



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Verksamhet Psykiatri Affektiva

Klinik

Psykiatri

Specialitet

2025-11-19 – 2025-11-20

Datum

Göteborg

Ort

Bo Knutsson och Jonatan Adling

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

- Mycket engagerad ST-chef och studierektor med hög ambitionsnivå
- Forskningsintensiv verksamhet med hög vetenskaplig ambition
- Generös tillgång för kurser, konferenser och andra utbildningsinsatser, såväl internt som externt
- ST-upplägg och patientsammansättning ger goda förutsättningar för en ST-utbildning i psykiatri
- Jourtjänstgöring i lagom omfattning vid en av Sveriges största psykiatriska akutmottagningar garanterar god kompetensutveckling i akutpsykiatri
- Ett stort intresse för att vidareutveckla verksamheten och ST-utbildningen genomsyrar kliniken

Svagheter

- Handledning utgår inte i tillräckligt hög grad från IUP och delmål i denna
- Bedömningen av kompetensutveckling tar inte avstamp i enskilda delmål på det sätt som föreskriften avser
- Utspridd klinik försvårar kontinuerlig kontakt mellan huvudhandledare och ST-läkare
- Relativt korta placeringar försämrar förutsättningar för längre patientkontakter

Förbättringspotential

- Fortsätt arbete med IUP, där ett nytt digitalt stöd för IUP planeras
- Huvudhandledarna kan uppmuntras att i större utsträckning ta initiativ till kompetensbedömningar i kliniken
- Delmålen i målbeskrivningen bör i större utsträckning vara utgångspunkt för handledning och kompetensbedömning
- Val av metod för kompetensbedömning bör utgå från delmålen
- Underlätta kontaktytor inom ST-gruppen och med övriga läkare på kliniken, till exempel genom gemensamma läkarmöten eller vidareutveckling av ST-lokalerna

STRUKTUR

A Verksamheten

Psykiatri Affektiva är den största psykiatriska verksamheten på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Kliniken är utspridd på två sjukhustomter, Sahlgrenska och Östra sjukhuset, samt på tre ställen för öppenvårdsverksamheten. Verksamheten har 6 slutenvårdsavdelningar med sammanlagt 82 platser och 6 öppenvårdsmottagningar. Inriktningen är affektiva tillstånd med viss samsjuklighet. Man driver också en avdelning med nationell högspecialiserad vård av svårbehandlat självskadebeteende. Verksamheten sysselsätter 512 anställda, varav 96 är läkare (61 specialistläkare och överläkare, 22 ST-läkare och 10 underläkare). Psykiatri Affektiva bedriver universitetssjukvård med betydande forskningsaktivitet. Omfattande skriftliga riktlinjer för specialisttjänstgöringens genomförande och bedömning av ST-läkarens kompetens finns i verksamheten. Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig och tjänstgöringen på Göteborgs psykiatriska akutmottagning utgör en adekvat del av tjänstgöringstiden. Kvaliteten i ST-utbildningen utvärderas och säkerställs kontinuerligt, utöver den externa granskningen.

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



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

Verksamheten är välbemannad med läkare och ser ST-läkarna som en viktig del av densamma. Av 61 specialister är 17 disputerade. Alla handledare är specialister och har relevant handledarutbildning, utom en specialist, som dock avslutar sitt uppdrag i närtid. Studierektor har relevant specialistkompetens, en skriftlig uppdragsbeskrivning och 16 timmar/vecka till sitt förfogande för uppdraget. Antal handledare för klinisk handledning är tillräckligt. ST-chefen är specialistläkare, har arbetat länge på kliniken och har en stor roll i uppföljning av ST-läkarens utveckling. Det finns skriftliga instruktioner för hur handledningen av ST-läkare ska gå till, kännedomen om dessa är inte hundra procentig i handledargruppen. Handledarna har möjlighet till kompetensutveckling genom deltagande i kurser och under handledarmöten. Man har flera tillfällen årligen för kompetensutveckling i handledarskapet.

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

- ☐ ☐ 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

ST-läkarna disponerar ett gemensamt arbetsrum med 10 datorer vilket upplevs som tillräckligt. Man har också ett gemensamt ST-läkarrum. Båda dessa rummen är gemensamma för affektiva kliniken och beroende. Alla ST-läkare får en telefon och en bärbar dator och dessutom såväl stetoskop som reflexhammare. Jourrum finns i anslutning till akutmottagningen, som dock används i begränsad omfattning på grund av hög jourbelastning. Samtalsrum och undersökningsrum har adekvat utrustning. Tillgång till medicinteknisk utrustning ligger över genomsnittet. Sjukhusbiblioteket erbjuder en mängd resurser inklusive individuellt stöd och tillgång till databaser. Tillgång till relevant kliniskt beslutsstöd finns.

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

En huvudhandledare utses redan innan tjänstgöringen startar. Den individuella utbildningsplanen finns tidigt på plats och de första åren är relativt standardiserade. Man strävar efter att starta i den egna slutenvården. Det finns skriftliga riktlinjer om att IUP ska revideras med tillräcklig frekvens. Det finns en rutin för introduktion på verksamheten som uppfattas fungera tillfredsställande i nuläget men varit varierande över tid. Ett inslag i introduktionen är att alla nya ST-läkare får en fadder i form av en mer erfaren ST-läkare, som kan stötta i främst praktiska frågor. Omfattningen av jourtjänstgöringen är rimlig och adekvat. För att det ska anses att utbildningsprogram utgår från målbeskrivningen krävs att det för varje delmål framgår vilka utbildningsaktiviteter som krävs, när dessa ska genomföras och hur måluppfyllelse för varje delmål ska bedömas. Här noteras vissa brister men också att det pågår förbättringsarbete för att adressera dessa. Inga rapporter om otillbörlig diskriminering utifrån kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder har kommit till inspektörernas kännedom. Studierektor är ganska ny på sin post och har en uppdragsbeskrivning där det bland annat ingår att samordna utbildning. Vi noterar att även ST-chefen är mycket engagerad i fortlöpande bedömningar av ST-läkarens utbildning, planering, kurser och bedömning.

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

EHandledning och kompetensbedömning

Samtliga ST-läkare tilldelas en huvudhandledare direkt när de påbörjar sin ST. Vid tillfället för inspektionen saknar dock en huvudhandledare uppdaterad handledarutbildning enligt aktuell målbeskrivning. Enstaka huvudhandledare har sin huvudsakliga tjänstgöring utanför kliniken, men i dessa fall beror detta på att deras ST-läkare önskat fortsätta med samma huvudhandledare efter att dessa bytt arbetsplats. ST-läkare bedöms genomföra handledningssamtal med sina huvudhandledare i adekvat omfattning. Sedan föregående SPUR-inspektion 2019 har ett arbete genomförts för att säkerställa mer strukturerad ST-planering och kompetensbedömning. Som del i detta har ST-chefen tillsammans med studierektor tagit ett större ansvar för att följa upp ST-läkarnas utveckling. Det beskrivs att ST-chefen tillsammans med studierektor kontakter samtliga externa kliniker som tar emot verksamhetens ST-läkare för sidotjänstgöring, och sen vidareförmedlar relevant information till huvudhandledare. Det är också ST-chef och studierektor som sammanställer ansökan om specialistbevis för underskrift av huvudhandledare. Uppfattningen är att detta arbetssätt har säkerställt en jämnare bedömning av kompetensutveckling hos ST-läkarna. Oaktat detta innebär förfarandet att även om enstaka huvudhandledare tagit egna initiativ så har huvudhandledarna inte behövt ta ett lika stort ansvar för den kontinuerliga eller summativa kompetensutvecklingen under ST. Möjligen skulle detta kunna innebära en potentiell sårbarhet, särskilt som detta utökade uppdrag som ST-chef och studierektor tagit på sig inte är definierat i dessas arbetsbeskrivningar. För att säkerställa att handledningen får en tillräcklig bredd behöver denna kontinuerligt ges med utgångspunkt i IUP. Alla handledarsamtal behöver inte utgå från IUP men handledaren och ST-läkaren bör regelbundet stämma av de ämnen som diskuterats under handledningen mot IUP. Strukturerade kompetensbedömningar ska enligt regional rutin göras 6–8 gånger årligen, men i praktiken genomförs i vissa fall bara enstaka sådana bedömningar varje år, vilket i så fall uppmärksammas på specialistkollegium som genomförs varje år för samtliga ST-läkare. För att det ska kunna anses att huvudhandledare bedömer ST-läkares kompetensutveckling kontinuerligt krävs vidare att utvecklingen bedöms i löpande arbete, regelbundet, i förhållande till de uppsatta målen i IUP och på delmålsnivå för samtliga A, B och C-delmål. För att det ska anses att ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkares kompetens måste bedömningsmetoderna alltid koppla till delmål, där det är delmålet som avgör vilken bedömningsmetod som är lämplig. Att ange, eller räkna upp, enskilda metoder är inte tillräckligt utan verksamheten måste visa vilka delmål metoden kopplar till. Det noteras att ett utvecklingsarbete för detta redan är påbörjat. Regionen har en åtgärdsplan för fall då det föreligger risk för att en ST-läkare inte kommer att uppfylla kompetenskraven.

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 sidoutbildning följs upp.

Gradering

2015

2021



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



B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.



C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.



D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

F Teoretisk utbildning

Regionens egna METIS-kansli anordnar ett brett urval av kurser med förtur för regionens egna ST-läkare, vilket gör att möjlighet att delta i METIS-kurser är god, med möjlighet att anpassa under vilken del av ST dessa genomförs. Deltagande på nationella konferenser som Svenska Psykiatrikongressen (SPK) eller STP-konferensen erbjuds i hög utsträckning, liksom möjlighet att delta på internationella konferenser. ST-läkarna har de senaste tre åren därutöver genomfört internationella studiebesök som delfinansierats av särskilda utbildningsanslag (REGATT). Det finns möjlighet för ST-läkare att beställa den kurslitteratur de anser sig behöva utan större begränsningar. Kliniken har inget eget bibliotek men tillgång till sjukhusbiblioteket finns. Internutbildningen planeras av studierektor och ST-chef ett år framåt i tiden med delmålskoppling men utgår även från vad ST-läkarna upplever för behov av vidareutbildning. Denna internutbildning genomförs framför allt vid den hemvändardag/ST-dag som genomförs en gång per månad, och som i stort sett alla ST-läkare brukar delta på. Planering av såväl externa som interna utbildningsmoment bör vidare planeras in i ST-läkarnas IUP, med koppling till delmål. ST-läkarna har egen studietid 4 timmar varje vecka, och uppfattningen är att även om denna inte alltid tas ut i denna utsträckning så föreligger inte svårighet att göra så vid behov.

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

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☒ | ☒ | 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

Forskning är prioriterad inom verksamheten. 17 läkare är disputerade. Nio av ST-läkarna gör forsknings-ST som i regel är utformad med 50% klinisk tjänstgöring och därför oftast är förlängd till 9 år. Dessa ST-läkare har matchats med huvudhandledare som är eller har varit forskningsaktiva. Tillgången till disputerade medarbetare är mycket god. 163 artiklar från verksamheten har publicerats eller presenterats på vetenskapliga möten de senaste två åren. Journal club för ST-läkarna har funnits sedan längre tid, men efter en visst uppehåll under det senaste året planeras nu återigen regelbundna träffar för detta. Inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset har ett inriktningsbeslut fattats att alla ST-läkare enligt såväl 2015 som 2021 års målbeskrivning för ST måste genomföra ett självständigt vetenskapligt arbete. Kurs i medicinsk vetenskap erbjuds. Liksom avseende självständigt vetenskapligt arbete bör kvalitets- och patientsäkerhetsarbete inte endast bestå i ett avgränsat skriftligt arbete, utan bör genomsyra hela ST. ST-läkarna beskrivs som drivna i frågor om kvalitetsutveckling och har arbetat med flera förändringar inom verksamheten. Det är av vikt att det finns en struktur för kontinuerlig utveckling och bedömning av medicinsk vetenskaplig kompetens och kompetens avseende kvalitetsutveckling för samtliga ST-läkare.

Föreskrift

- ☒ ST-läkarens kompetens inom medicinsk vetenskap bedöms utifrån kunskap kring vetenskapliga metoder och forskningsetiska principer.
- ☒ ST-läkaren bedöms utifrån förmågan att kunna kritiskt granska och värdera vetenskaplig information, samt i sitt arbete ta ansvar för att omsätta och tillämpa denna kunskap.
- ☒ ST-läkaren deltar i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i sådan utsträckning att förutsättningar för delmåluppfyllelse föreligger.

Föreskrift (endast 2015)

- ☒ Utbildning erbjuds för att uppnå ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt.
- ☒ Det finns goda förutsättningar för genomförande av ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.
- ☒ Det finns goda förutsättningar för att genomföra, dokumentera och redovisa ett kvalitetsarbete.

Allmänna råd

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

Kvalitetsindikatorer

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

Kvalitetsindikator (endast 2021)

- ☒ ST-läkare ges möjlighet att medverka i forskningsprojekt under arbetstid.

Gradering

2015 2021

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

H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarna ges goda möjlighet till att utveckla sin ledarskapskompetens och kommunikativa förmåga genom att bland annat leda ronder inom heldygnsvård. På andra placeringar och framför allt mot slutet av sin ST tränas de i att ta större eget ansvar. Vissa ST-läkare är mer aktiva i att undervisa och handleda bland annat andra underläkare, men strukturen för att säkerställa att alla gör detta i tillräcklig omfattning kunde förbättras. Bedömning av kompetens med återkoppling avseende ledarskap, kommunikation, undervisning och handledning är något man arbetat med men det finns fortsatt utrymme för förbättring. Även om det finns en programpunkt för allmän diskussion på hemvårdardagar saknas särskilt anpassad möjlighet till att delta i gruppreflektioner.

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.

B. Medarbetarstab och interna kompetenser

Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.

Planerad åtgärd

ST-läkaren har blivit tilldelad en ny huvudhandledare, som uppfyller kraven enligt Socialstyrelsen föreskrifter: specialist och genomgått handledarutbildning (år 2024). Uppföljning av det nya handledarskapet kommer ske kontinuerligt i form av avstämning med ST-läkare och huvudhandledare 1 gång/ månaden de första 3 månaderna av SR och ST-chef. Uppföljningen påbörjas när ST-läkaren är åter från föräldraledighet (sommar/höst 2026).

Datum när åtgärden ska vara genomförd

251204

Ansvarig för genomförandet

Louise Wetterling, Denada Aiff

Datum för uppföljning

261204

Ansvarig för uppföljningen

Louise Wetterling, Denada Aiff

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 en IUP som utgår från målbeskrivningen, som nu kommer föras över till ST-plan. ST-plan kommer kunna visualisera utbildningsprogrammet utifrån delmål, utbildningsaktiviteter och progressionsbedömningar där man kan se alla delmål och vilka som har uppfyllts och vilka som behöver planeras in för delmålsuppfyllnad. Överföring av den nuvarande IUP till ST-plan kommer ske i slutet av januari/ i början av februari i samband med utvecklingssamtal som är planerade med varje ST-läkare där planering av IUP görs.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

260301

Ansvarig för genomförandet

Denada Aiff, Louise Wetterling

Datum för uppföljning

260601

Ansvarig för uppföljningen

Denada Aiff, Louise Wetterling

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Införande av ST-plan kommer leda till att den huvudansvarige handledaren kommer kunna kontinuerligt bedöma ST-läkaren utifrån IUP:n, då huvudhandledarna kommer kunna ha tillgång till ST-plan, kunna lämna anteckningar vid varje handledarmöte, använda progressionsbedömningar (digitalt) i samband med handledning eller klinisk tjänstgöring samt utifrån delmål planera framtida huvudhandledning med utgångspunkt i målbeskrivningen. Detta kommer följas upp i samband med specialistkollegium i slutet av maj. Huvudhandledarna fick genomgång av ST-plan den 11 december, och för de huvudhandledare som inte kunde delta kommer en ny genomgång ske i januari/februari digitalt.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

260301

Ansvarig för genomförandet

Denada Aiff, Louise Wetterling

Datum för uppföljning

260528-29

Ansvarig för uppföljningen

Denada Aiff, Louise Wetterling