



# EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

**Falu lasarett**

Klinik

**Internmedicin**

Specialitet

**2026-05-26 – 2026-05-27**

Datum

**Falun**

Ort

**Minna Markljung och Sapfo Chatzokominou**

Inspektörer

**SOSFS 2015:8**

Föreskrift

## Styrkor

- Bred allmän internmedicinsk verksamhet som ger en god internmedicinsk grund.
- Gott kollegialt stöd i vardagen med nära tillgång till klinisk handledning och instruktion.
- Engagerad och drivande studierektor med gott samarbete med ledningen.
- Kliniken har arbetat aktivt med de svagheter som framkom vid SPUR-inspektionen 2019.
- Generös inställning till deltagande i interna och externa utbildningar.
- ST-läkarna har ansvarsuppdrag.
- Gemensamt morgonmöte med falldiskussioner där alla sektioner inklusive kardiologerna deltar.
- Studierektorn har regelbundna möten med ST-läkarna och hela ST-gruppen.
- Alla ST-läkare skriver SIMs kunskapsprov för den gemensamma kunskapsbasen och specialisttentamen med tid för inläsning.
- Alla ST-läkare är personliga handledare för AT/BT och får handledning på handledning.
- Valfungerande specialistkollegium med dokumenterad bedömning. Det finns även omvänt kollegium där ST-läkarna ger återkoppling till handledarna.
- ST-läkarna har ett gemensamt lunchrum i anslutning till de egna arbetsplatserna.

## Svagheter

- Handledarträffar saknas.
- Akut- och jourtjänstgöring utgör en för hög andel av tjänstgöringstiden.
- Etablerade metoder för regelbunden kompetensbedömning används och dokumenteras i för låg omfattning.
- Sammanhållna sektionsplaceringar för ST-läkarna har inte prioriteras i schemaläggningen.
- Den personliga handledningen varierar i frekvens.
- Bristfällig utbildning och handledning i systematisk kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.
- ST-läkarnas kompetens i handledning och ledarskap bedöms inte kontinuerligt.

## Förbättringspotential

- Inför handledarträffar där ST-handledarna uppdateras om aktuella rutiner och riktlinjer och kalibrerar kompetensbedömning.
- Anpassa bemanning och schemaläggning efter akutuppdragets omfattning så att akut/jourttjänstgöring följer SIMs rekommendationer om 12-15 månader totalt under ST.
- Skapa förutsättningar för att använda etablerade metoder för att kompetensbedömning och dokumentera bedömningarna.
- Se över hur sammanhållna sektionsplaceringar kan prioriteras i schemaläggningen.
- Planera bedömningar kopplade till sektionsplaceringarna.
- Tidboksplanera och dokumentera de personliga handledarsamtalen med frekvens i enlighet med regionens riktlinjer.
- Uppdatera lokala ST-riktlinjer med tydligare rutiner för stöd och uppföljning av ST-läkarnas kvalitets-/förbättringsarbete.
- Inför rutin för dokumenterad bedömning av ST-läkarnas kompetens i ledarskap och handledning.
- Använd fler specialistläkare som personliga handledare så att handledning av fler än en ST-läkare undviks.

# STRUKTUR

## A Verksamheten

Medicinkliniken på Falu lasarett har tillsammans med lasaretten i Avesta, Ludvika och Mora ett upptagningsområde på 280 000 invånare.

Kliniken har två vårdavdelningar med totalt 39 vårdplatser. Vårdavdelningarna har profilering mot lungmedicin, njurmedicin, gastroenterologi, hematologi och neurologi inklusive övervakningsplatser för akuta strokepatienter. Samtliga specialiteter har också mottagningsverksamhet och det finns även endokrinmottagning och dialysavdelning, hematologisk dagvård och endoskopimottagning.

Det finns en separat kardiologklinik som ansvarar för en akutvårdsavdelning med sex vårdplatser, som samutnyttjas av medicin-, kirurg-, ortoped- och infektionskliniken. Det finns möjlighet till akut PCI dygnet runt samt dagkirurgisk deviceimplantation. Kardiologkliniken har en bakjour och en interventionsjour och det finns även en infektionsbakjour. Neurologbakjour finns fram till kl 22. Sjukhuset har en intensivvårdsavdelning (IVA),

Det finns regionala riktlinjer för hur ST-utbildningen ska genomföras och hur bedömning av ST-läkarnas kompetens ska göras. Det finns ett material för intern granskning av ST-utbildningen mellan tillfällena med extern granskning, som kliniken planerar att använda som uppföljning efter SPUR-inspektionen.

### Föreskrift

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

### Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- ☒ Det finns skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur verksamhetens specialiseringstjänstgöring ska genomföras.
- ☒ Vårdgivaren tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur bedömning av ST-läkarens kompetens ska göras.
- ☒ Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig.

### Kvalitetsindikator

- ☒ Det finns rutiner som, utöver extern granskning, anger hur kvaliteten i ST-utbildningen kontinuerligt ska utvärderas och säkerställas.

## Gradering

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

## B Medarbetarstab och interna kompetenser

Kliniken har totalt 57 specialister varav 44 är specialister i internmedicin. Av dessa är merparten dubbelspecialister. Det finns enkelspecialister inom neurologi, hematologi och allergologi. Kliniken är välbemannad med undantag för enstaka tillfälliga vakanser.

Det finns 15 ST-läkare i internmedicin på kliniken och 3 ST-läkare från kardiologkliniken, som ska ta ut specialistkompetens inom internmedicin som första basspecialitet. På medicinkliniken utbildas ST-läkare som regel med internmedicin som första basspecialitet.

Det finns fyra disputerade läkare och två som doktorerar. Ett fåtal av specialisterna fungerar som personliga handledare för ST-läkarna. Alla handledare har genomgått handledarutbildning men många är i behov av uppdatering. De flesta övriga kliniska instruktörer har genomgått handledarutbildning. Det finns inga handledarträffar för ST-handledare.

Klinikstudierektor är specialistkompetent i internmedicin, har uppdragsbeskrivning och tid motsvarande 15-20% avsatt för uppdraget.

Kliniken har en verksamhetschef som är sjuksköterska som grundprofession. En specialistkompetent läkare är läkarchef och närmaste chef för ST-läkarna.

## Föreskrift

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

## Allmänna råd

- ☒ Studierektor har relevant specialistkompetens.

## Kvalitetsindikator

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

## Gradering

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

## C Lokaler och utrustning

Utrustning för diagnostik och behandling är adekvat. ST-läkarna har personliga arbetsplatser som ligger i anslutning till ett gemensamt ST-rum. Jourrummen har adekvat standard.

Arbetsplatserna på akutmottagningen, avdelningar och mottagningar är ändamålsenliga. Utrustning för patientnära ultraljud finns på akuten och vissa mottagningar/avdelningar. ST-läkare har tillgång till ett fysiskt bibliotek och adekvata digitala beslutsstöd. Det finns utrustning för att delta i möten och utbildningar på distans.

## Föreskrift

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

### Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

- ☒ Utrustning för diagnostik, utredning och behandling är adekvat.
- ☒ Utrustning för mottagningsverksamhet, möten och behandlingskonferens på distans är adekvat.

### Kvalitetsindikator

- ☒ ST-läkarna har tillgång till funktionell arbetsplats.
- ☒ Det finns tillgång till relevanta IT-baserade kliniska beslutsstöd, sökbar vetenskaplig databas samt stöd från bibliotek eller FoU-enhet under hela specialiseringstjänstgöringen.

### Gradering

- ☒ A. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- ☐ B. Socialstyrelsens föreskrifter.
- ☐ D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

# PROCESS

## D Tjänstgöringens upplägg

Det finns en rutin för introduktion av ST-läkare med successiv inskolning till primärjour dag och natt, genomgång av ST-planering med studierektor, AHLR och strokelarmintroduktion.

Tjänstgöringen för nya ST-läkare planeras enligt en ny mall för IUP med tydlig koppling till målbeskrivning och planerad bedömning. Befintliga ST-läkare i första halvan av ST är i en pågående process för att övergå till den nya mallen.

Avdelnings- och mottagningsplacering inom kliniken planeras i enlighet med SIMs rekommendationer. Sidotjänstgöring på kardiologkliniken prioriteras i början av ST innan schemaläggning som nattjour och utgör sedan cirka sex månader av tjänstgöringen. ST-läkarna sidotjänstgör även på IVA, infektionskliniken och reumatologen.

Jour- och akuttjänstgöring utgör upp till 40% av tjänstgöringstiden, med vissa individuella variationer, vilket är en för hög andel i relation till behov av övrig tjänstgöring.

Studierektor tar del av ST-läkarnas kompetensbedömning vid ett årligt möte med respektive ST-läkare.

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

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

## EHandledning och kompetensbedömning

Specialistläkarkollegium genomförs en gång per år per ST-läkare. Inför detta görs 360-gradersbedömning och en självskattning. Återkoppling från kollegiet dokumenteras av studierektor och återkopplas till ST-läkaren av handledare. ST-läkarna utvärderar också samtidigt handledarna som får personlig feedback av studierektor.

Kompetensbedömning med etablerade metoder förekommer endast sparsamt. Det mål för kontinuerlig kompetensbedömning som finns i de regionala riktlinjerna är således inte implementerat på kliniken.

Flera handledare är personliga handledare för två eller fler ST-läkare. Tid för personlig handledning sker ibland tidboksplanerat men ofta ad hoc. Frekvensen varierar mycket och når inte upp till regionens rekommendationer. Tillfällen för uppdatering av handledarutbildning finns i regional regi, vilket flera handledare är i behov av att delta i.

Regionens mall för uppföljning av sidotjänstgöring används.

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

### Föreskrift

- ☒ Varje ST-läkare ges kontinuerligt handledning i form av stöd och vägledning med utgångspunkt i det individuella utbildningsprogrammet.
- ☒ Det finns en utsedd huvudansvarig handledare för varje ST-läkare.
- ☒ Varje ST-läkare har tillgång till en handledare för varje del av tjänstgöringen.
- ☒ Den huvudansvariga handledaren bedömer ST-läkarens kompetensutveckling kontinuerligt, med utgångspunkt i målbeskrivningen för specialiteten och det individuella utbildningsprogrammet.
- ☐ Det finns fastställda rutiner för bedömningar av ST-läkarens kompetens.
- ☐ Verksamheten har rutiner för hur den kontinuerliga bedömningen dokumenteras (För ST enligt 2015:8 är verksamhetschef ansvarig enligt ovan)

## Allmänna råd

- ☒ ST-läkaren bör, utöver handledning, få fortlöpande instruktioner, samt återkoppling från de som har gett instruktionerna.
- ☐ Handledningen är inplanerad i den ordinarie tjänstgöringen för huvudansvarig handledare och ST-läkare.
- ☒ Den huvudansvariga handledaren tjänstgör vid det tjänstgöringsställe där ST-läkaren genomför sin huvudsakliga specialiseringstjänstgöring. Om så inte är fallet ska vårdgivaren på något annat sätt säkerställa att huvudhandledaren är tillgänglig för handledning och även i övrigt har förutsättningar att utföra sitt uppdrag.
- ☒ Varje handledare har genomgått handledarutbildning som tillgodoser kraven enligt föreskriften.
- ☒ Om det finns en risk för att en ST-läkare inte kommer att uppfylla kompetenskraven bör det leda till en åtgärdsplan. En åtgärdsplan bör omfatta justeringar i det individuella utbildningsprogrammet, förändringar i vårdgivarens utbildningsinsatser eller tydligare krav på ST-läkarens insatser.
- ☐ Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.
- ☒ Verksamhetschefen eller motsvarande håller regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkarna.

## Kvalitetsindikator

- ☒ ST-läkarnas sidoutbildning följs upp.

## Gradering

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

## F Teoretisk utbildning

Kurser för A- och B-mål erbjuds via Region Dalarna. Det finns goda möjligheter att delta i externa C-målskurser. Kurs/utbildning i kvalitets- och förbättringskunskap finns inte. Det finns en valfri digital utbildning i patientsäkerhet, som dock inte följs upp med reflektion eller kurskontroll.

Kliniken ordnar en ST-utbildningsdag i samarbete med kardiolog-, reumatolog-, geriatrik- och infektionskliniken två gånger per år. Den ges vid två tillfällen så att alla kan delta och utgår från målbeskrivningen. Det finns en digital regional ST-utbildning som ges från Uppsala en timme en gång i veckan, dock har byte av tid gjort det svårt för ST-läkare att delta.

Internutbildning finns på kliniken i samband med morgonmöte två dagar i veckan. ST-läkare står för undervisningen en av dagarna.

En intern POCUS-utbildning ges. Alla ST-läkare skriver SIMs kunskapsprov för den gemensamma kunskapsbasen och specialistläkartentamen.

Självstudietid läggs ut i schemat av schemaläggare med målet en dag per månad. ST-läkarna upplever en svårighet att planera självstudier då tiden ofta dras in för att täcka akut frånvaro. Planering av och uppföljning av innehållet i självstudietid tas endast undantagsvis upp i den personliga handledningen.

### Föreskrift

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

### Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

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

### Allmänna råd

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

## Kvalitetsindikator



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

## Gradering



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



B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.



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



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

## G Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Region Dalarna ordnar en vetenskapskurs som förbereder ST-läkare för att genomföra ett vetenskapligt arbete. Det finns en separat kurs för de ST-läkare som avser tillgodoräkna sig det vetenskapliga arbetet från läkarprogrammet, vilket gäller för merparten av klinikens ST-läkare.

Journal Club hålls en gång per månad enligt ett rullande schema så att alla ST-läkare presenterar. En muntlig återkoppling och dialog kring vetenskaplig analys sker tillsammans med disputerad kollega.

Regionen har ingen kurs i kvalitetsarbete/förbättringsmetoder, men det finns en skriftlig vägledning på regionens ST-sidor. En digital kurs om patientsäkerhet finns tillgänglig på den regionala ST-sidan, vilken dock inte är känd av ST-läkarna. Det saknas rutin för handledning i och dokumentation av förbättringsarbetet.

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

## Allmänna råd

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

## Kvalitetsindikatorer

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

## Gradering

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

## H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

Region Dalarna ger kurs i konsultationsteknik. Det ges en kurs i medicinskt ledarskap och handledning. ST-läkare rondar avdelning under handledning och muntlig återkoppling sker. Det finns en ny position som ledningsläkare på akuten som ST-läkare har i slutet av ST och som ger träning i ledarskap och handledning.

Många av ST-läkarna har ett administrativt ledarskaps- eller utbildningsuppdrag. Återkoppling kan ske men skulle kunna struktureras mer.

Strukturerad bedömning av ledarskapskompetens och handledningskompetens sker vid specialistläkarkollegium, men systematisk fortlöpande bedömning kopplad till respektive utbildningsaktivitet saknas.

ST-läkare deltar i undervisning av hela läkargruppen samt AT-och BT-läkare. Handledning inför undervisning ges inte. Återkoppling sker av studierektor, och dokumenteras med bedömningsmall. Planering finns för struktur där handledare eller annan specialist också använder mallen för dokumenterad återkoppling.

Handledarna ger "handledning på handledning" när ST-läkarnas har personligt handledarskap för AT och BT-läkare. Samlad personlig återkoppling ges även av AT-studierektor. Strukturerad bedömning saknas. ST-läkare ger även klinisk instruktion till läkarstudenter och viss återkoppling sker.

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

### Föreskrift

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

## Allmänna råd

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

## Kvalitetsindikatorer

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

## Gradering

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

# HANDLINGSPLAN

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

## D. Tjänstgöringens upplägg

Jourtjänstgöring/beredskap utgör en adekvat del av tjänstgöringen.

## **Planerad åtgärd**

För att nå målet behövs multifaktoriella åtgärder, då ingen enskild faktor bedöms kunna påverka situationen i tillräcklig omfattning. Den plan vi arbetar efter inkluderar därför följande:

- Kontinuerliga diskussioner med högre ledning för att få anställa tillräckligt många ST-läkare.
- Skapa en struktur för jourlinjerna där även färdiga specialister kan bidra mer, t ex med specialist som ledningsläkare på akuten. Utöver att bidra som arbetskraft på akuten så förbättrar detta även förutsättningarna för erfaren handledning på plats.
- På divisionsnivå föra diskussioner om huruvida de kliniker vi i nuläget hjälper kvälls- och nattetid i viss mån skulle kunna bidra till akutarbetet för att fördela belastningen över verksamheterna mer adekvat, vilket skulle ge våra ST möjlighet att schemaläggas mer på mottagning och avdelning.
- Arbeta aktivt mellan divisionerna för att skapa adekvata vårdflöden och sökvägar. Medicinakuten i Falun handlägger i nuläget många patienter som egentligen borde omhändertagas inom t ex primärvården, psykiatri eller på hemortssjukhuset. Det stora söktrycket skapar aktuellt ett behov av flertalet parallella jourlinjer. Skulle patienterna kunna omdirigeras till rätt vårdgivare så skulle även behovet av akut- och jourbemanning kunna minskas och andra schemapositioner kunde prioriteras för våra ST.
- Arbeta för ett bättre vårdplatsläge på kliniken samt för att hjälpfunktioner såsom vårdplatskoordinator införs. Den enskilde juren på akuten skulle kunna arbeta betydligt mer effektivt om det tidsslukande arbetet att hitta vårdplats kunde minimeras. Optimering av de faktorer som påverkar handläggningstiderna skulle ge förutsättningar för att kunna dra ned antalet jourlinjer och samtidigt förbättra arbetsmiljön för den enskilde juren.

I samtliga ovanstående punkter har det i dagsläget inletts arbeten som kommer följas upp och justeras kontinuerligt.

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

Kontinuerligt arbete

## **Ansvarig för genomförandet**

Läkarchef och verksamhetschef

## **Datum för uppföljning**

2028-05-31

## **Ansvarig för uppföljningen**

Läkarchef och verksamhetschef

## E.Handledning och kompetensbedömning

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

### Planerad åtgärd

- Inkludera flik med dokumentation i IUP där ST läkaren behöver infoga länkar till alla utförda bedömningar.
- Inkludera rekommendation om antal bedömningar i IUP.
- Genomgång av utförda kompetensbedömningar årligen vid SR samtal
- Ser till att läkarchef och verksamhetschef får tillgång till ST läkarnas IUP och därmed även till alla deras bedömningar så att genomgång kan göras vid handledarsamtal, studierektorsamtal och medarbetarsamtal.
- starta handledarträffar 1x per termin

### Datum när åtgärden ska vara genomförd

IUP uppdaterades 27/5, länken är sedan dess också tillgänglig för ST, handledaren, studierektor och verksamhetschef. Första handledarträff planeras nov 2026.

### Ansvarig för genomförandet

Studierektor

### Datum för uppföljning

STINS nov 2028

### Ansvarig för uppföljningen

Studierektor

## E.Handledning och kompetensbedömning

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

**Planerad åtgärd**

se ovan

**Datum när åtgärden ska vara genomförd**

se ovan

**Ansvarig för genomförandet**

se ovan

**Datum för uppföljning**

se ovan

**Ansvarig för uppföljningen**

se ovan

## G. Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Det finns goda förutsättningar för att genomföra, dokumentera och redovisa ett kvalitetsarbete.

**Planerad åtgärd**

- Inkludera information kring kvalitetsarbete mer utförlig i välkomstdokumentet och tar upp det vid introduktion samtals med SR. Inkludera regionens skriftliga vägledning i introduktionspermen.
- Punkten tas upp vid handledarträffar för att öka handledarkompetens
- Inkludera mer utförlig i IUP: handlingsplanen ska länkas, presentation av arbetet ska göras på onsdagsföreläsning, uppföljning i handledarsamtal.
- Avsätta tid för arbetet i schemat vid behov

**Datum när åtgärden ska vara genomförd**

Välkomstdokument och ST introduktion ändrades 2026-07-02 ; handledarträff planeras i november 2026 med fokus på kvalitetsarbetet ; IUP ändrades 2026-07-02

**Ansvarig för genomförandet**

Studierektor

**Datum för uppföljning**

STINS nov 2028

**Ansvarig för uppföljningen**

Studierektor

## H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

### Planerad åtgärd

- Infoga bedömningsmallar 'feedback till handledare', 'bedömning presentation' och 'bedömning rondarbete' i IUP under mål A1.
- Inkludera rekommendation om antal bedömningar i IUP
- Inkludera flik med dokumentation i IUP där ST läkaren behöver infoga länkar till alla utförda bedömningar.
- Genomgång av utförda kompetensbedömningar årligen vid SR samtal
- Ser till att läkarchef och verksamhetschef får tillgång till ST läkarnas IUP och därmed även till alla deras bedömningar så att genomgång kan göras vid handledarsamtal, studierektorsamtal och medarbetarsamtal.
- starta handledarträffar 1x per termin

### Datum när åtgärden ska vara genomförd

- IUP uppdaterades 27/5 - Länk till IUP skickas till handledaren, läkarchef och verksamhetschef efter nyanställda ST har haft introduktion samtal med studierektor. - Alla ST som har varit <2 i tjänst kommer gå över till den nya IUP och länk ska även delas med handledaren, läkarchef och verksamhetschef

### Ansvarig för genomförandet

Studierektor

### Datum för uppföljning

STINS nov 2028

### Ansvarig för uppföljningen

Studierektor

## H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

**Planerad åtgärd**

se ovan

**Datum när åtgärden ska vara genomförd**

se ovan

**Ansvarig för genomförandet**

se ovan

**Datum för uppföljning**

se ovan

**Ansvarig för uppföljningen**

se ovan