



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Vrinnevisjukhuset

Klinik

**Barn- och
ungdomspsykiatri**

Specialitet

2025-10-22 – 2025-10-23

Datum

Norrköping

Ort

Hilke Wulfers-Sievers och Tove

Marthin

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

- Engagerad VC med tydligt ledningsansvar och tydligt mandat.
- Utbildningsvänligt klimat.
- Bra bemanning med BUP-specialister.
- Ändamålsenliga lokaler.
- Tydliga roller och ansvarsfördelning i organisation av verksamheten.

Svagheter

- Kontinuerlig bedömning med i förväg kända instrument kan systematiseras bättre.
- Brister i kontinuerlig bedömning av ledarskap och vetenskapligt förhållningssätt.
- Alla ST-läkare har inte ännu ett fullständigt IUP upprättat.
- Rutiner finns för det mesta i verksamheten men inte fullt ut implementerat.
- Utveckla forum för hur verksamheten jobbar med vetenskapligt förhållningssätt, samt även för kvalitets och patientsäkerhetsarbete.

Förbättringspotential

- Implementering av rutiner kring strukturerad bedömning av ST-läkarens kompetensutveckling, via i förväg kända verktyg, vid tex sit-ins.
- Uppföljning och utvärdering av IUP kan göras mer systematiskt.
- Medsittning bör genomföras mer strukturerat.
- Handledning under handledning behöver komma igång.
- Kliniken skulle kunna ha glädje av att ha en lokal studierektor. I nuläget fyller VC denna funktion.
- Saknas rutiner för intern kvalitetsgranskning av ST utbildningen (mellan SPUR).
- Rullande schema för bedömning av ST-läkares pedagogiska insats vid tex återgivning efter kurs.
- Använda de blanketter och verktyg som finns.

STRUKTUR

A Verksamheten

Verksamheten ligger i centrala Norrköping och har upptagningsområde Östra Östergötland, 4 kommuner; Norrköping, Söderköping, Valdemarsvik och Finspång. Ca 39 000 barn i upptagningsområdet, varav kliniken ansvarar för 80%, resterande 20% hanteras av privat vårdgivare Aleris. Ca 8 % av barnen söker BUP vård. Kliniken ingår i ett länsövergripande Psykiatri-centrum där också Vuxenpsykiatri, Rättspsykiatri, Första linjen och BUP Universitetssjukhuset i Linköping, ingår. (Privata vårdgivare inom BUP ingår ej i centrum). På kliniken i Norrköping finns ett akutteam på kontorstid och mottagningsverksamhet som består av fem olika behandlingsteam (ett ätstörningsteam och fyra team som jobbar med behandling och utredning). Kliniken har också ett mellanvårdsteam. Ett BOP-team finns på deltid. Utanför kliniken finns också spädbarnsenhet, Barntraumateam och Barnahus. Ingen heldygnsvård finns på Kliniken. Vid behov av heldygnsvård och jourverksamhet utanför kontorstid finns detta i Linköping, där det finns 6 BUP vårdplatser för hela Östergötland.

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

På kliniken finns 7 specialistläkare varav flertalet jobbar deltid, totalt motsvarande ca 5 heltidstjänster. Åtta ST-läkare finns, varav 6 i tjänst. En ST går enligt 2021-års föreskrift. Alla specialistläkare har gått handledarutbildning och har nyligen blivit uppdaterade på nytt regelverk för 2021-års föreskrift. BUP-kliniken leds av en verksamhetschef som är närmaste chef för alla läkare. Totalt finns ca 80 anställda inklusive 3 enhetschefer. På kliniken finns förutom läkare; psykologer, psykoterapeuter, socionomer, logoped, arbetsterapeuter, specialpedagoger och administratörer. Det finns hög kompetens i medarbetargruppen inom såväl traumabehandling, ätstörningsvård som KBT och DBT. Kliniken har flera legitimerade psykoterapeuter och även sådana som är handledarutbildade. Kliniken tar emot läkarstudenter och ibland även AT-läkare. Randande ST från barnmedicin och Vuxenpsykiatri kommer regelbundet. Det finns en Regional Studierektor för Region Östergötland och en övergripande studierektor för BUP, sjukvårdsregion Syd-Ost.

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

Mottagningen i Norrköping har rimligt ändamålsenliga lokaler. Några rymliga grupprum finns och flera olika personalrum för fikapauser och lunch. Det finns möjlighet att koppla upp sig för digital samverkan med andra aktörer i flera besöksrum. Nästan alla ST-läkare har tillgång till egna rum. Några har önskat att dela rum. De flesta medarbetare har sina besök på de egna rummen. Det finns därutöver också tillgång till besöksrum och undersökningsrum med nödvändig medicinsk utrustning. Det finns tillgång till IT-baserade kliniska beslutsstöd inom Regionen.

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

Det finns skriftliga rutiner och styrdokument som beskriver ST-utbildningen. De dokument man hänvisar till är SFBUPS Rekommendationer samt det som ligger lokalt i ledningssystemet Documenta. Styrdokumentet är kända av ST-läkarna och huvudhandledargruppen och man vet var man kan hitta nödvändig information. Utbildningen är dock i sin helhet inte planerat på ett sätt att det utgår ifrån och är tydligt kopplat till målbeskrivningen. Målbeskrivningen är känd av ST och huvudhandledare. Individuell Utbildningsplan är känt som instrument av alla ST och HHL men enbart en ST har en sådan upprättad av högre kvalitet med tydlig koppling till delmålen i målbeskrivningen. Verksamheten har som mål att alla ST ska ha ett kvalitativt bra IUP. Den bristande kvaliteten av IUP drar ner bedömningen av tjänstgöringens upplägg och behöver därför förbättras. Uppföljning och utvärdering av IUP sker inte helt systematiskt. Jourtjänstgöringen utanför kontorstid är en kontinuerlig del av ST. Beredskapsjourer ingår för alla ST i hela länet, på alla BUP-kliniker, men patienterna tas emot i Linköping i anslutning till BUPs heldygnsvårdavdelning S102. Jourernas omfattning är ca 4 pass per 6 veckor per person. Verksamhetschefen har det övergripande utbildningsansvaret. Ansvarsfördelningen är mycket tydlig för alla på kliniken. Regional BUP-studierektor är också en viktig stödfunktion. Alla ST-läkare får en bred introduktion till sin ST vid start på kliniken där den Regionala Studierektorn deltar i upplägg av utbildningstjänsten. Alla medarbetare får en introduktion till arbetsplatsen i form av en basutbildning. En av ST-läkarna går integrerad BT/ ST, enligt 2021 års målbeskrivning. Resterande ST går enligt 2015 års regelverk. Kliniken har rutiner och struktur för båda regelverken.

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.

E Handledning och kompetensbedömning

Alla ST-läkare har en huvudhandledare (HHL) och de träffas regelbundet. Handledning ges regelbundet och schemaläggs. Alla HHL tjänstgör inte på samma klinik som ST men alla har genomgått HHL-utbildning. Uppdatering sker vid handledarträffar regelbundet. Det finns delade uppfattningar bland huvudhandledarna ifall alla utbildningsmoment verkligen behövs (tex jourtjänstgöring) vilket dessvärre leder till förvirring och risk för bristande utbildning för ST-läkarna. IUP som utgör en viktig grund för utbildningsplaneringen är inte genomförd hos alla ST. Vid sidotjänstgöring sker klinisk handledning av specialistkompetent läkare på grannkliniken. Sidotjänstgöring följs tyvärr inte strukturerat upp av HHL. Det finns alltid tillgång till klinisk handledare på den egna kliniken och det finns även god möjlighet att få instruktioner av andra yrkeskategorier än läkare. Tider för HHL schemaläggs och klinisk handledning också. Bedömning av ST läkarens kompetensutveckling sker regelbundet vid specialistkollegium dock inte i övrigt med i förväg kända instrument. Ingen enhetlig mall eller metodik används vid specialistkollegium. Ingen tydlig struktur för att sit ins /medsittningar genomförs och bedöms med förutbestämda verktyg. Rutinen finns men följs inte. Trots hög ambition att genomföra sit ins verkar det mycket svårt att få till ett praktiskt genomförande, regelbundet. Med hänsyn till att alla ST inte har ett komplett IUP så är kompetensbedömningen inte tydligt kopplad till delmål och IUP. Bristande IUP drar ner gradering generellt. VC tar del av kompetensbedömningen. Övergripande rutin finns för hur ST-läkarna ska bedömas men implementeringen kan bli bättre. Dokumentation av handledningstillfällen hanteras helt olika utan tydlig struktur, vissa dokumenterar inte alls. En HHL jobbar inte kvar på kliniken men har fortfarande god kännedom om klinikens organisation och ST läkarens arbete.

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

Planering finns för extern utbildning i form av kurser och seminarier, men dessa är inte alltid tydligt kopplade till ST-målen via IUP. Återigen drar bristfälliga IUP ner bedömningen. ST går specialitetsspecifika, nationella, Metiskurser samt regionala kurser för A-och B - delmål. ST har möjlighet att delta på regionala ST-utbildningsdagar. Det finns dessutom tillgång till intern BUP-utbildning för hela klinikens personal, tex BUP-BAS mm. Internutbildning finns också i anslutning till läkarträffar. Ibland ges internutbildning i form av gäster från angränsande verksamheter. Internutbildning erbjuds således i olika former men identifieras inte alltid som intern utbildning av ST läkarna själva. Internutbildning är heller inte kopplad till delmål m.h.a IUP. ST-läkarnas utbildning prioriteras av verksamheten. Alla har schemalagd inläsningstid 4 h / vecka, på självvald tid.

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

Föreskrift

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

Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

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

Allmänna råd

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

Kvalitetsindikator

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

Gradering

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☐ | ☐ | 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

ST-läkarna går kurs i vetenskaplig metodik och ges möjlighet till vetenskapligt arbete. Möjlighet finns att tillgodoräkna sig tidigare vetenskapliga arbeten eller forskningserfarenhet. Kontinuerlig bedömning av ST-läkarnas kompetens att kritiskt granska och värdera vetenskapliga arbeten görs ej strukturerat/inte alls utöver när det vetenskapliga arbetet skrivs. Vetenskapligt förhållningssätt tränas tex på METIS-kurser och inför förberedelser till dessa. Det finns möjlighet till deltagande i regional Journal Club men i praktiken används inte detta. Enstaka artiklar granskas ibland på läkarträffar eller liknande men inte strukturerat och regelbundet. Kvalitetsutvecklingsarbete- och patientsäkerhetsarbete görs som ett enskilt projekt där VC eller ST själv kommer med idéer till uppgift. Kontinuerlig bedömning och återkoppling på dessa arbete sker dock inte . Koppling finns till doktorandprogram i regionen. Forskningsintresse uppmuntras.

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

Föreskrift

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

Föreskrift (endast 2015)

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

Allmänna råd

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

Kvalitetsindikatorer

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

Kvalitetsindikator (endast 2021)

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

Gradering

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☐ | ☐ | 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

Möjlighet finns för ST-läkarna att träna ledarskap och kommunikation, bl.a. genom att ta ansvar för att leda läkarmötena. Ingen strukturerad rutin finns för kontinuerlig bedömning och återkoppling av ST-läkarnas ledarskapsförmåga men ST upplever ändå att de får feedback i form av muntliga kommentarer. Det finns inga enhetliga mallar /instrument för kontinuerlig bedömning. ST-läkarna får ledarskapsutbildning regionalt.

Ledarskapskompetens och kommunikationsförmåga bedöms inför specialistkollegium ca 1 g/ år, bl.a. via 360 graders skattning. Alla ST har dock inte använt detta. Möjlighet finns för ST-läkarna att handleda och utbilda studenter, AT läkare och andra yrkesgrupper men handledning på handledningen har inte kommit igång än. ST läkare återkopplar till läkargruppen efter Metiskurser men får ingen strukturerad återkoppling eller bedömning på detta kopplat till något delmål. Planering finns för handledning under handledning och kontinuerlig bedömning av handledarkompetens. Handledning och återkoppling i kommunikativ kompetens ges kontinuerligt men inte enligt någon enhetlig mall.

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

Föreskrift

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

Allmänna råd

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

Kvalitetsindikatorer

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

Gradering

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☐ | ☐ | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| ☐ | ☐ | B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. |
| ☒ | ☒ | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas. |
| ☐ | ☐ | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs. |

HANDLINGSPLAN

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

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

Alla ST-läkare ska en fullständig och aktuell Individuell Utecklingsplan (IUP) . IUP ska skrivas för kliniken ST-läkare som ännu inte har detta och slutföras för de som påbörjat arbetet med en IUP. IUP stäms av med huvudhandledare och verksamhetschef. IUP ska sedan följas upp vid halvtid avstämning och slutavstämning samt vid utvecklingssamtal och en gång per termin i huvudhandledning. Mall finns som ST-läkare med fördel kan använda vid utformning av IUP.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026-08-31

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef Ingela Björklund tillsammans med huvudhandledare

Datum för uppföljning

2026-09-02

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef Ingela Björklund

D. Tjänstgöringens upplägg

Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.

Planerad åtgärd

IUP ska sedan följas upp vid halvtid avstämning och slutavstämning samt vid utvecklingssamtal och en gång per termin i huvudhandledning. Mall finns som ST-läkare med fördel kan använda vid utformning av IUP.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Införs när respektive ST-läkare har sin IUP färdig dvs. senast 260831. För de ST-läkare som har IUP införs åtgärden omgående

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef Ingela Björklund tillsammans med huvudhandledare

Datum för uppföljning

2026-09-02 samt därefter kontinuerligt vid första läkarmötet varje termin

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef Ingela Björklund

E. Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Huvudhandledare utbildas redan nu varje år av ST-studierektor. Denna utbildning fortgår men kompletteras med diskussioner med huvudhandledargruppen och verksamhetschef samt att verksamhetschef säkerställer att alla huvudhandledare har skattningsformulär som används vid huvudhandledning. Verksamhetschef ser till att rutindokument för St-läkare där handledningsrutin finns beskriven blir implementerat. IUPer utformas/slutförs. När detta skett ansvarar huvudhandledare för att ST-läkarens kompetens bedöms utifrån IUP och målbeskrivning

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Inför efter att IUP blivit klar för respektive ST-läkare

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef Ingela Björklund tillsammans med huvudhandledare

Datum för uppföljning

Träff för klinikens handledare december 2026

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef Ingela Björklund

E. Handledning och kompetensbedömning

Verksamheten har rutiner för hur den kontinuerliga bedömningen dokumenteras (För ST enligt 2015:8 är verksamhetschef ansvarig enligt ovan)

Planerad åtgärd

I klinikens rutindokument för ST- läkare framgår hur handledning och bedömning ska dokumenteras. Detta dokument tydliggörs för samtliga ST-läkare och klinikens samtliga specialister som handleder ST-läkare.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Juni 2026

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef Ingela Björklund

Datum för uppföljning

2026-12-09

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef Ingela Björklund

E.Handledning och kompetensbedömning

Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.

Planerad åtgärd

Bedömning av ST-läkarens kompetens ska ske genom i förväg kända instrument och genom Sit in. Verksamhetschef ser till att instrument blir kända och huvudhandledare samt kliniska handledare ansvarar för att använda dessa. Utöver detta säkerställs att sit in bokas in kontinuerligt och kliniska handledare uppmuntras att använda detta i daglig jourverksamhet där St-läkare är primärjour och kliniska handledare ofta är bakjour

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Införs omgående

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef Ingela Björklund tillsammans med huvudhandledare

Datum för uppföljning

Juni 2026

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef Ingela Björklund

F. Teoretisk utbildning

Teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras in i enlighet med målbeskrivningen och individuella utbildningsprogrammet.

Planerad åtgärd

I och med att IUP ska skrivas för samtligt ST-läkare kommer teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras utifrån IUP och i enlighet med målbeskrivning

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026-08-31

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef Ingela Björklund tillsammans med huvudhandledare

Datum för uppföljning

Läkarmöte 2026-09-02

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef Ingela Björklund

F. Teoretisk utbildning

ST-läkarna genomgår den utbildning som planerats i enlighet med målbeskrivningen och det individuella utbildningsprogrammet.

Planerad åtgärd

Kommer ske i och med att IUP utformas för varje ST-läkare.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026-08-31

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef Ingela Björklund

Datum för uppföljning

Läkarmöte 2026-09-02

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef Ingela Björklund

G. Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

ST-läkarens kompetens inom medicinsk vetenskap bedöms utifrån kunskap kring vetenskapliga metoder och forskningsetiska principer.

Planerad åtgärd

ST-läkarna deltar i journalclub tillsammans med läkare på BUP US. ST-läkare presenterar forskningsrapport eller kommenterar/deltar i dialog kring annan ST läkares presentation av forskningsrapport på journalclub. Då kan klinisk handledare/ huvudhandledare delta på journalclub tillsammans med ST och värdera hur ST-läkaren presenterar eller kommenterar resonerar och förstår vetenskapliga metoder och forskningsetiska principer.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026-09-01

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef Ingela Björklund

Datum för uppföljning

2026-12-09

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef Ingela Björklund

G. Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

ST-läkaren bedöms utifrån förmågan att kunna kritiskt granska och värdera vetenskaplig information, samt i sitt arbete ta ansvar för att omsätta och tillämpa denna kunskap.

Planerad åtgärd

Klinisk handledare och huvudhandledare under handledning värderar hur ST-läkaren handlägger kliniska ärenden enligt evidens och beprövad erfarenhet. ST-läkare uppmuntras att tillsammans med klinisk handlare och/eller huvudhandledare att under handledning tillsammans titta på forskningsartiklar och resonera utifrån dem att ST-läkaren ombedes redovisa artiklar, söka svar på frågor via artiklar och återkomma. ST-läkaren presenterar sitt vetenskapliga arbete på läkarmöte samt vad som varit den vetenskapliga grunden till arbetet. Presentationen bedöms av handlare utifrån tillämplig och värdering av hur den vetenskapliga information tillämpats.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026-09-01

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef Ingela Björklund

Datum för uppföljning

2026-12-09

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef Ingela Björklund

G. Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

ST-läkaren deltar i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i sådan utsträckning att förutsättningar för delmåluppfyllelse föreligger.

Planerad åtgärd

ST-läkaren gör sitt " eget" kvalitetsarbete. Utöver det fångas upp i andra utvecklingsarbeten på kliniken som deltagare, konsult eller referens. Klinisk handledare/huvudhandledare värderar insatserna. ST-läkaren presenterar sitt vetenskapliga arbete på läkarmöte samt vad som varit den vetenskapliga grunden till arbetet. Presentationen bedöms av handlare utifrån tillämplig och värdering av hur den vetenskapliga information tillämpats.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Påbörjas omgående

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef Ingela Björklund

Datum för uppföljning

2026-12-09

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef Ingela Björklund

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

När ST-läkare föreläser på klinikens utses ansvarig specialistläkare som återkopplar efter undervisningstillfället. Under perioder av ST-utbildningen deltar ST-läkare i ronder med sjuksköterskor och kliniskhandlare. Utifrån hur ST-läkare vid dessa tillfällen undervisar sjuksköterskor bedömer och återkopplar klinisk handledare.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Påbörjas omgående

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef Ingela Björklund

Datum för uppföljning

Läkarmöte 2026-09-02

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef Ingela Björklund

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

St-läkare på kliniken handleder kontinuerligt AT-läkare. För varje tillfälle ST-läkare handledare AT-läkare bokas en tid där klinisk handledare eller huvudhandlare deltar i handledningen och därefter ger återkoppling till ST-läkaren ST-läkare deltar i rond med sjuksköterskor tillsammans med klinisk handledare. När det är lämpligt handleder ST-läkaren sjuksköterskan och ges därefter åtkoppling från kliniska handledaren.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Påbörjas omgående

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef Ingela Björklund

Datum för uppföljning

Läkarmöte 2026-09-02

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef Ingela Björklund