



# EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Länssjukhuset Ryhov  
Klinik

Urologi  
Specialitet

2024-09-26 – 2024-09-27  
Datum

Johan Brändstedt och Stina Christensen  
Inspektörer

SOSFS 2015:8  
Föreskrift

## Styrkor

- Utbildningsvänlig och intresserad klinik med bra tillgång till informell handledning i vardagen
- Stort utbud av basal urologi
- Strukturerad ST utbildning med ett genomtänkt grundschema
- Valfungerande organisation kring A och B mål
- Regelbunden ST utbildning
- Bra operationmöjlighet för ST läkare inom relevant kirurgi
- Fint samarbete med schemaläggare för optimering av ST utbildningen och ett stort plus för schemalagd inläsningstid

## Svagheter

- Bedömningsverktyg används i begränsad omfattning och oftast med fokus på praktiska moment/färdigheter
- IUP finns men utnyttjas inte för kontroll av måluppfyllelse
- Produktion kommer ofta före utbildning och ST läkare används som "luckfyllare"
- Verksamhet på 3 olika orter med betydande pendling
- Kliniken ansvarar för stor del av den kirurgiska jourverksamheten, vilket negativt påverkar den urologiska utbildningen
- Vardagliga kliniska situationer utnyttjas inte för bedömning av ledarskap och kommunikation

## Förbättringspotential

- Tydlig 5-års snurra med program för ST -halvdagarna och eventuellt utöka antalet
- Tydlig struktur på handledarträffar
- Redovisningskrav på inläsningstiden, förslagsvis i samband med handledarträffarna
- In service assessment och att genomföra EBU examen
- Ställa krav på att ST läkaren ska lämna in minst 4 olika bedömningar inför varje specialistkollegium

# STRUKTUR

## A Verksamheten

Egen urologisk klinik uppdelad på tre sjukhus med betydande pendlingsavstånd. Leasingbil finns för pendlingen som till viss del täcks på arbetstid. Sammantaget erbjuder sjukhusen tillsammans ett brett urologiskt panorama, med tydlig uppdelning av urologiska ansvarsområden på de olika orterna med t.ex. robotassisterad kirurgi på Ryhov, TUR-B och dagkirurgiska skrotala ingrepp i Eksjö samt stenbehandlingar och LUTS-operationer i Värnamo. Varje sjukhus har akutverksamhet och urologiska vårdplatser. Viss högspecialiserad urologisk vård erbjuds inte i regionen såsom tex cystektomier och barnurologi. Möjlighet till randning på universitetssjukhus finns, men utnyttjas i låg grad. Tydliga skriftliga riktlinjer finns från vårdgivaren för hur ST ska genomföras och för hur bedömning av kompetens ska göras. Specialistkollegium utförs en gång per år.

### 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

Klinikens läkarstab består av 12 specialister, varav 9 är överläkare och 3 specialistläkare. Det finns en biträdande professor, som dock är tjänstledig. En av överläkarna är disputerad. Det finns 5 ST läkare och en vik UL med sikte på ST.

### 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

Det bedrivs verksamhet på 3 olika orter, men denna granskning omfattar endast lokaler på Ryhov. Alla ST läkare har egen arbetsplats oavsett vilken ort de arbetar på. Tillgång till digitalt bibliotek finns och även ett mindre urologiskt fysiskt sådant i konferensrummet på Ryhov. Avdelningen har 13 vårdplatser och ligger på samma plan som läkarnas arbetsrum. Mottagningen ligger i samma byggnad några våningar ner och har adekvat urologisk utrustning. Man utför transperinela fusionsbiopsier och cystoskopier men cystometri utförs på beställning av klin fys. Regionala MDKer av relevans finns etablerade och är välfungerande. Morgonmöten med länsöverskridande jourrapport digitalt dagligen.

### 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

Ett 5-årigt grundschema finns för utbildningen och följs i stort sett. Man startar tidigt med jourverksamhet och har en längre randutbildning på allmänkirurgisk klinik i slutet av ST med fokus på operativ träning. ST läkarna som närmar sig slutet på ST har haft en betydande kirurgjourbelastning, där fördelningen har grundats i procentuell fördelning mellan kirurgisk och urologisk klinik oberoende av antal ST-läkare vilket i praktiken har inneburit fler kirurgjourer för urologiska ST-läkare än för dem från kir.klin. Studierektor engagerar sig märkbart i ST och håller handledarutbildningar samt specialistkollegium årligen med tydlig struktur och handledare återkopplar till ST-läkarna. Alla ST läkare har en IUP som baseras på målbeskrivningen från SoS och SUFs utbildningsbok, dock saknas ofta vid uppföljning en korrelation till klinisk placering och avstämning om det specifika delmålet är uppfyllt, framförallt vad gäller den teoretiska kunskapen.

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

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

ST läkarna med respektive handledare går tidigt under ST utbildningen en gemensam handledarutbildning i regi av ST- ab programmet. Antalet randningar under utbildningen är begränsade. Under kirurgirandningen (som är den alla ST läkare har inplanerat) finns en namngiven bihandledare utsedd. Med tanke på att ST läkarna under utbildningen tjänstgör på 3 olika orter, under 6-12 månader per ort, skulle detta kunna betraktas som randningar. Någon tydlig bihandledare under de placeringarna finns inte. Vi anser att det skulle kunna vara av värde att införa det. Dock har alla ST-läkare god informell kontakt med huvudhandledare under hela utbildningsperioden. ST läkarna bedöms årligen i samband med specialistkollegium, som är välfungerande och etablerat. Andra bedömningsverktyg används men inte i speciellt stor utsträckning och oftast med fokus på praktiska moment.

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 sidutbildning 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 tar i olika utsträckning eget ansvar för sin teoretiska utbildning. ST-läkarna får delta i relevanta kurser och en internationell kongress accepteras i slutet av ST. Deltagande i Urologiveckan uppmuntras under hela utbildningen. För A- och B-mål har regionen en tydligt uppstyrd utbildning (ST-ab). Interna ST-utbildningstillfällen finns med Journal Club och genomgång av större områden inom specialiteten. Skulle kunna styras om till ett rullande 5-årsschema för att täcka C-delmålen. Uppföljning/kontroll av kunskapsinhämtningen kan förbättras och etablerade bedömningsinstrument kan med fördel användas för detta. Föreslås att man inför specialistkollegium även samtalar kring de teoretiska kunskapsbehoven och inbegriper dessa i bedömning inför godkännande av placering inom ramen för IUP. Rekommenderar att kliniken står för kostnad för EBU In service assessment samt för EUREP kurs och EBU examen. Inför EBU examen bör 2 veckors inläsningstid erbjudas.

### 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

Utbildning och kurs avseende det vetenskapliga- och kvalitetsarbetet erbjuds inom ramen för ST-ab. Flera av ST-läkarna vänta till slutet av ST utbildningen innan de genomförs. Det vetenskapliga arbetet är beroende av klinikens biträdande professor, som kommer med förslag på ämnen. Han är för närvarande tjänstledig, vilket gör systemet sårbart. Dock framkommer att man kan få stöd från organisationen ST-ab, vilket vi föreslår att man utnyttjar. Kliniken har regelbunden granskning av artiklar vilka ST-läkarna turas om att presentera. För närvarande är ingen av ST-läkarna doktorandanmäld.

### 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 läkare handleder studenter och AT-läkare, men får inte kontinuerlig bedömning eller strukturerad återkoppling i detta annat än via enkäter till AT-läkare under kirurgjourer. ST-läkarna rondar initialt med handledare på 2 av sjukhusen, på det tredje oftast endast som stöd till rondande specialist/överläkare. Detta torde kunna utnyttjas som tillfälle att utvärdera kompetensen inom ledarskap och kommunikation. Man skulle också kunna ha "sit-ins" vid t.ex. svåra samtal på mottagning eller avdelning. ST-läkarna skulle också t.ex. en gång per termin kunna undervisa studenter eller övrig personal under handledning för återkoppling.

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

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

## D. Tjänstgöringens upplägg

Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.

### Planerad åtgärd

Det individuella utbildningsprogrammet (IUP) skall granskas vid två handledarsamtal årligen och vid behov revideras i samråd med studierektor och verksamhetschef. IUP skall även diskuteras vid årligt medarbetarsamtal med verksamhetschef. Varje granskning och eventuell revidering skall dokumenteras.

### Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-01-01

### Ansvarig för genomförandet

Anders Jonsson

### Datum för uppföljning

2025-04-01

### Ansvarig för uppföljningen

Ingrid Erlandsson

## E.Handledning och kompetensbedömning

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



### **Planerad åtgärd**

Varje ST-läkare skall genomföra handledarsamtal varannan månad för uppföljning av aktuella delmål under aktuell period. Dessa skall dokumenteras av ST-läkaren. Bihandledare skall utses när ST-läkare tjänstgör på enhet där huvudhandledare ej befinner sig. Relevanta bedömningsinstrument skall användas minst sex gånger årligen. Minst två av dessa bör fokusera på A- och B-mål. Dokumentationen förvaras i behörighetsstyrda mappar inom organisationen dit ST-läkare, huvudhandledare, studierektor och verksamhetschef har tillgång.

### **Datum när åtgärden ska vara genomförd**

2025-01-01

### **Ansvarig för genomförandet**

Anders Jonsson

### **Datum för uppföljning**

2025-04-01

### **Ansvarig för uppföljningen**

Anders Jonsson

## **E. Handledning och kompetensbedömning**

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

### **Planerad åtgärd**

Det individuella utbildningsprogrammet (IUP) skall granskas vid två handledarsamtal årligen och vid behov revideras i samråd med studierektor och verksamhetschef. De fortlöpande bedömningarna skall vara inriktade på de läromål som är relevanta för ST-läkarens aktuella placering och dokumenteras enligt ovan.

### **Datum när åtgärden ska vara genomförd**

2025-01-01

### **Ansvarig för genomförandet**

Anders Jonsson

### **Datum för uppföljning**

2025-04-01

### **Ansvarig för uppföljningen**

Anders Jonsson

## **H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens**

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

### **Planerad åtgärd**

Vi kommer att implementera strukturerad utvärdering av placering på vårdavdelning inklusive ledande av rondsituation. Bedömningar skall också göras i samband med ingrepp på operation eller mottagning samt ledande av MDK. Fokus skall ligga på ST-läkarens förmåga att leda och samverka. Bedömning och återkoppling görs enligt regionen dokument "Bedömning av A- och B-mål". Varje ST-läkare skall ges möjlighet att auskultera vid klinikens ledningsgruppsmöten.

### **Datum när åtgärden ska vara genomförd**

2025-01-01

### **Ansvarig för genomförandet**

Anders Jonsson

### **Datum för uppföljning**

2025-04-01

### **Ansvarig för uppföljningen**

Anders Jonsson

## H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

### **Planerad åtgärd**

På kliniken har vi återkommande Journal Clubs och Micro Teach-tillfällen där ST-läkarna är föredragande. Varje ST-läkare har denna uppgift minst två gånger årligen. I samband med dessa skall senior kollega bedöma och ge feedback på presentationen.

### **Datum när åtgärden ska vara genomförd**

2025-01-01

### **Ansvarig för genomförandet**

Anders Jonsson

### **Datum för uppföljning**

2025-04-01

### **Ansvarig för uppföljningen**

Anders Jonsson

## H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

**Planerad åtgärd**

En strukturerad bedömning av ST-läkarens handledarkompetens skall göras åtminstone årligen. Detta sker exempelvis genom observation av handledning av junior kollega/annan profession i praktiskt moment på mottagning, avdelning eller operation. Vid dessa tillfällen kommer ST-läkaren få återkoppling, som dokumenteras, från både adept och senior kollega. Verksamhetschefen får även kontinuerligt del av de utvärderingar som AT-läkare gör angående ST-läkarnas handledning och kommunikation på akutmottagningen. Detta återkopplas till respektive ST-läkare.

**Datum när åtgärden ska vara genomförd**

2025-01-01

**Ansvarig för genomförandet**

Anders Jonsson

**Datum för uppföljning**

2025-04-01

**Ansvarig för uppföljningen**

Anders Jonsson