

Ansökan om certifiering av klinik för ST-utbildning

Att tänka på vid ansökan: Organisering av specialisttandvård ser mycket olika ut i Sverige. Vid frågor kring vårdgivare avses den organisation där ST-tandläkare har sin huvudsakliga anställning. Tjänstgöringsställe avser den klinik/avdelning där ST-tandläkare har sin huvudsakliga anställning. T.ex. Organisation: Folktandvården Stockholm, Tjänstgöringsställe: Avdelningen för Endodonti.

Dokumentet ska döpas enligt: Ansökan om certifiering för NAMN KLINIK + SPECIALITET + STAD/REGION
Vid fritextfrågor skriv utförligt och undvik förkortningar.

1. Vårdgivare

1.1 Organisation

1.2 Verksamhetschef/Direktör

1.3 Klinik och/eller avdelning (det namn som kommer stå på certifikatet)

1.4 Beskriv hur specialisttandvården är organiserad inom verksamheten

1.5 Vi som arbetsgivare bedriver, i enligt med Arbetsmiljöverkets föreskrift AFS 2001:1, ett systematiskt arbetsmiljöarbete.

Ja Nej
☐ ☐

1.6 Vi som vårdgivare bedriver, i enligt med Patientsäkerhetslagen (2010:659), ett systematiskt patientsäkerhets-arbete och ett systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9?

Ja Nej
☐ ☐

1.7 Beskriv hur verksamheten regelbundet granskas och utvärderas för att säkerställa att ST-tandläkare får en specialiseringstjänstgöringens av hög kvalitet enligt Socialstyrelsens krav (HSLF-FS 2017:77), Bifoga senaste utvärdering, t.ex. enkät som led i egenkontroll för att identifiera och åtgärda brister (Bilaga 1).

1.8 Tjänstetillsättning, följs NSATS meritvärdering vid tillsättning av ST och ingår den i vårdgivarens rekryteringsprocess?

Ja Nej
☐ ☐

1.9 Studierektor, namn?

Har studierektorn specialistbevis inom en odontologisk specialitet?

Ja Nej
☐ ☐

1.10 Har studierektorn handledarutbildning?

Ja Nej
☐ ☐

1.11 Om ST-studierektor saknas, beskriv hur ni istället kvalitetssäkrar er ST-utbildning och hur den funktionen tillgodoses i utbildningsprocessen?

2. Tjänstgöringsställe/Specialitet

avser där ST-tandläkaren utför sin huvudsakliga specialiseringstjänstgöring enligt 2017:77

2.1 Inom vilken specialitet bedrivs ST-utbildningen?

2.2 Under hur många år har ST-utbildningen inom specialiteten bedrivits?

2.3 Verksamhetschef/klinikchef, namn?

2.4 Säkerställer tjänstgöringsstället att kraven på verksamhetschefen i föreskriften uppfylls?

Ja Nej

☐☐

2.5 Säkerställer tjänstgöringsstället det vårdpanorama som krävs för att uppfylla kompetenskraven i delmålen för specialiteten?

☐

Ja, i egen regi

☐

Ja, i samarbete med andra, vilka?

☐

Nej

2.6 Beskriv hur ni säkerställer vårdpanoramats så att det uppfyller kompetensmålen i föreskriften:

2.7 Remisser - Antal/år?

Vem remitterar?

2.8 Legitimerad personal på tjänstgöringsstället - Antal specialisttandläkare?

I aktuell specialitet

- Antal ST-tandläkare

- Antal allmäntandläkare?

2.9 Finns det andra specialiteter i samma organisation?

Ja Nej

☐
☐

Om Ja, - Vilka?

2.10 Finns det andra specialiteter där ST-tandläkare gör sin huvudsakliga specialiseringstjänstgöring?

Ja Nej

☐
☐

Om Ja, - Vilka?

2.11 Bedrivs ST-utbildning i övriga specialiteter i samma organisation?

Ja Nej

☐
☐

Om Ja, - Antal ST?

Inom vilka specialiteter?

2.12 Hur säkerställer ni möjligheten till ett multidisciplinärt omhändertagande?

2.13 Finns en individuell utbildningsplan?

Ja Nej

☐ ☐

Om ja, bifoga exempel individuell utbildningsplan (Bilaga 2)

2.14 Följs den individuella utbildningsplanen upp regelbundet och revideras?

Ja Nej

☐ ☐

2.15 Avsätts tid för klinik och inläsning i sådan omfattning att delmålen nås?

Ja Nej

☐ ☐

2.16 Finns det ett specialistspecifikt seminarieprogram som motsvarar delmålens teoretiska kompetensmål?

Ja Nej

☐ ☐

Om ja, bifoga senaste årets seminarieprogram (Bilaga 3)

2.17 Finns det inom specialiteten ett samarbete kring seminarieprogrammet?

☐ Ja, regionalt och/eller nationellt

☐ Nej

2.18 Finns det ett specialistövergripande seminarie-/kursprogram?

Ja Nej

☐ ☐

2.19 Vid avsaknad av seminarieprogram, beskriv hur ni istället gör för att ST-tandläkaren ska nå de teoretiska kompetensmålen:

2.20 Huvudansvarig/-a handledare där ST-tandläkaren har sin huvudsakliga tjänstgöring?

2.21 Är den huvudansvarige handledaren/-na disputerad?

Ja Nej

☐☐

Om Nej, beskriv hur detta säkerställs:

2.22 Hur många års erfarenhet inom sin specialitet har huvudansvarig handledare/-na?

2.23 Tjänstgöringsgrad huvudansvarig handledare/-na på den aktuella kliniken?

2.24 Det bör finnas mer än en handledare med handledarutbildning i samma specialitet kopplat till ST-utbildningen?

☐

Ja, i egen regi

☐

Ja, i samarbete med andra, vilka?

☐

Nej

2.25 Om det endast finns en handledare i aktuell specialitet, beskriv hur ni säkerställer kontinuiteten i utbildningen om ordinarie handledare inte längre kan handleda.

2.26 Övriga handledare med handledarutbildning i aktuell specialitet: Antal och tid som specialisttandläkare i ämnet?

2.27 Övriga handledare med handledarutbildning som ST-tandläkare har tillgång till?

2.28 Finns tid avsatt för handledning utan patient (terapiplanering, ej seminarieverksamhet)?

Ja Nej

☐ ☐

2.29 Sker handledningen regelbundet och utgående från den individuella utbildningsplanen?

Ja Nej

☐ ☐

2.30 Sker handledningen i sådan omfattning att måluppfyllelse kan nås?

Ja Nej

☐ ☐

2.31 Sker regelbunden bedömning av kompetensutvecklingen?

Ja Nej

☐ ☐

2.32 Beskriv hur handledningen sker, i vilken omfattning och hur ni går tillväga för att bedöma kompetens-utvecklingen för ST-tandläkaren ?

2.33 Finns lokal rutin om det vid bedömning av ST-tandläkaren framgår brister där ST riskerar att inte uppnå kompetenskraven enligt (HSLF-FS 2017:77)?

Bifoga rutin (Bilaga 4) eller beskriv hur det hanteras.

3. Jäv

3.1 Är handledare, verksamhetschef och/eller ST-tandläkare i förtroendeskadlig beroendeställning till varandra?

Ja Nej

☐ ☐

Om Ja, beskriv hur:

Ansökan är inskickad av:

Verksamhetschef:

E-postadress:

Telefonnummer:

Bilagor som ska bifogas:

Bilaga 1: Kvalitetsgranskning (1.7)

Bilaga 2: Exempel individuell studieplan (2.13)

Bilaga 3: Exempel seminarieschema för en termin (2.16)

Bilaga 4: Rutin om det vid bedömning av ST-tandläkaren framgår brister (2.33)

Förslag till beslut från CSRSG

I enlighet med NSATS fastlagda certifieringsprocess har följande klinik

granskats av följande personer i CSRSG och vid behov andra ämnessakkunniga (namn, specialitet)

Bedömningen är att:

☐ A) Ovanstående klinik **bedriver** en specialiseringstjänstgöring för tandläkare inom ämnesområdet i enlighet med HSLF-FS 2017:77 samt **uppfyller** kraven i den av NSATS fastlagda certifieringsprocessen.

☐ B) Ovanstående klinik **inte bedriver** en specialiseringstjänstgöring för tandläkare inom ämnesområdet i enlighet med HSLF-FS 2017:77 samt **inte uppfyller** kraven i den av NSATS fastlagda certifieringsprocessen.

Om alternativ B) föreligger anges även motivering för bedömningen:

CSRSG föreslår att NSATS fattar beslut om att:

☐ Certifiera aktuell klinik

Ort och datum

☐ Avslå certifiering för aktuell klinik

Ort och datum

Namn, titel

Namn, titel

Beslut från NSATS

I enlighet med NSATS fastlagda certifieringsprocess har följande klinik:

granskats.

Bedömningen är att:

☐

A) Ovanstående klinik **bedriver** en specialiseringstjänstgöring för tandläkare inom ämnesområdet i enlighet med HSLF-FS 2017:77 samt **uppfyller** kraven i den av NSATS fastlagda certifieringsprocessen.

☐

B) Ovanstående klinik **inte bedriver** en specialiseringstjänstgöring för tandläkare inom ämnesområdet i enlighet med HSLF-FS 2017:77 samt **inte uppfyller** kraven i den av NSATS fastlagda certifieringsprocessen.

NSATS fattar beslut om att:

☐

Certifiera aktuell klinik

☐

Avslå certifiering för aktuell klinik

Ort och datum

Namn

Ordförande NSATS