



# EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

**Södra Älvsborgs Sjukhus**

Klinik

**Kirurgi**

Specialitet

**2024-05-30 – 2024-05-31**

Datum

**Borås**

Ort

**Jenny Brändstedt och Leila Amin**

Inspektörer

**SOSFS 2015:8**

Föreskrift

## Styrkor

- Positivt utbildningsklimat
- Mycket välstrukturerad utbildning
- Engagerad och driven SR
- Utbildning prioriteras
- Mycket välfungerande handledning
- Bred kirurgisk verksamhet
- Bra intern utbildning
- Tillåtande kultur/högt i tak
- Flitigt användande av bedömningsinstrument

## Svagheter

- Liten forskningsaktivitet/sen introduktion till forskning
- Få externa (valfria) randningar
- Ej deltagande på morgonmöte för de som är placerade på akuten hela år 1
- SR ej adjungerad i ledningsgrupp
- Ej schemalagd inläsningstid
- Ingen tillgång till lap simulator
- Verksamhetsområdeschef ej närvarande på kliniken
- ST-läkare observeras ej under handledning på akuten
- Ej namngiven på op på elektiva placeringar/svårighet att komma ifrån avd till op

## Förbättringspotential

- Tydligare vetenskapligt fokus på Journal club
- Vik UL/ST på akuten delta i morgonmöte och Journal club/Microteaching
- Tidigare introduktion till vetenskapligt arbete/ uppmuntran till forskning
- SR inbjudas till ledningsgrupp
- Att alla ST genomför medarbetarsamtal med närmaste chef
- Strukturerad presentation av kvalitets- och vetenskapligt arbete
- Schemalagd inläsningstid
- ST-läkare namngiven i Orbit /se över arbetsstruktur på avd så att ST kan medverka på planerade op dagar på elektiva placeringar

# STRUKTUR

## A Verksamheten

ST i Kirurgi på SÄS genomförs med fast punkt i Borås.

Verksamheten har en bred kompetens med sektionerna ÖGI, kolorektalkirurgi, bröstkirurgi, KAVA, Kärlkirurgi och Urologi. Verksamheten behandlar vuxna och barn. Anestesiplacering tillgodoses på sjukhuset. Sidorordningar erbjuds inom endokrinkirurgi på Carlanderska. Malign övre gastrokirurgi bedrivs inte på kliniken och är inte något mål i utbildningsboken. Dock erbjuds ST läkare en placering om 3 veckor på Sahlgrenska om de önskar. 3 månaders dagkirurgisk placering för operation av bråck, gallor och proktologi görs i Skene som ingår i SÄS.

Många av ST-läkarna har gjort sin AT på samma klinik. Alla som söker ST-tjänst börjar som vikarierande underläkare under ST-lika förhållanden. Första året är ST-läkarna placerade 75% som primärjour på Akutmottagning dagtid och handleder AT-läkare. ST-läkare börjar gå nattjourer när verksamheten godkänner det, vanligtvis efter avslutat första år på Akutmott.

Upptagningsområde: ca 240 000. 2 vårdavdelningar. 1 Kirurgisk akutvårdsavdelning med 24 platser. Den andra vårdavdelningen om 24 platser är avsedd för ÖNH, kärl, övre-gastro och urologi.

Organisatoriskt leds kliniken av en verksamhetsområdeschef som är sjuksköterska. Verksamhetsområdet innefattar allmänkirurgi, urologi, kärlkirurgi, ÖNH och ortopedi. Medarbetarnas närmaste chef benämns läkarchef och har personalansvaret för kirurgerna. Läkarchefen arbetar minst 80% kliniskt. Det finns sektionsansvariga på varje sektion som ej har formellt chefsuppdrag men som ingår i ett sk medicinskt råd där medicinska frågor diskuteras med läkarchef och enhetschefer, samt i närvaro av verksamhetsområdeschefen (VOC). Verksamhetsområdeschefen deltar ej på klinikens morgonmöten och deltog ej under SPUR inspektionen. Verksamhetsområdeschefen har det formella yttersta ansvaret för ST-läkarna, samtidigt som denne är frånvarande på kliniken och det är läkarchefen som har medarbetarsamtal och personalansvar för läkarna. Det uppfattas som att det föreligger en viss otydlighet i ansvarsrollerna.

### **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

Det finns 26 specialister på kliniken (inräknat urologer och kärllkirurger), varav majoriteten är överläkare. Ett stort antal av specialisterna och nyblivna överläkare har varit på kliniken redan som AT-läkare och ST-läkare, vilket uppfattas som mycket positivt. Man är mycket stolta över att många väljer att stanna kvar efter ST. Det finns intern kompetens som täcker alla delmål förutom thyroideakirurgi och malign övre gastro kirurgi. Antal disputerade läkare är 3 stycken och de har en doktorand. Det finns en kirurg som är forskningsaktiv och ansluten till Göteborgs universitet. Det vetenskapliga intresset finns men produktionen är låg. Det finns en central forskningsenhet på SÄS som är aktiv och som ST-läkarna kommer i kontakt med i samband med STAB-kursen (A och B-mål). Via denna forskningsenhet finns möjlighet till sjukhusfinansierad forskning till 20%. Det finns övergripande strategisk plan på att SÄS ska bli så kallad Universitetssjukvårdsenhet inom 2 år. Några ST-läkare bedriver forsknings/doktorandprojekt på/i samarbete med SU.

## Föreskrift

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

## Allmänna råd

- Studierektor har relevant specialistkompetens.

## Kvalitetsindikator

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

## Gradering

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

## C Lokaler och utrustning

Lokalerna är ändamålsenliga för att bedriva ST-utbildning. Kirurgmottagning, vårdavdelning, operation och akutmottagning är relativt sammanhållna. Det saknas tillgång till lap simulator men ST-läkarna har tillgång till laparaskopi box. ST-läkarna har egna arbetsplatser i rum som delas på 4 personer, som är rymliga och väl inredda. Adekvat inredda jourrum finns i anslutning till akutmottagningen. Fysiskt bibliotek finns ej, men tillgång till elektroniska böcker, vetenskapliga artiklar etc finns. Kliniken köper regelbundet böcker som ska finnas tillgängligt på ST-rum som Top Knife (K.L Mattox, A.Hinchberg), Akutkirurgisk operationsmanual(M.Öman), Akut buk (L-E Hansson) och Zollinger's Atlas of surgical operations.

### 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

Alla ST-tjänster börjar som vikariat. Rekryteringsbasen är oftast AT-läkare som tjänstgjort på kliniken. Man överanställer i viss mån på vikariat för att bemanna akutmottagningen, men samtliga vik UL får en handledare direkt, skriver en individuell utbildningsprogram och får gå kurser. Alla får dock inte ST-tjänst. Den nuvarande ekonomiska situationen (anställningsstopp) innebär för närvarande att de tre nuvarande vik UL ej får ST-tjänst. Befintliga ST-läkare har vikarierat mellan ca 4-12 månader. Tjänstgöringen under vikariatstiden är förlagd till Akutmottagningen till 75% och resterande på KAVA. Individuell utbildningsprogram upprättas tidigt av samtliga. Man följer en standardiserad mall med långa placeringar där obligatoriska kurser ingår. Inom varje placering på elektiva team ingår nattjournsveckor samt KAVA veckor. Vissa placeringar uppfattas som förhållandevis långa. Framför allt hela år 1 på akutmottagningen. Även förhållandevis långa placeringar på Uro och Kärl som möjligen skulle kunna kortas ned till fördel för extra/frivillig randning vid önskemål. Extern randning genomförs på Carlanderska för thyroideakirurgi 2 v, och malign övre gastro kirurgi på SU i 3v. Kliniken har som policy att inte erbjuda sidoplaceringar som inte är obligatoriska inom ramar för aktuell ST-målbeskrivning, t.ex. thorax eller plastisk. Sådana placeringar kan däremot erbjudas efter avslutad ST som vidareutbildning eller som led i bakjournsutbildning.

Någon har vikarierat på annat sjukhus tidigare och tjänstgjort på akutmottagning tidigare, men alla har ändå ett helt år på akuten av rättviseskäl. Under detta året har man relativt begränsade möjligheter att delta i den övriga kirurgiska verksamheten. Man tjänstgör då på KAVA ca 25% av tiden och får då delta i operation, i övrigt endast akutmott. Under senare delen av år 1 ökar tjänstgöringsgraden på KAVA till 50% av tiden, men detta är ej tydligt reglerat. IUP revideras och avstäms vid behov. ST-läkarna ansvarar själva för att se till att placeringar ej krockar med andra inför varje schemaperiod, och tycker att detta fungerar bra. SR har ingen övergripande kontroll eller styrning av schemalaggningsplaner. Mängden jour bedöms adekvat och rimlig, och uppfattas även som så av ST-läkarna. Nattjournsvecka ca var fjärde vecka.

Verksamhetsområdeschefen har det yttersta ansvaret för ST-utbildningen men har delegerat personalansvaret till läkarchefen.

### **Föreskrift**

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



## Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

- Verksamheten tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas, samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg. Dessa ska vara kända och användas.
- Jourtjänstgöring/beredskap utgör en adekvat del av tjänstgöringen.
- Alla ST-läkare har lika rättigheter, skyldigheter och möjlighet att uppnå målen i målbeskrivningen oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

## Föreskrift

- Verksamhetschefen på det tjänstgöringsställe där en ST-läkare genomför sin huvudsakliga tjänstgöring har det övergripande ansvaret för ST-läkarens ST-utbildning.
- Den ansvariga verksamhetschefen ansvarar för att det för varje ST-läkare tas fram ett individuellt utbildningsprogram och att det för varje ST-läkare utses en huvudansvarig handledare.
- Varje ST-läkare har ett utbildningsprogram som utgår från målbeskrivningen och som omfattar de utbildningsaktiviteter som behövs för att uppfylla kompetenskraven i målbeskrivningen.
- Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.
- Studierektorn samordnar ST-läkarnas interna och externa utbildningsaktiviteter.

## Allmänna råd

- Studierektorn är en organisatorisk stödfunktion till verksamhetschef, handledare och ST-läkare.
- I studierektorns arbetsuppgifter ingår att ansvara för att utarbeta introduktionsprogram för ST-läkarna.
- Studierektorn tar del av kompetensbedömningarna.

## Kvalitetsindikator

- Alla ST-läkare får introduktion till tjänstgöringen.
- Leg läkare som arbetar vid enheten med sikte på ST och som avslutat sin BT och/eller BT-läkare som påbörjat sin ST med BT vid enheten har tillgång till individuella utbildningsprogram och handledning i enlighet med ST.

## Gradering

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

## E Handledning och kompetensbedömning

Samtliga handledare har HL-utbildning. Man har även seminarier för HL tillsammans med SR 1 ggr per år för vidareutbildning av HL vilket är mycket uppskattat. Den ekonomiska situationen har dock gjort att detta blivit inställt senaste året. Alla HL bedöms pålästa, engagerade och intresserade av att handleda. Samtliga specialister/överläkare handleder inte, utan det verkar vara en utvald grupp kollegor som bedöms mest lämpliga som alltid är HL. De flesta har en ST, någon enstaka har 2 ST som huvudhandledare. Handledarsamtal är schemalagda för HL en timme varje fredag men i praktiken behöver man oftast överenskomma om annan tid. Samtliga uppger inga svårigheter att få till HL-samtal på arbetstid. Samtliga uppger hög frekvens av HL-samtal, minst 5-6 ggr per år. Samtliga ST använder olika bedömningsinstrument (DOPS, kirurgiska op mallar) flitigt och regelbundet. Bedömningsinstrumenten är kända för och uppmuntras av HL. Specialistkollegium genomförs 1 ggr i månaden med samtliga HL, läkarchef och SR närvarande. Verksamhetsområdeschef deltar aldrig. Inga övriga kollegor bjuds in utöver HL. 3 ST åt gången diskuteras. Återkoppling till ST-läkaren efter specialistkollegium sker alltid. Samtliga ST-läkare uppger att de får bra klinisk handledning i vardagen på avdelning, mottagning och operation. Stort intresse bland alla kollegor att lära ut, öppet klimat för att fråga och få hjälp.

Läkarchefen inbjuder alla medarbetare till medarbetarsamtal om man önskar men få av ST-läkarna har genomfört medarbetarsamtal med chef.

## 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

ST-läkarna har bra förutsättningar att anmäla sig och delta på obligatoriska kurser. Kliniken ordnar med interna ST-dagar 2 ggr/ år där ST läkarna föreläser för varandra. SR bestämmer tema för dessa dagar och ST-läkarna förbereder presentationer. Inga externa föreläsare på dessa ST-dagar. De har möjlighet att delta på regionala ST-dagar 3 ggr/år. Utöver det ordnar studierektor operationsövningar på grislab 1 ggr/ år där 12 ST/vik UL läkare deltar tillsammans med handledare och operationssjuksköterskor. 2024 fick SÄS bara 3 platser då övningen var regional och resterande platser fördelades mellan övriga kirurgkliniken. Inför 2025 kommer 12 av Borås egna ST/vik UL kunna delta.

Särskilt bra är att studierektor har anordnat internat för handledare 1 ggr/år där de går igenom vad handledarskapet går ut på. Detta har uppskattats av handledare.

Utöver detta ordnar ST-läkarna själva på regelbunden basis Journal clubs 1 ggr/veckan och microteaching 1 ggr/veckan. Journal club genomförs med en av de sektionsansvariga specialisterna och ST-gruppen. Microteaching presenteras för hela kollegiet på morgonmöte.

Planerad tid för självstudier inför kurser erbjuds. Tid för självstudier har inte funnits tidigare men har precis innan inspektionen tagit beslut att schemalägga 4 h självstudier/vecka. Detta är således inte lagt i detta schema men man har beslutat att det nu blir schemalagt.

### 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

Det generella vetenskapliga intresset på kliniken bedöms som lågt av SPUR inspektörer och få ST-läkare är anknutna till forskning samt kommer i kontakt med vetenskapligt arbete sent. Möjlighet till forskning presenteras i samband med den s.k. STAB kursen då man introduceras till sjukhusets forskningsenhet.

FoU-rådet i SÄS erbjuder flera stödfunktioner för att klinisk forskning ska kunna bedrivas och delar ut projektmedel, doktorandmedel och medel som bidrar till att forskning kan upprätthållas.

Journal club genomförs regelbundet, och en av ST-läkarna har det som sitt kvalitetsarbete. JC har hitintills inte innehållit systematisk granskning av vetenskapliga publikationer, utan mer patientfalldiskussioner. Journal club leds av sektionsansvariga, icke disputerade kollegor. Detta är identifierat och man ska arbeta för ett ökat vetenskapligt fokus på JC. Enligt SR så finns ett patientsäkerhetsråd på kliniken där ST-läkarna skall delta. Då går man igenom utredning av patientsäkerhetsärenden, men det sker ingen återkoppling alls till kollegiet av dessa ärenden. Det förekommer heller ingen alls MoM på kliniken, vilket bedöms som en svaghet/brist. Det finns ej någon systematisk plan för regelbunden presentation av vetenskapligt- och kvalitetsarbete 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

Det finns en sjukhusövergripande kurs (STAB) för ST-läkare som täcker a och b mål och alla ST-läkare går den kursen som en obligatorisk kurs för att enighet med målbeskrivningen täcka a och b mål. Under STAB kursen informeras ST-läkare att de har möjlighet att auskultera hos chefer och ledare inom organisationen, men det är hitintills inte någon av ST-läkarna som gjort det.

ST-läkaren bedöms i sin kommunikativa kompetens och medicinsk ledarskap då de handleder AT-läkare och läkarstudenter under avdelningsarbete och akutplacering. Bedömning av hur ST-läkaren handleder på akuten saknas.

Utbildningsklimatet och samanhållningen på kliniken inbjuder till konstruktiv återkoppling. Regelbundenheten i ST-kollegium samt regelbundna och schemalagda handledarsamtal utgör en stabil grund till att ST-läkaren kontinuerligt bedöms avseende kommunikativ kompetens. Bedömningsmallar används frekvent och flitigt av alla ST-läkare. samtliga ST-läkare uppger att det är lätt att fråga och få feedback i vardagen.

## 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.



