



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Möndals sjukhus

Klinik

Internmedicin

Specialitet

2025-06-09 – 2025-06-10

Datum

Möndal

Ort

Minna Markljung och Erik Törner

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Gott utbildningsklimat med tillgängliga specialister som är engagerade och väl insatta i ST-utbildningen.
- Nära tillgång till klinisk handledning/instruktion och feedback.
- Bred internmedicinsk verksamhet som ger förutsättningar för en god internmedicinsk grund. Verksamheten omfattar även intermediärvård.
- Goda möjligheter att utveckla eget beslutsfattande och ökad grad av självständighet under ST
- ST-studierektor har årliga möten tillsammans med ST-läkare och ST-handledare .
- Ny lättanvänd mall för IUP har nyligen implementerats
- Verksamheten har en årlig mätning av kvalitetsindikatorer för ST i form av en ST-enkät, där verksamheten tar del av resultatet och skriver verksamhetsberättelse för ST-utbildningen.
- Gemensam digital mapp där chef, handledare och ST-läkare har tillgång och möjlighet att ta del av IUP och dokumentation av bedömningar och handledningar.
- Ändamålsenlig introduktion på akutmottagningen med scenarioövningar inklusive A-HLR.
- Det finns gemensamma utbildningsdagar för ST-läkare inom internmedicin på SU.

Svagheter

- Tjänstgöring vid akutmottagningen eller vid jourtjänstgöring utgör för stor del av tjänstgöringstiden, vilket riskerar att övriga mål för internmedicin inte kan uppfyllas.
- I den individuella utbildningsplanen saknas planering för självstudietid, samt planering av bedömningar kopplade till målbeskrivningar av A, B och C-mål.
- Generellt låg andel mottagning. Bristfällig struktur avseende handledning på mottagning.
- Avsatt tid för personlig handledning med huvudhandledare sker inte tillräckligt frekvent.
- Osäkerhet kring om alla ST-läkare genomgår nödvändig sidotjänstgöring inom lung- och njurmedicin.
- Det saknas planering inför och uppföljning efter extern sidotjänstgöring.
- Antalet kompetensbedömningar med andra metoder än specialistkollegium är i underkant.
- Kliniken tillhandahåller inget strukturerat stöd och vägledning för förbättringsarbetet.
- Det saknas kontinuerliga utbildningsaktiviteter och bedömningar av vetenskaplig kompetens.
- Handledning av ST-läkarnas presentationsteknik/undervisning och handledning av AT/BT-läkare och läkarstudenter förekommer ej (handledning under handledning).

Förbättringspotential

- Anpassa bemanningen efter akutuppdragets omfattning så att akut/jourttjänstgöring följer SIM's rekommendationer om 12-15 månader totalt under ST.
- Komplettera mallen för IUP med planerade bedömningsmetoder kopplade till målen och planering/dokumentation av självstudietid.
- Se över struktur för handledning i samband med ST-läkarmottagning.
- Öka frekvensen avsatt tid för personlig handledning till SUs mål en gång i månaden.
- Se över strukturen för extern sidotjänstgöring så att alla ST-läkare har en tjänstgöringsplanering som överensstämmer med SIMs rekommendationer.
- Inför rutiner för planering av hur mål skall uppfyllas och bedömas/följas upp vid extern sidotjänstgöring.
- Öka antalet dokumenterade kompetensbedömningar till minst 6 bedömningar/år och ST-läkare
- Ge mer stöd och vägledning i kvalitets- och förbättringskunskap.
- Utveckla återkoppling och bedömning av ST-läkarnas förmåga att ta del av och kritiskt granska vetenskaplig information, till exempel genom journal club.
- Inför rutiner för bedömning och återkoppling av ST-läkarnas undervisning/presentationsteknik och handledning av AT/BT-läkare och läkarstudenter

STRUKTUR

A Verksamheten

Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) har övergripande skriftliga riktlinjer för hur ST-utbildningen ska genomföras och utvärderas samt rekommenderade kompetensbedömningsmetoder. ST-kansliet skickar ut en årlig ST-enkät som verksamheten tar del av och studierektor sammanfattar utbildningsåret i en skriftlig rapport till ST-kansliet, områdesstudierektor och verksamhetschef.

Verksamhetsområde Medicin, Geriatrik och Akutsjukvård Mölndal har ett upptagningsområde om 165 000 invånare.

Det finns tre vårdavdelningar med totalt 57 vårdplatser. Avdelningarna har inriktning mot allmän internmedicin/medicinsk akutvårdsavdelning, kardiologi och stroke. Kardiologiavdelningen har sex HIA- och två IMA-platser. Efter en nylig organisationsförändring ingår nu geriatrik inklusive ett närsjukvårdsteam som en egen del av kliniken. Verksamheterna har dock fortsatt i huvudsak separat bemanning och egna lokaler.

Det finns hjärt-, diabetes-, stroke-, mag-tarm-lever- och trombosmottagning. I viss mån även återbesöksmottagning efter slutenvård. Separat dialysavdelning och reumatologmottagning finns i Mölndal, liksom en intensivvårdsavdelning.

Njurmedicin, lungmedicin och hematologi finns på SU Sahlgrenska. Utarbetade konsultfunktioner finns från SU Sahlgrenska. Infektionskonsult tillgänglig i Mölndal. Ambulanser dirigeras primärt till Sahlgrenska SU vid strokelarm och STEMI.

I akutverksamheten finns det jourlinjer för internmedicin. Huvuddelen av patienterna på akutmottagningen i Mölndal är ortopedpatienter. På ordinarie arbetstid finns det en ledningsläkare som handleder och instruerar utbildningsläkare. ST-läkare i internmedicin bemannar primärjour dag, kväll och natt alla veckans dagar. De arbetar även nattjournveckor som husjour. På jourtid finns det en medicinbakjour i beredskap. Andra jourer så som trombolys-, kardiolog- och infektionsjour finns tillgängliga via SU Östra och SU Sahlgrenska.

Kliniken utbildar läkarstudenter från olika terminer, AT/BT-läkare och sidotjänstgörande ST-läkare.

Föreskrift

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

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- ☒ 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

Kliniken har 30 fast anställda specialistläkare i internmedicin och 3 timanställda specialister, varav flera innehar ytterligare en basspecialitet inom de internmedicinska specialiteterna. Dessutom arbetar en neurolog på strokeavdelningen. Det finns 16 stycken ST-läkare. De personliga handledarna har genomgått relevant handledarutbildning eller planeras för detta i närtid.

Klinikstudierektor organiserar gemensamma träffar för handledarna minst två gånger per år. Det finns också regelbundna träffar där ST-chef träffar ST-läkarna. Antalet disputerade läkare är sju stycken. Klinikstudierektor har avsatt tid motsvarande 20% för uppdraget.

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

Utrustning för diagnostik och behandling är adekvat. ST-läkarna har personliga arbetsplatser. Jourrummen har adekvat standard.

Avdelningsexpeditioner för läkare med möjlighet till handledning och återkoppling finns på avdelningar och akutmottagningen.

Regionen tillgodoser behovet av digital medicinsk och vetenskaplig information och beslutsstöd. Det finns ett fysiskt sjukhusbibliotek

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

ST-läkarna har individuella utbildningsprogram (IUP) där kurser och tjänstgöringar planeras. Mallen som används för IUP innehåller planerade utbildningsaktiviteter för respektive mål, men planering för bedömning av uppnådd kompetens kopplad till målbeskrivningen saknas.

Studierektor har ett möte årligen med ST-läkare och huvudhandledare där den kontinuerliga uppdateringen av IUP följs upp. Progressions/kompetensbedömningar sparas av ST-läkaren. Det finns en intern riktlinje i form av introduktionsinformation för ST och strukturerad schemaläggning som bland annat förstärkningsjour med tillgång till handledning och återkoppling av ledningsläkare på akuten.

I Mölndal görs 9-15 månader på allmän internmedicinsk vårdavdelning. Alla ST-läkare har strukturerad placering inom kliniken på kardiologi totalt 6 månader och gastroenterologi 2 månader, samt för de flesta intern randning inom stroke.

Kliniken beviljar maximalt 14 månaders extern sidotjänstgöring, varav två på anestesi/IVA. Studierektor samordnar bokning av sidotjänstgöring på anestesi, ST-läkare bokar själv övriga sidotjänstgöringar med respektive klinik.

Kliniken rekommenderar extern sidotjänstgöring inom lungmedicin, njurmedicin, neurologi, anestesi och Infektion. Det finns även möjlighet att välja endokrinologi, hematologi, reumatologi och gastroenterologi. Eftersom en längre strukturerad placering med inom lungmedicin, njurmedicin och diabetes/endokrinologi rekommenderas av SIM riskerar ST-läkarnas valfrihet att leda till avsteg från rekommendationerna.

ST-läkarna har egen gastro-, kardiologi-, diabetes-, stroke- och trombosmottagning. Andelen mottagning varierar mellan ST-läkarna och är i vissa fall endast 1-2 veckor/år. Det finns organiserade tillfällen då ST-läkarna deltar i remissbedömning både på hemkliniken och vid sidotjänstgöring.

Jourtjänstgöringen är en integrerad del av hela ST och uppgår till cirka 40% av tjänstgöringen, vilket överskrider SIMs mål på 12-15 månader (20-25% av 60 månader). ST-läkaren går jour på hemkliniken under sidotjänstgöring som inte innehåller jour på mottagande klinik.

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

Föreskrift

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

Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

- ☒ Verksamheten tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas, samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg. Dessa ska vara kända och användas.
- ☐ Jourtjänstgöring/beredskap utgör en adekvat del av tjänstgöringen.
- ☒ Alla ST-läkare har lika rättigheter, skyldigheter och möjlighet att uppnå målen i målbeskrivningen oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

Föreskrift

- ☒ Verksamhetschefen på det tjänstgöringsställe där en ST-läkare genomför sin huvudsakliga tjänstgöring har det övergripande ansvaret för ST-läkarens ST-utbildning.
- ☒ Den ansvariga verksamhetschefen ansvarar för att det för varje ST-läkare tas fram ett individuellt utbildningsprogram och att det för varje ST-läkare utses en huvudansvarig handledare.
- ☐ Varje ST-läkare har ett utbildningsprogram som utgår från målbeskrivningen och som omfattar de utbildningsaktiviteter som behövs för att uppfylla kompetenskraven i målbeskrivningen.
- ☒ Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.
- ☒ Studierektorn samordnar ST-läkarnas interna och externa utbildningsaktiviteter.

Allmänna råd

- ☒ Studierektorn är en organisatorisk stödfunktion till verksamhetschef, handledare och ST-läkare.
- ☒ I studierektorns arbetsuppgifter ingår att ansvara för att utarbeta introduktionsprogram för ST-läkarna.
- ☒ Studierektorn tar del av kompetensbedömningarna.

Kvalitetsindikator

- ☒ Alla ST-läkare får introduktion till tjänstgöringen.
- ☒ Leg läkare som arbetar vid enheten med sikte på ST och som avslutat sin BT och/eller BT-läkare som påbörjat sin ST med BT vid enheten har tillgång till individuella utbildningsprogram och handledning i enlighet med ST.

Gradering

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

E Handledning och kompetensbedömning

Alla ST-läkare har en personlig handledare som har genomgått handledarutbildning eller planeras för utbildning i närtid. Uppdatering av rutiner för ST-utbildning och handledning sker på regelbundna handledarträffar.

Tid för personlig handledningen planeras in av ST-läkare och handledare. Det finns svårigheter att hitta tid för personlig handledning och det är stor variation i frekvensen.

Specialistläkarkollegium genomförs årligen och dokumenteras av huvudhandledare. ST-studierektor har årlig avstämning med ST-läkare och handledare med genomgång av IUP. Kompetensbedömningsmetoder är väl kända och används. Målet 6-8 stycken progressionsbedömningar per år uppnås inte riktigt, men alla ST-läkare gör progressionsbedömningar kontinuerligt. Bedömningarna sparas av ST-läkaren och dokumenteras i IUP. En del ST-läkare har gjort SIMs kunskapsprov för den gemensamma kunskapsbasen och flera planeras för detta till hösten.

Det saknas en till målbeskrivningen kopplad planering inför och bedömning och återkoppling efter extern sidotjänstgöring.

SU har en riktlinje för åtgärder och hantering när ST-läkare riskerar att inte uppnå kompetensmålen och denna används på kliniken. Det finns en ST-läkarchef som håller medarbetarsamtal med ST-läkarna och även håller i ST-träffar.

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

Kurser i A- och B-mål arrangeras av ST-kansliet på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU). Det finns även så kallade Regatttdagar för A- och B- mål som finansieras centralt och organiseras av kliniken.

För att uppfylla kurskrav för C-mål får ST-läkarna delta i de SK-kurser som de blir antagna till samt andra kurser om det finns behov. Det finns en utbildningsdag i katastrofmedicin på SU:s traumaenhet.

För alla ST i internmedicin på SU ordnas tre till fyra heldagsutbildningar per år för riktade C-mål, där specialister på de respektive klinikerna föreläser.

Kliniken har internutbildning för alla läkare en gång i veckan och internutbildning riktad till AT- och ST-läkare en gång i veckan. En morgon i veckan håller utbildningsläkare fallpresentation. Det finns en rutin för redovisning av ST-läkarnas vetenskapliga arbete, men inte för kvalitets-/förbättringsarbetet.

Journal club finns inte.

För självstudier skall en heldag per månad avsättas, vilket i princip fungerar även om interindividuell variation finns. Det finns ingen rutin för självstudietidens innehåll och självstudier följs inte upp i den personliga handledningen.

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

En vetenskaplig kurs för ST-läkare organiseras av SU. Alla ST-läkare genomför ett vetenskapligt arbete. Alla ST-läkare redovisar sitt arbete skriftligt i formen av vetenskaplig artikel samt muntligt på kliniken.

Journal club finns inte. Det finns ingen tydlig struktur för återkoppling och bedömning av ST-läkarens förmåga att tillämpa kritisk granskning och värdering av vetenskaplig information i det kliniska arbetet.

Alla ST-läkare genomför ett kvalitets-/förbättringsarbete. Det finns ingen kurs i kvalitets-/förbättringskunskap. Det finns en skriftlig vägledning från ST-kansliet men kliniken tillhandahåller i övrigt inget strukturerat stöd och vägledning.

Händelseanalyser tas upp i gemensamma mötesforum.

Tillgång till doktorandprogram som utgår från Göteborgs universitet finns. Kliniken har som mål att ST-läkarnas vetenskapliga arbeten ska bli publicerade.

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

Föreskrift

- ☒ ST-läkarens kompetens inom medicinsk vetenskap bedöms utifrån kunskap kring vetenskapliga metoder och forskningsetiska principer.
- ☐ ST-läkaren bedöms utifrån förmågan att kunna kritiskt granska och värdera vetenskaplig information, samt i sitt arbete ta ansvar för att omsätta och tillämpa denna kunskap.
- ☒ ST-läkaren deltar i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i sådan utsträckning att förutsättningar för delmåluppfyllelse föreligger.
- ☒ Utbildning erbjuds för att uppnå ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt.
- ☒ Det finns goda förutsättningar för genomförande av ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.
- ☐ Det finns goda förutsättningar för att genomföra, dokumentera och redovisa ett kvalitetsarbete.

Allmänna råd

- ☐ ST-läkaren ges möjlighet till utbildning inom patientsäkerhetsarbete och systematiskt kvalitetsarbete.

Kvalitetsindikatorer

- ☒ Under det senaste året har av ST-läkare genomförda arbeten publicerats och/eller presenterats (av ST-läkaren) vid vetenskapliga/professionella sammankomster.
- ☒ Det finns tillgång till ett välfungerande doktorandprogram.
- ☐ Enheten har regelbundna möten där medarbetare diskuterar och kritiskt granskar vetenskaplig litteratur.

Gradering

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

H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-kansliet på SU erbjuder baskurs i handledning och lärande samt ledarskapskurs som ST-läkarna deltar i. I en av ledarskapskurserna ingår att auskultera på möten med verksamhetschef och det finns reflektionstillfälle med chefen efter auskultationen.

ST-läkarna fungerar som kliniska instruktörer för AT-/BT- läkare och läkarstudenter. ST-läkarna är även personliga handledare för AT-läkare som har placering på kliniken. Det finns ingen struktur för återkoppling och bedömning av ST-läkarnas kompetens i handledning.

ST-läkarna tränas och bedöms i ledarskap i flera kliniska situationer, exempelvis genom regelbunden "sit-in" vid rond. En stor andel av ST-läkarna har olika ansvarsuppgifter på kliniken.

Vissa av ST-läkarna undervisar på onsdagsutbildning med målgrupp tidig ST/AT/BT-läkare. Ingen återkoppling sker muntligt eller skriftligt. Handledare har inte deltagit i handledning inför undervisningstillfällen.

Vid de så kallade Regattutbildningarna finns reflektion i grupp.

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

Föreskrift

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

Allmänna råd

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

Kvalitetsindikatorer

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

Gradering

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

HANDLINGSPLAN

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

D. Tjänstgöringens upplägg

Jourtjänstgöring/beredskap utgör en adekvat del av tjänstgöringen.

Planerad åtgärd

Andelen jour är avhängigt andelen jourkompetenta läkare i tjänst. Kliniken har ett förhållandevis stort akutuppdrag sett till sin storlek. Redan idag utnyttjas de möjligheter som finns med läkare från andra kliniker såsom randande ST-läkare och AT-läkare. Trots detta är andelen jour för ST-läkarna högre än den rekommenderade mängden. Som åtgärd planeras en noggrann kartläggning av hur stor andel jour ST-läkarna gör i nuläget och därefter en beräkning av hur många ytterligare anställda som skulle krävas för att andelen jour skulle minska till den rekommenderade mängden. Beräkningen kommer att lyftas till verksamhetschefen som utifrån resultatet får ta ställning till utökad budget för att möjliggöra utökad bemanning, antingen genom ytterligare ST-läkare eller genom andra jourkompetenta underläkare.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-11-30

Ansvarig för genomförandet

Sektionschef Sofia Thalenius

Datum för uppföljning

2026-03-31

Ansvarig för uppföljningen

Sektionschef Sofia Thalenius

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

ST-läkarnas individuella utbildningsplan (IUP) har reviderats så att varje delmål nu innehåller en tydlig och systematisk koppling mellan mål, utbildningsaktivitet och bedömning. Detta skapar en ökad transparens och gör det lättare för både ST-läkaren och handledaren att följa progressionen och förstå hur respektive delmål ska utvärderas. För att stärka kvaliteten i bedömningen har de lokala IUP-dokumenterna (sidorna 9–12) kompletterats med en struktur där lämpliga bedömningsformer anges för varje delmål. Beroende på målområde används exempelvis: 1. Bedömningsmallar och strukturerade redskap såsom Specialistkollegium, 360-gradersbedömning, Mini-CEX, CBD (Case-Based Discussion), DOPS (Direct Observation of Procedural Skills) och Sit-in vid rond eller akutlarm. 2. Specifika återkopplingsinstrument såsom feedbackformulär för vetenskapliga presentationer, pedagogiska moment eller handledningssituationer. Genom dessa justeringar säkerställs att varje delmål inte bara har en planerad utbildningsaktivitet utan också en definierad metod för bedömning, vilket stärker kvaliteten och spårbarheten i ST-utbildningen.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-10-31

Ansvarig för genomförandet

Studierektor Sverker Domar

Datum för uppföljning

2026-03-31

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor Sverker Domar

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

Syfte: Att säkerställa att ST-läkarens kompetens inom medicinsk vetenskap utvecklas och bedöms på ett strukturerat och transparent sätt. Dessa punkter gäller utöver den obligatoriska kursen i medicinsk vetenskap som ST-kansliet anordnar. Kursen omfattar tre heldagar och avslutas med ett slutseminarium.

1. Planering och förankring:

- För varje ST-läkare ska det planeras hur den vetenskapliga kompetensen ska utvecklas och bedömas under utbildningen.
- Handledare och/eller studierektor ansvarar för att planeringen tydligt beskriver mål, aktiviteter (t.ex. Journal Club, vetenskapliga uppgifter eller seminarier) samt hur bedömningen ska genomföras.
- Bedömningen ska utgå från Socialstyrelsens delmål gällande vetenskaplig förmåga.

2. Stöd och verktyg:

- På ST-läkarnas interna hemsida finns styrdokument och mallar som beskriver hur vetenskaplig litteratur kan värderas och diskuteras inom ramen för utbildningen (t.ex. mall för Journal Club).
- Handledare uppmuntras att använda dessa som stöd vid handledning och bedömning.

3. Genomförande och bedömning:

- ST-läkaren ska under utbildningen visa förmåga att kritiskt granska och värdera vetenskaplig litteratur och annan evidens som är relevant för den kliniska verksamheten.
- Bedömning sker fortlöpande under handledning, särskilt i samband med fallgenomgångar, presentationer av arbeten och vid specialistkollegium.
- Dokumentation av bedömningen ska ske i ST-läkarens individuella utbildningsplan (IUP).

4. Redovisning:

- ST-läkaren ska presentera ett vetenskapligt arbete eller motsvarande aktivitet där förmågan till kritisk granskning tydligt framgår.
- Presentation kan ske vid Journal Club, ST-seminarium eller annat vetenskapligt forum.
- Handledare och studierektor ansvarar för att intyga att delmålet är uppnått.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-11-30

Ansvarig för genomförandet

Studierektor Sverker Domar

Datum för uppföljning

2026-03-31

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor Sverker Domar

G. Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

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

Planerad åtgärd

Syfte: Att säkerställa att varje ST-läkare genomför, dokumenterar och redovisar ett kvalitets- och förbättringsarbete enligt en tydlig och enhetlig struktur. 1. Planering och förankring: • Inför varje ST-läkares kvalitets- eller förbättringsarbete ska en skriftlig handlingsplan upprättas. • Handlingsplanen ska godkännas av handledare och/eller studierektor • Arbetet ska baseras på vetenskapligt förankrade metoder, exempelvis PDSA-modellen eller annan etablerad kvalitetsmetodik. 2. Stöd och verktyg: • På ST-läkarnas interna hemsida finns en mall för handlingsplan samt ett styrdokument med rekommenderade metoder och verktyg. • Dessa dokument ska användas som stöd vid planering, genomförande och redovisning. 3. Genomförande och uppföljning: • ST-läkaren genomför sitt kvalitetsarbete i samråd med handledare. • Under arbetets gång ska handledning ske, med fokus på metod, resultat och reflektion. 4. Redovisning och spridning: • För att godkännas ska kvalitetsarbetet redovisas på ett sätt som handledare och studierektor finner lämpligt, till exempel genom presentation vid Journal Club, muntlig redovisning på klinikmöte, eller skriftlig rapport/publikation.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-11-30

Ansvarig för genomförandet

Studierektor Sverker Domar

Datum för uppföljning

2026-03-31

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor Sverker Domar

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Syfte: Att säkerställa att ST-läkarens pedagogiska och kommunikativa förmåga inom undervisning utvecklas och bedöms systematiskt under utbildningen.

1. Grundläggande utbildning: • Samtliga ST-läkare genomgår den obligatoriska kursen "Baskurs i handledning och lärande" samt en fördjupad ledarskapsutbildning. • Dessa kurser innehåller moment där deltagarna tränar och får återkoppling på undervisning och presentation inför kollegor.

2. Planering och genomförande: • Varje ST-läkare ska ges möjlighet att undervisa yngre kollegor, studenter eller annan personal, önskvärt är vid minst ett tillfälle per år. • Handledare ansvarar för att planera och följa upp undervisningsmomenten i samråd med ST-läkaren.

3. Bedömning och återkoppling: • Bedömning sker i samband med undervisningstillfällen, t.ex. när ST-läkaren presenterar sitt vetenskapliga arbete eller håller föreläsning. • En specifik bedömningsmall ska tas fram som innefattar moment såsom pedagogisk struktur, anpassning till målgrupp och kommunikation. • Återkoppling dokumenteras i ST-läkarens individuella utbildningsplan (IUP). • Specialistkollegium ska särskilt uppmärksamma ST-läkarens undervisnings- och presentationsförmåga.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-11-30

Ansvarig för genomförandet

Studierektor Sverker Domar

Datum för uppföljning

2026-03-31

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor Sverker Domar

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Syfte: Att säkerställa att ST-läkaren utvecklar och bedöms i sin förmåga att handleda, ge återkoppling och leda lärande i klinisk vardag. 1. Grundläggande utbildning: • Samtliga ST-läkare genomgår den obligatoriska Baskursen i handledning och lärande samt en fördjupad ledarskapsutbildning. • Kurserna innehåller moment där deltagarna får träna praktisk handledning, återkoppling och reflektion över handledarrollen. 2. Planering och genomförande: • ST-läkaren ges regelbunden möjlighet att handleda yngre kollegor, AT-läkare eller studenter i klinisk verksamhet. • Handledare och/eller studierektor ansvarar för att handledningssituationer planeras och följs upp som en del av ST-läkarens utvecklingsplan. 3. Bedömning i klinisk vardag: • Bedömning av handledningsförmåga sker i reella kliniska situationer, t.ex. när ST-läkaren leder rond, handleder i akuta situationer eller ger återkoppling till yngre kollegor. • Återkoppling ges via specifik mall • Bedömningen dokumenteras i ST-läkarens IUP • Specialistkollegium ska uttryckligen inkludera återkoppling på ST-läkarens handlednings- och ledarskapsförmåga. 4. Ansvar och uppföljning: • ST-läkaren ansvarar för att handledningstillfällen dokumenteras. • Handledare och studierektor ansvarar för att bedömningen sker kontinuerligt och enligt plan.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-11-30

Ansvarig för genomförandet

Studierektor Sverker Domar

Datum för uppföljning

2026-03-31

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor Sverker Domar