



# **EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring**

**Universitetssjukhuset Linköping**

Klinik

**Öron- näs- och  
halssjukdomar**

Specialitet

**2025-09-29 – 2025-09-30**

Datum

**Linköping**

Ort

**Åsa Lenberg, Elin Marsk, Anna Hafström  
och Gunilla Sundquist**

Inspektörer

**SOSFS 2015:8**

Föreskrift

## Styrkor

- Bred klinik - omfattar alla aspekter av specialiteten
- Ambitiös och erfaren studierektor som har genomfört förbättringar
- VC är läkare och ÖNH-specialist, Foniater och disputerad
- God tillgång till klinisk praktisk utbildning och handledning med god tillgång till basal kirurgi
- Väl utarbetade målbeskrivningar för såväl interna randningar som externa, med utbildningsaktiviteter kopplade till delmålen.
- ST-läkarna deltar i utbildning av AT-läkare, allmänläkare, akutläkare och läkarstudenter
- Specialistkollegium årligen för varje ST läkare, och oftare vid behov
- Lätt att få stöd av dagbakjour eller annan specialist
- Introduktion till dagbakjoursroll efter cirka 3 år (med stöd)
- Progression på mottagningar från 30 min till 20 min för nybesök och återbesök dvs med färre patienter initialt och fler efterhand
- Tutormottagningar
- Goda möjligheter till forskning - delvis klinikfinansierad doktorandtid

## Svagheter

- Vakans i schemaläggningen har under det senaste året gjort att mycket detaljer i schemaplaneringen fallerat
- Schemalagd handledning läggs inte per automatik av schemaläggare utan ST och HL behöver aktivt önska handledningstid i varje schemaperiod
- På kliniken finns en egen framtagen IUP-mall men flera olika mallar används av ST-läkarna, alla ST-läkare har inte tydlig koppling mellan delmål, utbildningsaktiviteter och bedömning i sina IUPer, för A- och B-målen saknas ofta tydlighet mellan delmål, tydliga utbildningsaktiviteter för att uppnå målen och hur de ska utvärderas.
- ÖNH har beredskap B och man inte är inkopplad som första linjen vid svåra luftvägslarm, varken dagtid eller jourtid
- Käk-kirurgiska kliniken och ÖNH-kliniken har inte samsyn i det medicinska uppdraget kring ansiktsfrakturer, ansiktstrauma och tandorsakade infektioner
- Gemensam strukturerad journalgranskning - journal club med fokus på vetenskaplig metod - sker sällan
- Kliniken deltar inte gemensamt i SFOHHs web-föreläsningar
- ST-läkarna saknar bedömning och återkoppling avseende ledarskapskompetens, kommunikativ kompetens, handledningsförmåga och pedagogiska förmågor
- Klinikens litteraturlista används inte alltid för en strukturerad inläsning
- ST-läkarna presenterar inte alltid sina vetenskapliga arbeten på nationellt forum
- Kliniken har verksamhet på 3 platser, och kirurgisk verksamhet bedrivs på 4 olika enheter, den utspridda kirurgiska verksamheten försvårar för ST-läkarna att spontant vara med på operation när extra utrymme finns i schemat, låg tillgång till operationssalar på US för kliniken

## Förbättringspotential

- Säkerställ fungerande schemaläggning - avgörande för ST och kliniken
- Schemalägg fungerande regelbunden handledningstid för alla ST
- Använd individuella utbildningsprogrammen och tydliggör koppling mellan delmål, medel för att uppnå delmålet, dokumentation och bedömning mer konkret (använd samma IUP-mall)
- Luftvägsorienterad jour bör införas, och narkosrandning bör ha större fokus på den svåra luftvägen.
- Tydliggör struktur och riktlinjer gällande det medicinska uppdraget för ÖNH respektive käk-kirurgiska kliniken
- Gemensam strukturerad kritisk artikelgranskning (journal club) oftare
- Utnyttja webbföreläsningarna från SFOHH
- Utnyttja fler tillfällen för bedömning av och återkoppling till ST-läkarna avseende ledarskap, kommunikativ kompetens, handledning och pedagogisk förmåga
- Strukturera den teoretiska utbildningen mer
- Gradvis ökning av antalet patienter per mottagning för ST i fler steg
- Fortsätt att aktivt arbeta för och uppmuntra en god kommunikation och konstruktiv feedback vid rätt tid och plats
- Presentera alla vetenskapliga ST-arbeten på nationella forum

# STRUKTUR

## A Verksamheten

Region Östergötland har sedan 2017 en gemensam ÖNH-klinik med verksamhet i Linköping (US Universitetssjukhuset i Linköping) och Norrköping (ViN Vrinnevisjukhuset i Norrköping). Primära upptagningsområdet är 460 000 invånare. Regionuppdraget som inkluderar Region Jönköpings län och Region Kalmar län omfattar omkring 1 miljon invånare. I Linköping bedrivs slutenvård, öppenvård, kirurgisk verksamhet och jourverksamhet dygnet runt. Man har basal mottagningsverksamhet samt specialiserad behandling inom öronkirurgi inklusive cochleaimplantat-, skallbas-, larynx- och HH-cancer-verksamhet inklusive kirurgi. I Norrköping bedrivs öppenvård och kirurgisk verksamhet. Här finns den rhinologiska verksamheten, allmän och basal ÖNH-verksamhet, endoskopisk otokirurgi, fonokirurgi samt sialoskopi. Traumakirurgi, foniatri, logopedi, vestibulologi och hörselvård erbjuds vid båda enheterna. Verksamheten inkluderar hörselvård, logopedimottagning och tolkcentral. Logopedimottagning finns också på Brigaden i Linköping och Hörselvård bedrivs även i Motala.

Thyroideakirurgi utförs av endokrinkirurger i Linköping. Matstrupslabb bedrivs av mag-tarm-sektionen och esofagus-endoskopi-verksamheten inom ÖNH-kliniken är idag begränsad till proximala esofagus. Allergipatienter handläggs vid Allergicentrum i Linköping, ST-läkarna har möjlighet att gå randutbildning där. I Norrköping finns inom ÖNH-kliniken en egen allergiverksamhet med fokus på rhinologiska problem, och där ges hyposensbehandlingar. Sömnapné utreds och behandlas i Linköping av neurofysiologen. I Norrköping görs sömnutredningar och CPAP-behandlingar av ÖNH-kliniken.

Egen vårdavdelning finns i Linköping med 6+2 fasta platser. Antalet vårdtillfällen är ca 920 per år. Barn våras på barnkirurgisk vårdavdelning. Ca 25500 läkarbesök genomförs varje år, varav 6300 är dagjoursbesök. Dessutom hanteras 2900 jourbesök kvällar, nätter och helger. Operationsverksamhet bedrivs på US 3-4 salsdagar i narkos per vecka, samt en pol-opsal. ViN 8 salsdagar i narkos på dagkirurgisk enhet och 1 lokalanestesi-sal på mottagningen, I Linköping hyr man också 2 opsalar 2 dagar per vecka av privat vårdgivare på Ekoxen, där görs basal kirurgi, öronkirurgi och lokala ingrepp och bemannas med en specialist och en ST. Man opererar 4082 fall per år, varav 2180 i narkos och 1902 i lokalanestesi. All jourverksamhet kvällar, nätter och helger sker på US. Både primärjour och bakjour har beredskap A. Det innebär att ÖNH-jouren ej tillkallas vid luftvägslarm. På sjukhuset finns en tradition att narkosläkarna själva hanterar vaken-fiberintubationer och det framkommer att ÖNH-jouren inte självklart kallas till luftvägslarm. Anestesi gör också ca hälften av alla trakeotomier perkutant. Detta leder till att ST-läkarna sällan vakenfiberintuberar eller får större erfarenhet av hantering av svår luftväg tillsammans med anestesilog på det sätt som erbjuds på andra sjukhus.

I Region Östergötland finns även 3 privata ÖNH-läkare.

Utöver klinikens egna ST-läkare så ansvarar man för universitetskliniks-randning för ÖNH-ST-läkare från Regionerna Jönköping och Kalmar. Dessutom gör ST i akutmedicin och allmänmedicin från Region Östergötland ÖNH-randning på kliniken och AT-läkare kan välja

valfri placering på ÖNH. Kliniken ansvarar också för ÖNH-kursen inom läkarprogrammet, och arrangerar nationell ST-kurs i foniatri, sväljning och esofagus.

Det finns skriftliga riktlinjer för hur ST på ÖNH-kliniken ska genomföras och hur kompetensbedömning ska göras.

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



A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.



B. Socialstyrelsens föreskrifter 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.

## B Medarbetarstab och interna kompetenser

På kliniken finns 28 specialister i Öron-, näs- och halssjukdomar, varav 9 är disputerade, 1 är docent samt 1 är professor. På kliniken finns 10 ST-läkare i ÖNH sjukdomar. En av dessa gör en kombinerad ST inom ÖNH och Foniatri med uppdelningen 75/25. Det finns 1 vikarierande underläkare som arbetar under ST-liknande form och har handledare.

Av klinikens specialister är 2 grenspecialiser i foniatri, men en arbetar ej kliniskt för tillfället då hon är verksamhetschef. 2 specialistläkare har ST-block inom Foniatri. Tillsammans med ovan nämnda ST-läkare som har kombinerad ÖNH/Foniatrisk ST är det således 3 ST i foniatri.

Av klinikens specialister är 4 grenspecialister inom Audiologi/ hörsel och balansrubbningar men bara en arbetar heltid, en är professor och arbetar enbart kliniskt som konsult och handledare (30%) och en är läkar-chef på halvtid. Det finns ingen ST-läkare i Hörsel och balansrubbningar. Sammanlagt 260% AOH (anställda omräknat till heltidsarbete) idag.

Rhinosektionen bemannas av 2 öl och 3 spec, 410% AOH.

Tumörsektionen bemannas av 4 överläkare och 1 specialist, 410% AOH.

Öronsektionen 3 överläkare och 1 specialist, 330% AOH.

Sektionen för allmän ÖNH 5 specialister, 330% AOH.

Alla ST-handledare har gått handledarutbildning och varje gång en handledare får en ny adept rekommenderas att ST-läkare och respektive handledare ett s.k. uppstartsseminarium tillsammans där handledarutbildning ingår.

Studierektor är specialist i öron-, näs- och halssjukdomar, har genomgått handledarutbildning och har en skriftlig uppdragsbeskrivning samt har 20% avsatt för uppdraget. Studierektor är erfaren och uppvisar ett stort engagemang för uppdraget. Hon har tidigare även varit ST-läkarchef.

Specialistläkarkollegium hålls 3 gånger per termin där varje ST-läkare skall utvärderas årligen och oftare vid behov.

Det finns tillräcklig tillgång till kliniskt högspecialiserade läkare. De interna kompetenserna är heltäckande för specialiteten och tillräckligt omfattande för adekvat handledning av samtliga ST-läkare.

## 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

Klinikens verksamhet är geografiskt spridd. Det finns mottagningar och operationsverksamhet både i Linköping och i Norrköping. På ViN i Norrköping har kliniken väl samlade lokaler. Så är inte fallet på US i Linköping där verksamheten ligger mer utspridd. Utöver detta finns en logopedmottagning på Brigaden i Linköping och hörselvård utanför sjukhusets lokaler i Linköping, Garnisonsområdet, inom sjukhusets lokaler i Norrköping och dessutom i Motala.

Undersökningsrummen på mottagningarna har hög standard på utrustningen, även när det gäller vestibulologi (exempelvis TRV stol) och foniatri (blålaser). Det finns tillgång till 4 staplar med inspelningsmöjligheter på US och 2 på ViN. Bildhantering och Media lagring (Endobase just nu). Det finns god tillgång till fiberendoskop med och utan arbetkanaler, stroboskopi för larynxdiagnostik. Kliniken har 3 ultraljudsapparater på US och 1 på ViN. Kliniken har ett balanslaboratorium som tar emot patienter från hela sydöstra sjukvårdsregionen. Utrustning inkluderar VNG, vHIT och c- och oVEMP. Tillgång till rhinomanometri och lukktest. Luppplaögon bekostas endast till specialister.

Kirurgin bedrivs på välutrustade operationslokaler på centraloperation (Cop) US samt externt som dagkirurgi på hotell Ekoxen i Linköping, samt som dagkirurgi på ViN.

Klinikens slutenvårdsavdelning, B165, som delas med gyn är belägen på US. ÖNH har 6+2 VPL. Akutrummet som finns på avdelningen och används jourtid är välutrustat, men stapeln som finns på akutrummet saknar fungerande inspelningsmöjligheter. Man har god hjälp av undersköterskor. Barnpatienter vårdas på barnkirurgisk avdelning.

De flesta ST har skrivbord och egen fast dator, men många delar arbetsrum. Det finns god tillgång till IT-baserade kliniska beslutsstöd och sökbara vetenskapliga databaser. Via arbetsplatsens datorer finns åtkomst till bland annat Clinical Key och Access Medicine. Det finns stöd från medicinskt bibliotek och FoU-enhet. Jourrummet som är placerat i ett inte helt ostört läge har god standard men ligger långt ifrån avdelning som också har rummet för akut ÖNH mottagning jourtid.

Det finns ett gemensamt lunchrum för alla personalkategorier på US. Kliniken har flera bra konferensrum med möjlighet för gemensamma teammöten på alla arbetsplatser.

### 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-utbildningen vid kliniken styrs av en skriftlig lokal riktlinjes som bygger på Socialstyrelsens föreskrifter och specialistföreningens rekommendationer. Samtliga ST-läkare får tidigt i sin anställning en individuell utbildningsplan (IUP) som utgår från målbeskrivningen. Planen upprättas tillsammans med handledare och studierektor (SR), oftast under introduktionskursen som ST-läkare och handledare går tillsammans. IUP är ett aktivt arbetsinstrument som revideras regelbundet, minst årligen i samråd med SR, där en majoritet uppger att detta sker. Alla ST-läkare har dock inte en IUP med tydlig koppling mellan delmål, utbildningsaktiviteter och planerad bedömningsmetod. Alla nyanställda läkare genomgår ett av enheten fastställt introduktionsprogram. Studierektorn ansvarar för att det finns en mall för detta program. ST-läkarna bekräftar att introduktionen fungerar väl.

Tjänstgöringen på hemmakliniken är uppdelad i blockplaceringar (internrandningar) inom klinikens olika sektioner för att säkerställa en strukturerad och progressiv kompetensutveckling. Målet är att minst 70 % av tiden under dessa placeringar ska vara renodlad sektionsverksamhet. För varje internrandning finns en detaljerad målbeskrivning. De obligatoriska internrandningarna är: Audiologi och Vestibulologi: 4 månader. Foniatri: 2 månader. Rhinologi: 2–3 månader. Öronkirurgi: 3 månader. Tumörkirurgi: Minst 3 månader. Allmän ÖNH: Minst 34 månader. Utöver sektionsplaceringarna innefattar tjänstgöringen avdelningsarbete, mottagningsarbete, operation och administration. Det finns god tillgång till bakjoursresurser för stöd i det dagliga arbetet. Jourverksamheten bedrivs som beredskap A, för både primärjour och bakjour. Det innebär att ÖNH-jouren ej tillkallas vid luftvägslarm. Jourbördan är cirka ett pass varannan vecka. Balansen mellan jourtjänstgöring och övrig klinisk tjänstgöring bedöms som bra av både ST-läkare och handledare. För att uppnå samtliga delmål i målbeskrivningen genomför varje ST-läkare ett antal obligatoriska externa sidoutbildningar. Dessa planeras i samråd med handledare och SR. Studierektorn ansvarar för den övergripande planeringen och samordningen av dessa placeringar. De obligatoriska externa randningarna är: Anestesi och intensivvård: 6 veckor. Plastikkirurgi: 2 månader. Käkkirurgi: 2 månader på 50 %. Skopienhet: 2–4 veckor. Allergologi: 1–2 veckor (alternativt deltagande på klinikens egen allergimottagning). Uppföljning av sidoutbildningarna sker för internrandningarna på ST-kollegium och för externa randningar muntligt från ST till huvudhandledare. ST-läkarna deltar aktivt i undervisning och handledning av AT-läkare, randande kollegor och läkarkandidater. De är även delaktiga i klinikens vetenskapliga möten och förväntas engagera sig i klinikens angelägenheter för att bidra till god vård och utbildning. Vikarierande underläkare med sikte på ST har handledare men ej IUP. Studierektor har 20% avsatt för uppdraget. SR samordnar utbildningsaktiviteter, har utarbetat introduktionsprogram och tar del av kompetensbedömningarna. SR ingår inte i verksamhetsledningen med fungerar som en stödfunktion till VC, ST-läkar-chef, handledare och ST-läkare.

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.
- ☒ Jourttjänstgöring/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

Handledare är utsedda för alla ST. Alla handledare har handledarutbildning. Handledare utses av ST-chefen. Handledarsamtal är delvis schemalagda och dokumenteras vanligtvis av ST-läkaren. Det kan vara svårt att få till handledningstid, bl a då kliniken har verksamhet på två orter och då schemaläggning inte varit optimal sista halvåret pga uppsägning av administratörer. Medsittning och mini-cex förekommer i stor utsträckning. Det är regel att en utvärdering sker efter varje internrandning. ST-läkare är generellt nöjda med handledningen och sina handledare. Kliniken har regelbundna specialistkollegier cirka 3 gånger per termin, som även kan sägas fungera som handledarträff. Vid dessa har man en specifik punkt på dagordningen, som motsvarar det sk ST-kollegiet. Feedback till ST-läkarna ges i samband med handledarsamtalen. ST-läkarna upplever att det är lätt att få hjälp på mottagning och operation. Alla ST har ett Excel-ark som fungerar som individuellt utbildningsprogram med uppgifter om randningar, kurser, handledarsamtal och sit-ins. De är dock inte direkt kopplade till mål och bedömning. Dokumentet används och uppdateras regelbundet. Inte alla ST-läkare får handledning med utgångspunkt i IUPn, inte heller bedömer alla huvudansvariga handledare ST-läkarna med utgångspunkt i målbeskrivning och IUP. Det har hänt att ST har bytt handledare och detta har upplevts som okontroversiellt.

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

## Föreskrift

- ☐ Varje ST-läkare ges kontinuerligt handledning i form av stöd och vägledning med utgångspunkt i det individuella utbildningsprogrammet.
- ☒ Det finns en utsedd huvudansvarig handledare för varje ST-läkare.
- ☒ Varje ST-läkare har tillgång till en handledare för varje del av tjänstgöringen.
- ☐ Den huvudansvariga handledaren bedömer ST-läkarens kompetensutveckling kontinuerligt, med utgångspunkt i målbeskrivningen för specialiteten och det individuella utbildningsprogrammet.
- ☒ Det finns fastställda rutiner för bedömningar av ST-läkarens kompetens.
- ☒ Verksamheten har rutiner för hur den kontinuerliga bedömningen dokumenteras (För ST enligt 2015:8 är verksamhetschef ansvarig enligt ovan)

## Allmänna råd

- ☒ ST-läkaren bör, utöver handledning, få fortlöpande instruktioner, samt återkoppling från de som har gett instruktionerna.
- ☒ Handledningen är inplanerad i den ordinarie tjänstgöringen för huvudansvarig handledare och ST-läkare.
- ☒ Den huvudansvariga handledaren tjänstgör vid det tjänstgöringsställe där ST-läkaren genomför sin huvudsakliga specialiseringstjänstgöring. Om så inte är fallet ska vårdgivaren på något annat sätt säkerställa att huvudhandledaren är tillgänglig för handledning och även i övrigt har förutsättningar att utföra sitt uppdrag.
- ☒ Varje handledare har genomgått handledarutbildning som tillgodoser kraven enligt föreskriften.
- ☒ Om det finns en risk för att en ST-läkare inte kommer att uppfylla kompetenskraven bör det leda till en åtgärdsplan. En åtgärdsplan bör omfatta justeringar i det individuella utbildningsprogrammet, förändringar i vårdgivarens utbildningsinsatser eller tydligare krav på ST-läkarens insatser.
- ☒ Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.
- ☒ Verksamhetschefen eller motsvarande håller regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkarna.

## Kvalitetsindikator

- ☒ ST-läkarnas sidoutbildning följs upp.

## Gradering

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

## F Teoretisk utbildning

Kliniken har en strukturerad internutbildning som består av flera delar: Klinikgemensam utbildning: Varje fredag hålls vetenskapliga möten 7:30-8:30 för hela läkargruppen. Innehållet varierar och inkluderar föredrag, patientfallsdiskussioner och artikelreferat. ST-läkarna är delaktiga och har även återkommande ansvar för att hålla i dessa möten. Under internrandningen i foniatri förväntas tex ST-läkaren hålla ett kort föredrag på ett fredagsmöte. ST-specifik utbildning: Utöver de gemensamma mötena finns schemalagd teoretisk utbildning specifikt för ST-läkarna en gång varannan vecka fredag 12:30-14:00. Här varvas föredrag av externa föreläsare, kollegor på kliniken, ST-APT och artikeldragningar. Journalclub hålls 1-2 gånger per termin tillsammans med disputerad kollega, men huvudfokus ligger på artikelinnehåll och inte i första hand vetenskaplig metod. En gång per år anordnas en gemensam utbildningsdag tillsammans med anestesikliniken. En gång per år hålls region-gemensam utbildning, sk ST-akademi för ÖNH-ST i Sydöstra sjukvårdsregionen, 2 dagar per tillfälle. Enligt kliniken riktlinjer läggs det schemalagd tid för självstudier, cirka ett pass varannan vecka. Denna tid läggs i schemat på förmiddag efter nattjour vilket gör att förutsättningarna att tillgodogöra sig tiden varierar stort beroende på mängden nattarbete. Kliniken har en fastställd och omfattande rekommenderad litteraturlista. Kliniken har en generös och uppmuntrande inställning till deltagande i externa kurser och kongresser. ST-läkarna förväntas gå cirka 2-3 kurser per år, och kliniken bekostar de 6-7 nationella kurser som rekommenderas av specialistföreningen. Planering av kurser görs i samråd med studierektor och handledare och förs in i den individuella utbildningsplanen. Återkoppling till kollegiet efter genomförd kurs uppmuntras, men sker i varierande grad.

ST-läkarna förväntas genomföra och få godkänt på Svensk Förening för Otorhinolaryngologis specialist-skrivning mot slutet av sin utbildning, tidigast efter fyra år. Kliniken erbjuder två veckors sammanhängande och schemalagd inläsningstid inför skrivningen. Kliniken deltar inte gemensamt vid SFOHHs web-föreläsningar.

## Föreskrift

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



### Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

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

### Allmänna råd

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

### Kvalitetsindikator

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

### Gradering

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

## G Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Det finns goda möjligheter för ST att genomföra vetenskapliga arbeten och fortlöpande kvalitetsarbeten på kliniken. Vissa av dessa arbeten har redovisats som posters på ÖNH-dagarna (2) eller på den nationella web-föreläsningen (1).

Gemensam kritisk artikelgranskning (journal club) förekommer men kan struktureras ytterligare och förekomma oftare. Fokus ligger dock i huvudsak på artikelreferat och inte på granskning av vetenskaplig metod.

Två ST-läkare och 3 specialister är doktorander på kliniken. Under 2024 och 2025 har klinikkens läkare bidragit till 8 vetenskapliga publikationer och en medarbetare har doktorerat under 2025. På kliniken finns möjlighet till modifierad forskar-ST, vid behov med delvis finansierad forskningstid under max 8 veckor per år av kliniken.

### 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

Ledarskapsutbildning tillgodoses via regionens utbildningsprogram för A- och B-målen. ST-läkare leder vanligtvis rond på vårdavdelning med stöd av specialist. Återkoppling av ledarförmåga ges inte konsekvent, men avdelningsarbetet och jour erbjuder tillfälle för bedömningsmöjligheter. Sit in mottagningar används och där bedöms kommunikativ kompetens och återkoppling sker. ST-läkarna deltar vanligtvis aktivt i utbildningen av läkarstudenter men för tillfället är det paus i denna verksamhet då ÖNH-momentet flyttats från termin 7 till 9 i läkarutbildningen i Linköping. ST-läkare handleder AT-läkare, distriktsläkare, akutläkare och läkarstudenter. På ViNs ÖNH-mottagning har försök gjorts där specialist suttit med och bedömt ST-läkares handledning och undervisning av AT-läkare/distriktsläkare vilket fallit ut väl. Detta har dock inte fortsatt av schematekniska skäl.

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

## Föreskrift

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

## Allmänna råd

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

## Kvalitetsindikatorer

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

## Gradering

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



# HANDLINGSPLAN

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

## A. Verksamheten

Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig.

## Planerad åtgärd

Kapitel A: Verksamheten. Betyg D. –"verksamheten är inte tillräckligt allsidig med hänseende på luftvägslarm och hantering av svår luftväg" • Utbildningsdag med Anestesikliniken avseende Akut luftvägshantering kommer fortgå årligen med stationsträning för praktisk träning av bl a vakenintubationer, flexibel- och rak bronkoskopi, luftvägsalgoritm med nödkoniotomiträning, trakealkanyler och handhavande, falldragning av hantering av akut luftväg samt scenarioträning på vår operationsenhet. • Alla läkare på ÖNH är efter kontakt med "Luftvägsgrupp" på Anestesikliniken inbjudna till "Luftvägshanteringskvällar" med träning avseende praktisk hantering av svår luftväg i form av workshop på vår operationsavdelning. ÖNH kommer vara med och bidra med undervisning vid Luftvägskvällar, vilka genomförs flera gånger/år. • Vi har i nuläget dagtid en "trak-ansvarig" läkare placerad på operation US där vi schemaläggningssmässigt strävar efter att det är en ST-läkare. Den läkaren blir i nuläget kontaktad av Anestesiläkare vid luftvägshantering gällande trakeotomier aktuella för ÖNH. Framöver kommer denna funktion byta namn till "Luftvägsansvar" och av Anestesiläkare även bli kontaktad vid förväntad svår luftväg samt vid planerade vakenintubationer på t ex NK-sal. Start nästkommande schemaperiod (v14). På ViN kommer DBJ bli kontaktad av Anestesiläkare i tidigt skede vid förväntad svår dagtid. ST-läkare kommer då följa med. • Samtliga trakeotomier aktuella på ViN ska göras av ÖNH-läkare varannan v. -Ett upplägg som inte är nytt. Därtill görs trakeotomier av ÖNH vb. • Under Fon-randning kommer randarna vara med på operation av svåra luftvägar varje onsdag och då också vid sövning av dessa patienter. Fiberintubation är då vanligt förekommande. • Under Tumörrandning kommer randarna vara med Anestesiläkare vid operation vid etablerandet av luftväg inför operation. • När ST-läkare är placerade på op uppmanas de att vara med även i narkosförloppet. • "Trak-team" som idag finns på ÖNH bestående av ÖNH-specialister kommer omformas till ett "luftvägsteam" bestående av överläkare ÖNH, ÖNH-specialist, trak-ssk samt alla ST-läkare under ST år 5. Luftvägsteamets uppdragsbeskrivning kommer vara att ha kommunikation med Anestesikliniken avseende luftvägshantering, utbilda på hemmaplan, vara konsulter för ÖNH-läkare samt ha nuvarande trak-uppdrag kvar med trak-mottagningar, regelbundna möten etc. • Kontakt planeras med Akutkliniker US och ViN för att ÖNH-jour ska bli kontaktad vid luftvägslarm framöver. • Datum när åtgärder ska vara genomförd: Våren 2026 • Ansvarig för genomförandet: SR • Datum för uppföljning Q2 + Q3 • Ansvarig för uppföljningen: ST läkarchef

## Datum när åtgärden ska vara genomförd

Våren 2026

## Ansvarig för genomförandet

SR

## Datum för uppföljning

Q2 + Q3

## Ansvarig för uppföljningen

ST läkarchef

## 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

Kapitel D: Tjänstgöringens upplägg. Betyg D • SR har planerat möte med ST-läkare 6/2 där vi kommer gå igenom hur en godkänd IUP ska se ut. Samma IUP-mall kommer användas för alla ST-läkare. SR kommer vara behjälplig vid frågor kring IUP samt tydliggöra ST-läkarens ansvar att själv hålla filen uppdaterad. SR kommer gå igenom samtliga ST-läkares IUP där korrigeringar ska ske senast 28/2 för att säkerställa att alla ST-läkare har ett utbildningsprogram som utgår från målbeskrivningen och som omfattar de utbildningsaktiviteter som behövs för att uppfylla kompetenskraven i målbeskrivningen. • IUP ska följas upp minst 2 ggr/år av ST-läkaren under handledningssamtal och SR kommer ha kontrollfunktionen att så sker även om initiativet ska ligga på ST-läkaren • Journal club har schemalagts på ST-läkarnas utbildningstid 2 ggr/termin fom 2026. • Datum när åtgärden ska vara genomförd: mars-26 samt fortlöpande därefter • Ansvarig för genomförandet: SR • Datum för uppföljning: maj 26 • Ansvarig för uppföljningen: ST läkarchef

### Datum när åtgärden ska vara genomförd

mars-26 samt fortlöpande därefter

### Ansvarig för genomförandet

SR

### Datum för uppföljning

maj 26

### Ansvarig för uppföljningen

ST läkarchef

## E.Handledning och kompetensbedömning

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



## **Planerad åtgärd**

Kapitel E:Handledning och kompetensbedömning. Betyg D Handledningskompetens. Betyg D "Alla handledare utgår inte från IUP i handledning eller kompetensbedömning" •

Läkarnas schemaläggare har i uppdrag att schemalägga handledning 1 tillfälle/månad för alla ST och ST-läkarens ansvar är att kontrollera i preliminärschemat att så gjorts samt signalera till schemaläggare vid avvikelse. • Handledningsmall ska användas vid varje handledningstillfälle. Mallen kommer tas upp på kommande läkar-APT och förevisas för både ST-läkare och handledare. I mallen framgår att IUP ska diskuteras och korrigeras minst 2 ggr/år. ST-läkarna kommer informeras att de har ansvar att mallen används vid handledningssamtal. • Handledarträffar planeras in kontinuerligt under året så att handledningsstrukturen kan stärkas med betoning på information om hur handledningsmall ska användas samt hur och med vilken frekvens kompetensbedömning ska planeras in. Målsättningen är att kompetensbedömning i form av mini-CEX och/DOPS samt CBD ska göras under varje sektionsrandning och minst 2 ggr/termin under icke-sektionsrandningstid. • Otolitens nya version av IUP kommer inväntas och börja användas på kliniken som standard för nya ST-läkare. Den egengjorda IUP-mallen kommer fasas ut men korrigerar enl mailkommunikation mellann SR och SPUR-inspektör kommer ske av ST-läkaren. • Datum när åtgärden ska vara genomförd: april -26 och därefter fortlöpande • Ansvarig för genomförandet: SR, läkarchef • Datum för uppföljning Q2 + upprepas årligen • Ansvarig för uppföljningen: ST läkarchef, läkarchef

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

april -26 och därefter fortlöpande

## **Ansvarig för genomförandet**

SR, läkarchef

## **Datum för uppföljning**

Q2 + upprepas årligen

## **Ansvarig för uppföljningen**

ST läkarchef, läkarchef

## **E. Handledning och kompetensbedömning**

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

**Planerad åtgärd**

se sparad under förra E-fliken

**Datum när åtgärden ska vara genomförd**

se tidigare E-flik

**Ansvarig för genomförandet**

se tidigare E-flik

**Datum för uppföljning**

se tidigare E-flik

**Ansvarig för uppföljningen**

se tidigare E-flik

## H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

## Planerad åtgärd

Kapitel H: Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens: Betyg D. "ST-läkarna bedöms inte kontinuerligt (och får därmed ingen återkoppling) i medicinskt ledarskap och multiprofessionellt samarbete eller i kompetens i undervisning eller handledning" • ST-läkare undervisar och handleder läkarstudenter och randande läkare från vårdcentraler, akutkliniker, Hudkliniker, Käk-kliniker och läkare från andra kliniker som fortbildar sig inom ÖNH. Under undervisning av läkarstudenter planeras att handledningsintresserad specialistläkare är med vid minst 1 tillfällen/termin och ger återkoppling till ST-läkaren direkt efter tillfället, både muntligt och skriftligt i blankett som finns för ändamålet. • När randande läkare är dagjour har vi mellanjour som en funktion i schemat. Mellanjour är ST-läkare som är med dagjouren. Dagbakjour kommer involveras och vara med vid tillfälle när mellanjouren handleder randande läkare på dagjouren för att kunna ge återkoppling till ST-läkaren muntligt och skriftligt. Målet är att ST-läkaren ska få feedback på pedagogiskt upplägg av handledningen. • Ledarskap kommer fortsatt bedömas som en punkt på specialistkollegium, men vi kommer skärpa bedömningen av ledarskap; När ST-läkare är helgjour kommer bakjouren bedöma ledarskap och multiprofessionellt samarbete efter avdelningsrond muntligt och skriftligt i blankett som redan finns tillgänglig. Likaså kommer samma blankett att användas av avdelningsspecialist när ST-läkare är avdelningsläkare. Målet är att feedback ska ges direkt i anslutning till bedömningstillfällen. Likaså kommer samma blankett att användas av avdelningsspecialist när ST-läkare är avdelningsläkare. Målet är att feedback ska ges direkt i anslutning till bedömningstillfällen. ST-läkarna på avdelning bedöms av avd spec • ST kommer beredas möjlighet att auskultera med läkarchef om intresse finns. • Datum när åtgärden ska vara genomförd: maj -26 och därefter fortlöpande • Ansvarig för genomförandet: SR • Datum för uppföljning Q2 + Q3 • Ansvarig för uppföljningen: ST läkarchef

## Datum när åtgärden ska vara genomförd

maj -26 och därefter fortlöpande

## Ansvarig för genomförandet

SR

## Datum för uppföljning

Q2 + Q3

## Ansvarig för uppföljningen

ST läkarchef

## H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

**Planerad åtgärd**

se tidigare H-flik

**Datum när åtgärden ska vara genomförd**

se tidigare H-flik

**Ansvarig för genomförandet**

se tidigare H-flik

**Datum för uppföljning**

se tidigare H-flik

**Ansvarig för uppföljningen**

se tidigare H-flik

## H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

**Planerad åtgärd**

se tidigare H-flik

**Datum när åtgärden ska vara genomförd**

se tidigare H-flik

**Ansvarig för genomförandet**

se tidigare H-flik

**Datum för uppföljning**

se tidigare H-flik

**Ansvarig för uppföljningen**

se tidigare H-flik