



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Centralsjukhuset Kristianstad

Klinik

Ortopedi

Specialitet

2026-10-06 – 2026-10-07

Datum

Hässleholm, Kristianstad

Ort

Anna Nilsdotter och Karin Bernhoff

Inspektörer

SOSFS 2015:8

HSLF-FS 2021:8

Föreskrift

Vid två parallella utbildningar – enligt SOSFS 2015:8 och HSLF-FS 2021:8 års föreskrifter – bedöms följsamheten i förhållande till båda. Om brister påvisats vad gäller följsamheten till någon av föreskrifterna krävs en handlingsplan.

Observera att bedömning av följsamhet till föreskrift, allmänna råd och kvalitetsindikatorer gäller både SOSFS 2015:8 och HSLF-FS 2021:8, såvida inte annat anges.

Styrkor

- Bred ortopedisk verksamhet med stora volymer
- Hög kompetens i specialist och överläkarleden med god tillgång på handledare
- Framtidsvision med nytt ortopediskt sjukhus
- Delad akut och elektiv verksamhet
- I Hässleholm äger verksamheten operationsresursen

Svagheter

- Extremt starkt produktionsfokus som inverkar negativt på utbildningsmöjligheterna
- Tung jourbelastning på ST-läkarna
- Brister i struktur av placeringar
- Høgt produktionstempo leder till bristande klinisk handledning

Förbättringspotential

- Operationsresurs som tillåter utbildning och handledning
- Bättre struktur på traumaplaceringen med rimlig bemanning och bättre kliniskt stöd för yngre ST-läkare
- Bedömningsinstrument bör användas i större omfattning
- Öka medvetenheten hos sektionscheferna kring ST- utbildningens målbeskrivning med tydliga krav på placeringen
- Överväg att schemalägga veckovisa dagjourer för att ge mer kontinuitet på sektionsplaceringarna

STRUKTUR

A Verksamheten

Kliniken ansvarar för planerad och akut ortopedisk sjukvård inom nordöstra delen av region Skånes sjukvårdsområde med ett upptagningsområde omfattande cirka 350.000 invånare. Kliniken bedriver akut verksamhet förlagd till Centralsjukhuset i Kristianstad (CSK), (inklusive barnortopedi) och elektiv verksamhet bedrivs i Hässleholm. Den elektiva delen omfattar artoplastik, axel, fot och handkirurgi. Hela det ortopediska baspanoramat handläggs vid kliniken. Ryggverksamheten är under uppbyggnad för att klara vårdgarantin inom upptagningsområdet. För ST läkarna innebär det fortfarande att extern randning tillämpas. Kliniken har två vårdavdelningar, varav en akutvårdsavdelning vid Centralsjukhuset i Kristianstad (CSK) och en elektiv avdelning i Hässleholm. Det totala antalet vårdplatser varierar under veckan men maxantal är ca 20 platser på vardera ort. Verksamheten har ett stort elektivt beting som ökar i och med att man bygger ett helt nytt sjukhus i Hässleholm. Verksamheten har ett oerhört starkt fokus på produktion. Kliniken är en s.k. USVE (universitetsjukvårdsenhet) och flera medarbetare är akademiskt meriterade med pågående aktiv forskning. Verksamheten är tillräckligt allsidig för att målbeskrivningens krav kan uppfyllas och innehåller den jourverksamhet som behövs för att uppfylla målen.

Föreskrift

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

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

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

Kvalitetsindikator

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

Gradering

2015

2021



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

För närvarande finns 12 ST-läkare vid kliniken. Alla har personlig handledare och alla handledare är ortopedspecialister och har handledarutbildning som är mindre än 5 år gammal. Kliniken har 28 specialister i ortopedi varav 20 är överläkare. Fem läkare är disputerade. Majoriteten av läkarna tjänstgör både på Centralsjukhuset i Kristianstad (CSK) och Hässleholms sjukhus. Kliniken har god tillgång till läkare med relevant specialistkompetens fränsett inom ryggortopedi där rekrytering precis avslutats. Randning inom anesthesi genomförs på Centralsjukhuset i Kristianstad. Studierektor är engagerad och väl insatt i utbildningsfrågor och har en tydlig uppdragsbeskrivning. Studierektor har avsatt tid för uppdraget. Verksamheten har god tillgång på kompetenta specialister och överläkare för klinisk handledning. Det finns ett stort engagemang för handledning hos kollegerna men högt produktionstempo påverkar den kliniska handledningen negativt.

Föreskrift



Den huvudansvariga handledaren har ett bevis om specialistkompetens i avsedd specialitet.



Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.



Övriga handledare är legitimerade läkare med relevant specialistkompetens.



Det finns tillgång till specialistkompetent studierektor, som har genomgått handledarutbildning.



Det finns tillgång till handledare i en omfattning som motsvarar behovet av handledning.



Det finns tillgång till medarbetare som kan ge nödvändiga instruktioner.

Allmänna råd



Studierektor har relevant specialistkompetens.

Kvalitetsindikator

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

Gradering

2015 2021

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

C Lokaler och utrustning

Verksamheten bedrivs i ändamålsenliga lokaler på två orter, Hässleholm och Kristianstad. I Hässleholm planeras och byggs för närvarande ett nytt elektivt ortopediskt sjukhus som borgar för moderna lokaler med goda möjligheter till både produktion och utbildning. Detta invigs redan 2028. Arbetsplatser för ST läkarna finns tillgängliga med datorer på båda orterna. I Kristianstad där jourverksamheten bedrivs finns ett väl utrustat jourrum. På mottagningen i Kristianstad är det trångt och ett ökat utrymme hade varit önskvärt för att kunna se fler patienter och bedriva mer utbildning. På båda orterna finns konferensrum där möjlighet till gemensamma såväl fysiska som digitala möten finns.

Föreskrift

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

Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

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

Kvalitetsindikator



ST-läkarna har tillgång till funktionell arbetsplats.



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

Gradering

2015

2021



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



B. Socialstyrelsens föreskrifter.



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

PROCESS

D Tjänstgöringens upplägg

Utbildningen är förlagd till både Kristianstad (trauma, jour och barn) och elektiv verksamhet i Hässleholm. Utbildningen sker i block, så kallad "intern-randning" på de olika sektionerna. ST-läkare går dag och nattjourer i Kristianstad. Utbildningsklimatet är gott och överläkare och specialister vill gärna handleda och utbilda men den höga produktionstakten gör att det är svårt att hinna med utbildning och handledning i en pressad vardag. Klinisk feedback ges sporadiskt och utvärderingsinstrument såsom DOPS och CEX används i liten omfattning. Samtliga ST-läkare har en individuell utbildningsplan som revideras fortlöpande. Enstaka sektioner har ett curriculum och en plan för måluppfyllelse under placeringen men långt ifrån alla. Handledarsamtal ska inträffa nio ggr per år enligt regionens egna riktlinjer men i praktiken sker dessa schemalagt fyra gånger per år på klinikens gemensamma utbildningsdagar, därutöver varierar frekvensen stort. ST-läkarna dokumenterar handledarsamtal. Strukturerad bedömning av varje ST-läkare görs årligen vid specialistkollegium och återkopplas via handledare. Större delen av tjänstgöringen kan genomföras vid kliniken, övriga delar tillgodogörs genom extern randning, i dagsläget endast anesthesi och ryggortopedi. Möjligheten till ytterligare extern randning är god. Jourbördan har de senaste året varit alltför omfattande och hackat upp interna sektionsplaceringar. Man har de senaste månaderna anställt flera nya ST-läkare och man är nu fler som kan dela på jourerna. Med dessa nyanställningar har jourbördan lättat och bedöms nu vara av mer adekvat omfattning. Det finns ett introduktionsprogram som alla senast nyanställda ST-läkare har fått ta del av.

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

2015

2021

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

EHandledning och kompetensbedömning

Alla ST-läkare har tillgång till en handledare som är specialistkompetent och har adekvat handledarutbildning. Kliniken anordnar utbildningsdagar 4 gånger per år för sina läkare och i samband med dessa finns tid avsatt för handledningsmöten. Däremellan träffar ST-läkarna sina handledare vid spontana icke schemalagda möten. Progressionsbedömningar görs 3 gånger under ST och återkopplas till ST-läkaren därefter. Sit ins, DOPS och mini CEX används i väldigt liten skala. ST-läkarna uppfattar att kraven på produktion är så höga att specialister och överläkare inte har tid över för att handleda och bedöma samt återkoppla i den omfattning man önskar.

Föreskrift

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

Föreskrift (endast 2021)

- ☒ Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.

Allmänna råd

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

Allmänna råd (endast 2015)

- ☒ Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.
- ☒ Verksamhetschefen eller motsvarande håller regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkarna.

Kvalitetsindikator

- ☒ ST-läkarnas sidutbildning följs upp.

Gradering

2015	2021	
☒	☒	A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
☐	☐	B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
☐	☐	C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
☐	☐	D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

F Teoretisk utbildning

Samtliga ST-läkare går ST-skolan och följer den nationella web-baserade självstudie-kursen med boken Miller som bas. ST-läkarna deltar i klinikens interna utbildningsdagar fyra gånger per år. Då finns även tid för handledarsamtal. Handledare och ST-läkare startar upp ST med en gemensam regional handledarutbildning (START) och skapar då den individuella utbildningsplanen (IUP) tillsammans. Intern teoretisk utbildning sker varje torsdag med "frakturfrukost", där ST-läkarna är med och presenterar fall och aktuella kliniska frågeställningar. En gång i månaden har man också journal-club. Regionövergripande utbildning som innefattar A och B mål finns. Studietid schemaläggs sporadiskt och med otydliga intervall.

Föreskrift

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

Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

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

Allmänna råd

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

Kvalitetsindikator

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

Gradering

2015 2021

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☐ | ☐ | 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

Kliniken är klassificerad som en USVE enhet vilket ger förutsättningar för forskning. 5 av läkarna är disputerade , en professor, liksom en docent finns tillgängliga. Verksamheten har en egen forskningsenhet På grund av höga produktionskrav ligger fokus på kliniskt arbete men intresse för forskning finns hos flera ST läkare. Dock är ingen av dem doktorand. De förväntas göra ett vetenskapligt arbete och man avsätter tid för detta liksom det förväntas att man som ST läkare gör ett kvalitets och patientsäkerhetsarbete. regelbundna Journal Clubs genomförs där ST läkarna ansvarar för innehållet.

Föreskrift

- ☒ ST-läkarens kompetens inom medicinsk vetenskap bedöms utifrån kunskap kring vetenskapliga metoder och forskningsetiska principer.
- ☒ ST-läkaren bedöms utifrån förmågan att kunna kritiskt granska och värdera vetenskaplig information, samt i sitt arbete ta ansvar för att omsätta och tillämpa denna kunskap.
- ☒ ST-läkaren deltar i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i sådan utsträckning att förutsättningar för delmåluppfyllelse föreligger.

Föreskrift (endast 2015)

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

Allmänna råd

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

Kvalitetsindikatorer

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

Kvalitetsindikator (endast 2021)

- ☒ ST-läkare ges möjlighet att medverka i forskningsprojekt under arbetstid.

Gradering

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☒ | ☒ | 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 tränas kontinuerligt genom handledning av studenter, AT-läkare och andra paersonalategorier. Två av ST-läkarna är övergripande AT-ansvariga och samlar in återkoppling från AT-läkare kring ST-kollegernas handledarinsatser. Alla ST-läkare ska 1-2 gånger per termin presentera på journal club och på "fraktur-frukost". Dessa tillfällen utvärderas strukturerat, dokumenteras och återkopplas. På akutvårdsavdelningen i Kristianstad finns en senior kollega som återkopplar ledning av rond och handleder ST-läkare som handleder kandidat eller underläkare. Detta sker också på gaffelmottagning med frakturåterbesök. Återkoppling på handledarskap och kommunikation sker också genom ST-kollegium som sker minst tre gånger under ST-utbildningen. En 10-dagars kurs i ledarskapskompetens och kommunikativ förmåga, LIV (Ledarskap i Vården) finns i regionens regi och är obligatorisk. Den täcker målbeskrivningens krav på kommunikation, ledarskap och handledning. Man har en ambition att försöka ha reflektionsgrupp på arbetstid, men än så länge har detta skett sporadiskt på kvällstid hemma hos studierektor.

Föreskrift

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

Allmänna råd

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

Kvalitetsindikatorer



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

Gradering

2015

2021

☐☐

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.