



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Södersjukhuset

Klinik

Akutsjukvård

Specialitet

2025-11-13 – 2025-11-14

Datum

Stockholm

Ort

Ingmarie Hässler och Angela Falk

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

- Akutsjukvård är etablerad som specialitet på sjukhuset med verksamhet 24/7
- Kliniken har en god ratio specialist/STläkare
- Ledningsläkare är i tjänst dygnet runt
- Linjelöst teamarbete
- Stort patientunderlag med högt flöde vilket ger möjlighet att öva ledarskapskompetens och logistik
- Välstrukturerad internutbildning som prioriteras, håller hög nivå samt är kopplad till målbeskrivningen.
- Engagerad studierektor som har hög ambition för förbättrad ST-utbildning
- ST-läkares vetenskapliga arbeten har publicerats i vetenskaplig tidskrift. Journal club genomförs regelbundet. Välfungerande doktorandprogram
- Kliniken organiserar egen utbildning med certifiering i Ultraljud
- Akutläkare har en aktiv roll i alla larm på akuten
- Moderna lokaler med i dagsläget tillräcklig utrustning för övervakning och behandling

Svagheter

- Justeringar i utbildningsprogrammet behövs för att nå kompetens inom ÖNH, ögon, barnmedicin och ortopedi. 2 kap §1 (2021:8) 4 kap §1 (2015:8)
- ST- läkarna har svårt att uppnå reell kompetens i att självständigt behärska critical care: Ex thoraxdrän, behandling med vasopressorer, procedursedering. Delmål c5(2015:8), STc5(2021:8)
- Sit ins genomförs delvis sporadiskt och kopplas inte till delmål. 5 kap §1(2021:8) 3 kap §4 (2015:8)
- Handledningen utgår delvis från IUP men är inte tydligt kopplade till delmålen. 4 kap §2 (2021:8) 3 kap §1 (2015:8)
- Strukturerad kompetenstrappa till olika kliniska ansvarspositioner saknas.
- Motsättning mellan produktionskrav och utbildningsuppdrag medför att instruktionshandledning har svårt att inkorporeras i dagliga arbetet. 4 kap §5 (2021:8) 3 kap §2 (2015:8)
- Bedömning och återkoppling avseende vetenskaplig kompetens och omsättning av denna i kliniska arbetet genomförs inte. Delmål STa3, STa6 (2021:8) a5 (2015:8)
- ST läkare ges möjlighet att undervisa samt exponeras för kommunikations- och ledarskapssituationer men bedömning och återkoppling genomförs inte strukturerat. Delmål STa5 (2021:8) a1, b1(2015:8)
- Kontinuerlig bedömning och återkoppling avseende kompetens i kvalitets- och patientsäkerhetsarbete genomförs otillräckligt. Delmål STa2 (2021:8) a4 (2015:8)
- Övergripande bedömning av ST läkares kompetens försvåras av att specialister och ST läkare enbart arbetar enstaka pass med varandra.

Förbättringspotential

- Skapa och implementera rutiner för kontinuerlig strukturell bedömning, handledning och återkoppling på ST-läkarens kompetensutveckling i löpande arbete kopplat till målbeskrivningen på delmålsnivå för samtliga A, B och C-delmål.
- Inför rutiner för kontinuerlig återkoppling på vetenskaplig, ledarskaps- och pedagogisk kompetens samt få in det i vardagen.
- Justera randningsupplägg inom ögon, ortopedi och barn så att alla ST-läkare kan nå målluppfyllelse.
- Utbildning avseende hantering av klinikkens medicintekniska utrustning kan struktureras för att bli mera heltäckande.
- Implementera korrekt användning av befintliga sit in-dokument kopplade till delmålen.
- Koppla Specialistkollegium till delmålen så att ST-läkaren kan följa sin progression.
- Se över möjlighet att öka utbyte/kalibrering mellan handledare.
- Utnyttja de existerande tillfällen som finns på kliniken för avancerade akuta interventioner tex thoraxdrän samt inotropi för att underlätta uppfyllelse av delmål c1 och c4 (STc1 och STc4). Se SWESEMs "Akutläkarens kompetens och akutsjukvårdens uppdrag enligt SWESEM".
- Kliniken behöver skapa förutsättningar till kontinuerlig specialisthandledning under kliniskt arbete. Fundera på förändrad schemaläggning för att få ST och HL i samma pass/team, tex blockschemaläggning, "Specialist sit in-pass".
- Inför introduktionsprogram och kompetenstrappa till kliniska ansvarspositioner på akuten. (ex Handledare på team, Larmteam)
- Fastställ verksamhetens resurstilldelning och mål för ST-utbildning.

STRUKTUR

A Verksamheten

Akutkliniken omfattar akutmottagningen vid Södersjukhuset (SÖS) samt en mindre CDU enhet där patienter kan kvarstanna upp till 24 h. Akutmottagningen tar varje år emot cirka 90 000 patienter. Kliniken handlägger vuxna patienter inom de internmedicinska specialiteterna samt vuxna och barn från 15 år inom kirurgi och ortopedi dygnets alla timmar. Akutläkarna ansvarar för larm och initial handläggning av patienter med akuta tillstånd och arbetar i linjelösa team. Kliniken har en ledningsläkarfunktion dygnet runt som bemannas av specialist i akutsjukvård. Vårdgivaren tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur specialiseringstjänstgöringen ska genomföras samt hur ST läkarnas kompetens ska bedömas.

Verksamheten ger möjlighet till exponering för critical care under kliniskt arbete men det handläggs till för stor del av andra specialiteter. Måluppfyllelse är därför begränsad och behöver utvecklas ytterligare. En stor del av den lättare ortopedin som omfattas i målbeskrivningen handläggs inte på akutmottagningen utan på angränsande Näarakut. Randningar planeras in i utbildningsprogrammet för att tillgodose de delmål som inte täcks på hemkliniken. ÖNH randning är i dagsläget inte obligatorisk och enbart enstaka patienter med ÖNH sjukdomar handläggs av ST läkare på akutmottagningen. Ögonrandningen består idag av 2 dagar auskultation utan möjlighet till tillräcklig färdighetsträning och bedömning. Barnmedicinrandning genomförs under 6 v period första ST året. En 8v randning med fokus på barnkirurgi/ortopedi genomförs under senare delen av ST, exponeringen för barnmedicinska patienter anses vara i nederkant för att kunna uppfylla målbeskrivningen.

Tjänstgöringen är i dagsläget inte tillräckligt allsidig för att måluppfyllelse ska uppnås 2 kap §1 (2021:8) 4 kap §1 (2015:8) Justeringar i utbildningsprogrammet behövs för att nå kompetens inom Critical Care, ÖNH, ögon, barnmedicin och ortopedi.

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

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | B. Socialstyrelsens föreskrifter följs. |
| <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs. |

B Medarbetarstab och interna kompetenser

Kliniken har en läkarstab med 54 specialister i akutsjukvård och 28 ST-läkare. Samtliga huvudhandledare är specialister i akutsjukvård och har genomgått handledarutbildning enligt gällande föreskrift. Nya specialister som tillkommit under året planeras gå handledarutbildning.

Studierektor är specialist i akutsjukvård och kirurgi, har handledarutbildning och ett tydligt skriftligt uppdrag med avsatt tid. Specialist/er i akutsjukvård är schemalagda kliniskt dygnet runt. Handledarträffar hålls två gånger per år i samband med specialistläkardagarna.

Det finns skriftliga instruktioner för hur handledningen skall gå till.

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 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs. |

C Lokaler och utrustning

SÖS nuvarande lokaler invigdes 2020 och är dimensionerade för 135 000 besök/ år. Lokalerna är väl anpassade för kliniskt arbete och samt utbildning. Den tekniska utrustningen bedöms som adekvat för övervakning, diagnostik och behandling. ST-läkarna har tillgång till öppet kontorslandskap med arbetsplatser med dator och inloggning till journalsystem dygnet runt. Kliniken har även tillgång till relevanta IT-baserade beslutsstöd och vetenskapliga databaser. Möteslokal för enskilda samtal 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 | |
|----------------------------------|----------------------------------|---|
| <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | A. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | B. Socialstyrelsens föreskrifter. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs. |

PROCESS

D Tjänstgöringens upplägg

Verksamheten har skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska tillämpas och hur ST-tjänstgöringen planeras och följs upp, dessa är kända av ST läkare samt handledare och används. Varje ST-läkare har ett individuellt utbildningsprogram (IUP) som utgår från Socialstyrelsens målbeskrivning och omfattar de utbildningsmoment som krävs för att uppnå specialistkompetens.

IUP skall följas upp årligen enligt skriftlig rutin men uppföljningen sker inte konsekvent för samtliga ST-läkare. Då en del ST läkare också genomför handledarsamtal med glesa intervall genomförs inte regelbunden revidering av IUP med individuella justeringar för att uppnå delmålen.

Planeringen av tjänstgöring och randningar sker i samråd med handledare och studierektor. IUP är kopplad till delmålen i målbeskrivningen och anger både planerade lärandeaktiviteter och metoder för bedömning av måluppfyllelse, såsom Mini-CEX, DOPS, Sit-in, CBD och årliga specialistkollegium. Medsittningar genomförs i varierande grad. Studierektor tar del av specialistkollegium men inte av medsittningar. Specialistkollegium är inte tydligt kopplade till delmålen. Procedurer dokumenteras i loggbok och följs upp av huvudhandledare och studierektor. Studierektor har en uppdragsbeskrivning med avsatt tid och ansvarar för samordning av interna och externa utbildningsaktiviteter samt introduktionsprogrammet för nya ST-läkare. Legitimerade läkare som arbetar på kliniken med sikte på att påbörja ST har en IUP och en handledare.

För att följa socialstyrelsens riktlinjer behöver regelbunden revidering av IUP utföras för samtliga ST-läkare. 3 kap §6 (2021:8) 4 kap §3 (2015:8) Åtgärder krävs.

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 huvudhandledare som är specialist i akutsjukvård och har genomgått handledarutbildning. Studierektor ansvarar för samordning, handledarstöd och årlig uppföljning.

Tydlig handledarmanual med instruktioner för handledning finns men används sporadiskt. Klinikrutin är att handledare och adept ska önska handledarsamtal i sina schemönskemål. I praktiken har detta inte genomförts i samtliga fall och för vissa handledare/adept-par sker handledarsamtal glest med enstaka möten per år. Därmed ges inte samtliga ST läkare möjlighet till kontinuerlig handledning med utgångspunkt i IUP.

Rutiner för formativa bedömningsmetoder (Mini-CEX, DOPS, CBD) finns men genomförs i praktiken i varierande grad. Trots att dokumentationsmallen vid medsittningar innefattar koppling till delmål används inte den delen konsekvent. Klinikens krav på minst 6 bedömningar/år uppfylls inte för alla ST läkare. Specialist finns i tjänst men upplägget av kliniska arbetet innebär i praktiken relativt liten tillgång till handledning av specialist då specialisten är upptagen med patientarbete eller handledning av juniora kollegor (AT/BT). Kliniken består av många medarbetare och enskilda specialister och ST läkare arbetar sällan tillsammans mer än enstaka pass vilket försvårar bedömning av styrkor, svagheter och kompetensnivå.

Kliniken uppfyller inte författningens krav på kontinuerlig handledning och bedömning av ST läkares kompetensutveckling kopplat till delmål. Brister har framkommit för följsamhet till socialstyrelsens författning 4 kap §2 (2021:8) 3 kap §1 (2015:8). 5 kap §7 (2021:8) 3 kap §4 (2015:8) Åtgärder krävs

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 sidutbildning följs upp.

Gradering

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. |
| <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs. |

F Teoretisk utbildning

ST-utbildningen är strukturerad i ett femårigt program som följer Socialstyrelsens målbeskrivning och SWESEM:s Core Curriculum. Utbildningen omfattar åtta schemalagda utbildningsdagar per år med tillhörande inläsningsdagar, samt ett särskilt Critical Care-år med fokus på luftvägar, ventilation, cirkulation, sedering och ledarskap. Deltentamina används som uppföljningsmoment för att säkerställa måluppfyllelse inom respektive kunskapsområde.

Den teoretiska utbildningen är systematiskt uppbyggd och täcker de områden som anges i Core Curriculum. Lärandemålen är kopplade till delmål i målbeskrivningen. Materialet utgår från SWESEM:s och LUCEM:s utbildningsmoduler och kompletteras med relevanta patientfall, simuleringar och journal clubs. ST-läkarna deltar dessutom i regionsgemensamma utbildningsdagar och kurser inom ledarskap, vetenskap och organisation enligt regional plan.

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 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs. |

G Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Kliniken har fem disputerade medarbetare (fyra läkare och en sjuksköterska) och fyra doktorander, vilket bidrar till ett akademiskt klimat. ST-läkarna genomför vetenskapligt arbete och förbättringsprojekt enligt Socialstyrelsens föreskrifter. Verksamheten har en tydlig struktur för detta, där varje ST-läkare planerar, genomför och redovisar ett vetenskapligt arbete samt ett förbättringsarbete under utbildningens gång. Arbetena presenteras på klinikmöten eller under sjukhusets FoUUi-vecka och dokumenteras i IUP. Flera ST arbeten har presenterats på vetenskapliga sammankomster de senaste 2 åren. Det finns ett fungerande doktorandprogram. Journal Clubs genomförs regelbundet via internutbildningen men ingen struktur för återkoppling finns. ST läkare bedöms inte kontinuerlig i förmåga att granska vetenskaplig information samt förmåga att omsätta och tillämpa kunskapen.

Förbättringsarbeten planeras och följs upp och presenteras via klinikens internutbildning. ST läkare genomför ett förbättringsarbete och presenterar en händelseanalys på M&M, de deltar dock inte i analysarbetet. Det finns inga rutiner för kontinuerlig återkoppling på kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

I dagsläget föreligger inte följsamhet till Socialstyrelsens föreskrifter avseende bedömning och återkoppling på vetenskaplig analysförmåga STa3 (2021:8) Delmål a5 (2015:8) och deltagande i kvalitets och patientsäkerhetsarbete. STa2 (2021:8) Delmål a4 (2015:8) Åtgärder krävs.

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 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. |
| <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs. |

H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarna får gradvis ökat ledaransvar i den kliniska verksamheten genom roller som handledare på student- och handledarmoduler. De får också utbildning enligt CEPS- Grund, stroke och trauma. De får däremot inte utbildning i hur de skall hantera flödet. Sitin med feedback på ledarskap och kommunikativ kompetens genomförs sparsamt eller inte alls. Det saknas kompetenstrappa för de olika positionerna. Det finns struktur för att bedöma ledarskapsförmåga och kommunikativ kompetens genom Mini-CEX, CBD och Sit-in men det genomförs inte i praktiken.

Det finns en struktur för handledning under handledning i ST-programmet, där ST-läkare förväntas leda och undervisa yngre kollegor och studenter under observation och återkoppling av specialist. Trots denna struktur genomförs handledning under handledning mycket sällan i praktiken.

ST läkarna ges möjlighet att undervisa inom ramen för internutbildning men strukturerad återkoppling genomförs inte.

Sammantaget medför detta att ST-läkarens undervisnings-, handlednings- och ledarskapsförmåga sällan eller aldrig bedöms och återkopplas.

Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter STa5 5 kap §7 (2021:8) Delmål a1, 3 kap §4 (2015:8) STa6 (2021:8) Delmål a1, b1 (2015:8)

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 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. |
| <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas. |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs. |

A. Verksamheten

Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig.

Planerad åtgärd

1. Critical Care inom kliniskt arbete:

- **A: Stående punkt vid uppstartsmöten:** Vid varje uppstartsmöte ska ledningsläkaren efterfråga vilka procedurer eller färdigheter de närvarande ST-läkarna har behov av att träna på under arbetspasset.
- **B: Tillkallande av ST-läkare vid procedurer:** Ledningsläkare och specialister ska aktivt tillkalla ST-läkare när relevanta procedurer uppkommer under passet, exempelvis suprapubisk kateterisering, inläggning av thoraxdrän eller initiering av NIV. Inför varje procedur ska en kort avstämning göras kring hur stor del av momentet ST-läkaren kan och bör genomföra, baserat på aktuell kompetensnivå. Om ST-läkaren utför proceduren under handledning ska detta följas av skriftlig återkoppling och bedömning.
- **C: Handläggning av särskilda patientgrupper:** Samma arbetssätt ska tillämpas även för särskilda patientgrupper, exempelvis patienter inom ögon- och ÖNH-området, för att säkerställa att dessa inte enbart handläggs av specialist i triage utan att ST-läkare tillkallas när det finns utbildningsvärde.
- **D: Interprofessionell grupp för Critical Care:** Under 2026 planeras bildandet av en ny interprofessionell arbetsgrupp på akutmottagningen med fokus på utbildning och utveckling inom Critical Care. Syftet är att stärka omhändertagandet av de mest akut sjuka patienterna samt öka möjligheterna till kompetensutveckling inom teamet, inklusive ST-läkare, specialister, sjuksköterskor och undersköterskor.
- **E. Plan för egen IMA inom VO Akut:** En detaljerad plan har utarbetats för etablering av en egen intermediärvårdsavdelning (IMA) inom VO Akut, men tidpunkt för öppnande är ännu inte fastställd. En sådan enhet skulle innebära betydande vinster för både utbildning och patientomhändertagande, genom ökade möjligheter till träning i Critical Care, mer strukturerad kompetensbedömning av ST-läkare samt ett tätare kliniskt samarbete mellan ST-läkare och specialister.

2. **Ortoped, ÖNH, Ögon, Barn:** Pilotprojekt starta vecka 36/2026 med en 4 veckors randning på Näarakut (Rosenlund, Nacka, Handen) för att träffa: lättare ortopedpatienter, ÖNH, Ögon och barn. Utvärdering efteråt om det har uppfyllt förväntningar, om det utfaller positivt ska det bli en obligatorisk randning inom ST.
3. **ÖNH:** Vi har nyligen återfått ett visst antal fasta randningstider/-platser vid ÖNH-akuten i Huddinge. Dessa är dock tyvärr inte tillräckliga för att täcka behovet för samtliga ST-läkare i akutsjukvård i Stockholm. Akutmottagningen på SÖS har därför initierat ett projekt, med stöd från Regionalt Programområde (RPO) ÖNH samt Programområde (PRO) Akutvård, med syfte att försöka utöka antalet randningsplatser inom ÖNH. Detta planeras ske genom ett utökat samarbete med verksamheter inom öron-, näs- och halssjukvården i Region Stockholm–Gotland.
4. **ÖNH:** Om ÖNH -Akut kurs på Karolinska Huddinge (teori & redskap & praktisk träning) blir återinförd, så ska den bli obligatorisk.
5. **ÖNH/ Ögon:** Intern ST utbildning - redan genomfört (HT 2024) + inplanerad som återkommande punkt i ST utbildning: "Akut oftalmologi" och "enligt SWESEMS

utbildningsskott för färdighetsträning, samma utbildningsmoment även för “Akut ÖNH” planerat.

6. **Ögon:** Pågående diskussion med Ögonakuten på SÖS om eventuell utökning av auskultation på ögon från nuvarande 2 dagar till flera dagar med vikt på färdighetsträning/ användning av redskap. Även pågående nytt försök att få möjlighet till randning/auskultation på St. Eriks ögonsjukhus, som tidigare tackade nej.
7. **Barn:** Planerat möte för att göra ett förtydligande till ansvariga vid barnakuten på Karolinska samt till schemaläggare gällande upplägget för randning av ST-läkare i akutsjukvård. Den nuvarande strukturen med randning vid Sachsska barn- och ungdomssjukhuset (6 veckor) och Karolinska barnakuten (8 veckor) är utformad för att komplettera varandra. Placeringarna är inte avsedda att innebära en strikt uppdelning mellan enbart medicinska respektive enbart kirurgiska/ortopediska patienter. Vid Sachsska dominerar medicinska patienter, men även kirurgiska och ortopediska fall förekommer. Vid Karolinska barnakuten finns båda patientgrupperna i stor utsträckning. För att uppfylla målbeskrivningen för ST i akutsjukvård ligger en större del av placeringen där på den kirurgiska/ortopediska sidan, men inte uteslutande. Syftet med detta förtydligande/ möte är att säkerställa att ST-läkare även under placeringen på Karolinska barnakuten får möta en blandning av medicinska och kirurgiska/ortopediska barn.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Några projekt redan på gång, andra kommer i gång under 2026 , senaste datum för en av åtgärden är januari 2027

Ansvarig för genomförandet

Ledningsläkare, specialister, läkarcheferna, VO chef, ST studierektor, ST utbildningsansvarig

Datum för uppföljning

Första uppföljning: Höst 2026 genom utskick av enkät till specialisterna och ST, tilläggsuppföljning sommar 2027

Ansvarig för uppföljningen

ST studierektor

D. Tjänstgöringens upplägg

Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.

Planerad åtgärd

Handledarsamtal och IUP: Förtydligande att det ska genomföras minst sex handledarsamtal per år för varje ST-läkare. I samband med dessa samtal ska den individuella utbildningsplanen (IUP) följas upp minst två gånger per år och revideras vid behov. Återkoppling till studierektor: Revideringar av IUP delges studierektor. Den digitaliserade IUP:n delas mellan huvudhandledare och studierektor för att skapa insyn i uppdateringar och förändringar.

Medarbetarsamtal: IUP följs även upp vid medarbetarsamtal med läkarchef (som företräder verksamhetschef), med fokus på a- och b-delmål samt eventuella avvikelser och patientsäkerhetsfrågor.

Årliga avstämningar: ST-studierektor gör årliga avstämningar med alla ST-läkare i början av året och en uppföljning och eventuell revidering av IUP inför hösten. Vid behov sker ytterligare uppföljning under året.

Information från huvudhandledare: Huvudhandledare lämnar löpande information till ST-studierektor om bedömningar (Mini-CEX, DOPS, CBD) som avviker från förväntad kompetensnivå eller om planerat antal med sittningar inte uppfylls. Detta är en etablerad rutin på kliniken.

Specialistkollegium: Formuläret inför Specialistkollegium har reviderats och tydligare kopplats till delmål och kompetensnivå. Uppföljning sker i samverkan mellan studierektor och huvudhandledare.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Vår 2026

Ansvarig för genomförandet

ST läkarna, huvudhandledare, läkarcheferna, ST studierektor

Datum för uppföljning

Första uppföljning: Höst 2026 genom utskicka av enkät till specialisterna och ST

Ansvarig för uppföljningen

ST studierektor

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

1. Schemaraden planeras ändras så att specialist och ST-läkare i största möjliga mån sitter tillsammans på samma modul, med särskilt fokus på yngre ST (år 1–3). Ledningsläkare planeras frikopplas från andra uppgifter i större utsträckning för att kunna ge mer handledning och stöd till ST-läkare, särskilt om ST inte sitter med specialist på samma modul.
2. Införande av EPA – kompetenstrappa
3. Förtydligande av olika rollen i kompetenstrappan. Introduktion till de olika stegen av specifika personer som är ansvariga för de områdena:
 - Larmkompetens, Handledarkompetens (studentmodul, handledarmodul (AT/BT), Liberokompetens (CDU ansvarig), Ledningsläkarkompetens (bakjournskomptens).
4. Förtydligande att genomförande av sit-ins är obligatoriskt och att ST ska lämna in minst 6/år per kategori (Mini CEX, DOPS, CBD) till huvudhandledaren, som i sin tur informera ST studierektor i fall de avviker eller antalet inte uppfylls.
5. Skaffa förutsättningar för genomförande av sit-ins genom att det blir en obligatorisk del i överlappningstiden. Mellan klockan 13.00 och 15:00 finns det ledningsläkarrollen dubbelt bemannat och tex avgående ledningsläkare kan genomför minst en sit-in med en ST under den tiden. Även på modulerna ska man utnyttja överlappningstiden för sit-in (specialist på modul gör sit-in med ST på modul). Allt under beaktande av aktuell situation på akuten.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

för ST på ST utbildningsdag i maj 2026, för specialisterna på specialistläkardag i april 2026

Ansvarig för genomförandet

ST studierektor , läkarcheferna

Datum för uppföljning

Höst 2026 genom utskicka av enkät till specialisterna och ST

Ansvarig för uppföljningen

ST studierektor

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

1. **“Workshop för handledare”**: - Förnyat förklaring och introduktion av kompetenstrappan (EPA) - Förtydligande info om att handledarmöten (huvudhandledande specialist + adept) är obligatoriska, minsta antal 6/år, inklusive genomgång och revidering av IUP 2/år samt koppling till EPA - Förtydligande info om att huvudhandledare och ST-läkaren ska inhämta återkoppling efter genomförd randning och följa upp det vid handledarsamtal - Förbättrad hantering av handledarsamtal i schemaprocessen
2. **Handledarsamtal** För att förbättra systemet för bokning av handledarsamtal och säkerställa giltighet för samtliga ST-läkare och huvudhandledare införs en obligatorisk ruta vid inlämning av schemaönskemål där datum och tid för handledarsamtal ska anges. Som tidigare kommunicerats är schemalaggningsen hos oss individuell. För att möta alla parter behov och förväntningar har kliniken beslutat att handledningstiden inte planeras administrativt, utan att ST-läkaren tillsammans med sin huvudhandledare ansvarar för att planera handledarmöten och gemensamma pass. Dessa planerade tillfällen ska därefter anges i schemaönskemålet. Inför varje schemaperiod skickas en förfrågan om önskemål för schemalaggningsen ut till samtliga ST-läkare. Den administrativa schemalaggningsen sker därefter utifrån de angivna tiderna. Ansvar för planering och inbokning av handledning ligger därmed hos ST-läkaren och huvudhandledare. Ett nytt AI-baserat schemalaggningsystem kommer att införas, vilket ses som en möjlighet att bättre kunna kombinera handledarmöten och gemensamma pass för ST-läkare och huvudhandledare och därmed stödja planering och handledning.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

specialistläkardag i april 2026, inför nästa schemaperiod vecka 24/2026

Ansvarig för genomförandet

ST studierektor

Datum för uppföljning

Höst 2026 genom utskicka av enkät till specialisterna och ST

Ansvarig för uppföljningen

ST studierektor

E.Handledning och kompetensbedömning

Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.

Planerad åtgärd

1. Förtydligande att redan existerande och nu uppdaterade mallar för 2021 (Mini-CEX, DOPS, CBD), som är kopplade till delmålen, ska användas vid bedömningar, gäller även för 2015
2. Införande av EPA

Datum när åtgärden ska vara genomförd

för ST på ST utbildningsdag i maj 2026, för specialisterna på specialistläkardag i april 2026

Ansvarig för genomförandet

ST studierektor

Datum för uppföljning

Höst 2026 genom utskicka av enkät till specialisterna och ST

Ansvarig för uppföljningen

ST studierektor

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

Förtydligande information angående följande möjligheten att kunna presentera och få återkoppling:

1. Onsdagsmöten/övergripande mötestillfällen

- Patientsäkerhetsmöte (1 onsdag/månad): ST-läkare ska/ kan presentera sitt kvalitets- eller förbättringsarbete, med fokus på ökad patientsäkerhet på kliniken, eller redogöra för egna erfarenheter inom patientsäkerhetsfrågor. Efter presentation ges återkoppling.
- Morbidity & Mortality-möte (M&M) (1 onsdag/månad): ST-läkaren ansvarar för presentationen på M&M-mötet. Innan mötet utses en specialist som fyller i återkopplingsmallen. Efter presentation lämnas återkoppling till ST-studierektor, som godkänner och dokumenterar intyg för ST.
- FoUUI-möte (1 onsdag/månad): ST-läkaren ska/kan presentera sitt vetenskapliga arbete under FoUUI-mötet.

2. Presentationer vid särskilda evenemang

- Specialistläkardagen: Presentation av vetenskapligt arbete och kvalitetsarbete, med skriftlig och/eller muntlig återkoppling från specialister.
- Större evenemang (t.ex. Akutveckan): Presentation med återkoppling efteråt.
- SÖS FoUUI-dagen (poster presentation): ST-läkare presenterar sitt vetenskapliga arbete med skriftlig och/eller muntlig återkoppling.
- Journal Club: Genomförs i samband med ST-utbildningsdagar. Tidpunkten är lagd så att även specialister kan delta. Återkoppling ges enligt samma mall som för M&M-presentationer.

3. Patientsäkerhetsavvikelser

- Patientsäkerhetsgruppen kontakter alltid ST och handledare vid avvikelser. ST ska lämna sin ståndpunkt i ärendet.
- Nytt krav: För alla större avvikelser ska ST genomföra en CBD tillsammans med handledare för att följa upp fallet och analysera vad som gått fel.
- Mindre avvikelser tas upp vid handledarsamtal och återkopplas.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

för ST på ST utbildningsdag i maj 2026, för specialisterna på specialistläkardag i april 2026

Ansvarig för genomförandet

ST studierektor

Datum för uppföljning

Höst 2026 genom utskick av enkät till specialisterna och ST

Ansvarig för uppföljningen

ST studierektor

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

Förtydligande information angående följande möjligheten att kunna presentera och få återkoppling:

1. Onsdagsmöten/övergripande mötestillfällen

- Patientsäkerhetsmöte (1 onsdag/månad): ST-läkare ska/ kan presentera sitt kvalitets- eller förbättringsarbete, med fokus på ökad patientsäkerhet på kliniken, eller redogöra för egna erfarenheter inom patientsäkerhetsfrågor. Efter presentation ges återkoppling.
- Morbidity & Mortality-möte (M&M) (1 onsdag/månad): ST-läkaren ansvarar för presentationen på M&M-mötet. Innan mötet utses en specialist som fyller i återkopplingsmallen. Efter presentation lämnas återkoppling till ST-studierektor, som godkänner och dokumenterar intyg för ST.
- FoUUI-möte (1 onsdag/månad): ST-läkaren ska/kan presentera sitt vetenskapliga arbete under FoUUI-mötet.

2. Presentationer vid särskilda evenemang

- Specialistläkardagen: Presentation av vetenskapligt arbete och kvalitetsarbete, med skriftlig och/eller muntlig återkoppling från specialister.
- Större evenemang (t.ex. Akutveckan): Presentation med återkoppling efteråt.
- SÖS FoUUI-dagen (poster presentation): ST-läkare presenterar sitt vetenskapliga arbete med skriftlig och/eller muntlig återkoppling.
- Journal Club: Genomförs i samband med ST-utbildningsdagar. Tidpunkten är lagd så att även specialister kan delta. Återkoppling ges enligt samma mall som för M&M-presentationer.

3. Patientsäkerhetsavvikelse

- Patientsäkerhetsgruppen kontakter alltid ST och handledare vid avvikelser. ST ska lämna sin ståndpunkt i ärendet.
- Nytt krav: För alla större avvikelser ska ST genomföra en CBD tillsammans med handledare för att följa upp fallet och analysera vad som gått fel.
- Mindre avvikelser tas upp vid handledarsamtal och återkopplas.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

för ST på ST utbildningsdag i maj 2026, för specialisterna på specialistläkardag i april 2026

Ansvarig för genomförandet

ST studierektor

Datum för uppföljning

Höst 2026 genom utskick av enkät till specialisterna och ST

Ansvarig för uppföljningen

ST studierektor

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

1. **Införande av en kompetenstrappa**, stegen återspeglar sig i introduktion till de olika positioner på akuten (handledare på studentmodul, modulansvarig läkare på handledarmodulen och även övriga moduler, Libero, Ledningsläkare)
2. Vi har bra tillfällen att bedöma "Ledarskap under handledning" se nedan. För att en bedömning kan sker och återkopplingsmall kan fyllas i behövs det i förväg avsätta personer/ specialister för det. Vi förtydliga även vilka specialister som är ansvariga för introduktion till vissa positioner :
 - Vid larm - ledningsläkare
 - Studentmodul – studentansvariga specialist, Libero, Lednings-läkare, huvudhandledare
 - Handledarmodul – Modul SSK, avsatt specialist, huvudhandledare
 - Position som triageläkare/Libero - avsatt specialist / ansvarig specialist för detta uppdrag
 - Position som ledningsläkare - avsatt specialist / ansvarig specialist för detta uppdrag
3. Införande av ett introduktionsprogram med följande delar:

VO Akut har under februari 2026 tillsatt en läkare som tillsammans med läkarcheferna ansvarar för lednings läkargruppen. Det kommer ligga på den personen tillsammans med ansvarig för ledningssjuksköterskegruppen och chefer att se över inskolning för ssk och läkare till ledningsteamet. Den personen ska också få i uppgift att se över hur man som ST sista året kan få en första inskolning till ledningsteamet. "ST utbildning för sista år ST" har under vårterminen focus på ledarskap, flödesledning, arbetsledning och prioritering i teori och via regionsgemensamma utbildningsdagar. "Sista år ST" ska sen under höstterminen byta ut Utbildnings-/studiedag mot inskolningsspass på handledarmodul (handledning av AT/BT randare), i triage/Liberorollen och Ledningsläkarrollen.

Utsedda specialister handleda under de passen. Placering av "sista år ST" tex på handledarmodul med specialist bredvid som "skugga" ST under passet och har uppdrag att bedöma och återkoppla under passets gång / efteråt.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

delvis pågående, start 36/2026 (efter sommarperioden), info om det: ST i maj och specialist i april

Ansvarig för genomförandet

ST studierektor , VO chef, läkarcheferna

Datum för uppföljning

Höst 2026 genom utskicka av enkät till specialisterna och ST

Ansvarig för uppföljningen

ST studierektor

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.

Planerad åtgärd

1. Ledarskapskurs för “sista år ST” via ST utbildning: “Kurs i kliniskt ledarskap”
2. Förtydligande att vi har redan bra tillfällen att handleda och bedöma “Kommunikativ kompetens” se nedan.
 - För att en bedömning kan sker och återkopplingsmallen kan fyllas i, behövs det i förväg bestämda avsatta personer/ specialister för det:
 - Vid larm - ledningsläkare
 - Studentmodul – studentansvarig specialist ,
 - Libero, ledningsläkare
 - Handledarmodul – modul ssk, specialist på modul som skugga ST
 - Triage – Libero, modul ssk
 - Patientkontakt – handledare / specialist på modul, modul ssk
 - Anhörigkontakt - handledare/ specialist på modul, modul ssk
 - Överrapportering - mottagande specialist Konsultation – handledare/ specialist på modul

Datum när åtgärden ska vara genomförd

för ST på ST utbildningsdag i maj 2026, för specialisterna på specialistläkardag i april 2026

Ansvarig för genomförandet

ST studierektor

Datum för uppföljning

Höst 2026 genom utskicka av enkät till specialisterna och ST

Ansvarig för uppföljningen

ST studierektor

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

Planerad åtgärd

Se föregående punkt och: !OBS! Tillägg till E och H: För att säkerställa att de olika momenten inom handlednings- och ledarskapskompetenser kan uppnås, dokumenteras och återkopplas, pågår en process att utöka bemanningen. Syftet är att kunna avsätta nödvändig tid för handledning, ledning och bedömning av dessa kompetenser. Parallellt utreds möjligheten att införa olika projekt för bedömning av dessa moment.

1. Veckans ST-läkare

Praktiskt: Varje vecka väljer ST studierektor i samråd med admin (beror på schemat) och med ST läkarna själva en ST läkare som är mål för feedback och bedömning. Det sätts upp som en stående punkt på uppstarten. Denna ST läkare arbetar alltså dag eller kväll under hela veckan och är föremål för medsittningar och feedback från hela kliniken.

I presentation ingår:

- Ny artikel eller nya rön (podcast mm)
- Genomgång av ett kapitel i lärobok –
- Patientfall (klinik/EKG/blodgas/POCUS/etisk diskussion) –
- Presentation av kvalitetsarbete/projekt/vetenskapligt arbete –
- Vad har jag lärt mig av randningen/kursen som jag var på? Arbetssätt? Patientfall? Handledning? Nya referenser/artiklar? –
- Annat

2. Efter presentation krav på återkoppling direkt Ledningsläkare/chefer eller specialister på plats –

- muntligt men också skriftligt, evtl med QR kod.
- Under denna vecka ska ST läkaren gjort minst 4 medsittningar (mini-CEX, CBD, DOPS) samt 2–3 presentationer.
- Uppföljning och handledning: handledare i första hand handleder i presentationer val av tema mm samt följer upp medsittningar och återkoppling som har kommit in samt reflekterar/sammanfattar med ST läkaren, studierektor har översikt att det görs.

3. ST portfölj: (exempel)

- Patientfall (minst 3 per år/ 15 sammanlagt under ST) - varav 5 ska ha fokus på etisk/juridisk/socialt tema
- EKG (minst 2/år) –
- Blodgas (minst 3/år) –
- Journal club (minst 2 under hela ST) –
- Genomgång av ett kapitel i lärobok –
- Loggbok för procedurer- både simulering, under randningar och kliniken –
- Kvalitetsarbete- som ingår preliminär plan, beskrivning av projekt och uppföljning –
- Vetenskapligt arbete (både g + h skrivna och presenterade i minst ett forum)
- Praktiskt: Tiden för detta är ST läkarens admin 1 gång/månad utöver avsatt tid för kvalitets- och vetenskapligt arbete. Fallen samlas i en rapportmall.
- Uppföljning och handledning: handledare i första hand handleder i val av tema/fall mm samt följer upp och reflekterar/sammanfattar med ST läkaren minst en gång/termin under handledarsamtal, studierektor har översikt att det görs, ser vad de

strukturella bristerna är (tex vilka procedurer som förekommer mer sällan/vilka aktiviteter som inte görs/brist på tid mm) och gör en åtgärdsplan (i samråd med andra aktörer) för att förbättra.

4. **Rapporterings rond:** ST läkarna rapporterar alltid till specialist och minst 1 patient väljs ut för att göra en fördjupad analys av fallet.
 - Praktiskt: avsatt tid 20 min, eget rum-
 - i varje modul: genomgång av prover och EKG, rtg, plan och vid behov återkoppling, man kan också ta upp patienter man har haft innan under passet om man är tveksam på något- det är mycket värdefull tid och moment för att se ST läkare och bedöma deras prestation samt ge återkoppling.
 - Uppföljning och handledning: Specialister och ST-läkare har själva ansvaret att ta den tiden och se att det blir till. Arbetsgivare säkerställer tid och plats.
 - Studierektor följer upp och ser om det finns strukturella brister/svårigheter.

5. **Handledarpass:** Införandet av minst (ett/två) handledarpass/vecka som är exklusivt avsatta för att genomföra bedömningar på akuten och handledning hands on-
 - detta skulle kunna också fokusera på att observera ST läkare i student och handledarmodulen (handledning under handledning, samt ledning av modul under handledning)
 - Praktiskt: Specialist avsatt att göra bedömningar på akuten.
 - Handledarträffar inom specialistläkardagarna är redan införda, men focus kan förtydligas (man diskuterar svårigheter, utbildning om bedömningsmetoder, återkopplingstekniker).
 - Uppföljning och handledning: uppföljning via chef + v.b. studierektor ang hur många bedömningar/ specialist görs per pass. Vilka som utmärker sig med pedagogiska kompetenser och vilka som behöver stöd.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

för ST på ST utbildningsdag i maj 2026, för specialisterna på specialistläkardag i april 2026

Ansvarig för genomförandet

ST studierektor

Datum för uppföljning

Höst 2026 genom utskicka av enkät till specialisterna och ST

Ansvarig för uppföljningen

ST studierektor, VO chef , läkarcheferna

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Förtydligande att det finns följande tillfällen för bedömning och återkoppling: -

Undervisning under handledning –

- Morgonundervisning / undervisning på uppstartsmöte –
- (CEPS instruktör, om ST är instruktör) –
- M&M presentation –
- Medinstruktör på ST utbildning –
- Handledare på studentmodul ST har som uppdrag att, inför varje tillfälle, väljer ut en närvarande specialist och lämna en återkopplingsmall

Datum när åtgärden ska vara genomförd

för ST på ST utbildningsdag i maj 2026, för specialisterna på specialistläkardag i april 2026

Ansvarig för genomförandet

ST studierektor

Datum för uppföljning

Höst 2026 genom utskicka av enkät till specialisterna och ST

Ansvarig för uppföljningen

ST studierektor

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

1. Förtydligande info att "Ledarskap under handledning" kan/ska bedömas vid följande situationen, med återkoppling : -
 - Vid larm –
 - Studentmodul –
 - Handledarmodul –
 - Triage –
 - Ledningsläkare
2. Kommunikation under handledning med återkoppling (via mall, 360grader, handledarsamtal) –
 - Larmfall (återkopplingsmall) –
 - Omvårdnadspersonal (360grader) –
 - Patientkontakt (återkopplingsmall) –
 - Anhörigkontakt (återkopplingsmall) –
 - Journalhandlingar (handledarsamtal)

Datum när åtgärden ska vara genomförd

för ST på ST utbildningsdag i maj 2026, för specialisterna på specialistläkardag i april 2026

Ansvarig för genomförandet

ST studierektor

Datum för uppföljning

Höst 2026 genom utskicka av enkät till specialisterna och ST

Ansvarig för uppföljningen

ST studierektor