



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Länssjukhuset Ryhov

Klinik

Klinisk fysiologi

Specialitet

2025-03-12 – 2025-03-13

Datum

Jönköping

Ort

Eva Persson och Erland Hvittfeldt

Inspektörer

SOSFS 2015:8

HSLF-FS 2021:8

Föreskrift

Vid två parallella utbildningar – enligt SOSFS 2015:8 och HSLF-FS 2021:8 års föreskrifter – bedöms följsamheten i förhållande till båda. Om brister påvisats vad gäller följsamheten till någon av föreskrifterna krävs en handlingsplan.

Observera att bedömning av följsamhet till föreskrift, allmänna råd och kvalitetsindikatorer gäller både SOSFS 2015:8 och HSLF-FS 2021:8, såvida inte annat anges.

Styrkor

- Det är ett generellt mycket gott utbildningsklimat på avdelningen. Specialisterna erbjuder god tillgänglighet och ett öppet klimat som stimulerar ST-läkarna i deras utbildning.
- Verksamhetens bredd gör att målen för klinisk fysiologi kan uppfyllas (med komplettering på andra enheter).
- ST-läkarna är delaktiga i internutbildningen som hålls 1-2 gånger i veckan.
- Det finns goda möjligheter att åka på relevanta externa kurser.
- "Utvecklingstid" schemaläggs med 4 timmar/vecka där ST-läkaren kan tex läsa teori/artiklar, fördjupa sig i olika undersökningar eller auskultera med specialist.
- ST-läkarna kan vara delaktiga i metodgruppsarbete tillsammans med specialist.
- Kliniken har ett välfungerande system för "signeringsrätt" avseende olika undersökningar.
- Kliniken deltar i Equalis-utskick med kliniksvar och enskilda svar, även för ST-läkare.
- Alla handledare har handledarutbildning och tid avsätts i schemat för ST-HL-möten.

Svagheter

- Fortlöpande strukturerad bedömning/återkoppling med dokumentation är inte optimal.
- Det finns internutbildning för hela kliniken, men den är inte anpassad för ST-läkarnas delmål i klinisk fysiologi. "Journal club" saknas.

Förbättringspotential

- Återkopplingen kan ökas för a-delmålen, tex vid undervisning, fallpresentation och handledning samt avseende medicinsk vetenskaplig kompetens. ST-läkarna kan initiera fler strukturerade, skriftligt dokumenterade bedömningar. Mallar för olika typer av bedömningar finns tex på intranätet och www.sls.se/SFKF. Bedömningsmallar kan finnas lättillgängliga och fyllas i även av andra än huvudhandledaren.
- Införa strukturerade "specialistkollegium" med skriftlig återkoppling till ST-läkaren efteråt. Här kan även vetenskapligt förhållningssätt, ledarskap och kommunikation bedömas.
- Något tätare schemalagd handledning, tex 1 timme/månad.
- Det bör finnas tydliga mål vid randning, som är överenskomna i förväg mellan klinikerna, och namngiven handledare på mottagande klinik.
- Införa träffar för handledare.
- Lokal internutbildning specifik för ST-läkarna utifrån delmål kan vara av värde. Om möjligt utnyttja utbildningstillfällen som anordnas av andra kliniker internt (kardiologen och röntgen) och/eller ordna gemensamma utbildningstillfällen.
- Införa "Journal clubs" med strukturerad återkoppling.
- Se över om det finns någon rond som ST-läkaren kan presentera fall på och även använda ronder/MDK som utbildningstillfällen.

STRUKTUR

A Verksamheten

Klinisk fysiologi är ett eget verksamhetsområde. Det finns en bred klinisk verksamhet, som tillsammans med inplanerad sidoutbildningar är tillräcklig för att målbeskrivningens krav kan uppfyllas. Det finns skriftliga regionala och lokala riktlinjer för hur ST-utbildningen ska bedrivas. Kliniken är Swedac-ackrediterad.

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

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☒ | ☒ | 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 4 ST-läkare på kliniken, varav tre går enligt 2015 och en enligt 2021 års författning. ST-läkarna har hunnit 1-3 år in i sin ST-utbildning. Det finns sju specialister på kliniken med olika tjänstgöringsgrad. Flera är dubbelspecialister med specialistkompetens även inom kardiologi, internmedicin, anestesi och allmänmedicin. En överläkare har en kombinerad tjänst som biträdande professor vid Jönköping University. Alla huvudhandledare är kliniska fysiologer och har aktuell handledarutbildning. Bemanningen är tillräcklig för att ge ST-läkarna såväl handledning som kliniska instruktioner. Studierektorn är specialist inom kardiologi och internmedicin, men arbetar heltid på Klinisk fysiologi och är väl insatt i aktuella målbeskrivningar.

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

2015

2021

☒☒

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

Enheten har ändamålsenliga lokaler och ST-läkarna har egna arbetsplatser, med egen dator. Det finns mötesrum som även fungerar som MDK-rum på avdelningen, i nära anslutning till övrig verksamhet. Det finns tillgång till referensbibliotek på avdelningen samt tillgång till bibliotekstjänst på sjukhuset. ST-läkarna får egna exemplar av vissa böcker.

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

2015

2021



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

ST-läkarna har individuella utbildningsprogram, som uppdateras. Introduktion till nya metoder är strukturerad. Huvuddelen av utbildningen genomförs på den egna enheten. Kompletterande sidoutbildningar sker på nuklearmedicin (ingår i röntgenkliniken), kardiologen och klinfys-avdelning på universitetssjukhus. Det finns ingen jourverksamhet, men det genomförs akuta undersökningar där ST-läkaren kan lära sig handlägga/diagnostisera akuta sjukdomstillstånd. Det finns läkarkollegium, där specialistläkarna fattar beslut om signeringsrätt för olika undersökningsmetoder. Verksamhetschefen har årliga samtal med ST-läkarna där deras kompetensutveckling diskuteras, vilket dokumenteras i klinikens digitala system och signeras av såväl chef som ST-läkare. Studierektorn utgör en organisatoriskt stödfunktion för verksamhetschef, handledare och ST-läkare. Han tar aktiv del i bedömningen av ST-läkarnas kompetensutveckling. Det finns inga vikarierande underläkare på kliniken - de nu anställda ST-läkarna fick ST-tjänster direkt.

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

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☒ | ☒ | 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

Alla ST-läkare har en handledare som är specialistkompetent inom klinisk fysiologi och har genomgått handledarutbildning. Handledarsamtal schemaläggs typiskt 2 ggr/termin, 2 timmar/tillfälle. ST-läkarens kompetensutveckling bedöms av handledare och verksamhetschef och dokumenteras fortlöpande av VC. Vid läkarkollegium inför signeringsrätt bedöms ST-läkarens kompetens inom metoden av alla specialister. Strukturerade specialistkollegium med fokus även på a- och b-mål har inte genomförts men planeras att införas (en gång/år/ST-läkare). I vardagsarbetet finns god tillgång till klinisk handledning.

Sidotjänstgöringen är till viss del planerad i förväg men strukturerad uppföljning är inte optimal.

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)

Föreskrift (endast 2021)

- ☒ Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.

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.

Allmänna råd (endast 2015)

- ☒ 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

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☒ | ☒ | 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

Regionen anordnar STab-utbildning för ST-läkare som täcker Socialstyrelsens a- och b-mål. För c-mål finns goda möjligheter att delta i externa kurser vilka planeras i utbildningsprogrammet, ST-läkare kan även delta i nationella och internationella konferenser. Alla läkare har möjlighet att delta i Equalis-utskick. 1–2 ggr/vecka hålls klinikgemensam (multiprofessionell) internutbildning, där ST-läkarna både håller i och deltar i utbildningen. Det ges möjlighet att delta i Linköpings ST-eftermiddagar för ST-läkare i klinisk fysiologi, vanligtvis på distans. Tid för självstudier finns, 4 timmar per vecka.

Det saknas journal clubs och intern utbildning specifikt riktad till ST-läkare.

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

2015 2021

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☐ | ☐ | 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

Verksamhetschefen är disputerad och viss forskningsverksamhet bedrivs av specialister. Det finns möjlighet att skriva ett vetenskapligt arbete inom ramen för ST. Vid intresse kan doktorandutbildning erbjudas. Bedömning av ST-läkarens medicinskt vetenskapliga kompetens kan ske i samband med svarsgenomgång, metodarbete och internutbildning. Journal club finns inte.

Kliniken är ackrediterad och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete bedrivs framför allt inom metodarbetet, där vissa av ST-läkarna deltar.

Utbildning i dessa områden ges i STAB-kursen, som arrangeras på sjukhusnivå.

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.

Föreskrift (endast 2015)

- ☒ 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.

Kvalitetsindikator (endast 2021)

- ☒ ST-läkare ges möjlighet att medverka i forskningsprojekt under arbetstid.

Gradering

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☐ | ☐ | 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

Kommunikativ kompetens utvecklas huvudsakligen genom svarsskrivning med muntlig feedback från specialister. Strukturerade instrument (t ex DOPS) används här i viss utsträckning.

ST-läkarna får träna medicinskt ledarskap i det dagliga arbetet med BMA och kan bland annat få muntlig återkoppling på detta från läkarkollegiet inför signeringsrätt. ST-läkare erbjuds att auskultera med chef och i ledningsgrupp.

ST-läkarna får delta i handledning/upplärning av nyare ST-läkare, randare och läkarstudenter. De förväntas hålla i internutbildning och kan delta i undervisning av läkarstudenter. Detta kan diskuteras med handledare men det saknas en struktur för kontinuerlig bedömning och återkoppling avseende handledning och undervisning.

Kurser för dessa delmål ingår i STAB-kurs som anordnas för ST-läkare på sjukhuset.

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

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☐ | ☐ | 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.

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Vi kommer att fortsätta följa våra lokala riktlinjer och använda de strukturer och bedömningsunderlag som finns. I första hand kommer vi att tillämpa 360-graders feedback (multisource feedback), där synpunkter samlas in från kollegor (läkare, BMA, randande ST-läkare), studenter (läkarstudenter, BMA-studenter) och administrativ personal. Syftet är att skapa en så bred och nyanserad bild som möjligt av ST-läkarens kommunikationsförmåga, samarbetsförmåga och ledarskapsstil. Uppföljning sker regelbundet av handledare och studierektor, med fokus på kvalitativa indikatorer rörande ST-läkarens ansvarstagande, beslutsförmåga och förmåga att hantera konsekvenser av sina beslut. Därtill bedöms ST-läkarens förmåga att skapa trygghet och tydlighet i arbetsgruppen vid olika undervisningstillfällen. Vi kommer även att följa upp ST-läkarens kommunikativa kompetens, med särskilt fokus på empati, aktivt lyssnande och anpassning av kommunikationen utifrån mottagarens förutsättningar och kunskapsnivå. Detta gäller särskilt vid undervisningstillfällen såsom presentation av patientfall, undervisning vid läkarmöten samt process- och metodmöten. Utöver 360-graders feedback kommer även självreflektion genom loggbok att användas. ST-läkaren uppmuntras att dokumentera reflektioner efter varje undervisningstillfälle. Dessa reflektioner ska sedan värderas, bedömas och återkopplas vid handledarsamtal. Återkoppling ska också ske genom direkt feedback i nära anslutning till undervisningstillfället, exempelvis från handledare eller kollegor. Även denna feedback bör dokumenteras i loggboken och följas upp vid handledarsamtal och/eller vid specialistkollegium.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-06-30

Ansvarig för genomförandet

Studierektor Patrik Skogward

Datum för uppföljning

2025-08-30

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef Johnny Nijm

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Även här avser vi att fortsätta följa våra lokala riktlinjer samt använda de strukturer och bedömningsunderlag som finns tillgängliga. I första hand kommer vi att använda 360-graders feedback (multisource feedback), där synpunkter samlas in från kollegor (läkare, BMA, randande ST-läkare), studenter (läkarstudenter, BMA-studenter) samt administrativ personal. Syftet är att skapa en så bred och nyanserad bild som möjligt av ST-läkarens kommunikation, samarbetsförmåga och ledarskapsstil. Denna bedömning kommer att följas upp regelbundet av handledare och studierektor, med fokus på kvalitativa indikatorer som rör ST-läkarens ansvarstagande, beslutsförmåga och förmåga att hantera konsekvenserna av sina beslut. Dessutom bedöms ST-läkarens förmåga att skapa trygghet och tydlighet i arbetsgruppen vid handledningstillfällen. Vidare kommer vi att utvärdera ST-läkarens kommunikativa kompetens, med särskilt fokus på empati, aktivt lyssnande och förmågan att anpassa sin kommunikation utifrån patientens eller adepts förutsättningar och aktuella kunskapsnivå vid handledningstillfällen. Utöver 360-graders feedback kommer vi även att använda självreflektion i form av loggbok, där ST-läkaren dokumenterar sina erfarenheter. Denna loggbok ligger till grund för värdering och bedömning vid handledarsamtal. Återkoppling ska också ske genom direkt feedback, exempelvis genom "sit-in"-observationer vid handledning av randande ST-läkare, läkarstudenter eller BMA. Dessa observationer ska dokumenteras enligt gällande rutin för "sit-in".

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-06-30

Ansvarig för genomförandet

Studierektor Patrik Skogward

Datum för uppföljning

2025-08-30

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef Johnny Nijm