



# EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

**Mälarsjukhuset Eskilstuna**

Klinik

**Obstetrik och  
gynekologi**

Specialitet

**2025-05-07 – 2025-05-08**

Datum

**Eskilstuna**

Ort

**Marina Oppenheimer och Gustaf**

**Biasoletto**

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 finns ny tillsatt ST-chef och klinikstudierektor med hög ambitionsnivå och intention att förbättra ST-utbildningen
- Allsidig och bred verksamhet som är fullgod för ST-utbildningen
- God sammanhållning i ST-gruppen
- Väl anpassade lokaler med bra arbetsplatser för ST-läkarna
- Bra introduktionsprogram finns och används
- ST-läkarna prioriteras att medverka vid samtliga operationer och det finns en ambition att arbeta utifrån konceptet Ge kniven vidare.
- Goda möjligheter till forskning och flera ST-läkare som forskar aktivt
- Kliniken har regelbundet återkommande ST-luncher, som utgör ett utmärkt tillfälle till implementering av nya rutiner och utvecklingsförslag.

## Svagheter

- Nuvarande organisationsstruktur är en utmaning för att kunna följa föreskriften
- Kompetensprofilen i läkarstaben är inte i balans med alltför få specialister och överläkare
- Saknas utbildning i infertilitetsutredning, cervixdysplasi och vulvasjukdomar
- Betydelsen av att prioritera utbildning genomsyrar inte verksamheten och utbildningsuppdraget omnämns ej i verksamhetsberättelsen
- Kliniken saknar formaliserade uppdragsbeskrivningar för klinikstudierektor och huvudhandledare och medicinskt ledningsansvariga.
- Det saknas en skriftlig riktlinje för hur ST-utbildning ska bedrivas på kliniken
- Saknas individuell utbildningsplan som syftar mot måluppfyllelse
- Saknas kännedom om målbeskrivningens innehåll och ansvarsfördelning
- Schemalagda handledartillfällen blir nästan aldrig av
- Handledarna har inte uppdaterad handledarutbildning
- Skriftliga bedömningsinstrument är knappt kända på kliniken och används i mycket liten utsträckning
- Det tar i de flesta fall avsevärd tid innan ST-läkarna bedöms kunna gå jour respektive jour med bakjour i hemmet

## Förbättringspotential

- Skapa ett tydligt ledningssystem gällande bla riktlinjer, rutiner och uppdrag för att uppfylla kraven i föreskriften, tex ansvarsdelegation och uppdragsbeskrivningar.
- Inkludera utbildningsuppdraget i verksamhetsberättelsen och inför mätbara mål för utbildningsverksamheten (tex antal kompetensbedömningar, handledningssamtal, andelen specialister med relevant handledarutbildning)
- Betona vikten av och premiera gott handledarskap vid medarbetarsamtal
- Bemanna upp för att möjliggöra att de obligatoriska momenten i författningen kan tillgodoses
- Upphandla extern kompetens som har handledning som en stor del av sin tjänstgöringsbeskrivning
- Tillse att utbildningsuppdrag inkluderas i arbetsbeskrivningen för all extern bemanning och upphandling av vårdval
- Utforma egen, kliniskspecifik riktlinje för ST-utbildning på kvinnokliniken
- Ta hjälp av övergripande studierektor för att genomföra utbildningsinsatser avseende handledarrollen och utbildningsuppdraget
- Ta hjälp av goda exempel på stödjande dokument för ST-utbildning, tex målstyrd IUP
- Tillse att ansvarsfördelningen för ST-utbildningens genomförande blir känd av alla involverade (ST, huvudhandledare, klinikstudierektor och verksamhetschef)
- Påminn regelbundet ST-läkare och huvudhandledare om att önska schemaläggning av handledningen och följ upp att handledning sker i tillräcklig omfattning (finns regionalt styrdokument)
- Skicka alla specialister på en uppdaterad handledarutbildning
- Använd uppdaterade kompetensvärderingsverktyg regelbundet (konkret återkoppling)
- Om kontinuerlig utvärdering och återkoppling av färdigheter sker mer strukturerat, bör ST-läkarna mycket snabbare kunna uppnå kompetens att gå jour respektive jour med bakjour i hemmet.

# STRUKTUR

## A Verksamheten

1. Klinikens, upptagningsområdets och verksamhetens storlek är alla av lämplig storlek för att god kvalitet på ST-utbildning ska kunna uppnås. 2. Vård av vissa patientgrupper har upphandlats av externa vårdgivare, vilket innebär att det faktiska patientspektrat är begränsat vad gäller vissa specifika diagnosgrupper. 3. Det finns en närmast total avsaknad av struktur för hur ST-utbildning på kliniken ska genomföras, men senaste året har en ST-chef och klinikstudierektor med hög ambitionsnivå tillsatts.

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

1. Medarbetarstabens sammansättning är totalt obalanserad, med alldeles för få specialistkompetenta läkare i förhållande till antalet utbildningsläkare och vård- och utbildningsuppdragets omfattning. 2. Den medicinska kompetensen på kliniken är bristfällig inom vissa områden. 3. Fördelningen av ansvarsområden på kliniken är skevt fördelad inom läkargruppen. 4. Ingen huvudansvarig handledare har uppdaterad handledarutbildning.

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 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

- |                                  |                                  |                                                                                                                                        |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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.                                    |

## C Lokaler och utrustning

1. Aktuella lokaler är helt adekvata för uppdraget, men 2026 beräknas också en ombyggnad av sjukhuset innebära att samtliga enheter inom kliniken hamnar i anslutning till varandra, vilket kommer att innebära en förbättring ur logistisk synvinkel.

### 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

1. Det finns ny tillsatt klinikstudierektor och ST-chef med höga ambitioner för förbättring av ST-utbildningen. 2. Det finns en mall för IUP på kliniken, men denna syftar inte mot måluppfyllelse, utan enbart planering av utbildningsaktiviteter. 3. IUP uppdateras endast sporadiskt som en del av handledningen och det saknas struktur för uppföljning av att detta sker. 4. Målbeskrivningen är för många närmast okänd och används mycket sällan för utvärdering av kompetens hos ST-läkaren. 5. ST-läkare bedöms med hjälp av checklista avseende kompetens inför jourtjänstgöring och inför jourtjänstgöring med bakjour i hemmet. Merparten bedöms behöva sjukhusbunden bakjour fram till 3-4 år på ST. 6. Ett komplett utbildningsutbud erbjuds både internt och externt. 7. Dålig regional struktur för antagning till regionens kurser för a- och b-mål.

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

- | 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.                                    |

## EHandledning och kompetensbedömning

1. Antalet huvudhandledare är alldeles för litet i förhållande till antalet utbildningsläkare. 2. Många av huvudhandledarna saknar insikt om uppdragets omfattning och innehåll. 3. Samtliga huvudhandledare behöver gå en uppdaterad handledarutbildning. 4. Kompetensutvärdering sker inte strukturerat och ST-läkarna får sällan återkoppling som är kopplad till måluppfyllelse. 5. Kompetensvärdering med egen checklista sker dock vid bedömning av jourkompetens.

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                             |                                                                                                                                        |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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.                                    |

## F Teoretisk utbildning

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

### Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

### Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

- ☒ Teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras in i enlighet med målbeskrivningen och individuella utbildningsprogrammet.
- ☒ ST-läkarna genomgår den utbildning som planerats i enlighet med målbeskrivningen och det individuella utbildningsprogrammet.

### Allmänna råd

- ☐ Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerade interna utbildningsaktiviteter.
- ☒ Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerade externa utbildningsaktiviteter.
- ☐ Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerad tid för självstudier.

### Kvalitetsindikator

- ☐ Den teoretiska interna utbildningen är systematiskt uppbyggd med koppling till Socialstyrelsens delmål.

### Gradering

- | 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

1. Det finns goda möjligheter att bedriva forskning under ST-utbildningen med ett välfungerande doktorandprogram i Region Sörmland. 2. ST-läkarna uppmanas och får regelbundet presentera vetenskapliga artiklar för läkargruppen. 3. Det sker ingen regelbunden bedömning i den kliniska vardagen av ST-läkarnas vetenskapliga förhållningssätt. 4. Det finns ett motstånd i delar av läkargruppen mot uppdatering och införande av nya behandlingsmetoder baserade på nya vetenskapliga rön. 5. ST-läkarna uppmanas att delta i olika förbättringsteam, men strukturen för dessa är bristfällig.

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

- |                                  |                                  |                                                                                                                                        |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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.                                    |

## H      Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

1. Instruktion och handledning av läkarstudenter sker huvudsakligen av en enda engagerad överläkare. 2. ST-läkarna bereds sporadisk möjlighet att undervisa, men får ingen återkoppling på sin pedagogiska kompetens. 3. ST-läkarnas kommunikativa kompetens bedöms och återkopplas inte kontinuerligt. 4. ST-läkarna bereds inte möjlighet att själva vara handledare eller få bedömning och återkoppling på sin handledarkompetens.

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

Det finns skriftliga riktlinjer för hur specialiseringstjänstgöringen ska genomföras i Region Sörmland "Riktlinjer för ST-utbildning inom slutenvården Region Sörmland", där följande områden ingår: 1. Om riktlinjerna 2. Ansvarsfördelning 3. Individuellt utbildningsprogram och utbildning 4.Handledning 5. Bedömning av ST-läkarens kompetensutveckling 6. Sidotjänstgöring och finansiering 7. Medicinsk vetenskap 8. Kvalitetsarbete och patientsäkerhetsarbete 9. Ledarskap, kommunikation och pedagogik/lärande 10. Kvalitetsgranskning av ST Vi kommer att utarbeta riktlinjer om hur verksamhetens specialiseringstjänstgöring skall genomföras just hos oss utifrån regionens punkter ovan, men anpassa dem till vår verksamhet och förtydliga dem.

### Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026.10.01

### Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef+studierektorer+ST-chef

### Datum för uppföljning

2026.12.01

### Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef+studierektorer+ST-chef

## A. Verksamheten

Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig.

**Planerad åtgärd**

Kliniken planerar nu att få in auskultation/placering hos privat vårdgivare i Eskilstuna (Kvinnohälsan) i avtalet för att tjänstgöringen ska bli tillräckligt allsidig, t ex dysplasier/kolposkopier/klimakteriet/fertilitet. Extern randning inom fertilitetsområdet redan påbörjad i samarbete med andra landsting som bedriver sådan verksamhet. Då kliniken har ca 1600 förlossningar/år som innefattar högriskobstetrik och förlossningar fr om graviditetsvecka 28, så är det inte obligatoriskt för ST-läkarna, men frivilligt, att få genomföra en extern randning på ett sjukhus som bedriver högriskförlossningar. Många av ST-läkarna väljer att göra en extern randning vilket uppmuntras. Detta bidrar även till att öka det vetenskapliga förhållningssättet hos ST-läkarna då den externa randningen sker på universitetskliniker med många aktivt forskande kollegor (se under punkt G).

**Datum när åtgärden ska vara genomförd**

Pågående arbete

**Ansvarig för genomförandet**

Verksamhetschef + studierektorer

**Datum för uppföljning**

2026.06.01

**Ansvarig för uppföljningen**

Verksamhetschef

**B. Medarbetarstab och interna kompetenser**

Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.

**Planerad åtgärd**

Ingen av de på kliniken huvudansvariga handledarna har genomgått aktuell handledarutbildning i dagsläget. Därför skall samtliga huvudansvariga handledare genomgå web-baserad handledarutbildning som finns tillgänglig i Region Sörmland för samtliga specialiteter. Pågående aktiv rekrytering av specialistkompetenta läkare. Under hösten 2025 kommer en överläkare med inriktning bäckenbotten att påbörja timanställning och en stor del av uppdraget kommer vara knutet till kompetensöverföring till ST-gruppen i form av aktiv handledning och klinisk instruktion både i mottagningsverksamhet och operation. Översyn pågår kring möjlighet att utöka stafetter men med fokus på kontinuitet, dvs precis som i dagsläget knyta an specialister som regelbundet kommer till kliniken och stannar under lång tid. Kontinuerlig klinisk handledning av ST-läkare kommer att tydliggöras som krav till stafettuppdraget i avropen.

**Datum när åtgärden ska vara genomförd**

2026.10.01

**Ansvarig för genomförandet**

Verksamhetschef

**Datum för uppföljning**

2026.11.01

**Ansvarig för uppföljningen**

Verksamhetschef

**B. Medarbetarstab och interna kompetenser**

Det finns tillgång till specialistkompetent studierektor, som har genomgått handledarutbildning.

**Planerad åtgärd**

Det finns tillgång till en specialistkompetent studierektor och en specialistkompetent ST-chef. Då nuvarande studierektor i dagsläget har för knapp tid avsatt i schemat för uppdraget (20%) på en stor ST-grupp, så kommer ytterligare en specialistkompetent studierektor att tillsättas (20%) under oktober månad 2025. Ingen av dessa har i dagsläget genomgått aktuell handledarutbildning, detta skall dock genomföras av alla tre innan februari 2026 - samma web-baserade handledarutbildning som resten av de huvudansvariga handledarna på kliniken.

**Datum när åtgärden ska vara genomförd**

2026.02.01

**Ansvarig för genomförandet**

Verksamhetschef + studierektorer + ST-chef

**Datum för uppföljning**

2026.03.01

**Ansvarig för uppföljningen**

Verksamhetschef

**B. Medarbetarstab och interna kompetenser**

Det finns tillgång till handledare i en omfattning som motsvarar behovet av handledning.

### **Planerad åtgärd**

Det finns i dagsläget få fast anställda överläkare/specialister på kliniken, och ett stort antal ST-läkare i behov av strukturerad handledning. Det innebär 2-3 ST-läkare per huvudansvarig handledare, vilket gör att behovet av handledning ej tillgodoses i tillräcklig omfattning. Då vi har brist på tillsvidareanställda specialistkompetenta läkare ser vi över möjligheten till utökad stafettbemanning på kliniken för att frigöra mer tid till strukturerad handledning för befintliga huvudansvariga handledare. Det pågår även rekrytering av fast anställda specialister och överläkare till kliniken, så att handledning kan schemaläggas regelbundet (se även ovanstående punkter under B). Vi kommer även att satsa på de ST-läkare som snart är färdiga specialister och ge dem möjlighet till att gå den web-baserade handledarutbildningen som Region Sörmland erbjuder så snart de är färdiga specialister, för att kunna utföra uppdraget som huvudansvarig handledare åt ST-läkare inom kort tid efter erhållet Specialistbevis från Socialstyrelsen.

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

Pågående

### **Ansvarig för genomförandet**

Verksamhetschef

### **Datum för uppföljning**

2026.10.01

### **Ansvarig för uppföljningen**

Verksamhetschef

## **B. Medarbetarstab och interna kompetenser**

Det finns tillgång till medarbetare som kan ge nödvändiga instruktioner.

## **Planerad åtgärd**

Det finns i dagsläget få fast anställda överläkare/specialister på kliniken i jämförelse med antalet ST-läkare, vilket gör att det finns brist på tillgång till medarbetare som kan ge nödvändiga instruktioner. Det finns även brist på kompetens inom vissa områden. Då samtliga specialister och överläkare på kliniken skall genomgå aktuell handledarutbildning så kommer det bli tydligare hur nödvändiga instruktioner skall ges till ST-läkarna. Det pågår rekrytering av specialister och överläkare till kliniken (se punkten ovan). På kliniken finns även 5,5 heltidstjänster bemannade med stafettläkare, endast överläkare, med god kompetens som handleder ST-läkarna kliniskt och ger instruktioner. De stafettläkare som kliniken har är ständigt återkommande, vilket ger en kontinuitet i verksamheten. För att sätta större fokus på ST-utbildningen så använde vi en större del av läkarnas planeringsdag i slutet av maj 2025 till att gå igenom SPUR-rapporten och tillsammans med verksamhetschef belysa vikten av att förbättra ST-utbildningen på kliniken. Detta kommer att fortsätta att diskuteras på nästa planeringsdag som är i november 2025, där vi också kommer att gå igenom denna handlingsplan för samtliga läkare på kliniken. Verksamhetschef för kliniken kommer att lägga till handledning och klinisk instruktion av ST-läkare som ett lönekriterium och belysa och återkoppla detta till alla specialister/överläkare vid medarbetarsamtal med start hösten 2025. Handledning av ST-läkare kommer således att prioriteras och detta kommer att bli känt för alla läkare. Vikten av ST-utbildningen och klinikens ansvar gentemot ST-läkarna kommer att ingå i verksamhetsplaneringen för år 2026, samt i klinikens verksamhetsberättelse 2025.

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

Pågående

## **Ansvarig för genomförandet**

Verksamhetschef

## **Datum för uppföljning**

2026.02.01

## **Ansvarig för uppföljningen**

Verksamhetschef

## **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**

Idag finns det en skriftlig riktlinje på kliniken för hur introduktionen av ST-tjänstgöringen skall genomföras. I övrigt finns inga skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska tolkas, eller styrande dokument för tjänstgöringens upplägg specifika för kliniken.

Riktlinjer/styrande dokument skall skapas under hösten 2025/våren 2026, för: 1. Hur målbeskrivningen skall uttolkas 2. Uppdragsbeskrivning för studierektorsfunktion samt ST-chefsfunktion på kliniken 4. Uppdragsbeskrivning för ST-läkarna 5.

Uppdragsbeskrivning/ansvar verksamhetschef 6. Uppdragsbeskrivning för huvudansvariga handledare 7. Individuellt utbildningsprogram och utbildning 8. Bedömning av ST-läkarens kompetensutveckling 9. Sidotjänstgöring 10. Kvalitetsarbete och patientsäkerhetsarbete 11. Ledarskap, kommunikation och pedagogik/lärande När dessa riktlinjer/styrande dokument upprättats på kliniken ansvarar verksamhetschef/ST-chef/studierektorer om att informera samtliga på kliniken om att de finns och att/hur de ska användas. Vi kommer att ha en planeringsdag för läkare per termin framöver, där mycket fokus och tid kommer att läggas på att informera och instruera specialister och ST-läkare om hur arbetet efter SPUR kommer att läggas upp utifrån åtgärder i handlingsplanen.

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

1 april 2026

## **Ansvarig för genomförandet**

Verksamhetschef + studierektorer + ST-chef

## **Datum för uppföljning**

1 maj 2026

## **Ansvarig för uppföljningen**

Verksamhetschef + studierektorer+ ST-chef

## **D. Tjänstgöringens upplägg**

Den ansvariga verksamhetschefen ansvarar för att det för varje ST-läkare tas fram ett individuellt utbildningsprogram och att det för varje ST-läkare utses en huvudansvarig handledare.

### **Planerad åtgärd**

För varje ST-läkare på kliniken utses det redan i dagsläget en huvudansvarig handledare. Varje ST-läkare har en form av utbildningsprogram där placeringsöversikt/randningar och kurser framgår, dock är detta inte tillräckligt för att uppfylla kraven på omfattningen och syfte med det individuella utbildningsprogrammet (IUP). Bland annat saknas det tydliga delmål från målbeskrivningen i klinikens befintliga IUP för vardera ST-läkare. Arbetet med att ta fram uppdaterat IUP med direkt koppling till målbeskrivningen kommer att påbörjas under hösten 2025. En av ST-läkarna på kliniken kommer få arbeta med detta som sitt kvalitets- och förbättringsarbete tillsammans med studierektorer. Målsättningen är att alla ST-läkare ska ha ett giltigt och uppdaterat IUP färdigställt inom 6 mån.

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

1 mars 2026

### **Ansvarig för genomförandet**

Verksamhetschef + studierektorer

### **Datum för uppföljning**

1 april 2026

### **Ansvarig för uppföljningen**

Verksamhetschef

## **D. Tjänstgöringens upplägg**

Varje ST-läkare har ett utbildningsprogram som utgår från målbeskrivningen och som omfattar de utbildningsaktiviteter som behövs för att uppfylla kompetenskraven i målbeskrivningen.

### **Planerad åtgärd**

Varje ST-läkare har idag en form av utbildningsprogram, som dock ej utgår från målbeskrivningen, vilket gör att det mer är en individuell planering, inte ett individuellt utbildningsprogram (IUP). De befintliga "planeringarna" kommer av studierektorer och ST-läkare (som tilldelas detta arbete som förbättringsarbete/kvalitetsarbete) att börja omarbetas och utvecklas under hösten 2025, och utgå från kompetenskraven i målbeskrivningen så att dessa uppfylls. Utbildningsaktiviteter skall kopplas till målbeskrivningens delmål. Omarbetat/utvecklat IUP kommer sedan att användas vid varje handledarsamtal mellan huvudansvarig handledare och ST-läkare. Då varje huvudansvarig handledare kommer att genomgå aktuell handledarutbildning, kommer klinikens nya IUP att med tydlighet kunna följas upp och revideras. Planen är att IUP ska uppdateras en gång per termin av ST-läkare och huvudansvarig handledare.

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

1 mars 2026

### **Ansvarig för genomförandet**

Studierektorer

### **Datum för uppföljning**

1 april 2026

### **Ansvarig för uppföljningen**

Verksamhetschef + studierektorer

## **D. Tjänstgöringens upplägg**

Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.

**Planerad åtgärd**

Levandegöra IUP på kliniken genom att arbeta metodiskt med den i både handledning och planering av ST-utbildningen. När varje ST-läkare har eget uppdaterat IUP att utgå ifrån kommer detta sedan ligga till grund för uppföljning under handledningarna med huvudansvarig handledare. Uppföljning av IUP och revidering minst 2 ggr/år och bedömning av progression i förhållande till målbeskrivningens delmål. I handledningen ingår också genomgång av bedömningsinstrument som kommer göras oftare än så och även i detta moment kommer IUP:n vara central.

**Datum när åtgärden ska vara genomförd**

2026.04.01

**Ansvarig för genomförandet**

Studierektorer

**Datum för uppföljning**

2026.06.01

**Ansvarig för uppföljningen**

Studierektorer+Verksamhetschef

**E. Handledning och kompetensbedömning**

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

**Planerad åtgärd**

I dagsläget har kliniken inte ett färdigställt giltigt individuellt utbildningsprogram (IUP), mer info ang detta finns i våra svar på punkterna under D "Tjänstgöringens upplägg", där vi redan redovisat handlingsplan för IUP och hur det skall användas vid handledning av ST-läkarna. Kontinuerlig handledningstid planeras också för ST-läkarna på kliniken. Denna handledartid med huvudansvarig handledare och ST-läkaren skall ske med utgångspunkt i det individuella utbildningsprogrammet, som alltså skall vara utarbetat, färdigställt och i bruk för ST-läkarna på kliniken inom 6 mån.

**Datum när åtgärden ska vara genomförd**

1 april 2026

**Ansvarig för genomförandet**

Studierektorer

**Datum för uppföljning**

2026.06.01

**Ansvarig för uppföljningen**

Verksamhetschef + studierektorer

**E. Handledning och kompetensbedömning**

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

## **Planerad åtgärd**

Varje ST-läkare på kliniken har i dagsläget en utsedd huvudansvarig handledare som handleder och bedömer ST-läkaren under specialiseringstjänstgöringen. För att få till en mer regelbunden schemalagd handledarkontakt då antalet ST-läkare överstiger antalet specialistkompetenta läkare på kliniken, pågår rekrytering av att anställa specialister/överläkare på kliniken samt att möjligheten till utökad användning av stafettläkare ses över. Då kliniken i dagsläget saknar fullgod IUP, som också kommer upprättas, har hittills bedömningen av ST-läkarens kompetensutveckling gjorts mer godtyckligt av huvudansvarig handledare, samt via Specialistkollegium där vardera ST-läkare tas upp 1 ggr/år eller oftare vid behov. I dagsläget har ingen specialistkompetent handledare på kliniken genomgått en aktuell handledarutbildning, vilket planeras på det sätt som beskrivits tidigare i denna handlingsplan. När samtliga genomgått handledarutbildningen kommer handledningen i sig att uppdateras och utgå från att bedöma ST-läkarens kompetensutveckling med utgångspunkt i rådande målbeskrivning och IUP. I klinikens handlingsplan kommer tidsmässigt IUP att färdigställas först, innan samtliga handledare hunnit gå den web-baserade aktuella handledarutbildningen. Studierektorer/ST-chef kommer därför att utbilda samtliga handledare och ST-läkare på kliniken avseende hur IUP skall användas, så handledningen utgår från den så snart den är färdigställd.

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

2026.03.01

## **Ansvarig för genomförandet**

Studierektorer/ST-chef

## **Datum för uppföljning**

2026.06.01

## **Ansvarig för uppföljningen**

Verksamhetschef+studierektorer+ST-chef

## **E. Handledning och kompetensbedömning**

Det finns fastställda rutiner för bedömningar av ST-läkarens kompetens.

## **Planerad åtgärd**

Kliniken befinner sig i ett pågående arbete av att införa fler fastställda rutiner för bedömning av ST-läkarna enligt "Riktlinjer för ST-utbildning inom slutenvården Region Sörmland", där följande bedömningsinstrument finns tillgängliga för ändamålet: Återkoppling efter klinisk bedömning Formulär för CBD Formulär för dops Formulär för medarbetare 360 grader Formulär för mini-cex Specialistkollegium Nuvarande fastställda rutiner på kliniken för bedömningar av ST-läkarens kompetens är: 1. Specialistkollegium och upprättat protokoll för hur detta ska genomföras (Region Sörmlands), där varje ST-läkare tas upp 1 ggr/år eller oftare vid behov. ST-läkaren får herefter feed-back av sin huvudansvariga handledare. Vid Specialistkollegium sammanställer alla handledare och instruktörer bedömningen från olika moment för varje ST-läkare. 2. Inför Specialistkollegium skall ovanstående bedömningsinstrument ha genomförts, men fastställda rutiner på kliniken gällande hur ofta och exakt vilka som ska ha genomförts finns inte i dagsläget men kommer att tas fram. Huvudansvarig handledare skall inför varje Specialistkollegium kunna redogöra för var ST-läkaren avklarat för delmål i målbeskrivningen samt revidera IUP.

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

Pågående

## **Ansvarig för genomförandet**

Studierektorer

## **Datum för uppföljning**

2026.01.31

## **Ansvarig för uppföljningen**

Studierektorer+ST-chef

## **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**

Vi planerar att tydliggöra att ST-läkare ska spara all dokumentation dvs de bedömningsinstrument som finns tillgängliga för ändamålet (se ovanstående punkt kring de formulär som används i Region Sörmland och på vår klinik) i sin ST-pärm. Varje handledarsamtal ska dokumenteras av ST-läkare och sparas i ST-pärmen. Tydliga skriftliga instruktioner om vad som ska ingå i ett handledarsamtal kommer att skapas. Vid specialistkollegium dokumenterar studierektor/verksamhetschef eller ST-chef vad som framkommer samt sparar dokumentet. En kopia ges till ST-läkaren samt dennes huvudansvariga handledare inför genomgång på handledarsamtal.

**Datum när åtgärden ska vara genomförd**

Pågående

**Ansvarig för genomförandet**

Verksamhetschef

**Datum för uppföljning**

2026.02.01

**Ansvarig för uppföljningen**

Verksamhetschef

**E.Handledning och kompetensbedömning**

Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.

**Planerad åtgärd**

Pågående arbete på kliniken med att implementera när/hur ofta följande bedömningsinstrument, som redan finns framtagna på kliniken samt i Region Sörmland, ska användas: Återkoppling efter klinisk bedömning Formulär för CBD Formulär för dops Formulär för medarbetare 360 grader Formulär för mini-cek Dessa formulär finns i Region Sörmland och används redan i viss utsträckning, men frekvens och tydliga instruktioner ska tas fram om specifika situationer/placeringar för ST-läkaren där detta skall göras. På möten i läkargruppen kommer fokus att läggas på implementeringen när denna väl är fastställd. Se även under punkt H (ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens). Specialistkollegium hålls regelbundet, i genomsnitt 2-4 ggr per termin utifrån en vedertagen mall, i enlighet med Region Sörmlands övergripande mall. På specialistkollegium kommer fokus att läggas ännu mer på kommunikativ kompetens jämfört med tidigare (se punkt H)

**Datum när åtgärden ska vara genomförd**

Pågående

**Ansvarig för genomförandet**

Studierektorer+ST-chef

**Datum för uppföljning**

2026.02.01

**Ansvarig för uppföljningen**

Studierektorer+ST-chef

## **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 kommer att förbättra strukturen kring internutbildningarna på kliniken genom att efter varje SFOG-kurs som en ST-läkare har gått så kommer denne att schemaläggas på internutbildning. I anslutning till detta skall ST-läkaren gå igenom klinikens PM som hör till det aktuella ämnet, och om det inte är uppdaterat eller om riktlinje saknas ska ST-läkaren tillsammans med MLA uppdatera det. Schemaläggare ska tillsammans med ansvariga för utbildningsschemat tillse att det fördelas undervisningstillfällen jämnt och likvärdigt mellan ST-läkarna över terminen, utifrån ovanstående. Tid avsätts i schemat för att förbereda sitt undervisningstillfälle med en halvdag veckan innan eller samma vecka.

**Datum när åtgärden ska vara genomförd**

2026.02.01

**Ansvarig för genomförandet**

Studierektorer+ST-chef

**Datum för uppföljning**

2026.03.01

**Ansvarig för uppföljningen**

Verksamhetschef

## **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**

I Region Sörmland finns forskningsförberedande kurs som är obligatorisk och hålls av anställda på CKF (centrum för klinisk forskning). Kursen vänder sig till alla som planerar att genomföra ett forsknings-/utvecklingsprojekt inkl de ST-läkare som ska genomföra sitt obligatoriska projektarbete. För att bygga vidare på det kommer vi att införa Journal Club under vintern 2025, inte enbart för ST-läkare utan för alla för att öka det vetenskapliga och evidensbaserade arbetssättet ytterligare i hela läkargruppen, vilket kommer att ge förbättrade möjligheter till stöd av ST-läkarna. Vi kommer att ta hjälp av anställda på CKF för att ge stöd och grund till vad detta innebär. Det kommer att finnas en ST-läkare som har detta som sitt ansvarsområde och alla ST-läkare turas om enligt schema att leda det en gång per månad. Förhoppningen är att det ska ge ringar på vattnet så att ST-läkarna i större utsträckning i kliniska vardagen lär sig att motivera behandlingsrekommendationer och resonera utifrån en tydlig vetenskaplig grund. På kliniken kommer ytterligare två ST-läkare att disputerar inom 1 år, vilket blir en tillgång för kliniken på många sätt. Många av ST-läkarna väljer att göra en extern randning vilket uppmuntras. Detta bidrar även till att öka det vetenskapliga förhållningssättet hos ST-läkarna då detta sker på universitetskliniker med många aktivt forskande kollegor (se under punkt A extern randning).

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

2026.04.01

### **Ansvarig för genomförandet**

St-chef+studierektorer

### **Datum för uppföljning**

2026.06.01

### **Ansvarig för uppföljningen**

ST-chef+studierektorer

## **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**

Det kommer att införas i schemat tid för kvalitetsarbete fortlöpande vare fredag efter lunch, samt om det på förfrågan från ST-läkare framkommer önskemål om mer sammanhängande tid (hela dagar) att tillgodoses. En fredag i månaden kommer tid att finnas tydligt avsatt för handledning (samma tid som ovan). Övriga fredagseftermiddagar är valfri administration. Redan nu är alla medarbetare inklusive ST-läkare inbjudna att delta på kliniken patientsäkerhetsdialog med regionens chefsläkare och patientsäkerhetsteam varje vår, samt på den årliga patientsäkerhetsdagen, men deltagandet har varit lågt. För att öka deltagande, delaktighet och kunskap kring arbetet kommer vi att schemalägga minst två ST-läkare per gång så att alla ST-läkare kommer att ha deltagit vid minst ett tillfälle under sin ST.

**Datum när åtgärden ska vara genomförd**

Pågående

**Ansvarig för genomförandet**

ST-chef

**Datum för uppföljning**

2026.06.01

**Ansvarig för uppföljningen**

ST-chef+Verksamhetschef

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

Det finns goda förutsättningar för att genomföra, dokumentera och redovisa ett kvalitetsarbete.

**Planerad åtgärd**

Se ovanstående rubriker under punkt G: schemalagd tid för kvalitetsarbete regelbundet, eller efter förfrågan från ST-läkaren om behovet är sådant att mer sammanhängande tid behövs (hela dagar). Samtliga kvalitetsarbeten ska redovisas vid internutbildningstillfällen på kliniken som hålls 2 gånger per vecka. Redovisningen bedöms och dokumenteras av huvudansvarig handledare, studierektorer eller ST-chef. Bedömningsmall finns redan.

**Datum när åtgärden ska vara genomförd**

Pågående arbete

**Ansvarig för genomförandet**

ST-chef+studierektorer

**Datum för uppföljning**

2026.02.01

**Ansvarig för uppföljningen**

ST-chef+studierektorer

## H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

**Planerad åtgärd**

Vi planerar att införa att det är en ST-läkare som leder morgonmötet, istället för verksamhetschef eller schemaläggare som nu är fallet. Vem det är kommer att vara kopplat till en viss funktion (den ST-läkare som är placerad på avdelningen den veckan) och markeras tydligt i schemat så att denne i förväg känner till det. ST-läkaren bedöms avseende detta på specialistkollegium. Vi kommer även att ha mer aktivt fokus kring ledarskap i vardagssituationer i läkargruppen på morgonmötet och att det är en viktig punkt som utvärderas på specialistkollegium.

**Datum när åtgärden ska vara genomförd**

2026.02.01

**Ansvarig för genomförandet**

Studierektorer

**Datum för uppföljning**

2026.06.01

**Ansvarig för uppföljningen**

ST-chef

## H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

**Planerad åtgärd**

På kliniken finns redan regelbundna utbildningar där medicinsk handläggning blandas med medicinskt ledarskap och kommunikation i ett multiprofessionellt sammanhang. Dessa är: - Neo-HLR - CEPS - PRÖVA (Praktiska övningar i akut obstetrik) - A-HLR Dessa har tidigare utvärderats av kursansvariga på ett godtyckligt sätt med återkoppling främst om någon individ inte har uppnått det som förväntats. Vi kommer att se över vilka bedömningsverktyg som redan finns implementerade i regionen och på kliniken (se ovanstående punkter) och som passar i sammanhanget, samt besluta vem som är ansvarig för dokumentation. Dokumentationen ska sedan överlämnas till huvudansvarig handledare som går igenom detta med ST-läkaren vid handledarsamtal.

**Datum när åtgärden ska vara genomförd**

2026.02.01

**Ansvarig för genomförandet**

ST-chef+studierektorer

**Datum för uppföljning**

2026.04.01

**Ansvarig för uppföljningen**

ST-chef+studierektorer

## H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.

**Planerad åtgärd**

Vi kommer att sätta fokus på att genomföra sit-ins i kliniska situationer med bedömning av kommunikativ kompetens med hjälp av bedömningsinstrumentet Mini-CEX och 360 grader. ST-läkaren ansvarar för att ta initiativ eller påminna den specialist tillika kliniska instruktören som är placerad tillsammans med ST-läkaren om att genomföra detta. Specifika placeringar där detta ska utföras under närvaro av specialist är att leda rond på avdelningen, handlägga inläggande och polikliniska patienter på förlossningen samt vid besök på gynmottagningen. Direkt feedback och stöttning av klinisk instruktör, samt genomgång av bedömningarna i efterhand där ST-läkaren själv får reflektera över situationen tillsammans med sin huvudansvarig handledare (som oftast inte varit med vid själva tillfället) i samband med handledarsamtal.

**Datum när åtgärden ska vara genomförd**

2026.02.01

**Ansvarig för genomförandet**

Studierektorer

**Datum för uppföljning**

2026.04.01

**Ansvarig för uppföljningen**

ST-chef+studierektorer

## H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

**Planerad åtgärd**

Se föregående punkt under H.

**Datum när åtgärden ska vara genomförd**

2026.02.01

**Ansvarig för genomförandet**

Studierektorer

**Datum för uppföljning**

2026.04.01

**Ansvarig för uppföljningen**

Studierektorer+ST-chef

## H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

### **Planerad åtgärd**

Varje tisdag eftermiddag och varje torsdag morgon håller någon av läkarna i internutbildning. Planen är att de gånger som det är en ST-läkare som håller i internutbildningen ska denne utvärderas enligt någon av de skriftliga mallar som finns i regionen (se tidigare punkter). Detta sker i direkt anslutning till internutbildningen och det är ST-läkarens huvudansvariga handledare i första hand som ska göra detta, eller om denne inte är på plats, studierektorer eller ST-chef. På samma sätt kommer vi att införa att utvärdering enligt samma mall görs efter de s k perinatalmöten som hålls tvärprofessionellt med barnkliniken. Dessa hålls istället för interutbildningstillfället på tisdag eftermiddag en gång varannan månad och vid varje möte redovisas tre obstetriska patientfall av tre ST-läkare från kvinnokliniken.

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

2026.02.01

### **Ansvarig för genomförandet**

Studierektorer

### **Datum för uppföljning**

2026.04.01

### **Ansvarig för uppföljningen**

Studierektorer+ST-chef

## H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkaren bereds möjlighet att handleda medarbetare och studenter.

**Planerad åtgärd**

Kliniken har regelbundet läkarstudenter, AT-läkare och andra ST-läkare som randar sig från andra kliniker. Dessa handleds regelbundet av ST-läkare som en del i det dagliga kliniska arbetet. Vi kommer att införa att ST-läkaren ska dokumentera sin handledning enligt vedertagen mall som finns i regionen. I första hand är det den specialist som är dagbakjour (som alltid finns placerad på gynmottagningen vilket är den platsen där den mesta handledningen av studenter och randande läkare är) som kommer att vara med och bedöma samt återkoppla gällande handledningssituationen. Detta ska ske vid helst ett tillfälle per termin men minst en gång per år. ST-läkaren har ansvar för att ta initiativ till eller påminna specialisten om detta. Vi planerar att tydliggöra detta i schemat genom att markera den specialist som har en roll som handledare. Denne person, som inte alltid nödvändigtvis är densamma som dagbakjouren, ska finnas tillgänglig för bedömning och återkoppling av ovanstående kompetenser inom såväl medicinskt ledarskap som kommunikation.

**Datum när åtgärden ska vara genomförd****Ansvarig för genomförandet****Datum för uppföljning****Ansvarig för uppföljningen****H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens**

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

**Planerad åtgärd**

Se föregående punkt under H.

**Datum när åtgärden ska vara genomförd****Ansvarig för genomförandet****Datum för uppföljning****Ansvarig för uppföljningen**