

Kriterier för bedömning av process

D. Tjänstgöringens uppläggning

Tjänstgöringen ska vara organiserad och planerad så att målbeskrivningen kan uppfyllas. Det bör noteras att ST *även i praktiken ska* genomföras och utvärderas enligt de dokumenterade rutiner som vårdgivaren definierat.

Allmänt gäller att större delen av tjänstgöringen bör utföras vid moderenheten, men om delar av denna sker på annan enhet måste denna tjänstgöring planeras noggrant och dokumenteras och extern handledare anges.

ST-läkarna bör få introduktion till tjänstgöringen i enlighet med enhetens generella introduktionsprogram.

Alla ST-läkare ska ha individuella och tillräckligt preciserade utbildningsprogram. Även sidoutbildningens upplägg bör innefattas i de individuella utbildningsprogrammen. Studierektorn bör delta i upprättandet av utbildnings- och introduktionsprogram tillsammans med ST-läkare och handledare. Tjänstgöringen bör vara upplagd utifrån målbeskrivningens utbildningsstruktur och utifrån specialitetsföreningens/sektionens rekommendationer. Även de läkare som tjänstgör vid enheten en längre tid utan att ha ST bör ha individuella utbildningsprogram.

Verksamhetschefen ska tillse att utbildningsprogrammen revideras regelbundet och ST-läkare, handledare och studierektor bör göra detta gemensamt.

Utöver utbildningsprogrammet bör ST-läkaren ha ett ST-kontrakt som i avtalsform reglerar arbetsgivarens respektive ST-läkarens ömsesidiga åtagande.

Jourttjänstgöring bör utgöra en adekvat del av tjänstgöringen så att målbeskrivningen kan uppfyllas. Utbildning inom gren- eller tilläggspecialitet kan påbörjas under tjänstgöring i basspecialitet.

Alla ST-läkare, oavsett kön, etnicitet, religion eller annan trosuppfattning ska arbeta på lika villkor och ha lika möjligheter att nå målen i målbeskrivningen.

E.Handledning och uppföljning

En personlig handledare ska finnas utsedd för varje ST-läkare. Handledningen bör utgå ifrån det individuella utbildningsprogrammet. Handledningen bör vara överenskommen i förväg och genomföras med regelbundenhet och kontinuitet. Handledar- och kompetensutvecklingssamtal bör dokumenteras. De sistnämnda bör genomföras regelbundet av verksamhetschefen eller av den läkare med relevant specialistkompetens till vilken verksamhetschefen har delegerat detta.

Tillgång till handledning ska också finnas vid kompletterande tjänstgöring. Förutom handledning bör ST-läkaren ges nödvändiga instruktioner under tjänstgöringen. Alla icke-specialistkompetenta läkare som under längre tid tjänstgör vid enheten ska erhålla handledning.

ST-läkaren ska dokumentera uppnådd kompetens och förvärvade kunskaper och det ska göras en fortlöpande bedömning av ST-läkarens kompetensutveckling utifrån målbeskrivningen och utbildningsprogrammet. Bedömningen ska omfatta alla aspekter av ST och målen i målbeskrivningen och bör göras med på förhand överenskomna och kända metoder. Om det brister i ST-läkarens kompetens bör detta leda till förändringar i ST-läkarens utbildningsprogram, i verksamhetens utbildningsinsatser eller, i förkommande fall, genom tydligare krav på ST-läkaren. Det bör även finnas rutiner för uppföljning av ST-läkarnas tjänstgöring vid sidoutbildning.

Utbildningsklimatet ska vara utvecklande och inbjuda till diskussion och frågor inom samtliga kompetensområden (medicinsk kunskap, kommunikativ förmåga, ledarskap och medicinsk vetenskap).

Det ska finnas dokumenterade rutiner för hur verksamheten ska granskas genom externa inspektioner.

F. Teoretisk utbildning

Verksamhetschefen ska tillse att teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras in i utbildningsprogrammet i enlighet med målbeskrivningens krav och ST-läkarna ska ges möjlighet att genomgå utbildningen i enlighet med utbildningsprogrammet. Det bör finnas möjligheter till regelbunden intern och extern utbildning. Det bör också finnas schemalagd tid för självstudier.

ST-läkaren ska erbjudas tillräckligt med kurser som tillgodoser alla angivna kompetenskrav i målbeskrivningen. Kurserna bör vara kvalitetsgranskade.

G . Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete.

Utbildning ska erbjudas för att uppnå ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningsätt, vilket bl a innebär kunskap om forskningsmetodik, epidemiologiska grundbegrepp, metoder för evidensbaserad medicin och granskning av vetenskaplig information.

En utbildande enhet ska ha tillgång till en disputerad läkare som fungerar som vetenskaplig handledare. Samtliga ST-läkare ska genomföra ett individuellt arbete utifrån vetenskapliga principer och verksamhetschefen bör möjliggöra och uppmuntra till detta. Arbetet bör publiceras alternativt presenteras vid ett vetenskapligt möte. Minst ett självständigt forskningsprojekt (dvs. inte bara deltagande i klinisk läkemedelsprövning eller multicenterstudie) bör ha slutförts av någon vid enheten inom de senaste två åren (vilket har publicerats i vetenskaplig tidskrift eller presenterats vid vetenskapligt möte).

Det bör finnas ett välfungerande doktorandprogram på enheten. De ST-läkare som så önskar bör ges möjlighet att bedriva utvidgad forskning. 6 månader kan få avräknas utbildningen vid erlagd doktorsexamen.

Det är viktigt att de disputerade läkarnas vetenskapliga kompetens används i ST-utbildningen och att denna resurs verkligen kommer till användning även när det gäller genomförandet av projekt av begränsad omfattning. Enheten bör ha regelbundna möten där medarbetare diskuterar och kritiskt granskar vetenskaplig litteratur.

Utbildning i kvalitetsarbete ska erbjudas i enligt målbeskrivningen. ST-läkarnas tjänstgöring ska leda till kunskap om och kompetens i evidensbaserat förbättringsarbete. Varje ST-läkare ska ges möjlighet att genomföra och redovisa minst ett projekt inom ramen för ST och det ska finnas tillgång till handledare för evidensbaserat projektarbete. ST-läkarens kompetens i kvalitetsutveckling ska bedömas och återkoppling ska ges.

För allmänmedicin gäller att enheten i ovanstående fall inbegriper den FoU-enhet eller motsvarande som vårdcentralen samarbetar med.

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkaren ska ges förutsättningar att utveckla den kommunikativa kompetensen såväl muntligt som skriftligt i enlighet med målbeskrivningen. ST-läkaren ska ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens och kompetensen ska bedömas och återkoppling ska ges. ST-läkaren ska ha möjlighet att själv undervisa under handledning och bör ges möjlighet att delta i program eller kurs avseende kommunikativ kompetens.

ST-läkaren ska ges förutsättningar att utveckla ledarskapskompetensen i enlighet med målbeskrivningen. Förutsättningar ska ges för att utveckla förmågan att leda vårdteam, och ST-läkaren ska själv handleda med återkoppling på handledningen. Det bör finnas program eller kurser för ST-läkarna med syfte att utveckla deras förmåga att handleda andra läkare under utbildning. ST-läkaren ska ges kontinuerlig handledning i ledarskap och kompetensen ska bedömas och återkoppling ska ges.

För de ST-läkare med särskilt intresse eller fallenhet för ledarskapsfrågor ska det finnas tillgång till ett ledarskapsprogram.

Del 3: Checklista för inspektion

Se bilaga