



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Örnsköldsviks sjukhus

Klinik

**Anestesi och
intensivvård**

Specialitet

2026-05-12 – 2026-05-13

Datum

Örnsköldsvik

Ort

Isabell Woest och Elizabeth

Lichtenstein

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Högt i tak
- Kollegial stämning
- ST-läkarna bereds plats att lära sig och påkallas när intressanta lärrika moment dyker upp
- Då verksamheten inte bärs av ST-läkarna så frigörs de lätt till lärandemoment och kurser
- Schemalagd administrationstid vilket innebär i praktiken att ST-läkarna har studietid då de inte har några ansvarsområden
- Korta beslutsvägar
- Allsidig utbildning nås tack vare externa placeringar
- Bra stöd från specialister

Svagheter

- Externa placeringar är nödvändiga för att få en fullständig utbildning
- Det saknas handledarträffar för handledarna sinsemellan
- Endast en person på plats med genomförd doktorandutbildning/disputerad medför ingen självklar ingång till egen forskningsverksamhet
- Chefsnärvaron på specialistläkarkollegium är mycket sporadisk
- SR finns inte på sjukhuset utan på annan ort, det mesta av SR-uppgifterna sköts av specialist på plats utan någon formell uppdragsbeskrivning
- På den större delen av de externa placeringarna fås ingen regelbunden eller formell återkoppling, ej heller kontakt mellan huvudhandledare och handledaren på den externa placeringen
- Den externa IVA-tjänstgöringen har förkortats rejält vilket gör att målen vid denna riskerar att inte uppfyllas

Förbättringspotential

- Fler strukturerade medsittningar och bättre dokumentation av dessa
- IUP behöver utvidgas så att självstudier, lärandemetoder kopplade till målen och den interna utbildningen finns med i den
- Strukturerad återkoppling på undervisning
- Möjlighet till att handleda under handledning och återkoppling på detta
- Återkoppling på vetenskapligt förhållningssätt, kommunikation och ledarskap behöver införas
- Handledarrutinen behöver kännas till av alla
- Handledarträffar sinsemellan
- Uppföljning av externa placeringar med feedback av och kontakt med handledare på det externa sjukhuset
- Försäkra sig om att IVA-tjänstgöringen uppfyller målen när denna förkortats
- SR på plats eller annan person med formellt uppdrag att fungera som SR för att få säkrad kontinuitet
- Öka chefsnärvaron på Specialistläkarkollegium

STRUKTUR

A Verksamheten

Länsdelssjukhus med 106 vårdplatser. Bred verksamhet med medicin, kirurgi, ortopedi, ÖNH, viss barnverksamhet, gynekologi och obstetrik. IVA med 5 IVA-platser. Operationsavdelningen har 5 salar och en akut sal. På plats finns Enhetschef. 5 ST läkare. SR och Verksamhetschef finns i Sundsvall.

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

Verksamheten bemannas av 9 specialister och 5 ST-läkare. Stafettläkare anlitas. Det finns en disputerad läkare. Verksamhetschefen och studierektor befinner sig på annan plats 15 mil bort och är tillgängliga via mail och telefon. Det finns ingen fast specialistläkare som jobbar kliniskt på båda orterna. Verksamhetschefen bedömer ST-läkare enbart utifrån rapporter från SR, enhetschefen samt specialistläkare på plats och deltar inte i rekryteringen. SR besöker kliniken två gånger per år och deltar inte i specialistläkarkollegium. Detta är inte tillfyllest för att driva ST-utbildningen framåt. De flesta SR-uppgifter sköts av specialist på plats som är med i rekryteringen av ST-läkare och planeringen. Alla handledare har genomgått handledarutbildning, men alla har inte kännedom om de skriftliga rutinerna som finns för handledning. Det saknas handledarträffar handledarna sinsemellan.

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

Lokaler på operation är nybyggda och fungerar väl. Alla ST-läkare har tillgång till arbetsplats. Det finns gott om utrymmen för diagnostik, egna arbeten, informella och formella möten. IVA har fungerande lokaler men är lite ålderstiget (och därigenom inte helt adekvat för uppgiften i nuläget), ombyggnation är planerad under året.

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

ST-tjänstgöringen är allsidig och ST-läkarna bereds möjligheter till kurser och externa placeringar i samråd med sin handledare och schema-ansvarig läkare. SR finns inte på plats och deltar heller inte i specialistkollegium, således tveksamt hur mycket stöd SR utgör i vardagen till VC, HL och ST-läkare.

För att få en allsidig utbildning hänvisas ST-läkarna till externa placeringar. Dessa sker ffa i Umeå (Thorax, Neuro och IVA) samt i Stockholm (Astrid Lindgrens Barnsjukhus). Detta innebär att stora delar (närmare hälften) av ST-utbildningen sker på annan plats än hemmakliniken. Då återkopplig och överrapportering från den externa placeringen ibland brustit är det svårt att avgöra hur målen därifrån har bedömts eller uppfyllts. Kvalitetsindikatorn angående BT-läkare bedöms ej i denna granskning.

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

Handledning sker kontinuerligt på plats på hemmakliniken. HL redogör för sin ST-läkare på specialistläkarkollegium och följer regelbundet upp utveckling på plats. På extern placering har det inte alltid förekommit vare sig handledarsamtal eller formell återkoppling. Kontakt mellan huvud-handledare och handledare vid den externa placeringen är inte given och ofta obefintlig. I Umeå är samma person handledare samtidigt för alla externt inkommande ST-läkare. Det har inte heller alltid varit rutin med överrapportering vare sig strukturerad eller informell. I några fall har ST aktivt efterfrågat handledning och då fått muntlig informell sådan. När handledaren inte får någon återkoppling på ST-läkarens utveckling under extern placering anses inte att bedömning sker kontinuerligt.

Bedömningen av ST-läkarens kompetensutvecklingen på hemmakliniken sker kontinuerligt, dock är kopplingen till målbeskrivningen otillräckligt. Bedömningen av kompetensutvecklingen sker inte tillräckligt tydligt i förhållande till de uppsatta målen i det individuella utbildningsprogrammet. Det finns en plan för ST-läkare som riskerar att inte uppfylla målen i Regionen men den är inte känd av alla.

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

ST-läkarna deltar i "Snurran" Norr regelbundet. Internutbildning i form av Journal Club och andra vetenskapliga sammankomster förekommer på kliniken, dessa nämns dock inte i ST-läkarens IUP. Frikostigt med deltagande i externa kurser och möjligheter till externa placeringar. Det finns schemalagd tid för självstudier (skrivs som admin) , detta är dock inte inlagt i IUPn och därigenom framgår det inte vilka delmål som uppnås eller hur.

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 en disputerad specialist läkare inom kliniken. Förutsättningar för att genomföra ett vetenskapligt arbete finns men det uppmuntras inte aktivt på plats. Vill man forska får man söka handledare på annan ort. Kvalitetsarbete genomförs av ST-läkare och implementeras. Det finns inga vetenskapliga publikationer publicerade under de senaste åren.

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

Ledarskap och kommunikation bedöms regelbundet på specialistläkarkollegiet. Möjlighet till undervisning och handledning finns, återkoppling av dessa aktiviteter sker dock sporadiskt. Reflektion i grupp finns inte.

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.

E.Handledning och kompetensbedömning

Varje ST-läkare har tillgång till en handledare för varje del av tjänstgöringen.

Planerad åtgärd

Alla ST-läkare har från ST-start utsedd handledare på hemmakliniken med bra och uppskattad kvalitet samt frekvens på handledningen. Under sidoutbildning på annat sjukhus har handledning däremot inte alltid varit av tillräcklig omfattning eller kvalitet. Kontakt ska tas med mottagande sjukhus där den aktuella sidoutbildningen sker för att tydliggöra de lokala rutiner som ska gälla kring handledning samt handledarens roll och ansvar för gästande ST-läkare. Vi kommer att trycka på handledningens betydelse för att utbildningsmålen ska kunna nås.

Kontakt mellan såväl studierektorer som chefer vid AnOpIVA Örnsköldsvik och Umeå kommer att tas.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Under 2026

Ansvarig för genomförandet

Studierektor och EC-läkare

Datum för uppföljning

Innan utgången av 2027

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef, EC-läk och SR

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Handledarutbildning ska regelbundet planeras till klinikens veckovisa läkarträff. Handledarträffarna ska inkludera utbildning kring ST-målbeskrivning, individuell utbildningsplanering med delmålsuppfyllnad och krav på halvårsvis revidering av IUP samt huvudhandledarens ansvar att följa sin ST-läkare under sidoutbildning. Tips på hur man bedömer och återkopplar ST-läkares förmåga att handleda och utöva ledarskap ska ingå i utbildningen.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Under 2026

Ansvarig för genomförandet

Studierektor och EC-läkare

Datum för uppföljning

Innan utgången av 2027

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef, EC-läk och SR

G. Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Det finns goda förutsättningar för genomförande av ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.

Planerad åtgärd

Det finns en disputerad anestesist specialist vid kliniken i Övik. Som ett led att förbättra förutsättningarna till vetenskapligt arbete för ST-läkare ska den lektor/anestesiolog vid Umeå universitet förlagd till Sundsvall involveras i processen kring arbetet.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Under 2026

Ansvarig för genomförandet

Studierektor och EC-läkare

Datum för uppföljning

Innan utgången av 2027

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef, EC-läk och SR

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Kliniken innehåller dagligen moment där ST-läkaren handleder kollegor och andra i det dagliga arbetet. Handledare och instruktörer måste regelbundet ta tillfället i akt att bedöma och återkoppla den handledning ST-läkarens själv ger. Bedömningen kan med fördel struktureras via Mini CEX Direkt observation i klinisk kontext.

Handledarutbildningen ska också inkludera hur man bedömer och återkopplar ST-läkarens egna ledarskap och handledning.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Under 2026

Ansvarig för genomförandet

Studierektor och EC-läkare

Datum för uppföljning

Innan utgången av 2027

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef, EC-läk och SR