



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Länssjukhuset Sundsvall

Klinik

Radiologi

Specialitet

2026-08-25 – 2026-08-26

Datum

Sundsvall, Örnsköldsvik

Ort

Erik Rosbach Jensen och Paulina Cewe

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Allsidig radiologisk ST-utbildning med planerad sidoutbildning för områden som inte täcks fullt lokalt. Aktiv uppföljning av sidoutbildning skriftligen.
- Kliniken har ett trevligt och öppet klimat med utmärkt handledningsmiljö.
- Engagerad studierektor med väldefinierad roll och funktion, som är mycket uppskattad av både ST och handledare.
- Stabil verksamhetschef sedan flera år som motiverat och styrt kliniken till att fokusera på ST-utbildning och handledarskap.
- Genomarbetad IUP med tydlig progression genom hela ST-utbildningen.
- Introduktionsplan för första året är nyligen implementerad.
- Tydliga lokala och regionala riktlinjer för handledning och kompetensbedömning.
- Flertal olika bedömningsinstrument används.
- Generöst schemalagd studietid och organiserad intern utbildning.
- Goda möjligheter till vetenskapligt arbete samt kvalitets- och förbättringsarbete.
- Specialistkollegium genomförs minst två gånger per termin och dokumenteras skriftligen. Huvudhandledaren återkopplar till ST-läkaren.
- ST-läkarna ges möjlighet till successivt större självständighet, jourarbete, rondledning och handledning av juniora kollegor.
- Alla specialister har genomgått handledarutbildning.
- Möjlighet till närvaro vid årligt ST internat för samtliga 4 regioner i Norrland.

Svagheter

- Information och förutsättning finns för att delta i EDiR, men ännu har ingen ST deltagit.

Förbättringspotential

- Skriftliga riktlinjer med uttolkning av målbeskrivningen har påbörjats och behöver omsättas kliniskt.
- Säkerställa tillräcklig specialistnärvaro för daglig klinisk handledning och snabb återkoppling, särskilt vid elektiv DT-granskning.
- Längre sammanhållna ultraljudsplaceringar under första året.
- Säkerställa att IUP verkligen används aktivt och revideras regelbundet.
- Preliminär extern kursplanering bör finnas i IUP, med preliminära årtal.
- Säkerställa att planerade kompetensbedömningar faktiskt dokumenteras av ST-läkaren.

STRUKTUR

A Verksamheten

Verksamheten erbjuder en allsidig radiologisk ST-utbildning. För de delar av specialiteten som inte fullt ut kan tillgodoses lokalt planeras sidoutbildning vid andra enheter. Sidoutbildningarna följs upp skriftligt, vilket ger goda förutsättningar för att säkerställa att avsedda utbildningsmål uppnås.

Det finns ett tydligt engagemang för ST-utbildningen i verksamheten. Verksamhetsledningen har under flera år arbetat aktivt med att stärka utbildningsmiljön, med särskilt fokus på handledning, strukturerad utbildning och progression under ST.

Skriftliga riktlinjer finns för genomförande av ST samt för kompetensbedömning. Ett arbete har också påbörjats med att tydligare uttolka målbeskrivningen och omsätta den i den kliniska utbildningen. Detta arbete bör fortsätta så att strukturen blir tydlig och gemensam för samtliga ST-läkare och handledare.

Verksamheten har rutiner för uppföljning av utbildningens kvalitet, bland annat genom regelbundna specialistkollegier och fortlöpande uppföljning av ST-läkarnas progression.

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

Det finns ett stort engagemang för utbildning och handledning bland klinikens specialister. Tillgången till handledare är god i förhållande till antalet ST-läkare och ingen handledare ansvarar för fler än två adepter. Detta skapar goda förutsättningar för kontinuitet och individuell uppföljning.

Samtliga specialister har genomgått handledarutbildning och utbildningen upprepas ungefär vart femte år. Studierektorn är specialistkompetent, handledarutbildad och har en tydligt definierad uppdragsbeskrivning. Studierektorsfunktionen framstår som väl integrerad i verksamheten och uppskattas av såväl ST-läkare som handledare.

Det saknas däremot en organiserad struktur där handledarna regelbundet träffas för gemensam uppdatering, kompetensutveckling och diskussion kring handledning och bedömning. Återkommande handledarträffar skulle kunna bidra till en mer enhetlig syn på progression, bedömningsmetoder och återkoppling.

Förberedelse för HSLF-FS 2021:8 finns i form av mall till IUP

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

Verksamheten bedrivs i ändamålsenliga lokaler med adekvat och i modern utrustning. Det finns tillräckligt antal granskningsplatser och dessa är placerade nära modaliteterna, vilket underlättar det dagliga arbetet och möjligheten till klinisk handledning.

RIS och PACS fungerar väl och ST-läkarna har tillgång till relevanta IT-baserade stöd. Det finns även möjlighet att söka vetenskaplig litteratur samt tillgång till biblioteksresurser.

Förutsättningarna vad gäller lokaler, diagnostisk utrustning och arbetsplatser bedöms sammantaget vara goda för genomförande av ST-utbildningen.

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

Tjänstgöringens upplägg är i stora delar väl strukturerat. För det första året finns ett nyligen framtaget introduktions- och utbildningsprogram med tydlig progression och särskilt fokus på att successivt förbereda ST-läkaren för jourarbete. Dokumentet är relativt nyimplementerat och strukturen har därför ännu inte fullt ut hunnit etableras i verksamheten.

För utbildningens senare delar, framför allt år 2–5, är det mindre tydligt hur målbeskrivningens olika kompetenskrav omsätts till konkreta placeringar, utbildningsaktiviteter och kompetensbedömningar. Ett arbete med skriftliga riktlinjer för uttolkning av målbeskrivningen har påbörjats och bör slutföras och implementeras i verksamheten.

Samtliga ST-läkare har individuella utbildningsprogram. Dessa är genomarbetade och beskriver en tydlig progression genom utbildningen. Det finns dock behov av att säkerställa att IUP används som ett aktivt och levande dokument under hela ST, med regelbunden uppföljning och revidering för samtliga ST-läkare.

Planerade externa kurser bör i möjligaste mån föras in i IUP redan tidigt under utbildningen, gärna med preliminära årtal. Detta skulle underlätta långsiktig planering och bidra till att säkerställa att samtliga utbildningsmoment genomförs inom rimlig tid.

ST-läkarna ges successivt ökat ansvar genom bland annat jourarbete, ronder och handledning av mer juniora kollegor.

Det finns inga leg läkare som är anställda innan ST.

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.

E Handledning och kompetensbedömning

Handledningsmiljön är en tydlig styrka i verksamheten. Det finns ett öppet och positivt utbildningsklimat och ett stort engagemang för ST-läkarnas utveckling. Varje ST-läkare har en huvudhandledare och tillgången till handledare är god.

Specialistkollegium genomförs minst två gånger per termin och har en tydlig struktur för bedömning. Resultaten dokumenteras och huvudhandledaren ansvarar för återkoppling till ST-läkaren. Flera olika bedömningsinstrument används i verksamheten, vilket ger goda möjligheter till en bred och återkommande bedömning av kompetensutvecklingen.

Det finns dock variation i hur konsekvent genomförda kompetensbedömningar dokumenteras av ST-läkarna och hur tydligt dessa kopplas tillbaka till IUP. Verksamheten bör därför säkerställa att planerade bedömningar inte enbart genomförs utan även dokumenteras och används aktivt vid uppföljning och revidering av utbildningsplanen.

Den dagliga kliniska handledningen fungerar överlag väl, men tillgången till omedelbar specialiståterkoppling kan vara begränsad i vissa delar av verksamheten, särskilt vid elektiv DT-granskning. Tillräcklig specialistnärvaro bör därför säkerställas för att möjliggöra kontinuerlig instruktion och snabb återkoppling i det kliniska arbetet.

Återkommande gemensamma handledarträffar skulle kunna ytterligare stärka handledningen och bidra till en mer enhetlig bedömning av ST-läkarnas progression.

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

Den teoretiska utbildningen är väl tillgodosedd. Regelbundna interna utbildningstillfällen och journal clubs genomförs, där ST-läkarna både deltar och själva presenterar. Utbildningen kan följas på plats eller via länk.

Det finns även ett regionalt samarbete där studierektorer i Norra sjukvårdsregionen organiserar gemensamma föreläsningar och ST-internat. Samtliga ST-läkare har möjlighet att delta i ett årligt regionalt ST-internat.

ST-läkarna har generöst avsatt tid för självstudier, motsvarande en halv dag per vecka. Detta är en tydlig styrka och ger goda förutsättningar för kontinuerlig teoretisk fördjupning.

Information om European Diploma in Radiology, EDiR, finns tillgänglig och ST-läkarna uppmuntras att genomföra examinationen. Ännu har dock ingen ST-läkare vid verksamheten deltagit i EDiR.

För att ytterligare stärka den långsiktiga utbildningsplaneringen bör externa kurser och övriga större utbildningsmoment framgå tydligt av IUP, om möjligt med en preliminär tidsplan.

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

Det finns goda förutsättningar för att utveckla ett vetenskapligt förhållningssätt under ST. Vetenskapligt arbetssätt uppmuntras och följs upp av handledare. FoU-enhet på sjukhuset som hjälper till vid uppstart av doktorand/forskning ansluten till Umeå.

Journal clubs genomförs regelbundet och vetenskapliga artiklar granskas utifrån en standardiserad mall. Statistiker deltar vid vissa tillfällen för genomgång och diskussion av statistiska metoder. Det finns även återkommande regionala föreläsningar med disputerad radiolog.

ST-läkarna uppmuntras att delta i kliniskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete och det finns goda möjligheter att genomföra såväl vetenskapligt arbete som kvalitetsarbete inom ramen för utbildningen.

Verksamheten har således en väl utvecklad struktur för att introducera ST-läkarna till vetenskaplig litteratur, kritisk granskning och systematiskt förbättringsarbete.

Föreskrift

- ☒ ST-läkarens kompetens inom medicinsk vetenskap bedöms utifrån kunskap kring vetenskapliga metoder och forskningsetiska principer.
- ☒ ST-läkaren bedöms utifrån förmågan att kunna kritiskt granska och värdera vetenskaplig information, samt i sitt arbete ta ansvar för att omsätta och tillämpa denna kunskap.
- ☒ ST-läkaren deltar i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i sådan utsträckning att förutsättningar för delmåluppfyllelse föreligger.
- ☒ Utbildning erbjuds för att uppnå ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt.
- ☒ Det finns goda förutsättningar för genomförande av ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.
- ☒ Det finns goda förutsättningar för att genomföra, dokumentera och redovisa ett kvalitetsarbete.

Allmänna råd

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

Kvalitetsindikatorer

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

Gradering

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

H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarna ges goda möjligheter att successivt utveckla sin ledarskaps- och kommunikativa kompetens. Detta sker bland annat genom ökat självständigt ansvar i det kliniska arbetet, jourtjänstgöring, rondledning samt genom att ST-läkarna får handleda mer juniora kollegor.

Det finns även möjlighet för ST-läkarna att undervisa och handleda andra under handledning. Kompetens inom ledarskap, kommunikation och handledning bedöms återkommande inom ramen för utbildningen.

För att ytterligare stärka strukturen kring dessa kompetenser kan återkommande gemensamma handledarträffar användas för att harmonisera hur ledarskap, kommunikation, undervisning och handledningsförmåga bedöms och hur återkoppling ges.

Sammantaget finns goda förutsättningar för ST-läkarna att utveckla de icke-medicinska kompetenser som krävs enligt målbeskrivningen.

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.

Åtgärdsplan: Uppdaterad målbeskrivning för ST-utbildningen i radiologi

Pågående arbete med att uppdatera målbeskrivningen för samtliga inlärningsmål under ST-utbildningen i radiologi. Arbetet utgår ifrån den europeiska målbeskrivningen för radiologi, med målet att skapa en tydligare, mer heltäckande och praktiskt användbar struktur för ST-utbildningen. Målbeskrivningen omfattar även socialstyrelsens krav för målluppfyllelse. Arbetet drivs av Gunilla Lapidus och inom det nationella studierektorsnätverket för radiologi, med nästa uppföljning i september och förväntas vara färdigställt våren 2027.

Syfte

Syftet är att säkerställa att ST-utbildningen i radiologi har en aktuell, nationellt förankrad och pedagogiskt användbar målbeskrivning som stödjer strukturerad inläring i form av både kravnivå, kliniska färdigheter och teoretiska färdigheter.

I dokumentet finns även förslag på utbildningsmoment, de ska ses som lokala, här ska respektive klinik hitta sina egna moment.

Dokumentet utformas även så att de ska gå att använda för uppföljning av delmålen. Hur uppföljningen ska se ut är upp till varje klinik. Det är även specificerat under vilket år av STn ett mål förväntas vara klart.

Mål

- Ta fram en uppdaterad målbeskrivning som omfattar samtliga inlärningsmål under ST-utbildningen i radiologi.
- Samsyn över landet kring vad en ny-färdig specialist ska kunna.
- Anpassa målen till den europeiska målbeskrivningen och samtidigt säkerställa överensstämmelse med svenska krav och förutsättningar.
- Underlätta lokal utbildningsplanering
- Underlätta uppföljning av delmålen
- Underlätta inläsning till EDiR.
- Målen är också tänkta till att ligga till grund för de radiologikurser som ges.
- På sikt är tanken att även involvera specialistföreningarna och deras målbeskrivningar.

Arbetssätt

En central del av arbetet är implementeringen av den europeiska målbeskrivningen för ST-läkare inom radiologi i Sverige. Detta görs genom en systematisk genomgång av europeiska mål och lärandemål för att identifiera överlapp, luckor och områden som bör stärkas i svensk ST-utbildning.

Tidsplan

Nästa möte för genomgång och uppföljning genomförs 2a september. Därefter sker planerad diskussion på röntgenveckan sept 2026, tisdag 8/9.

Våren 2027 förväntas en uppdaterad och nationellt förankrad målbeskrivning utifrån europeiska målbeskrivningen vara färdigställd. Den ska fungera som stöd för ST-läkare, handledare, studierektorer och verksamheter vid planering, genomförande och uppföljning av ST-utbildningen i radiologi, samt bidra till en mer likvärdig och strukturerad ST-utbildning över landet.

Anpassning till lokala förutsättningar

Målbeskrivningen ska anpassas till lokala förutsättningar. Varje klinik behöver därför bedöma hur målen kan omsättas i den egna verksamheten, vilka delar som kan uppnås lokalt och vilka moment som kräver randningar, kurser eller andra utbildningsresurser. Den lokala anpassningen sker i samverkan mellan studierektor, enhetschef, verksamhetschef och sektionsansvariga överläkare. Därefter görs slutlig bearbetning och sammanställning för lokal användning. Arbetet förväntas vara helt klart hösten 2027.