



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Skellefteå lasarett

Klinik

**Anestesi och
intensivvård**

Specialitet

2026-05-19

Datum

Skellefteå

Ort

Marco Schuster och Thomas

Widmark

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Kliniken har en god utbildningskultur och en lärandemiljö som prioriterar ST-utbildningen i den kliniska vardagen.
- Driven och engagerad studierektor. Verksamhetschefen är väl insatt i utbildningsfrågor.
- Mycket bra informell handledning där klinikens specialistläkare har bra kännedom om ST-läkarnas kompetensnivå. Utmärkt bakjournsstöd jourtid.
- Genomtänkt och välfungerande introduktionsprogram som uppskattas av ST-läkarna.
- ST-läkarna bidrar aktivt i den interna utbildningen och involveras tidigt i verksamhetsrelaterade ansvarsområden.

Svagheter

- Utbildningstiden som sker internt på kliniken mellan introduktion och externa randningar saknar tydlig struktur kopplat till lärandeaktiviteter och delmål. Här finns det risk för att viss kunskap och färdighet missas. Bedömning och återkoppling behöver ske kontinuerligt för att säkerställa en utbildning med hög och jämn kvalitet.
- Det görs för få strukturerade och planerade bedömningar av ST-läkarnas kompetens. För att tydliggöra ST-läkarnas progression bör bedömningarna kopplas till delmål och utbildningsaktiviteter i det individuella utbildningsprogrammet (IUP).
- Det finns goda förutsättningar på kliniken för ST-läkarna att undervisa och handleda.Handledning under handledning bör stärkas på kliniken.
- Handledning är inte schemalagd. Tid som resurs finns inlagd i schemat men utnyttjas i varierande grad.
- ST-läkarna går jour med bakjour i hemmet vilket innebär en del ensamarbete som medför risk för att formell handledning och återkoppling sker i mindre mängd.

Förbättringspotential

- Individuellt utbildningsprogram (IUP) behöver kompletteras avseende bedömning och uppföljning på delmålsnivå så att inga viktiga delmål missas.
- Kliniken har flera välskrivna styrande dokument för utbildning och handledning som skulle kunna sammanfattas och vissa av dessa bör integreras i det individuella utbildningsprogrammet.
- Strukturera de formella bedömningarna av kommunikativ kompetens, ledarskap, undervisning och handledningskompetens med kända metoder och tydligare koppling till delmål.
- Tydliggör strukturen av handledningstillfällen för jämnare kvalitet och säkerställande av nödvändiga handledningsfunktioner. Se över möjligheterna att planera in handledning i löpande schema.
- Rutiner för intern granskning av ST-utbildningens kvalitet behöver skapas och bör användas till ett kontinuerligt förbättringsarbete av ST-utbildningen.

STRUKTUR

A Verksamheten

Länsdelssjukhus med bred verksamhet där det genomförs ca 4000 operationer per år. 8 operationssalar med både akut och elektiv verksamhet innefattande ortopedi, gynekologi/obstetrik, allmänkirurgi (nedre GI, gallkirurgi, urologi, bröst, bråck), ÖNH-kirurgi, tandingrepp, ECT och MR i narkos.

Allmän IVA-avdelning med 7 platser varav 4 respiratorplatser och 11 UVA-platser. Adekvat blandning av IVA-diagnoser som möjliggör måluppfyllelse intensivvård.

Förlossningsavdelningen har cirka 700 förlossningar/år. Det finns tillgång till smärtmottagning på enheten. Barnanestesi på barn ASA 1-3 och 1år/10 kg, framför allt ÖNH-kirurgi (akut förekommer ibland yngre/sjukare barn). Mindre/sjukare barn transporteras till annat sjukhus med högre nivå av barn-kompetens.

Rutiner för kontinuerlig granskning/internrevision av kvaliteten på ST-utbildningen saknas.

Sammantaget bedöms hela tjänstgöringen med sidotjänstgöringar vara tillräcklig allsidig för att möjliggöra måluppfyllelse enligt utbildningsboken.

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 10 specialistkompetenta läkare och 7 ST-läkare samt 3 vikarierande underläkare i väntan på specialiseringstjänstgöring. Ledningen på läkarsidan består av verksamhetschefen och två medicinskt ledningsansvariga läkare.

Det finns en disputerad överläkare på kliniken som tar ansvar för den vetenskapliga kompetensen inom kliniken. En överläkare går SSAI-program intensivvård.

Samtliga handledare har genomgått handledarutbildning i närtid. Kliniken har ett tillräckligt antal handledare och instruktörer för att det ska finnas förutsättningar för adekvat handledning och instruktion i den kliniska vardagen.

Verksamhetschefen har årliga utvecklingssamtal med alla ST-läkare.

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 och utrustningen för diagnostik och behandling är ändamålsenliga och möjliggör måluppfyllelse. Det finns adekvat tillgång till IT-baserade beslutsstöd samt bibliotek. ST-läkarna har tillgång till funktionella arbetsplatser.

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

Väletablerad introduktion med placering på operationssal tillsammans med narkos-sjuksköterska samt ökande ansvar utifrån progressionen. Efter en delad vecka på IVA och postop följer 2 månader blandad tjänstgöring på både operation och IVA. Efter 5 månader genomförs ett specialistläkarkollegium där det bedöms om ST-läkaren är redo att påbörja jourtjänstgöring. Bakjouren på plats initialt och sedan i hemmet fortsättningsvis. Mycket bra bakjourstöd tack vare tydliga rutiner och närhet till sjukhuset för bakjourerna.

Kompletterande extern tjänstgöring genomförs för måluppfyllelse. Denna sker på både operation och IVA vid bland annat NUS (neurokirurgi, ÖNH, rygg, kärl) samt Danderyd (obstetrik). Specialanestesi/-IVA genomförs på lämplig ort utifrån val. I snitt är ST-läkarna på randning mellan 14 och 18 månader vilket ställer höga krav på planering och uppföljning.

Tidigare har man haft tillgång till tjänstgöring på helikoptern i Lycksele men den möjligheten finns inte för tillfället. Den prehospitla placeringen görs på vägbunden ambulans istället.

Uppföljning och bedömning av måluppfyllelse behöver kopplas till delmål och utbildningsaktiviteter i det individuella utbildningsprogrammet, och denna koppling bör vara känd och implementerad i verksamheten.

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.
- ☒ Jourttjänstgöring/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

ST-läkare får god daglig handledning i det kliniska arbetet och det finns ett öppet klimat på kliniken vilket gör det lätt att ställa frågor och diskutera. På operation finns en önskelista där ST-läkarna kan skriva upp moment/operationer de behöver träna på som tas hänsyn till vid planeringen. Mall finns för handledning som ger instruktioner hur handledningen ska genomföras.

Det finns en god kännedom om ST-läkarnas allmänna kompetensnivå på informell nivå, och det förekommer flertalet formella bedömningar, men för att uppnå följsamhet enligt föreskriften kvävs det mer formella och inplanerade bedömningar som utgår från IUP. Bedömningarna ska göras med på förhand kända metoder och var tydligt kopplade till delmål.

Det finns ett välfungerande specialistläkarkollegium för alla ST-läkare, bland annat hålls ett före ST-läkaren börjar gå jour, men för en god bedömning på delmålsnivå är specialistläkarkollegiet alltför övergripande och sällan förekommande. Verksamhetschefen deltar på specialistläkarkollegium utöver studierektorn som är sammankallande och tar del av bedömningarna i samband med detta.

Bakjour i hemmet innebär en del ensamarbete utan möjlighet till direkt observation, bedömning och återkoppling.

Handlingsplan för ST-läkare som riskerar att inte nå målen finns på regionnivå.

Den individuella utbildningsplanen används vid handledningstillfällen och revideras regelbundet men mycket fokus ligger på praktisk planering och mindre på delmålsuppfyllelse och progression. Kliniken erbjuder arbetstid för handledning men den är inte inplanerad i ordinarie tjänstgöring och sker på eget initiativ, detta medför att den alltför sällan blir av i praktiken.

Handledare, studierektor och verksamhetschef upplever sig ha god uppfattning om ST-läkarna då de har sina sidotjänstgöringar, men uppföljning av sidotjänstgöring skulle behöva struktureras och förtydligas avseende ansvarsfördelning.

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

Norra regionen har en väletablerad "snurra" med namn "anesthesinorr" som mer systematisk täcker C-delmålen återkommande var 2,5:e år. 5 tillfällen digitalt samt 2 dagar fysiskt internat per år. ST-läkarna erbjuds möjlighet att delta eller ta ut lästid om man redan har gått tillfället.

Snurran kompletteras med andra externa teoretiska utbildningar som består av 9 kurser. Inläsningsdagar för vissa kurser finns och ST-läkaren behöver söka ledigt för det. I regionens regi erbjuds kurser som täcker kurskrav inom a-och b-delmålen.

Det förväntas att ST-läkarna skriver HOLA årligen vilket bekräftas under intervjuerna.

Den klinikinterna utbildning äger rum under klinikens läkarmöten tisdag och torsdag. Blandade inslag av presentationer, artikeldragning, falldiskussioner och avvikelser. Återkoppling till ST-läkare i samband med presentationer och undervisning sker.

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

I den interna utbildningen som sker veckovis förekommer fortlöpande Journal Clubs där också ST-läkarna förväntas presentera och blir bedömda utifrån sin medverkan. Väl avsatt tid erbjuds ST-läkare för genomförande av vetenskapligt arbete.Handledare finns tillgängliga via Umeå i de fall det önskas.

Möjlighet till doktorandtjänst finns men just nu har man ingen ST-läkare på kliniken som doktorerar.

Det finns önskemål inom kliniken att öka den vetenskapliga diskussionen och kopplingen till det kliniska arbetet.

ST-läkare har tidigt ansvarsområden på kliniken och deltagande i kvalitets- och patientsäkerhetsarbete uppmuntras men regelbunden återkoppling och bedömning av kompetens saknas.

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

Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens tränas i det kliniska arbetet och återkopplas sporadisk under handledarsamtalen och en gång om året mer strukturerat på specialistläkarkollegium. Detta behöver göras mer planerat för att uppnå måluppfyllelse. Även under teamträningar och simuleringar ges återkoppling men under mindre strukturerade former.

ST-läkarna ges möjlighet att undervisa och handleda AT-läkare och undervisa för sjuksköterskor. Det finns ambition att bedöma handledning under handledning, enstaka exempel förekommer men bedöms ej räcka för måluppfyllelse.

Handledning i kommunikativ kompetens, återkoppling på handledning och möjlighet att handleda under handledning behöver utvecklas ytterligare.

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

Varje ST-läkare har ett utbildningsprogram som utgår från målbeskrivningen och som omfattar de utbildningsaktiviteter som behövs för att uppfylla kompetenskraven i målbeskrivningen.

Planerad åtgärd

Studierektorn kommer under hösten att ta fram en IUP där det förtydligas på delmålsnivå hur måluppfyllelse ska uppnås under respektive placering och där progressionen under ST framkommer. En tydlig struktur ska finnas för hur ofta och vilka bedömningar som ska göras för att säkra måluppfyllelse.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

20261231

Ansvarig för genomförandet

Studierektor

Datum för uppföljning

20271231

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef, studierektor

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Vid APT:er under hösten 2026 kommer det förtydligas och synliggöras hur vi ska planera in regelbundna handledningstillfällen och sedan följa upp hur ofta de har blivit av.

Studierektorn planerar att ha en genomgång på handledarträff under hösten av vår handledningsmall samt förslag på hur man går igenom A- och B-mål regelbundet för att säkerställa att alla handledare vet vad som förväntas av dem. Vi kommer också att gå igenom de olika bedömningsmallarna vi använder på kliniken och hur vi bäst ska använda dem för att säkerställa att de formella bedömningarna syftar till måluppfyllelse enligt IUP. Vikten av att handledningen utgår ifrån samtliga delmål i IUP kommer att belysas. Ansvaret hos handledaren att följa upp sidoutbildningar kommer återigen att poängteras och kommer att stämmas av årligen på specialistkollegium att det är gjort.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

20261231

Ansvarig för genomförandet

Studierektor, verksamhetschef

Datum för uppföljning

20271231

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor, verksamhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.

Planerad åtgärd

Den kommunikativa kompetensen bedöms informellt dagligen i samband med jourrapporter, överlämningar mellan op/ IVA, på sittronder, utbildningstillfällen samt vid bakjournkontakter men vi brister i att dokumentera och återkoppla den. För att förbättra och tydliggöra strukturen på handledningen i ämnet kommer vi att införa formella bedömningar i den kliniska vardagen och ge formativ återkoppling på undervisningstillfällen som ST-läkare håller via KVASts bedömningsunderlag (namngiven specialist kommer att schemaläggas för dessa tillfällen). Detta kommer sedan följas upp via det årliga specialistkollegiet. Vi kommer under hösten och våren diskutera hur vi handleder i kommunikativ kompetens på handledarträffar i specialistgruppen.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

20270530

Ansvarig för genomförandet

Studierektor tillsammans med handledarkollegiet

Datum för uppföljning

20280530

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef, studierektor

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

ST-läkarna handleder redan idag i stor utsträckning andra yrkeskategorier, AT-läkare samt juniora ST-läkare. För att bättre ta tillvara på det som ett utbildningsmoment kommer vi att under hösten ha en genomgång av KVASts bedömningsunderlag för klinisk handledning i arbetsgruppen och belysa vikten av att den används regelbundet i kliniken. Det kommer att förtydligas i IUP hur man förväntas uppnå delmålsuppfyllelse (t ex återkommande formativa bedömningar för IVA-placerade ST-läkare). Handledningskompetensen kommer även att diskuteras på specialistkollegium, 360-bedömningar samt återkoppling från kliniskt arbete samt sidoplaceringar.

På sikt finns ett önskemål om att införa handledarkollegium för ST-kollegiet, vilket förhoppningsvis kan sjösättas under 2027.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

20261231

Ansvarig för genomförandet

Studierektor

Datum för uppföljning

20271231

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef, studierektor