



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Visby Lasarett

Klinik

Ortopedi

Specialitet

2025-11-26 – 2025-11-27

Datum

Visby

Ort

Anna Telléus och Kristian Stjerna

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- God sammanhållning och högt i tak vilket gör att det finns ett starkt och positivt utbildningsklimat
- Med hjälp av konsulter som återkommer regelbundet så finns spetskompetens inom alla områden
- God grundbemanning med både specialister och ST-läkare
- Kunnig och engagerad verksamhetschef och studierektor

Svagheter

- Litet befolkningsunderlag ger begränsat utbud i antal frågeställningar på mottagningen och antal operationer under ST-utbildningen
- Samjour med kirurgen som ger relativt lite ortopedisk utveckling
- Behov av mycket tid på andra kliniker i form av randningar för att uppnå målbeskrivningen
- Regionen erbjuder inget doktorandprogram

Förbättringspotential

- Förtydliga introduktionsprogrammet för ST-läkare
- Implementering av formella bedömningsutvärderingar såsom DOPS, mini-CEX, 360 etc.
- Minska antalet samjourer med kirurgen för att frigöra mer tid för ortopedisk kompetensutveckling
- Förtydliga rutiner för schemaläggning av handledning och inläsningstid

STRUKTUR

A Verksamheten

Ortopedkliniken i Visby är en länssjukhusklinik och ansvarar för planerad och akut ortopedisk sjukvård inom sitt upptagningsområde på cirka 60 000 invånare (invånarantalet ökar dock 3-4 gånger under sommaren). Det ortopediska baspanoramat, både akut och elektivt, handläggs vid kliniken med länsansvar för tumörortopedi, barnortopedi och ryggkirurgi. Kliniken har 1 vårdavdelning med sammanlagt 15 vårdplatser. Kliniken har 19 anställda läkare. Den operativa verksamheten 2024 fördelade sig på 823 elektiva operationer och 548 akutoperationer, totalt 1371 ingrepp. Jourverksamheten bedrivs av sjukhusbunden samjour med kirurgen samt bakjour med beredskap i hemmet. Verksamheten är, med hjälp av externa randningar, tillräckligt allsidig för att målbeskrivningens krav kan uppfyllas och innehåller den akutverksamhet som behövs för att uppfylla målen. Det finns en regiongemensam policy gällande rättigheter och möjligheter oavsett kön, etnicitet, religion, trosuppfattning, sexuell läggning, funktionshinder eller ålder. Policyn finns inte specifikt uttalad i rutiner och riktlinjer för ST-utbildningen, men finns i regionens övergripande rutiner för rekrytering.

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

För närvarande finns 7 ST med varsin handledare. ST läkarna är relativt jämnt fördelade med spridning från alldeles nya till i princip färdiga specialister. Kliniken har 12 specialister inom ortopedi. Kliniken har 1 disputerad doktor. Samtliga handledare är specialistkompetenta inom ortopedi och alla har genomgått handledarutbildning. Handledarutbildning uppdateras minst vart 5e år.

Föreskrift

- ☒ Den huvudansvariga handledaren har ett bevis om specialistkompetens i avsedd specialitet.
- ☒ Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.
- ☒ Övriga handledare är legitimerade läkare med relevant specialistkompetens.
- ☒ Det finns tillgång till specialistkompetent studierektor, som har genomgått handledarutbildning.
- ☒ Det finns tillgång till handledare i en omfattning som motsvarar behovet av handledning.
- ☒ Det finns tillgång till medarbetare som kan ge nödvändiga instruktioner.

Allmänna råd

- ☒ Studierektor har relevant specialistkompetens.

Kvalitetsindikator

- ☒ Det finns generella skriftliga instruktioner för hur handledningen av ST-läkare ska gå till.
- ☐ Handledarna ges minst en gång per år möjlighet till utbildning/uppdatering/kompetensutveckling inom området.
- ☒ Det finns skriftlig uppdragsbeskrivning för studierektorn.

Gradering

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

C Lokaler och utrustning

Klinikens lokaler är av bra standard och utrustning för diagnostik, utredning och behandling är adekvat. ST-läkarna har funktionella arbetsplatser vilket bland annat innebär att man har tillgång till egen dator. Jourrummet har adekvat standard med tillgång till dator. Sjukhusbibliotek finns och ett mindre bibliotek med ortopedisk litteratur finns inom kliniken. Klinikens tillgång till digitala kunskapskällor är adekvat.

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

Utbildningen sker i huvudsak i Visby med flera planerade randningar. Intern randutbildning inom narkos ingår. Extern randutbildning inom barnortopedi, trauma, handkirurgi och tumör är obligatorisk och ingår i ST utbildningen. Fördjupningar inom andra delar är möjlig om verksamheten tillåter och planeras med ST läkare, handledare och studierektor. Detta kan t.ex. vara rygg, fot eller artroskopi. Det finns en övergripande genomarbetad struktur med relevant målbeskrivning. Utbildningsklimatet är bra med en öppenhet och vilja att bedriva en god utbildning i en bra miljö. Klinisk feedback ges fortlöpande framför allt i den operativa verksamheten men man använder inte formella bedömningsinstrument. Röntgenronderna präglas av ett gott diskussionsklimat. Jourbördan bedöms vara en adekvat del av tjänstgöringen. ST-läkarna har såväl ST-kontrakt som Individuell utbildningsplan, den sistnämnda revideras minst årligen. Det finns en gemensam regional handlingsplan för ST-läkare som riskerar att ej uppnå mål som stöd för såväl ST-organisationen som verksamhetschef. Det saknas en specifik introduktion för vad det innebär att vara ST-läkare på kliniken men det finns introduktion till att vara ny på kliniken.

Föreskrift

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

Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

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

Föreskrift

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

Allmänna råd

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

Kvalitetsindikator

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

Gradering

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

EHandledning och kompetensbedömning

Det finns en engagerad studierektor inom ortopedi med tillräcklig avsatt tid, hon har korrekt utbildning och skriftlig uppdragsbeskrivning. Varje ST-läkare har en personlig handledare och en individuell utbildningsplan som revideras återkommande, minst årligen. Det finns skriftliga handledarinstruktioner och man har ST-kollegium för bedömning av enskild ST-läkarna en gång per år i strukturerad form baserad på skriftlig utvärdering från ST-läkare och handledare. Aktuell handledare dokumenterar bedömningen och återkopplar denna till ST-läkaren. Handledarsamtal skall enligt regionens riktlinjer ske en gång per månad. Det finns möjlighet att få samtalen schemalagda men det förutsätter delaktighet i planeringen från ST-läkaren. ST-läkarna skall dokumenterarhandledarsamtal, uppnådd kompetens och förvärvade kunskaper. Handledning tas upp i samband med t.ex. planeringsdagar men mer djupgående diskussioner om hur handledning kan utvecklas på kliniken saknas. Schemalagd tid för självstudier finns men i begränsad omfattning. Kliniken arbetar med att införa mer strukturerad utvärdering i form av DOPS, 360 och mini-CEX. I nuläget används det mycket sparsamt.

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

Teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras in för ST-läkarna enligt målbeskrivningens krav. Intern ST-utbildning finns inom kliniken. Samtliga ST läkare deltar i SÖF's självstudiekurs OrtoS. Kurser för att uppnå de flesta A och B delmål ges lokalt. Anmälan till ST-skolan görs när ST-kontraktet är påskrivet. ST läkarna bidrar till klinikens utbildning i form av journalclubs. ST läkarna uppmuntras att åka på Ortopediveckan under ST-tiden. Regelbundna möten för granskande av vetenskapliga artiklar sk Journal Clubs finns. ST-läkare uppmuntras att göra ortopedexamen och får 1v inläsningstid.

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

Samtliga ST-läkare har genomfört, eller planerar att genomföra, ett individuellt arbete enligt vetenskapliga principer samt ett kvalitetsarbete. Totalt avsätts 10 veckor varav 8 veckor för det vetenskapliga arbetet, inklusive vetenskaplig kurs. De flesta ST-läkare genomför sitt vetenskapliga arbetet under handledning från universitetssjukhus. I nuläget erbjuds ingen kurs i vetenskaplig metodik lokalt i regionen utan ST-läkare uppmanas söka en extern kurs. Kliniken har 1 disputerad specialist inom ortopedi. Det finns 1 doktorand på kliniken med planerad disputation våren 2026. Kvalitetsarbeten genomförs enligt målbeskrivningens krav.

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-läkarna har möjlighet att utveckla ledarskap och kommunikativ kompetens vilket sker kontinuerligt under det dagliga sjukvårdsarbetet. Utvärdering och återkoppling sker inte systematiskt i den kliniska vardagen. Samtliga ST fungerar som handledare åt de AT-läkare som är på kliniken, skriftliga instruktioner finns för detta men rutin för handledning under handledning saknas. Kurs för klinisk ledarskapsutbildning för ST-läkare finns inom regionen.

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

Vårdgivaren tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur bedömning av ST-läkarens kompetens ska göras.

Planerad åtgärd

Skriftliga riktlinjer uppdateras med förtydligande om hur bedömning av ST-läkarens kompetens ska göras.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Planeringsdag 12:e februari

Ansvarig för genomförandet

Maria Möllerström

Datum för uppföljning

20260217

Ansvarig för uppföljningen

Thomas Marnéus

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

ST-handboken redigeras för att även innefatta rutiner för hur bedömningar av ST-läkarens kompetens ska utföras i vår verksamhet. Det kommer att specificeras att varje ST-läkare ska ha genomfört minst 2 st DOPS och 2 st MiniCEX inför varje specialistkollegium.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Planeringsdag 12:e februari

Ansvarig för genomförandet

Maria Möllerström

Datum för uppföljning

20260217

Ansvarig för uppföljningen

Thomas Marnéus

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Införande av rutiner för bedömning och feedback vad gäller ledarskap och kommunikation i samband med rondarbete, samt införande av särskilda bedömningsveckor två gånger per år då fokus ligger på bedömningsinstrument och återkoppling.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Planeringsdag 20260212

Ansvarig för genomförandet

Maria Möllerström

Datum för uppföljning

20260217

Ansvarig för uppföljningen

Thomas Marnéus

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.

Planerad åtgärd

Införande av rutiner för bedömning och återkoppling i rondarbetet, samt införande av observatör när ST-läkaren är ansvarig för Journal Club, där observatören har som uppgift att återkoppla angående presentationen. Kommunikativ kompetens införs även som en punkt i mallen för handledningssamtal med huvudhandledare.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

20260212

Ansvarig för genomförandet

Maria Möllerström

Datum för uppföljning

20260217

Ansvarig för uppföljningen

Thomas Marnéus

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

Planerad åtgärd

Införande av rutiner för bedömning och återkoppling i rondarbetet, samt införande av observatör när ST-läkaren är ansvarig för Journal Club, där observatören har som uppgift att återkoppla angående presentationen. Kommunikativ kompetens införs även som en punkt i mallen för handledningssamtal med huvudhandledare.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

20260212

Ansvarig för genomförandet

Maria Möllerström

Datum för uppföljning

20260217

Ansvarig för uppföljningen

Thomas Marnéus

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Införande av återkopplingsmall för observatör i samband med Journal Club samt klinikens interna utbildningstillfällen, men även när ST-läkare föreläser för AT-läkare. Införande av observatörsroll och mall för återkoppling även vid undervisning i rondarbetet, gentemot annan personal, underläkare etc.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

20260212

Ansvarig för genomförandet

Maria Möllerström

Datum för uppföljning

20260217

Ansvarig för uppföljningen

Thomas Marnéus

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Införande av rutin för bedömning av ST-läkarens kompetens i handledning av studenter och AT-läkare, att utföras framför allt under rondarbete. Feedback-mall fylls i av överläkaren. En punkt för diskussion av handledarförmåga införs i mallen för handledarsamtal. ST-läkarens handledare är ansvarig för handledningen som ST-läkaren håller i (ofta vik ul). ST-handbok uppdateras även med att handledarkurs bör genomföras tidigt under ST, helst tillsammans med handledare.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

20260212

Ansvarig för genomförandet

Maria Möllerström

Datum för uppföljning

20260217

Ansvarig för uppföljningen

Thomas Marnéus