



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Södra Älvsborgs Sjukhus
Klinik

Onkologi
Specialitet

2025-03-03 – 2025-03-04
Datum

Borås
Ort

Lotta Lundgren och Ann-Charlotte Dreifaldt
Inspektörer

SOSFS 2015:8
Föreskrift

Styrkor

- Mångsidig verksamhet som innehåller flertalet stora cancergrupper.
- God kollegial stämning.
- Nära till samarbete mellan specialister och ST-läkare.
- Möjlighet att arbeta med olika diagnoser.
- Daglig remissgenomgång varje morgon med alla läkare där ST-läkare kunde ställa frågor kring de patienter de handlägger.
- ST-läkare får ta ett stort kliniskt ansvar från början vilket leder till bred klinisk kompetens och ökad självständighet.
- Studierektor som skapar struktur kring ST-utbildningen.
- Samlad verksamhet med mottagning, avdelning och arbetsrum i samma plan.
- Väl uppbyggt samarbete med Sahlgrenska.
- Tillgång till egna forskningssjuksköterskor.

Svagheter

- Få specialister och ST-läkare.
- ST-läkarna tillbringar stor del av ST-tiden på universitetssjukhuset, de tappar kontakt med verksamheten och kolleger i Borås.
- Handledningstillfällena är ej schemalagda och genomförs inte i tillräcklig omfattning för alla ST-läkare.
- Det individuella utbildning programmet saknande a och b mål, samt information om hur kompetens skulle uppnås och bedömas. IUP saknar även information om internundervisning och lästid.
- Ingen etablerad internutbildning på plats i Borås.
- Det saknas rutiner för dokumentation av kompetensutveckling och bedömningar.
- Ett par specialister saknande ST-handledarutbildning.
- Det saknas rutiner och aktiviteter (tex journal club) för att bedöma medicinsk vetenskaplighet och progression av denna.
- Det saknas tillfällen och bedömning av pedagogisk- och handledarförmåga.
- Strålbehandlingsavdelning lokalt som ej var en del av verksamheten.

Förbättringspotential

- Öka möjligheterna för att anställa fler ST-läkare.
- Schemalägga handledningstillfällen.
- Utverka rutiner för bättre dokumentation av ST-läkarnas progression och bedömningar.
- Starta internutbildning på plats i Borås.
- Utveckla ett forum för att ST-läkare presenterar vetenskapliga rapporter som leder till vetenskaplig diskussion med bedömning och återkoppling.
- Diskutera aktiviteter där ST-läkarens ledarskap- pedagogiska- och handledar förmåga kan handledas, återkopplas och bedömas.
- De äldre ST-läkarna bör skriva en ny IUP enligt studierektorns uppdaterade mall.
- Skapa rutiner för regelbunden kontakt med strålbehandlingsavdelningen då sådan finns på plats och är en viktig del av onkologin.
- Utökat samarbete mellan handledare och studierektorer i Borås och på Sahlgrenska för bedömning och uppföljning av ST-läkarens kompetensutveckling. Diskussion om vilka mål som kan handledas, bedömas och återkopplas var, inkluderande även a och b mål.

STRUKTUR

A Verksamheten

Onkologverksamheten är en sektion i Medicinkliniken och har en gemensam verksamhetschef. Vårdplatser och mottagningsverksamhet delas med Medicinkliniken.

Den onkologiska delen innefattar de flesta tumörgrupperna och övriga tumörgrupper tillgodoses via placering på universitetssjukhuset.

Det finns strålbehandlingsavdelning i Borås men denna styrs och bemannas av Sahlgrenska.

Det finns en klinisk provningsenhet.

Det finns skriftliga riktlinjer för hur ST-verksamheten ska bedrivas via tjänstgöring både i Borås och i Göteborg.

Det finns på SÄS instruktioner för hur bedömning av ST-läkarens kompetens ska göras med bl.a. 8 bedömningar per år, detta är inte implementerat.

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

7 specialister varav 2 docenter var anställda i Borås, flera på deltid, samt 4 ST-läkare. 2 av specialisterna saknade ST-handledarutbildning men hade erfarenhet från forskarhandledning.

Onkologerna hade en egen läkarchef som var onkolog.

ST-läkarna hade alltid tillgång till specialister i onkologi för klinisk daglig handledning.

Det saknas instruktioner och exempel på vad man kan ta upp vid ett handledarsamtal utöver placeringar, kurser och projekt.

Uppdatering och kompetensutveckling av handledare skedde oftast i samband med specialistkollegium.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan för åtgärder. Graderingen är ändrad till C.

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

Alla läkare sitter i samma korridor och ST-läkarna har närhet till specialister. ST-läkarna har egen arbetsplats i delat rum med bokhylla och ljudskyddsvägg mellan arbetsplatserna.

Ljusa fina undersökningsrum med dator och brits mm. Läkarrummen på mottagningen är få och på avdelningen är arbetsrummen för läkarna underdimensionerade och leder till rörig arbetsmiljö.

Det finns en strålbehandlingsavdelning som leds av Universitetssjukhuset Sahlgrenska och som inte tillhör onkologen i Borås men ST-läkarna kan göra del av sin strålbehandlingsplacering där.

FoU-enhet finns och ST-läkarna har tillgång till UpToDate.

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

Verksamheten har en övergripande plan för ST-tjänstgöringen i Onkologi, där delmål a och b är mycket kortfattat beskrivna.

Delmål c uppnås vid tjänstgöring både på SÄS och SU. Tjänstgöring på olika enheter med föreslagen tid och externa kursaktiviteter finns beskrivna i det individuella utbildningsprogrammet (IUP).

På SÄS finns endast dagjournaktivitet. Natt och helgjurer görs vid sidoutbildning på SU.

IUP saknar hur måluppfyllelse ska bedömas och frekvens av bedömning (rekommenderat 4 ggr/termin).

IUP bestod hos en del ST mest av en tidslinje med placeringar. Plan saknades för hur delmål skulle uppfyllas och bedömas, bl.a. saknades a och b mål helt.

Start seminarium finns för handledare och ST.

ST-läkare hade en egen utsedd handledare från start.

Interutbildning skedde f.a. på distans med SU 1g/v där den lokale studierektor ej var involverad.

Läkarchef och studierektor hade årliga avstämningar med ST-läkarna.

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

EHandledning och kompetensbedömning

Varje ST-läkare har en utsedd handledare i Borås och under sidoutbildningen har ST-läkaren en handledare i Göteborg.

Det finns rutiner för handledningen ska bedrivas men dessa är ej helt implementerade.

Instrumenten sit-ins och 360 graders bedömning samt regelbundna ST kollegium genomförs men frekvensen, korrelationen till mål och dokumentationen är bristande.

SÄS mål är att handledningen ska vara minst 1 gång i månaden.Handledningstillfällena är inte schemalagda.

ST-läkarnas sidoutbildning på SU följs upp varierat beroende ST-läkare och handledare därav är ett utökat samarbete mellan studierektorerna och handledarna i Borås och Göteborg är önskvärt.

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

IUP innehöll bara c-mål med beskrivning av vilka externa kurser som planerades. Plan för internutbildning saknades.

Kurser ges inom regionen som täcker a och b målen, sk. Staben.

ST-utbildningen och placeringar skedde i samarbete med SU.

ST-internundervisning på distans med Sahlgrenska Universitetssjukhuset 1g/v.

Lästid erhålles i snitt 4 timmar per vecka.

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

Tillgång till forskande kolleger som handledare och möjlighet att bli doktorand via Göteborgs universitet och söka finansiering av arbetstid via SÄS.

Utbildning erbjuds i Staben och alla ST-läkare ska göra ett vetenskapligt arbete samt kvalitetsarbete. Av nuvarande ST-läkare har ingen genomfört kvalitetsarbetet ännu.

Gröna korset , intern säkerhetskontroll, bedrivs dagligen i team med bl.a. sjuksköterskor.

Journal Club saknas i Borås. Få tillfällen finns då ST-läkarnas medicinska vetenskaplighet kan bedömas.

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

Ledarskapskompetens bedöms via bl.a sjuksköterskor och vid 360 graders bedömning / specialistkollegium.

ST-läkaren tränar på medicinskt ledarskap vid avdelningsarbete och vid MDK genom att leda rond och ta ansvar för patienter vid MDK.

Möjlighet finns framöver att att följa med chefer och vara med i en avvikelshanteringsgrupp.

Föreläsningar ges lokalt inom akut onkologi, gärna av ST-läkare, men bedöms ej. Möjlighet till undervisning av personal och handledning av yngre kollegor finns.

ST-läkarna har möjlighet att handleda läkarstudenter under randing på Sahlgrenska, struktur kring denna handledning med återkoppling och bedömning saknas.

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

B. Medarbetarstab och interna kompetenser

Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.

Planerad åtgärd

De 2 handledare som saknar handledarutbildning är anmälda till höstens handledarutbildning.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-10-28

Ansvarig för genomförandet

Vederbörande handledare

Datum för uppföljning

Vid ST-kollegium december 2025

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor

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

De "äldre" ST-läkarnas IUP:er har uppdaterats med flikar för de delar som saknats i de befintliga: handledning, instuderingstid, intern utbildning, åtgärdsplan och bedömningar. Flikar för planering av vetenskapligt arbete och kvalitets- & förbättringsarbete. Det finns även en form av "checklista" för vilka ämnen/avstämningar som är lämpliga vid handledarsamtalen och med vilken frekvens de bör återkomma. Studierektor har enskilt med varje ST-läkare samtalat om syfte och användning av dessa tillägg. Uppdatering skall ske löpande på handledarsamtal och studierektor planerar in tid med ST-läkaren regelbundet för avstämning av såväl planering av kurser etc men även att riktlinjer efterlevs vad gäller dokumentation av de andra "flikarna".

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-04-02

Ansvarig för genomförandet

Studierektor

Datum för uppföljning

Vid handledarmöte 2025-05-21

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor

D. Tjänstgöringens upplägg

Studierektorn samordnar ST-läkarnas interna och externa utbildningsaktiviteter.

Planerad åtgärd

Studierektorn ansvarar redan för att sammanställa obligatoriska och relevanta kurser. Har nu även samordnat den interna utbildningsaktiviteten på SÄS, vilket utökats i omfattning.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-04-02

Ansvarig för genomförandet

Studierektor

Datum för uppföljning

Vid ST-kollegium december 2025

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Handledning schemaläggs 1 gång/månad då ST-läkaren är placerad på SÄS. Diskussion har förts med studierektor på Sahlgrenska kring upplägg av handledning vid sidotjänstgöring. Överenskommet att handledare här på SÄS har samtal 2 ggr/termin och även vidarebefordrat till chef på mottagande klinik att det skall planeras in handledarsamtal 1 gång/månad de månader som man inte har kontakt med sin huvudhandledare.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Till höst-schemat

Ansvarig för genomförandet

Handledare och ST-läkare

Datum för uppföljning

Vid ST-kollegium december 2025

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor

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

Det har även sedan tidigare funnits riktlinje på 4 bedömningar/termin men det har inte genomförts, följts upp eller åtgärdats. Nu har handledare och studierektor tydligare krav på kontroll av att bedömningar görs, det skall upprättas åtgärdsplan om det inte görs. Även studierektor på Sahlgrenska har informerats om att det måste ges utrymme för detta vid sidotjänstgöring. Då vi planerar för ytterligare intern utbildning (se punkt F) ges det även vid den dagen utrymme till sit-in då ST-läkaren är schemafri från sidotjänstgöring. Lokal studierektor i Borås skall också vid de regelbundna träffarna med enskild ST 1 gång/termin också säkerställa att kopia av ST-läkarnas bedömningsformulär sparas hos studierektor.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-04-02

Ansvarig för genomförandet

ST-läkare

Datum för uppföljning

Vid ST-kollegium december 2025

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor

G. Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

ST-läkarens kompetens inom medicinsk vetenskap bedöms utifrån kunskap kring vetenskapliga metoder och forskningsetiska principer.

Planerad åtgärd

Bedömning av vetenskaplig kompetens har verkligen varit bristfällig. Vi har därför beslutat att utvidga den interna utbildningen på plats på SÄS till 2 tillfällen/termin där det ena tillfället viks till journal club tillsammans med någon av våra docenter. Bedömning skall göras vid varje tillfälle. Planeras och samordnas av studierektorn. Första träffen har ägt rum.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-04-02

Ansvarig för genomförandet

Studierektor

Datum för uppföljning

Vid ST-kollegium december 2025

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Intensifierad ansträngning för att ge ST-läkarna möjlighet att utbilda. Under perioder på SÄS minst 1 tillfälle med utbildning för SSK/AT-läkare eller dragning av fall/info från konferens eller liknande. Första tillfället är inplanerat. Diskussion har även kring detta förts med studierektorn på Sahlgrenska eftersom de har veckovisa fallpresentationer och utbildning. Det ligger även i deras intresse att dessa tillfällen tas tillvara för kompetensbedömning, och på sikt kommer ST-läkarna bli mer involverade i den utbildningen också.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-04-02

Ansvarig för genomförandet

Studierektor

Datum för uppföljning

Vid ST-kollegium december 2025

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Bedömning av handledning är det vi haft svårast att identifiera bra möjligheter att genomföra. Vi har dock alltid en underläkare på mottagningen och vi planerar nu att ST-läkare på plats skall bli handledare åt underläkaren. På så vis kan man låta ST-läkare handleda underläkaren och bedöma den insatsen. Det är också en längre period där handledare och övriga specialister har nära samarbete med båda parter och kan göra en progressionsbedömning.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Till höst-schemat

Ansvarig för genomförandet

Läkarchef

Datum för uppföljning

Vid ST-kollegium december 2025

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor