



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Skånes Universitetssjukhus Malmö-Lund

Klinik

Neuroradiologi

Specialitet

2025-01-28 – 2025-01-31

Datum

Malmö

Ort

Erik Rosbach Jensen och John Brandberg

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Hög kompetens hos färdiga specialister som är en förutsättning för att kunna ge utbildning på alla nivåer. Kollegialt klimat där handledning och återkoppling prioriteras även vid utmanande bemanningssituationer.
- Mycket kompetenta och självständiga ST läkare som tar stort ansvar för sin kompetensutveckling.
- Kollegialt klimat där handledning och återkoppling prioriteras även vid utmanande bemanningssituationer.
- Handledare är måna om att ge en bra utbildning och har många återkopplingar. De har således en relativt bra koll ST-läkarnas kompetensutveckling.
- ST läkarna är väl förtrogna med det europeiska utbildningsmöjligheterna och diplom.
- Arbete med simulator gör introduktionen till det interventionella arbetet bättre och säkrare.
- Auskultationer på andra enheter förekommer under ST utbildningen.
- Möjligheter till individualisering av neuroutbildningen efter olika kompetensområden inom neurroradiologispecialiteten erbjuds.
- ST-läkarna har redan en specialitet så de kan även utvärdera många a och b delmål hos kollegor.
- Det finns bedömningsmallar för flera olika situationer och dessa riktas mot olika delmål. De används i relativt stor utsträckning även om det inte alltid är helt tydligt vilket delmål de riktar sig mot.
- Det finns en vilja att uppfylla ST-läkarnas önskemål om mindre justeringar i schemaläggning.

Svagheter

- Otydligt hur placeringarna hänger samman med målbeskrivningen vilket gör det svårt att förstå när man skall lära sig vad på Level III.
- Aktiviteter av forsknings, undervisnings verksamhetsutvecklingskaraktär förekommer men det är oklart hur de planeras och följs upp för att nå de a, b och c-mål som är kopplade till dessa. I målbeskrivningarna finns specifika delmål inom a, b och c mål.
- Summation av progressionsbedömning sker efter halva tiden och vid slutet. Detta kan vara för sällan för att fungera som vägledning för utvecklingen. Om man jämför med den allmänradiologiska utbildningen så sker det där 2 gånger under 5 månader.
- Det finns stora möjligheter att ge återkoppling på hur ST läkarna undervisar som inte sker. Detta kan göras av annan pedagogiskt utbildad medarbetare/person. Det åligger ST-läkaren att ta dessa initiativ
- Introduktionen till neuroradiologin är mycket kortfattad.

Förbättringspotential

- Tydligare koppling emellan tjänstgöringsperioder och när olika delmål kan vara slutförda.
- Utnyttja undervisning och handledning som tillfällen att ge återkoppling på hur ST läkarna utför dessa arbetsuppgifter.
- Uppföljning av vetenskapligt arbete och förhållningssätt inom neruoradiologi.
- Vidareutbildning/uppdatering av handledare med årliga sammankomster.
- Det finns en god uppsättning verktyg för bedömning - det är dock inte alltid tydligt vilket/vilka delmål som de enskilda mallar syftar till.

STRUKTUR

A Verksamheten

Verksamheten har ett brett patientunderlag, och det finns därmed inga formella krav på sidotjänstgöring inom radiologi. Det finns den kompetens och organisation som behövs för att bedriva neuroradiologisk specialistutbildning. Region Skåne har bestämmelser för hur ST skall bedrivas enligt SOFS 2015. Men kliniken har inte utformat några skriftliga rutiner om hur och när olika delmål nås under neuroradiologiutbildningen. Det finns möjlighet till individualisering inom den neuroradiologiska specialiteten. Det rör sig om en grenspecialitet så samtliga ST-läkare har redan en specialitet vilket gör att man kan uppfylla en del av Socialstyrelsens a och b delmål. Den Europeiska målbeskrivningen level III beskriver också mål inom a och b delmål specifika för neuroradiologi. Det framgår inte hur dessa mål planeras och följs upp vare sig i individuell utbildningsplan eller skriftliga riktlinjer.

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

Kompetensen är hög och bred inom alla radiologins kunskapsområden. Samtliga specialister har handledarutbildning. Avdelningen kännetecknas av ett gott kollegialt samarbetsklimat och bra instruktörsarbete vid inläring av ny kompetens och förmågor. Specialister tar sig tid till återkoppling, handledning och instruktion. Handledarmöten är ofta schemalagda och är regelbundna. Återkommande handledarutbildning saknas men finns planerad under innevarande år.

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

Lokalerna är ändamålsenliga och det finns arbetsplatser för såväl granskning som individuellt arbete. ST läkarna har inte eget skrivbord men tillgång till arbetsplats och dator. Utrustningen har hög kvalitet och det finns en stor bredd i typer av utrustning och metoder som går att utföra på dem. Således finns en stor möjlighet att lära sig alla typer av radiologiska undersökningar och behandlingar. Möjligheter till att öva på simulator finns som underlättar introduktionen till det interventionella arbetet.

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 tillhandahåller inte skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas, samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg. Verksamheten tillhandahåller ett ramschema avseende olika placeringars längd.

Introduktionen brister vid vissa tillfällen och bör säkerställas. Riktlinjer för introduktionen är mycket kortfattad.

Samtliga ST-läkare har individuellt utbildningsprogram som följs och revideras regelbundet.

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.

EHandledning och kompetensbedömning

Handledare finns och arbetar nära sina ST-läkare. Då målbeskrivningen inte är tydlig försvåras handledarens bedömning av om målen nås och om vissa områden kräver extra tid. Huvudhandledaren följer kontinuerligt ST-läkarens kompetensutveckling.

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 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

ST läkarna är väl förtrogna med det europeiska utbildningssystemet och de kursmöjligheter som det erbjuder. Verksamheten möjliggör deltagande i dessa. Det finns även i övrigt god tillgång till elektroniska och andra utbildnings resurser. Regelbunden internutbildning på kliniken finns. Även auskultationer på andra kliniker förekommer och uppskattas.

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

Det finns goda möjligheter att genomföra de arbeten som krävs, och det finns lokala kurser för de delmål som kräver detta. Vetenskapligt förhållningssätt bedöms i samband med tydligt riktade vetenskapliga aktiviteter och i samband med ST-kollegium. ST-läkarens vetenskapliga kompetensutveckling i den kliniska vardagen sker. Som exempel nämns att vid införande av nya metoder skickas ofta vetenskapliga artiklar ut och diskuteras. Specifika frågor från ST-läkare om specifika metoder besvaras ofta inklusive en litteraturhänvisning. Flera ST-läkare ingår i doktorandprogram

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

Verksamheten lutar sig mot att ST-läkarna sedan tidigare är specialister i radiologi, vilket innebär att man tidigare genomgått kurser och bedömts avseende sin kompetens. Enheten saknar rutiner och metoder för strukturerad bedömning och återkoppling av dessa kompetenser gällande klinisk tjänstgöring inom grenspecialiteten. Det finns praktiska mål och förhållningssätt i Level III målbeskrivningen inom ledarskaps kompetens och kommunikativ kompetens som förekommer men har inte alltid identifieras som en utbildningsdel. De borde definieras som mål och följas upp. ST-läkarna undervisar i Neuroradiologi på BraC kurserna men får ingen fortlöpande och kontinuerlig återkoppling.

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

Föreskrift

- ☐ ST-läkaren ges förutsättningar att kontinuerligt utveckla ledarskapskompetens i enlighet med målbeskrivningen.
- ☐ ST-läkaren bedöms kontinuerligt i medicinskt ledarskap och multiprofessionellt samarbete och återkoppling sker.
- ☒ ST-läkaren genomgår utbildning i hälso- och sjukvårdens förutsättningar i enlighet med målbeskrivning.
- ☒ ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.
- ☒ ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.
- ☒ ST-läkaren bereds möjlighet att planera och genomföra undervisning.
- ☐ ST-läkarens kompetens i undervisning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.
- ☒ ST-läkaren bereds möjlighet att handleda medarbetare och studenter.
- ☐ ST-läkarens kompetens i handledning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.

Allmänna råd

- ☐ ST-läkaren bereds möjlighet att undervisa under handledning.
- ☐ ST-läkaren bereds möjlighet att själv handleda under handledning.
- ☐ ST-läkaren bereds möjlighet att delta i reflektion i grupp i enlighet med målbeskrivningen.

Kvalitetsindikatorer

- ☐ Det finns möjlighet att auskultera hos chefer och ledare inom organisationen.

Gradering

- ☐ A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- ☐ B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- ☒ C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- ☐ D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

HANDLINGSPLAN

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

D. Tjänstgöringens upplägg

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

Planerad åtgärd

Vi kommer att ta fram skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen European Training Curriculum for Radiology för level 2 och 3 ska uttolkas och målen ska på ett tydligare sätt avspeglas i olika delar av tjänstgöringens upplägg och den individuella utvecklingsprogrammet (IUP). I samband med detta kommer också IUPn att uppdateras för att bättre avspegla målbeskrivningen. Introduktionen som tidigare gjordes huvudsakligen muntligt skall kompletteras med ett dokument där de viktigaste punkterna framgår.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-11-30

Ansvarig för genomförandet

Studierektor, sektionschef i dialog med handledare och ST-läkare

Datum för uppföljning

2026-02-28

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor och sektionschef

E. Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

De planerade åtgärderna med ett förtydligande av målbeskrivningen och uppdatering av IUP gör det lättare för handledare att kunna bedöma kompetensutvecklingen i relation till målen. Förutom årligt minimum av 6 skriftliga bedömningar enl befintliga mallar ska specialistkollegium genomföras vid två tillfällen istället för ett, efter 12 månader och efter 24 månader.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-11-30

Ansvarig för genomförandet

Studierektor och sektionschef

Datum för uppföljning

2026-02-28

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor och sektionschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkaren ges förutsättningar att kontinuerligt utveckla ledarskapskompetens i enlighet med målbeskrivningen.

Planerad åtgärd

ST läkarna i neuroradiologi förväntas redan idag vara ansvariga för undervisning av ST läkare i medicinsk radiologi. Det finns ett befintligt upplägg där varje organspecialitet har ett kurspaket som återkommer med 2 års intervall kallat BraC. Det ska klargöras att planering och genomförande av detta är en del av ST-utbildningen och momentet föras in i IUP och genomförandet utvärderas med modifierad variant av befintliga utvärderingsmallar med avseende på ledarskapskompetens, kommunikativ kompetens och undervisningskompetens. Varje vecka finns idag ett internt föreläsningstillfälle på sektionen där ST-läkare är ansvarig för programmet. Ansvaret kan roteras mellan ST-läkarna och momentet ska tydliggöras i uppdaterad IUP som del i ST. ST läkarna förväntas också aktivt delta med eget föreläsningsbidrag vid några tillfällen under ST. Momentet kan utvärderas av handledare och detta dokumenteras i IUP.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-11-30

Ansvarig för genomförandet

Studierektor och sektionschef

Datum för uppföljning

2026-02-28

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor och sektionschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Redan idag finns ett moment där man inför specialistkollgium ska genomföra en 360-graders utvärdering där ST-läkaren bland annat gör en självskattning av hur man fungerar med avseende på ledarskap och multiprofessionellt samarbete. Detta jämförs med en motsvarande bedömning gjord av ett urval av bedömare från andra yrkeskategorier. Tillsammans med planerat moment med ytterligare ett specialistkollegium kommer detta att göra att kompetenserna blir väl belysta vid två tillfällen. Uppdateringen av IUP kommer även att inkludera punkt där handledaren uppmanas till att via informella vägar bilda sig en uppfattning om hur ST-läkaren fungerar även i denna aspekt.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-11-30

Ansvarig för genomförandet

Studierektor och sektionschef

Datum för uppföljning

2026-02-28

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor och sektionschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Se under punkt avseende ledarskapskompetens.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-11-30

Ansvarig för genomförandet

Studierektor och sektionschef

Datum för uppföljning

2026-02-28

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor och sektionschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

ST-läkarna i neuroradiologi tar idag ett stort ansvar för handledningen av ST-läkare i medicinsk radiologi och av randande ST-läkare från andra specialiteter. Seniora kollegor finns i allmänhet i närheten och momentet kan utvärderas med modifierad variant av befintliga utvärderingsmall. Momentet ska förtydligas i uppdaterad version av IUP och inkluderas som en del av de obligatoriska skriftliga bedömningarna som ska lämnas in varje år.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-11-30

Ansvarig för genomförandet

Studierektor och sektionschef

Datum för uppföljning

2026-02-28

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor och sektionschef