



# EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

**Södra Älvsborgs Sjukhus**

Klinik

**Radiologi**

Specialitet

**2025-12-15**

Datum

**Borås**

Ort

**Katrin Åkesson och Gracijela Bozovic**

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

- Trevlig arbets- och utbildningsmiljö.
- Bra utbildningsstruktur.
- Allsidig utbildning.
- Det finns ett sjukhusövergripande ST-enkät som görs årligen.
- Bra randningsmöjligheter på universitetssjukhus.
- Framgångsrik rekrytering av specialläkare.
- Bra stöd av studierektor i verksamheten.

## Svagheter

- Sparsam skriftlig återkoppling inom flera områden.
- Den interna utbildningen är i stor utsträckning inte strukturerad och saknar koppling till målbeskrivningen.
- Det finns inte någon regelbunden kompetensutveckling inom medicinsk vetenskap.
- ST-läkare deltar inte i kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.
- Fortsatt avsaknad av doktorandprogram på sjukhuset.
- Svårigheter med utbildning i MR-granskning.

## Förbättringspotential

- Målbeskrivningen kan med fördel preciseras utifrån European Training Curriculum.
- RadPrimer ska vara tillgängligt för alla ST-läkare.
- Tidigarelägga ultraljudsledda punktioner och utnyttja BMA för handledning av ST-läkare.
- Kompetensutveckla ST-läkare inom medicinsk vetenskap i kliniska frågor t.ex redovisa nya riktlinjer, göra litteratursökningar avseende metodutveckling med kvalitetskontroll av egna undersökningar och förslag på ändringar.
- ST-enkätens svar ges enbart sjukhusövergripande. Möjlighet till svar av egna ST-läkare skulle kunna bidra till kvalitetsutveckling.
- Bättre följsamhet av ST-läkarens blockbaserad utbildningsplan under andra till femte året.
- Tillgång till doktorandprogram saknas.

# STRUKTUR

## A Verksamheten

Det finns övergripande skriftliga riktlinjer för hur specialittjänstgöringen ska genomföras och ST-läkaren ska bedömas förenligt med föreskrifternas krav. Det finns bra stöd i gruppen för att fånga upp eventuella problem. Det finns ett sjukhusövergripande ST-enkät som görs årligen, dock enbart med sjukhusövergripande svar. Det finns möjlighet till randning på Sahlgrenskas universitetssjukhus och Drottning Silvias barnsjukhus.

### 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 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 följs.  |
| <input type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.                                    |

## B Medarbetarstab och interna kompetenser

Det finns tillräckligt med specialistkompetenta läkare. Tills nyligt har det varit läkarbrist med hög arbetsbelastning vilket har påverkat utbildningskvalitén. Nu har förhållanden förbättrats.Handledarutbildning finns på sjukhuset och genomförs regelbundet av samtliga handledare. Handledarsamtal planeras in i schemat och genomförs regelbundet med struktur och dokumentation i form av uppdatering i IUP. Sjukhusövergripande handledarträffar finns en gång per år. För studierektorn finns en arbetsbeskrivning och flera lokala studierektorsträffar för fortbildning. Regionala studierektormöten inom radiologi.

### 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

Verksamheten bedrivs i relativt nya lokaler med gott om plats. Det finns god tillgång till modern och adekvat utrustning för diagnostik, utredning och behandling samt för möten, konferenser etc. Det finns mycket god tillgång till ostörda arbetsplatser. Bakjourerna har hemstationer vilket möjliggör gott stöd till jourande ST-läkare.

### 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

European Training Curriculum och Socialstyrelsens målbeskrivning ligger delvis till grund för målbeskrivningen som används på enheten. Introduktion till arbetsplatsen under det första året är mycket väl utarbetad och genomförs som planerat. De följande åren är uppdelade i block, men genomförs inte helt som planerat. ST-läkare tilldelas handledare från starten och det utarbetas ett IUP i samband med detta. IUP används som stöd, dokumentation och till viss del som planeringsverktyg.

### 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

Handledarna genomgår regelbunden handledarutbildning. De är engagerade och ett gott stöd för ST-läkarna i vardagen och väl insatta i frågor som rör ST-utbildning. Handledarsamtal schemaläggs och genomförs strukturerat och med regelbundenhet. Kompetensbedömningar sker mestadels muntligt och dokumenteras sparsamt. Det utförs med adekvata metoder men utan tillräcklig regelbundenhet eller koppling till IUP och mål. Specialistkollegium genomförs minst två gånger per år och är uppskattat. Ingen kompetensvärdering sker regelbundet avseende ledarskap, pedagogik eller kommunikation. Bedömningar avseende praktiska moment är vanligast men det finns ingen plan för vilka moment som ska bedömas, när i ST det ska ske eller koppling till målbeskrivningen. Under senaste åren har man vid ett par tillfällen på ett strukturerat sätt kunnat hantera ST-läkare som inte uppfyllt målen.

## 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                             |  |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <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

Det finns avsatt studietid 4 timmar i veckan. I blockbeskrivningen finns sammanställd litteraturlista samt Radprimer som kunskapstestning. ST-läkarna deltar i Sahlgrenska Universitetssjukhusets ST-undervisning (3 gånger per termin, en heldag). ST-läkarna har tillgång till föreläsningar i Radiopaedia. Den interna utbildningen är i stor utsträckning ostrukturerad och saknar koppling till målbeskrivningen.

### 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 type="radio"/>            | <input type="radio"/>            | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| <input checked="" type="radio"/> | <input checked="" 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

Trots god vilja och flera försök (journal club, microteach, ...) finns inte någon regelbunden kompetensutveckling inom medicinsk vetenskap. Det finns tillgång till kompetenscentrum med flera forskargrupper samt en disputerad radiolog och sjukhusfysiker vilka inte nyttjas. Idag deltar ST-läkare inte i några pågående kvalitets- och patientsäkerhetsarbeten. Även vid föregående SPUR-granskning påpekades avsaknad av doktorandprogram på sjukhuset. Möjlighet till samarbete med Sahlgrenska avseende vetenskapligt arbete finns och nyttjas ibland.

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

Det finns goda förutsättningar för utveckling av ledarskap, kommunikation och undervisning av AT/BT-läkare, ST-läkare på sjukhuset och traumaövning där ST-läkare har en ledande roll. Initialt ges stöd och muntlig återkoppling av specialist vid undervisning och rondtillfällen. Generellt saknas dock skriftligt återkoppling. Möjlighet till auskultation hos verksamhetschefen finns.

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.                                    |

# HANDLINGSPLAN

## Södra Älvsborgs Sjukhus - Radiologi

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

### 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

Verksamheten har etablerat redan nu regelbundna vetenskapliga möten (x 2 per månad) med ansvariga ST-läkare samt utvecklat samarbete med kliniker med stark vetenskaplig erfarenhet. För att ytterligare stärka målluppfyllelsen införs bland annat strukturerad dokumentation, individuell bedömning av vetenskaplig kompetens, tydligare koppling till kliniskt arbete samt högre krav på deltagande i kvalitets- och forskningsprojekt.

Planerade åtgärder:

1) Strukturera och dokumentera vetenskapliga aktiviteter.

\* Formalisera befintliga vetenskapliga möten (2 per månad) som journal club.

\* Införa mall för artikelgranskning.

\* plan att varje ST-läkare har ansvar och schemalagda för 1-2 presentationer per år.

Tidsplan: pågående.

Uppföljning: 6 mån.

Ansvar: studierektor + vetenskapligt ansvarig specialist.

2) individuell bedömning av vetenskaplig kompetens ( var god se åtgärdsplan nedan).

3) Tydliggöra koppling till kliniskt arbete.

\* införa rutin att ST-läkare lyfter vetenskapligt underlag vid rond/fall.

\*Införa " månadens evidens fall" på medicinska möten, där både ST-läkare och specialister kan vara ansvariga.

Tidsplan: inom 2 månader.

Uppföljning: 6 mån.

Ansvar: vetenskaplig ansvarig specialist + handledare.

4) Utveckla forskning engagemang.

\* Utnyttja/förbättra samarbete med kompetenscentrum, där finns tillgång till flera forskargrupper samt sjukhusfysiker.

\* Utse vår klinikens disputerad radiolog som "vetenskaplig mentor" för våra ST-läkare.

\* Påbörjat samarbete med ÖNH-klinik med stark vetenskaplig engagemang och flera doktorerade, gemensam större vetenskapligt projekt där 2 av våra ST-läkare kommer att delta med tydligt plan för publikation/presentation.

\* Dokumentera forskningsaktivitet i ST-plan.

\* Förbättra samarbete med Sahlgrenska avseende vetenskapligt arbete och erfarenhet.

Tidsplan: pågående.

Uppföljning: årligen.

Ansvar: studierektor+ forskningsansvarig läkare.

5) Tvärprofessionellt och interkliniskt samarbete.

\* Fortsätta och strukturera samarbeten med andra kliniker( redan etablerat kontakt med ÖNH, infektion, medicinklinik) och involvera flera andra: ortopedi, kirurgi m fl).

\* Införa gemensamma utbildningstillfällen där ST-läkare både deltar och undervisar.

Tidsplan: hösttermin.

Uppföljning: varje termin.

Ansvar: studierektor.

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

de flesta åtgärder är redan pågående eller införs inom ett par månader

### **Ansvarig för genomförandet**

Studierektor som huvudansvarig med hjälp av handledare, forskningsansvarig läkare se ovan

### **Datum för uppföljning**

6 mån, årligen

### **Ansvarig för uppföljningen**

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

Samtliga ST-läkare genomför eget kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Deltagandet ska struktureras genom integrering i klinikens ordinarie mötesstruktur, aktiv medverkan i ex. avvikelshantering samt koppling till verksamhetens förbättringsarbete. Dokumentation och uppföljning sker via IUP och handledarsamtal.

Planerade åtgärder:

1) Det finns redan krav att varje ST-läkare ska genomföra ett eget kvalitets- eller förbättringsarbete.

\* Införa mer strukturerad dokumentation i IUP och följa upp via handledarsamtal och specialistkollegium som säkerställer individuell måluppfyllelse och progression.

Tidsplan: inom 3-6 mån.

Uppföljning: 6 mån.

Ansvar: handledare.

2) Struktur för patientsäkerhetsarbete i vardagen.

\* ST-läkare ska ges möjlighet att aktivt delta i avvikelshantering alt. händelseanalyser.

\* Avsätta fast punkt på medicinska möten 1 gång/mån : "Kvalitet och patientsäkerhet".

Tidsplan: pågående.

Uppföljning: 6 mån.

Ansvar: Medicinsk ansvarig läkare + handledare.

3) koppling till klinikens förbättringsarbete.

\* Knyta ST-läkarnas projekt till pågående verksamhetsutveckling.

\* Ge möjlighet att delta i lokala förbättringsgrupper.

Tidsplan: inom 3-6 mån.

Uppföljning: årligen.

Ansvar: Läkarchef + verksamhetschef.

### Datum när åtgärden ska vara genomförd

inom 6 mån

### Ansvarig för genomförandet

handledare+ MLA+ läkarchef+verksamhetschef enl ovan

### **Datum för uppföljning**

6mån-1 år

### **Ansvarig för uppföljningen**

Läkarchef/verksamhetschef

## **H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens**

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

### **Planerad åtgärd**

ST-läkarna ges goda möjligheter att utveckla medicinskt ledarskap och multiprofessionellt samarbete i den kliniska vardagen. Genom att strukturera bedömning, återkoppling och dokumentation säkerställs nu att kompetensutvecklingen blir tydlig, kontinuerlig och uppföljningsbar i enlighet med målbeskrivningen.

Planerade åtgärder:

1)Införa strukturerad bedömning i klinisk vardag.

\* Använda etablerade bedömningsverktyg ( t.ex DOPS) vid rond, kommunikation i team, vid jourarbete/akut situation, traumaövningar med minst 4 ledarskapsbedömningar/per ST/år.

\* Införa QR koder till bedömningsmallar on line på lab, mötesrummet, mm för bättre tillgänglighet och för att sänka tröskeln för användande av bedömningsmallar.

\* Strukturerad återkoppling. Införa rutin att återkoppling ges direkt efter rond/teamsituation samt vid handledarsamtal med fokus på styrkor, förbättringsområden, konkreta utvecklingsmål.

Tidsplan: omgående.

Uppföljning: 6 mån.

Ansvar: handledare.

2) Multiprofessionellt samarbete.

\* Säkerställa att ST-läkare aktivt deltar i teamarbete med övrig personal: sjuksköterskor, undersköterskor, andra specialiteter.

\* Införa möjlighet till återkoppling från flera professioner (t.ex. 360°-bedömning), mål-2 ggr under ST-tid.

Tidsplan: inom 3-6 mån.

Uppföljning: årligen.

Ansvar: handledare.

3) Strukturerad dokumentation.

\* Alla bedömningar och återkopplingar dokumenteras i ST-IUP.

\* Progression följs upp regelbundet via handledarsamtal och specialistkollegium med fokus på utvecklingsmål inom ledarskap och samarbete.

Tidsplan: omgående.

Uppföljning: 6 mån.

Ansvar: handledare.

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

inom 6 mån

### **Ansvarig för genomförandet**

handledare

### **Datum för uppföljning**

6 mån, årligen

### **Ansvarig för uppföljningen**

studierektor, verksamhetschef

## **H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens**

ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

### **Planerad åtgärd**

ST-läkarens kommunikativa kompetens tränas kontinuerligt i klinisk vardag.

Förbättringsbehov föreligger avseende: strukturerad och återkommande bedömning, tydlig dokumentation, systematisk återkoppling.

Planerade åtgärder:

1)

\* Kommunikativ kompetens bedöms strukturerat i samband med patientmöten, ronder, telefonsamtal/konsultation med målet 4 bedömningar/per år/ST.

\* Bedömning sker med stöd av etablerade verktyg (t.ex. DOPS, strukturerad mall för kommunikationsbedömning( finns redan tillgänglig via QR kod) med fokus på patientcentrerad kommunikation, tydlighet och struktur, anpassning till situation och

mottagare.

- Införa QR koder till bedömnings mallar on-line på lab, mötesrummet, mm för bättre tillgänglighet och för att sänka tröskeln för användande av bedömningsmallar.

- Strukturerad återkoppling ges redan i det dagliga arbetet och förstärks genom direkt feedback efter observerade patientmöten, rondan mm. Strukturerad återkoppling vid handledarsamtal med fokus på konkreta förbättringsområden.

Tidsplan: omgående.

Uppföljning: 6 mån.

Ansvar: handledare.

2) Multiprofessionell återkoppling.

\* Kommunikativ kompetens stärks genom återkoppling från, sjuksköterskor, andra yrkeskategorier, andra specialister ex. vid rondan, mål 1-2 ggr per termin.

\* Implementera enkel mall för bedömning av kommunikativa kompetens.

Tidsplan: inom 3-6 mån.

Uppföljning: årligen.

Ansvar: handledare.

3) Strukturerad dokumentation

- Alla bedömningar och återkopplingar dokumenteras i ST-IUP

- Progression följs upp regelbundet via handledarsamtal och specialistkollegium med koppling till konkreta delmål i målbeskrivningen.

Tidsplan: omgående

Uppföljning: 6 mån

Ansvar: handledare

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

inom 6 mån

### **Ansvarig för genomförandet**

handledare

### **Datum för uppföljning**

6 mån, årligen

### **Ansvarig för uppföljningen**

studierektor, verksamhetschef

## H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

### Planerad åtgärd

ST-läkarna deltar redan i undervisning inom verksamheten. Förbättringsbehov föreligger avseende: strukturerad och återkommande bedömning, tydlig återkoppling, systematisk dokumentation av undervisnings kompetens.

Planerade åtgärder:

#### 1) Strukturering av undervisningsuppdrag.

\*ST-läkare ges regelbundna undervisningsuppdrag inom ramen för interna utbildningar, läkarmöten och journal clubs, undervisning för kollegor och andra yrkeskategorier.

\*Ansvar för undervisning planeras, fördelas och schemaläggs i förväg.

Tidsplan: omgående.

Uppföljning: 6 mån.

Ansvar: studierektor.

#### 2) Strukturerad bedömning av undervisning.

\* införa bedömning av ST-läkarens undervisning genom direkt observation vid undervisningstillfällen.

\* användning av enkel bedömningsmall ( QR-kod implementeras för tillgänglighet) med fokus på pedagogisk struktur, tydlighet, målgruppsanpassning, interaktivitet.

Tidsplan: omgående.

Uppföljning: 6 mån.

Ansvar: handledare.

#### 3) Systematisk återkoppling.

\* Återkoppling ges direkt efter undervisningstillfälle och vid handledarsamtal.

Återkopplingen ska vara konkret, utvecklingsinriktad och kopplad till individuella mål.

Tidsplan: omgående.

Uppföljning: årligen.

Ansvar: handledare.

#### 4) Återkoppling från deltagare

\* Införa möjlighet till enkel utvärdering från åhörare, muntlig eller skriftlig feedback.

\* Tidsplan: inom 3-6 mån.  
Uppföljning: årligen.  
Ansvar: studierektor.

5) Dokumentation och uppföljning.

\* Genomförd undervisning och bedömning dokumenteras i ST- IUP och följs upp via handledarsamtal och specialistkollegium som ger förutsättningarna för att uppnå delmålen avseende pedagogisk kompetens.

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

inom 6 mån

### **Ansvarig för genomförandet**

handledare+ studierektor

### **Datum för uppföljning**

6 mån, årligen

### **Ansvarig för uppföljningen**

studierektor, verksamhetschef

## **H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens**

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

### **Planerad åtgärd**

ST-läkarna deltar redan i handledning av yngre kollegor och andra yrkesgrupper i klinisk vardag. Förbättringsbehov föreligger avseende strukturerad och kontinuerlig bedömning, systematisk återkoppling och tydlig dokumentation av handledarkompetens.

Planerade åtgärder:

1) Strukturering av handlednings uppdrag.

\* ST-läkare ges möjlighet att utveckla handledarkompetens genom att handleda underläkare, AT-läkare och studenter, delta i introduktion och klinisk vägledning i det dagliga arbetet.

\*Handledningsrollen tydliggörs och planeras/schemaläggs i verksamheten.

Tidsplan: inom 3 mån.  
Uppföljning: 6 mån/årligen.

Ansvar: studierektor.

## 2) Strukturerad bedömning av handledarkompetens.

\* Införa bedömning av ST-läkarens handledning genom direkt observation i klinisk situation.

\* Användning av enkel bedömnings mall (QR-kod implementeras för tillgänglighet) med fokus på pedagogisk förmåga, förmåga att ge återkoppling, anpassning till individens nivå, professionellt förhållningssätt.

Tidsplan: inom 3 mån.

Uppföljning: 6 mån/årligen.

Ansvar: handledare.

3) Utveckla "Fadder-koncept" med tydligt struktur och återkoppling. Varje ST någon gång får vara "ST-fadder" för nya ST-läkare

## 4) Strukturerad återkoppling.

\* Införa rutiner där återkoppling ges i direkt anslutning till handledningssituationer och vid handledarsamtal med fokus på styrkor, förbättringsområden och konkreta utvecklingsmål.

Tidsplan: omgående

Uppföljning: 6 mån/årligen

Ansvar: handledare

## 5) Återkoppling från handledare.

\* Införa möjlighet till återkoppling från underläkare, randande, AT-läkare, studenter t.ex. via korta utvärderingar, muntlig feedback.

\* Införa enkel bedömnings mall.

Tidsplan: inom 3-6 mån.

Uppföljning: 6 mån/årligen.

Ansvar: studierektor.

## 6) Dokumentation och uppföljning

\* Handledningsaktivitet och bedömning dokumenteras i ST-IUP och följs upp via handledarsamtal och specialistkollegium som skulle ge förutsättningarna för att uppnå delmålen avseende pedagogisk kompetens.

**Datum när åtgärden ska vara genomförd**

3-6 månader

**Ansvarig för genomförandet**

handledare+ studierektor

**Datum för uppföljning**

6 mån, årligen

**Ansvarig för uppföljningen**

studierektor, verksamhetschef