



# EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

**Blekingesjukhuset Karlskrona**  
Klinik

**Barn- och  
ungdomspsykiatri**  
Specialitet

**2025-03-04 – 2025-03-05**  
Datum

**Karlskrona**  
Ort

**Hilke Wulfers-Sievers och Jonas  
Nilsson**  
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

- Väldigt utbildningsvänligt klimat
- Verksamheten satsar på BUP-specialister i bemanningen
- Konstruktiv samverkan i regionen avseende BT-frågor
- Pågående aktiv rekrytering av ST-läkare
- Öppenvården har fina och ändamålsenliga lokaler
- Tydliga roller och ansvarsfördelning inom ST-utbildningen

## Svagheter

- Brister i bedömning av ledarskap, kommunikation och vetenskaplighet
- Många centrala funktioner ligger på enstaka personer
- Brist på skriftliga rutiner för ST inom BUP Region Blekinge
- Brist på skriftligt introduktionsprogram för utbildningsläkare
- Bristande koppling mellan internutbildning och individuella utbildningsprogrammet

## Förbättringspotential

- Utveckla forum för hur verksamheten jobbar med medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete
- Ge ST-läkarna möjlighet att rotera mellan de olika mottagningarna
- Göra en tydligare uppdelning mellan huvudhandledning och klinisk handledning och sprida handledarskapet på fler specialister
- Involvera enhetschefer och andra professioner i ST-utbildningens specialitetsövergripande delmål

# STRUKTUR

## A Verksamheten

BUP-kliniken i Region Blekinge bedriver barn- och ungdomspsykiatrisk öppen- och heldygnsvård. Klinikens upptagningsområde är ca 32 000 barn fördelat på 5 kommuner. Ca 3000 barn med aktiva kontakter inom BUP 2024. BUP-kliniken ingår i verksamhetsområde Nära vård tillsammans med psykiatri, barnkliniken, primärvård, akutkliniken, habilitering, palliativ vård och rehabiliteringsmedicin. På områdesnivå finns en stab med olika stödfunktioner. En strateg i staben är kopplad till psykiatri. Det finns även en styrgrupp för psykiatri där vuxenpsykiatri och BUP samarbetar i olika frågor. BUP samverkar med barnkliniken via Barnläkarträffar med habiliteringen och barnkliniken (inkl barnneurologi). Barnläkarträffarna sker en gång i månaden, 2 timmar digitalt. Utrymme för falldiskussioner samt samarbete där ST-läkare kan delta.

Verksamheten leds av en verksamhetschef sedan 7 år som är psykiatrisjuksköterska och psykoterapeut. Verksamhetschefen är chef för alla läkare på kliniken. Remisser till BUP går vi Kontaktcenter som bedömer om remissen ska gå till BUP eller Första Linjen. Första Linjen är en del av Primärvården.

I nuläget finns tre ST-läkare på kliniken, en går enligt SOSFS 2015:8 och två enligt HSLF-FS 2021:8. Två av ST-läkarna är i början av sin ST och en i slutet. ST-läkarna är kopplade till en av mottagningarna där de gör hela sin öppenvårdsplacering.

BUP-kliniken har två mottagningar, en i Karlshamn och en i Karlskrona. På Karlskronas sjukhus finns tillgång till 2 heldygnsvårdplatser med allmänpsykiatrisk inriktning. Kan beläggas med upp till 3 extra platser vid behov. Samarbete med vuxenpsykiatri runt dimensionering av heldygnsvårdsplatser samt utvecklingsarbete. Sedan 2024 har även heldygnsvården ansvaret för akuta bedömningar dagtid.

Pga resursbrist har utredningar upphandlats sommaren 2024. Tre privata bolag har fått utreda på uppdrag av regionen. Utreder via remiss från BUP.

Det finns ett åtstörningsteam på varje mottagning och ett länsövergripande DBT-team. Dessutom finns ett Lilla BUP på varje mottagning som tar hand om barn 0-6 år.

Jourtid finns primärjournalslinje/bakjournalslinje som ligger under vuxenpsykiatri. Denna hanterar både BUP- och VUP-ärenden jourtid. ST-läkare deltar i jourlinjen 2-3 pass i månaden.

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:

- ☐ 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                             |                                                                                                                                        |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | B. Socialstyrelsens föreskrifter följs.                                                                                                |
| <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.          |
| <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.                                    |

## B Medarbetarstab och interna kompetenser

BUP-kliniken leds av en verksamhetschef. Kliniken är uppdelad på tre enheter, öppenvårdsmottagningar i Karlshamn och Karlskrona samt en heldygnsavdelning i Karlskrona. Dessa enheter leds av var sin enhetschef.

På öppenvården i Karlshamn finns ca 25 tjänster och i Karlskrona 25 tjänster. Varje mottagning har 6 psykologtjänster som dock är svåra att bemanna. I Karlskrona finns en psykolog och Karlshamn 4. Utöver detta bemannas öppenvården med sjuksköterskor (5 på varje mottagning) arbetsterapeut, fysioterapeut och behandlingsassistenter. Dessutom finns på varje mottagning 3 administratörer. För hela kliniken finns en vårdkoordinator och en tillgänglighetskoordinator.

Det finns ett ätstörningsteam på varje mottagning och ett DBT-team med gemensamma resurser. Mottagningarna har även mellanvårdsteam.

BUP-kliniken har 6 anställda specialister inom BUP samt en hyrläkare som är specialist inom BUP. Tre specialister är huvudhandledare och har genomgått handledarutbildning. En av handledarna är dessutom lokal ST-studierektor, MLA, chöl och BT-studierektor inom psykiatri. I region syd finns även tillgång till regional ST-studierektor. Hyrläkaren jobbar varannan vecka digitalt, varannan vecka på plats. Jobbar på självständigt utan handledning av ST-läkare. En specialist jobbar på distans från Rumänien, på plats 4 veckor under sommaren. Har viss klinisk handledning. Specialisterna har sin bas i en av öppenvårdsmottagningarna och fem av specialisterna roterar som avdelningsläkare på heldygnsvården.

Kliniken tar inte emot läkarkandidater från läkarutbildningen. AT-läkare gör 4 dagar av sin psykiatriplacering på BUP.

Kliniken tar emot ST-läkare från vuxenpsykiatri och barnmedicin.

### 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

Öppen- och heldygnsvården i Karlskrona har inspekterats. På öppenvårdsenheten i Karlskrona har alla egna rum. Patientmöten sker på rummen men det finns även tillgång till mötesrum med säkerhetsutgång samt undersökningsrum..

På undersökningsrummen finns komplett utrustning såsom tillgång till mätsticka, våg, blodtrycksmanschett och stetoskop. Mellanvården samt Lilla BUP har ändamålsenliga lokaler inklusive rymliga grupprum.

På heldygnsvården pågår iordningställande av utökade lokaler för att kunna sköta akuta bedömningar i anslutning till heldygnsvården.

På de olika mottagningarna finns möjligheter att koppla upp digitala möten för samverkan mellan mottagningarna samt med andra aktörer.

Beträffande litteratur så finns det tillgång till flera databaser och tidskrifter via sjukhusbiblioteket. Särskild litteratur som behövs under ST-utbildningen, som t ex kurslitteratur, kan lånas från sjukhusbiblioteket. Litteratur som för övrigt krävs och inte finns att låna kan köpas in till kliniken.

## 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

Det finns tillgång till skriftliga rutiner och styrdokument som beskriver ST utbildningen. De dokument man hänvisar till är allmänna och övergripande rekommendationer för tolkning av målbeskrivning som ligger tex på SFBPS hemsida eller intranätet. Styrdokumentet ligger inte samlade på ett ställe. Det saknas dock en särskild rutin som beskriver hur ST på BUP i Blekinge går till.

Det flesta rutiner kring tjänstgöringen är muntliga och kopplade till lokal studierektor och/eller huvudhandlare. Utbildningen utgår från och är kopplad till målbeskrivningen. Målbeskrivningen är känd bland ST-läkare och handledare.

Jourtjänstgöringen är en kontinuerlig del av ST. Jouten görs inom den gemensamma jourlinjen på VUP nattetid och helger. På BUP görs akutbedömningar dagtid på BUP heldygnsvård i Karlskrona. ST går ca 2-3 helg/nattjournpass per månad, ST kommer snabbt in i jourtjänstgöringen. Jurer bedöms meningsfulla och kopplade till ST-delmålen. För barnpatienter finns specialist inom BUP som bakjour dagtid.

Samtliga ST-läkare ges samma förutsättningar att tjänstgöra utan särbehandling, i Regionen finns styrdokument avseende diskriminering etc. VC har det övergripande utbildningsansvaret, att ta fram IUP och utse huvudhandledare vilket har delegerats till SR. Målsättningen är att alla ST-läkare har ett skriftlig IUP. Det finns inga enhetliga mallar för IUP i nuläget med hänsyn till att Regionen förväntas köpa in enhetligt system efter ST Forum. Av 2 intervjuade ST läkare har en ST ett IUP enligt kraven. Den ST-läkare som precis har påbörjat har inget fullständigt IUP än men planerar för det. IUP följs upp regelbundet via huvudhandledare och samt via VC vid medarbetarsamtal.

Lokal studierektor är en viktig stödfunktion och spindeln i nätet för alla planeringar av BT/ST. SR är involverad i både interna och externa utbildningen men inte nödvändigtvis den som håller i alla moment. SR är delaktig i upplägget av ST-läkarnas introduktion till ST , dock saknas en skriftlig rutin. Alla ST får introduktion till både arbetsplats och ST.

SR tar del av kompetensbedömningar tex via avstämningar med huvudhandledare, enhetschefer, specialistkollegiet etc. På verksamheten finns en kultur av okomplicerad återkoppling och samråd med varandra. BT delen av integrerad BT planeras med största hänsyn till ST-läkarens tidigare erfarenheter.

### 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.

## E Handledning och kompetensbedömning

Alla ST-läkare har en huvudhandledare. Huvudhandledning ges kontinuerligt och schemaläggs. I samband med detta utvärderas IUP. Huvudhandledare tjänstgör på samma mottagning som ST. Alla handledare har genomgått handledarutbildning. Uppdatering av handledarutbildning erbjuds via regionala handledarträffar i Region Skåne (en gång per termin). När ST BUP gör sidoplacering på barnkliniken är barnneurolog klinisk handledare. På VUP är den kliniska handledaren psykiatriker. Sidotjänstgöring följs upp via huvudhandledare/studierektor och klinisk handledare från sidotjänstgöringsklinik. Det finns alltid tillgång till handledare. Viss klinisk handledning kan ske på distans vid behov.

ST-läkare har i det dagliga arbetet tillgång till instruktioner. Instruktioner ges även av annan yrkeskategori än läkare. Klinisk handledning och instruktion blandas ofta i den kliniska vardagen. Huvudhandlingen schemaläggs ca en gång per månad och vid behov, klinisk handledning enligt behov.

Bedömningen av kompetensutveckling sker regelbundet via t ex sit- ins, 360 grader eller specialistkollegium. Kliniken använder mallar från SFBUP, tex Mini-CEX . Vissa delmål är utmanande att bedöma som tex vetenskaplig förhållningssätt, ledarskap, pedagogik. VC tar del av kompetensutvecklingen. Det finns en skriftlig rutin som kliniken tagit över från VUP som beskriver hur och när bedömning ska göras .

Bristande kompetensutveckling hos ST-läkare leder till en åtgärdsplan som följs upp i samarbete mellan huvudhandledare, lokal studierektor och VC. Detta arbete uppges tryggt. Dock saknas en skriftlig rutin för åtgärdsplan.

VC har regelbundna utvecklingssamtal med ST.

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)

## 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 sidutbildning 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

Individuellt utbildningsprogram (IUP) innehåller planering för extern teoretisk utbildning såsom kurser och ST-seminarier kopplade till ST-utbildningens delmål. ST-läkarna går a- och b-delmålskurser inom Region Blekinge. ST deltar på Regionala ST dagar i Region Syd. Lokal studierektor är involverad i planering av interna och externa kurser (Metis).

Det finns interna BUP-utbildning till hela klinikens personal efter behov (inspelade föreläsningar). Dock saknas koppling mellan IUP och interna utbildningsmoment.

ST-läkarnas teoretiska utbildning prioriteras av verksamheten. Det finns avsatt tid för studier 4 timmar/ 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

- | 2015                             | 2021                             |                                                                                                                                        |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.                                                                               |
| <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.          |
| <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.                                    |

## G Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

ST-läkarna går kurs inom medicinsk vetenskap och ges möjlighet till vetenskapligt arbete. Nuvarande ST-läkare planera att tillgodoräkna sig tidigare vetenskapliga arbeten.

Kontinuerligt bedömning av ST-läkarens kompetens att kritiskt granska och värdera vetenskaplig arbete görs ej strukturerat. Vetenskapliga förhållningssätt tränas dock via Metis-kurser och tex vid barnläkarträffar. Det finns ingen Journal Club eller liknande förutom att enstaka artiklar granskas i samband med regionala ST-träffar.

ST-läkarna gör ett kvalitetsutvecklingsarbete. Kontinuerligt bedömning och återkoppling sker dock inte.

Det finns koppling till doktorandprogram inom regionen då ST-läkaren kan ansöka om forskar-ST. Regelbundna vetenskapliga möten på enheten saknas, ST-läkare deltar inte på forskningsprojekt.

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.

### 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

Möjligheten att träna ledarskap och kommunikation i verksamheten är bristfälligt dokumenterad men finns i organisationen. Handledarbeskrivning i hur ST-läkarna handleds och bedöms kontinuerligt i dessa färdigheter finns men behöver förbättras.

ST-läkarna får utbildning i ledarskap via regionala ST-utbildningar. Ledarskaps- och kommunikationskompetens bedöms via specialistkollegium en gång per år och 360 grader i början och slutet av ST. Det finns i verksamheten en öppenhet för att låta ST-läkarna både träna sitt ledarskap samt sin kommunikationsförmåga. ST-läkarna upplever att det finns möjlighet att handleda och undervisa andra men att det inte sker under handledning.

Handledning i kommunikativ kompetens ges under hela ST.

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

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.

## A. Verksamheten

Det finns skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur verksamhetens specialiseringstjänstgöring ska genomföras.

### Planerad åtgärd

Dokument "Riktlinjer för gemensam organisation för ST/AT-läkare Landstingsdirektörens stab, november 2017" gäller för hela Region Blekinge men har inte uppdaterats sedan ST-riktlinjer HSLF-FS 2021:8 har kommit till. Ett nytt sådant dokument behöver tas fram på Regionnivå. För att säkerställa att även våra ST läkare som omfattas av HSLF-FS 2021:8 har vi nu tagit fram ett eget dokument som klargör arbetsuppgifterna och ansvarsfördelningen inom BUP Blekinge. Dokumentet heter "Arbetsuppgifter för att säkerställa ST-utbildning i BUP Blekinge" och har presenteras till läkargruppen och ledningsgruppen 5/5 och har beslutats att användas , tills Regiondirektörens stab beslutar om en gemensam riktlinje för BT/ST-utbildningen enligt HSLF-FS 2021:8. 5/5 har det också presenterats och beslutas om introduktionsprogram för vikarierande underläkare som jobbar 6-9 månader i förberedelse för BT/ST-utbildningen enligt HSLF-FS 2021:8. ST läkaren får en genomgång sin första dag där schema och viktiga rutiner går igenom. Välkomstbrev skickas ut innan med viktig och relevant information.

### Datum när åtgärden ska vara genomförd

5/5

### Ansvarig för genomförandet

Studierektor Silke Meyer

### Datum för uppföljning

10/11 vid läkar- och ledningsgruppsmöte.

### Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef Petra Nordberg

## 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**

I dokumentet "Arbetsuppgifter för att säkerställa ST-utbildning i BUP Blekinge" som redan är beskriven under punkt A, finns det tydligt beskrivet.

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

5/5-2025

### **Ansvarig för genomförandet**

Studierektor Silke Meyer

### **Datum för uppföljning**

10/11 vid läkar- och ledningsgruppsmöte.

### **Ansvarig för uppföljningen**

Verksamhetschef Petra Nordberg

## 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**

Vi har under läkarmötet 5/5 gjort en brainstorming av alla 3 punkter på G och de 2 punkter på H. Vi har kommit fram till en rad bra förslag för kontinuerlig lärande i alla dessa områden. Dessa förslag finns nu på BUP-läkarnas samarbetsytan och ska diskuteras vidare. Målet är att kunna besluta om åtgärderna den 8/9 vid läkar- och ledningsgruppsmöte och därefter skrivs en tydlig beskrivning/rutin. Pågående ST läkare har tillsammans med sin huvudhandledare redan planerat in åtgärderna.

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

8/9 vid läkar- och ledningsgruppsmöte

### **Ansvarig för genomförandet**

Studierektor Silke Meyer

### **Datum för uppföljning**

mars 2026 vid läkar- och ledningsgruppsmöte.

### **Ansvarig för uppföljningen**

Verksamhetschef Petra Nordberg

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

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.

### **Planerad åtgärd**

Vi har under läkarmötet 5/5 gjort en brainstorming alla 3 punkter på G och de 2 punkter på H. Vi har kommit fram till en rad bra förslag för kontinuerlig lärande i alla dessa områden. Dessa förslag ligger nu på BUP-läkarnas samarbetsytan och ska diskuteras vidare. Målet är att kunna besluta om åtgärderna den 8/9 vid läkar- och ledningsgruppsmöte.

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

8/9 vid läkar- och ledningsgruppsmöte

### **Ansvarig för genomförandet**

Studierektor Silke Meyer

### **Datum för uppföljning**

mars 2026 vid läkar- och ledningsgruppsmöte.

### **Ansvarig för uppföljningen**

Verksamhetschef Petra Nordberg

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

ST-läkaren deltar i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i sådan utsträckning att förutsättningar för delmåluppfyllelse föreligger.

### **Planerad åtgärd**

Vi har under läkarmötet 5/5 gjort en brainstorming alla 3 punkter på G och de 2 punkter på H. Vi har kommit fram till en rad bra förslag för kontinuerlig lärande i alla dessa områden. Dessa förslag ligger nu på BUP-läkarnas samarbetsytan och ska diskuteras vidare. Målet är att kunna besluta om åtgärderna den 8/9 vid läkar- och ledningsgruppsmöte. ST läkaren och huvudhandledaren har redan planerat in vissa åtgärder. Tex delaktighet i avvikelshantering och internutredningar utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv.

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

8/9 vid läkar- och ledningsgruppsmöte

### **Ansvarig för genomförandet**

Studierektor Silke Meyer

### **Datum för uppföljning**

mars 2026 vid läkar- och ledningsgruppsmöte.

### **Ansvarig för uppföljningen**

Verksamhetschef Petra Nordberg

## H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

**Planerad åtgärd**

Vi har under läkarmötet 5/5 gjort en brainstorming alla 3 punkter på G och de 2 punkter på H. Vi har kommit fram till en rad bra förslag för kontinuerlig lärande i alla dessa områden. Dessa åtgärder ligger nu på BUP-läkarnas samarbetsytan och ska diskuteras vidare. Målet är att kunna besluta om åtgärderna den 8/9 vid läkar- och ledningsgruppsmöte. ST läkaren tillsammans med huvudhandledaren har redan planerat in vissa åtgärder. Tex är det inplanerat föreläsningar av ST läkare till verksamhetens övriga medarbetare.

**Datum när åtgärden ska vara genomförd**

8/9 vid läkar- och ledningsgruppsmöte

**Ansvarig för genomförandet**

Studierektor Silke Meyer

**Datum för uppföljning**

mars 2026 vid läkar- och ledningsgruppsmöte.

**Ansvarig för uppföljningen**

Verksamhetschef Petra Nordberg

## H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

**Planerad åtgärd**

Vi har under läkarmötet 5/5 gjort en brainstorming alla 3 punkter på G och de 2 punkter på H. Vi har kommit fram till en rad bra förslag för kontinuerlig lärande i alla dessa områden. Dessa åtgärder ligger nu på BUP-läkarnas samarbetsytan och ska diskuteras vidare. Målet är att kunna besluta om åtgärderna den 8/9 vid läkar- och ledningsgruppsmöte. ST läkare har tillsammans med huvudhandledaren redan planerat in vissa åtgärder. Tex att ST läkaren är delaktig som handledare för AT läkarna.

**Datum när åtgärden ska vara genomförd**

8/9 vid läkar- och ledningsgruppsmöte

**Ansvarig för genomförandet**

Studierektor Silke Meyer

**Datum för uppföljning**

mars 2026 vid läkar- och ledningsgruppsmöte.

**Ansvarig för uppföljningen**

Verksamhetschef Petra Nordberg