



# EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

**Sjukhuset Torsby**

Klinik

**Ortopedi**

Specialitet

**2024-11-21 – 2024-11-22**

Datum

**Torsby**

Ort

**Birgitta Ekstrand och Bengt Sandén**

Inspektörer

**SOSFS 2015:8**

Föreskrift

## Styrkor

- Det mindre sjukhusets närhet till varandra ger korta beslutsvägar och nära och gott samarbete.
- Randutbildningar på större sjukhus tillgodoser nödvändig allsidighet för att uppfylla målen.
- Goda möjligheter att utveckla kirurgisk kompetens under handledning. Stor operationsvolym möjliggör detta.
- Studierektorn har stort och genuint engagemang för sjukhuset och ST-läkarnas utbildning.

## Svagheter

- Det finns inga skriftliga utbildningsplaner. Det gör att utbildningen blir personberoende och känslig för förändringar.
- Utvärderingen av ST-utbildningen sker utan strukturerade verktyg, man använder inte utvärderingsinstrument och har inte dokumenterade specialistkollegier.
- Schemalagd studietid saknas eller finns i liten utsträckning. Ingen av ST-läkarna har påbörjat den nationella utbildningen OrtoS. Regelbundna vetenskapliga möten saknas i nuläget.
- Schemalagda handledarsamtal saknas. Handledningen sker mer oplanerat och får då mer karaktär av instruktioner.
- Studierektor deltar sällan i nätverksträffar regionalt och nationellt.

## Förbättringspotential

- Individuella skriftliga utbildningsplaner ska upprättas.
- Studierektorns uppdragsbeskrivning ska följas.
- Det är lämpligt att uppdragen som studierektor och handledare separeras.
- Schemalägg tid för självstudier och handledning.
- Utvärderingsinstrument ska användas för standardiserad bedömning och dokumenterade specialistkollegium ska hållas.
- Genomför regelbundna vetenskapliga möten.
- Strukturera ST-läkarnas egna undervisning och handledning under handledning.

# STRUKTUR

## A Verksamheten

Ortopedsektionen är en del av ett gemensamt verksamhetsområde för kirurgi, ortopedi och anestesi/intensivvård. Ortopedin svarar för akut ortopedi förutom axlar och ryggar i ett upptagningsområde med ca 40 000 invånare. Man har en relativt bred elektiv verksamhet med ett länsövergripande ansvar för vissa diagnoser som knärevisioner och komplexa primära knäplastiker. För ST-utbildningen finns inga lokala riktlinjer, regionövergripande riktlinjer finns men används inte.

### 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

Ortopedsektionen har fyra specialister och två ST-läkare. Studierektor är också handledare till de båda ST-läkarna. Det finns därutöver tre specialistkompetenta kollegor som inte har handledarfunktioner. Studierektorn har inte någon skriftlig uppdragsbeskrivning. En regionövergripande mall finns.

### 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

Funktionella lokaler och adekvat utrustning för verksamheten finns. ST-läkarna har egna arbetsplatser med närhet till överordnade kollegor. Full tillgång till nätbaserad litteratur och artiklar finns.

### 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

Föreskriften uppfylls såtillvida att verksamhetschefen juridiskt sett har ansvar för ST-utbildningen och att studierektorn samordnar ST-läkarnas utbildningsaktiviteter. Skriftlig plan för detta saknas dock. I övriga delar uppfylls inte kraven i föreskriften. ST-kontrakt/individuella utbildningsprogram saknas.

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

I Region Värmland finns en övergripande studieorganisation, inom ortopedi finns en studierektor för Karlstad-Arvika och en i Torsby. Nätverksträffar anordnas där klinikens SR sällan deltar, samma gäller för träffar anordnade av SOF:s eget SR-nätverk Ostrix. SR i Torsby är också handledare till klinikens båda ST-läkare. Formella ST-kollegium anordnas inte, bedömningar bygger på stor närhet till varandra i vardagen. Systematiska och schemalagda handledarsamtal saknas. Formella bedömningsinstrument såsom DOPS och mini-CEX används inte, ej heller sit-in.

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

Individuella utbildningsprogram saknas och föreskriftens krav uppfylls således inte. Ingen av ST-läkarna följer i nuläget den digitala självstudiekursen OrtoS. Schemalagd studietid har funnits under vissa perioder men inte i nuläget. ST-läkarna beskriver en generös inställning till externa utbildningar och har inte stött på några svårigheter att genomföra dessa.

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:

- 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

I Region Värmland finns ett övergripande beslut att det vetenskapliga arbete som utförs under läkares grundutbildning fyller kraven för vetenskapligt arbete under ST. Svensk Ortopedisk Förening delar inte denna syn och anser att föreskriften ska tolkas så att ett vetenskapligt arbete ska utföras under ST. Man har tidigare haft journal club varje vecka, men inte med någon kontinuitet under senaste året.

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-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

Klinikens struktur med nära samarbete ger goda möjligheter för ST-läkarna att själva handleda och leda studenter, yngre kollegor och övriga medarbetare. Systematik för utvärdering av detta saknas dock. Många värdeskapande aktiviteter sker men inte systematiskt.

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

Sjukhuset Torsby - Ortopedi

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

## D. Tjänstgöringens upplägg

Verksamheten tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas, samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg. Dessa ska vara kända och användas.



## **Planerad åtgärd**

Handlingsplan för Tjänstgöringens Upplägg inom ST-utbildning i Ortopedi Torsby. Denna handlingsplan syftar till att säkerställa en strukturerad och kvalitativ tjänstgöring för ST-läkare inom ortopedi i Torsby, i enlighet med Socialstyrelsens målbeskrivning och verksamhetens riktlinjer. De styrande Dokument som planen baserar på är: Socialstyrelsens målbeskrivning för ortopedi, verksamhetens lokala riktlinjer och policyer, handlednings- och utbildningsplan, kompetensbedömningsverktyg och nationella riktlinjer för ortopedisk specialistutbildning. Övergripande Struktur är att tjänstgöringen ska planeras och genomföras enligt en individuell utbildningsplan (IUP). En rotationstjänstgöring på olika enheter (akutmottagning, vårdavdelning, operationsavdelning, mottagning) är schemalagt. Möjlighet till delaktighet i multidisciplinära team finns. Alla ST-läkare fick en huvudansvarig handledare tilldelad och regelbundna handledarsamtal finns schemalagt. Strukturerad feedback och kompetensbedömning enligt målbeskrivning planeras mellan ST-läkaren och handledaren. Årlig individuell utvecklingsplan och bedömning av kompetensprogression planeras, utförs och dokumenteras enligt IUP. För en strukturerad utbildningsmoment deltar alla ST-läkare i lokala och nationella utbildningar samt kurser. Regelbundna falldiskussioner och journal-clubs vid interna "tisdags föreläsningar" är del av verksamhetens rutin. Kirurgisk färdighetsträning sker kontinuerlig vid regelbundna operationsdagar. Möjligheter till forskning och förbättringsarbete finns och är högt prioriterad inom kliniken. Regelbundna bedömningar av ST-läkarnas kompetens sker via strukturerade kliniska observationer. Tekniska färdigheter bedöms via direkt observation. Självskattning och återkoppling från kollegor och patienter är del av utvärderingen. För att säkerställa kvalitén och uppföljning finns regelbundna ST-möten för uppföljning av tjänstgöringsplaner. Verksamhetschef har övergripande ansvar för utbildningens kvalitén. ST-studierektor är ansvarig för planering, uppföljning och samordning av utbildningen. Huvudhandledare ger stöd och ansvarar för bedömning av ST-läkare. ST-läkarens roll är att vara aktivt deltagande och tar ansvar för egen utveckling.

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

01.03.2025

## **Ansvarig för genomförandet**

Jan Claussen

## **Datum för uppföljning**

01.08.2025

## **Ansvarig för uppföljningen**

Jan Claussen

## D. Tjänstgöringens upplägg

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.

### **Planerad åtgärd**

Då det av Regionen upphandlade verktyget ST Forum har upplevts av många som svårhanterlig, har kliniken taget del av IUP (bilaga 1) som används på Centralsjukhuset Karlstad. I den mallen kopplas Socialstyrelsens målbeskrivning med enskilda utbildningsaktivitet. Utrymme finns i IUP mallen för att dokumentera interna och externa utbildningar. Nyanställda ST läkare har börjat använda den nya mallen. Handledarna och ST läkarna har informerats att varje enskild IUP ska uppdateras löpande under handledning av huvudhandledaren och att årsrapport ska skickas till studierektorn årligen i samband med Specialistkollegium. Alla ST-läkare har en huvudansvarig handledare.

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

01.08.2025

### **Ansvarig för genomförandet**

Jan Claussen

### **Datum för uppföljning**

01.08.2025

### **Ansvarig för uppföljningen**

Jan Claussen

## 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**

Varje ST-läkare fick ett individuellt utbildningsprogram (IUP) där genomförda kurser och sidotjänstgöringar ska fyllas i retroaktivt. IUP kommer vara uppdaterad kontinuerlig.

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

01.03.2025

### **Ansvarig för genomförandet**

Jan Claussen

### **Datum för uppföljning**

01.08.2025

### **Ansvarig för uppföljningen**

Jan Claussen

## **D. Tjänstgöringens upplägg**

Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.

### **Planerad åtgärd**

IUP är grundläggande dokumentet för varje handledaresamtal, utvärdering och kompetensprövning. IUP kommer att revideras vid behov.

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

01.03.2025

### **Ansvarig för genomförandet**

Jan Claussen

### **Datum för uppföljning**

01.08.2025

### **Ansvarig för uppföljningen**

Jan Claussen

## **E.Handledning och kompetensbedömning**

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

### **Planerad åtgärd**

Handledningen schemaläggs för både ST-läkaren och handledaren. Omfattningen är 30 minuter per vecka. Formativa kompetensbedömningar (Mini CEX, DOPS, CBD eller 360 grader) görs minst två gånger per termin. Specialistkollegium genomförs minst en gång per år.

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

01.03.2025

### **Ansvarig för genomförandet**

Jan Claussen

### **Datum för uppföljning**

01.08.2025

### **Ansvarig för uppföljningen**

Jan Claussen

## **E. Handledning och kompetensbedömning**

Varje ST-läkare har tillgång till en handledare för varje del av tjänstgöringen.

### **Planerad åtgärd**

Verksamhetschefen vid sidotjänstgöringsklinik ansvarar för att utse namngiven handledare till ST-läkaren. Handledare vid sidotjänstgöring ansvarar för att kompetensbedömning görs och dokumenteras och att vid slutet av varje tjänstgöringsperiod görs en sammantagen bedömning av ST-läkarens kompetens som skickas till huvudansvarig handledare.

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

01.03.2025

### **Ansvarig för genomförandet**

Jan Clussen

### **Datum för uppföljning**

01.08.2025

### **Ansvarig för uppföljningen**

Jan Claussen

## E.Handledning och kompetensbedömning

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

### **Planerad åtgärd**

Handledaren bedömer ST-läkarens kompetensutveckling kontinuerligt med utgångspunkt i målbeskrivningen och det individuella utbildningsprogrammet. Bedömningar görs med på förhand kända och överenskomna formativa bedömningsmetoder (Mini CEX, DOPS, CBD, 360 grader). Bedömningen dokumenteras. Handledning planeras in i schemat redan nu. ST-läkare och handledare kommer överens om när handledningen skall ske under kommande schemaperiod och lämnar önskemålet till schemaläggarna. Vi inför är att ST-läkaren i halvtid och i slutet av sin tjänstgöring gör en 360-gradersanalys. Vi kommer också införa att ST-läkaren gör en mini-cex under varje placering. Det finns en plan för hur kliniken hanterar ST-läkare som av olika skäl har svårt att uppnå målen. ST-läkaren, studierektor och handledare går igenom situationen och vilka insatser som behövs. Därefter göres individuella anpassningar av schemat. Åtgärdernas effekt utvärderas efter en bestämd tid och planen revideras vid behov. Detta har hittills varit en framgångsrik väg, som kan befästas i ett dokument.

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

01.03.2025

### **Ansvarig för genomförandet**

Jan Claussen

### **Datum för uppföljning**

01.08.2025

### **Ansvarig för uppföljningen**

Jan Claussen

## E.Handledning och kompetensbedömning

Verksamheten har rutiner för hur den kontinuerliga bedömningen dokumenteras (För ST enligt 2015:8 är verksamhetschef ansvarig enligt ovan)

**Planerad åtgärd**

Bedömningen dokumenteras i ST-läkarnas utvecklingsplan och i ST-forum.

**Datum när åtgärden ska vara genomförd**

01.03.2025

**Ansvarig för genomförandet**

Jan Claussen

**Datum för uppföljning**

01.08.2025

**Ansvarig för uppföljningen**

Jan Claussen

## F. Teoretisk utbildning

Teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras in i enlighet med målbeskrivningen och individuella utbildningsprogrammet.

**Planerad åtgärd**

ST-läkarna är delaktiga i internt föreläsningsschemat med presentationer varje tisdag för hela kliniken. ST-läkarna letar fram obligatoriska och fakultativa kurser och diskuterar planeringen med handledaren och verksamhetschefen. Kurserna dokumenteras i individuella utbildningsprogrammet och ST-forum.

**Datum när åtgärden ska vara genomförd**

01.03.2025

**Ansvarig för genomförandet**

Jan Claussen

**Datum för uppföljning**

01.08.2025

**Ansvarig för uppföljningen**

Jan Claussen

## F. Teoretisk utbildning

ST-läkarna genomgår den utbildning som planerats i enlighet med målbeskrivningen och det individuella utbildningsprogrammet.

### **Planerad åtgärd**

ST-läkarna genomgår den utbildning som planerats och det dokumenteras i både ST-läkarnas individuella utbildningsprogrammet och ST-forum.

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

01.03.2025

### **Ansvarig för genomförandet**

Jan Claussen

### **Datum för uppföljning**

01.08.2025

### **Ansvarig för uppföljningen**

Jan Claussen

## G. Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Det finns goda förutsättningar för genomförande av ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.

### **Planerad åtgärd**

Verksamhetschef tillsammans med studierektorn ansvarar för att ge ST-läkarna möjlighet till att genomgå kurs i medicinsk vetenskap och skriva ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer. Den sammanlagda tidsåtgången för kurs och skriftligt arbete är 10 veckor. Genom samarbete med Örebro Universitetssjukhus finns goda möjligheter att bedriva forskning och vi har för närvarande minst en läkare på kliniken anslutna till doktorandprogram där. Både verksamhetschefen och studierektorn är disputerade. Möjligheten erbjuds för ST-läkarna att presentera sina vetenskapliga arbeten för hela kliniken.

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

01.03.2025

### **Ansvarig för genomförandet**

Jan Claussen

### **Datum för uppföljning**

01.08.2025

### **Ansvarig för uppföljningen**

Jan Claussen

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

ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

### **Planerad åtgärd**

ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande vid handledaresamtal och dokumenteras i det individuella utbildningsprogrammet.

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

01.03.2025

### **Ansvarig för genomförandet**

Jan Claussen

### **Datum för uppföljning**

01.08.2025

### **Ansvarig för uppföljningen**

Jan Claussen



## H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkaren bereds möjlighet att planera och genomföra undervisning.

### **Planerad åtgärd**

ST-läkarna undervisar AT-och BT-läkare samt läkarkandidater regelbundet och deltar i kontinuerliga interna fortbildningar samt presentationer för personal på avdelning, operation, akuten och mottagning. ST-läkarna handleder läkarkandidater till exempel vid återbesöksmottagningar, där det hela tiden finns tillgång till en specialistutbildad mentor.

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

01.03.2025

### **Ansvarig för genomförandet**

Jan Claussen

### **Datum för uppföljning**

01.08.2025

### **Ansvarig för uppföljningen**

Jan Claussen

## H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

### **Planerad åtgärd**

Bedömningen av ST-läkarnas undervisning görs i samband med AT-/BT-läkarnas samt läkarstudenternas utvärdering. Undervisas sjuksköterskor på olika avdelningar (operation, avdelning, mottagning, osv.) så kommer handledaren att inhämta feedback från den ansvariga avdelningschefen.

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

01.03.2025

### **Ansvarig för genomförandet**

Jan Claussen

### **Datum för uppföljning**

01.08.2025

### **Ansvarig för uppföljningen**

Jan Claussen

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

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

### **Planerad åtgärd**

Bedömningen av ST-läkarnas handledning av AT, BT och läkarstudenter görs i samband med AT-/BT-läkarnas samt läkarstudenternas utvärdering. På så sätt får ST- och AT-studierektorerna direkt återkoppling om ST-läkarens handledningskompetens. Detta kommer att återkopplas till ST-kollegorna.

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

01.03.2025

### **Ansvarig för genomförandet**

Jan Claussen

### **Datum för uppföljning**

01.08.2025

### **Ansvarig för uppföljningen**

Jan Claussen