



# EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

**Falu lasarett**

Klinik

**Geriatrisk**

Specialitet

**2026-06-01 – 2026-06-02**

Datum

**Falun**

Ort

**Peter Johnson och Åsa Boström**

Inspektörer

**SOSFS 2015:8**

Föreskrift

## Styrkor

- Stabil specialistgrupp.
- Bra kollegialt stöd för ST-läkarna.
- God arbetsmiljö där gärna AT-läkare/vik ul vill stanna kvar för sin ST-utbildning.
- Akuta geriatriska vårdplatser finns på enheten, som behövs för god ST-utbildning.
- Psykiater som resurs finns på kliniken minnesmottagning.
- Kompetent studierektor som ger ett bra stöd i ST-utbildningen.
- Mycket bra utarbetad mall för individuella utbildningsplan (IUP) finns på enheten där det tydligt framgår hur varje delmål skall bedömas och följas upp.
- Akutgeriatrisk teamrond 1 gång dagligen och Rehabrond 1 gång i veckan som uppskattas av ST-läkarna.
- Specialistkollegium regelbundet, där specialister i geriatrik även närvarar på internmedicins specialistkollegier, då kliniken ST-läkare är placerade där.
- ST inplaneras 3 månader på SÄBO i Borlänge under period då de samtidigt har primärvårdplacering.

## Svagheter

- Det finns möjlighet att träna handledning och undervisning men den strukturerade återkopplingen och handledning på dessa kompetenser över tid beskrivs vara begränsad.
- Strukturerad återkoppling då ST-läkarna praktiserar medicinsk ledarskap beskrivs ske i mindre omfattning.
- ST-läkarnas kompetens inom medicinsk vetenskap och förmåga att omsätta denna kunskap bedöms i mindre omfattning.

## Förbättringspotential

- Då äldrepsykiatri placering saknas i Falun, bör man se över möjlighet att få ta del av detta som en riktad del av psykiatriplaceringen.
- Låt ST undervisa och handleda i ökad omfattning. Ge strukturerad återkoppling och handledning på detta.
- Identifiera ledarskapsmoment på enheten för ST-läkarna och ge strukturerad återkoppling.
- Låt ST-läkarna sätta sig in i verksamhetschef, läkarchef och MLAs arbetsuppgifter. Låt gärna ST även skugga chef på ledningsmöte.
- Låt ST delta i utredning av avvikelser under ST-utbildningen.
- Se över så att SR och HL har tid för uppdraget.
- Schemalägg självstudietid.
- Verka för att få hemvändardagar/veckor vi längre sidotjänstgöringar
- Avsett mer tid för kompetensbedömningar.
- Strukturera upp läkarmötena för ST-läkarnas internutbildning bättre kopplas till delmål. Låt ST gärna ta ansvar/leda möten
- Fundera över att införa Journal Club på enheten.
- Bevaka så att ST-läkarna arbetar mer självständigt under senare del av ST.

# STRUKTUR

## A Verksamheten

Verksamheten bedrivs på Falu lasarett, där kliniken benämns "geriatrik och rehabilitering Falun Borlänge". Man har en avdelning med 17 platser med följande inriktning: Akut geriatrik (4vpl), geriatrisk rehab (6-7vpl) samt rehabiliteringsmedicin (6-7).

Medelvårdtiden är ca 7 dagar och vanliga diagnoser är rehab efter stroke, höftfraktur och övrig ortogeratrik, infektioner, hjärtsvikt, njursvikt m.m.

Patienterna tas huvudsakligen in från andra vårdavdelningar, akutmottagningen och direkt från hemmet via husläkare.

Därutöver finns en geriatrisk mottagning som handlägger strokeuppföljning samt komplexa kognitiva sjukdomar såsom Lewybody- demens och Frontotemporal demens. Man ansvarar för läkarinsatserna på ett SÄBO i Borlänge som har ca 40 platser. Rutiner för intern granskning av ST-utbildningens kvalitet saknas.

### 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 har 6 kliniskt verksamma specialister i geriatrik samt en med specialistkompetens i psykiatri. Verksamhetschefen är sjuksköterska och läkarchefen sjukgymnast. Studierektor är specialist i geriatrik.

Geriatriken har f.n. 3 ST- läkare, samtliga enligt SOSFS 2015:8. Alla handledare har adekvat handledarutbildning och är specialister i geriatrik

Studierektor och handledare kommunicerar regelbundet kring ST- utbildningsfrågor och då handledarna arbetar nära varandra ersätter detta lokala handledarträffar.

### 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 moderna ljusa, rymliga lokaler med adekvat utrustning. Rymliga rum finns för läkarna på vårdavdelningen. ST läkarna har därutöver en trappa upp tillgång till funktionell arbetsplats med dator och bra möjligheter att förvara egna tillhörigheter. Det finns tillgång till relevanta IT- baserade kliniska beslutsstöd och sökbar vetenskaplig databas.

### 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

Jourtjänstgöring fullgörs främst under "common trunk" på medicinakuten och som "husjour". Övrig tid rondar ST- läkarna på geriatrikens vårdavdelning dagtid helger då geriatriken f.ö. inte har egen jourlinje. Andelen jourtjänstgöring bedöms vara adekvat.

Den nyligen öppnade akutgeriatriska avdelningen (AVA) säkrar en tillräckligt allsidig patientmix på vårdavdelningen. Utbildning i minnesutredning fullgörs både inom primärvården och på klinikens specialistmottagning då både steg I- och II- utredningar i Dalarna sköts av primärvården. Sjukhusets kognitiva mottagning erbjuder utbildning kring mycket komplexa patienter. Man tjänstgör även på SÄBO i Borlänge med ca 40 platser. ST- läkarna saknar placering inom äldrepsykiatri vilket bör erbjudas.

Det finns skriftligt introduktionsprogram för nya ST-läkare. Alla ST-läkare har en mycket bra strukturerad individuell utbildningsplan (IUP) där tjänstgöring och aktiviteter tidigt kopplas till måluppfyllelse. Den nya IUP har använts under kortare tid, föregångaren reviderades regelbundet.

Studierektor har avsatt tid för uppdraget men inte med någon fastställd sysselsättningsgrad. Studierektor utgör organisatoriskt stöd till verksamheten och ingår i ledningsgruppen.

Enheten har för närvarande varken AT/BT eller läkarstudenter. Sommartid anställs ett fåtal underläkarvikarier som ST får möjlighet att handleda kliniskt.

### 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

Handledarna har aktuell handledarutbildning. Det finns alltid schemalagd specialist på plats då ST-läkarna tjänstgör kliniskt. Cirka 1 timme avsätts per månad för handledning. Kompetensbedömningar görs med medsittning (mini CEX) i mindre omfattning. Regelbundna specialistkollegier sker på enheten och handledarna deltar även på medicinklinikens specialistkollegium då ST-läkarna är placerade där. Medarbetarsamtal genomförs årligen med läkarchef. Sidotjänstgöring följs upp.

### 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

Regelbundna läkarmöten sker 1 timme varje vecka med bl.a. erfarenheter från kurser, administrativ information och intressanta fall. Dessa möten skulle med fördel kunna struktureras upp med mer utbildningsvärde för ST och kopplas till socialstyrelsens delmål. 1 gång per vecka deltar ST läkarna i ett team möte kring akutgeriatriska fall samt digitalt möte kring demensfall. ST läkarna deltar på läkar-APT. Obligatoriska kurser för delmål a och b inplaneras av regionövergripande SR. 1 dag per termin finns utbildningsdag för regionens ST läkare i geriatrik. Möjlighet finns att deltaga även i andra kurser förutom det obligatoriska ST kurserna 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:

- ☒ 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

ST-läkarna planeras genomföra skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer eller få tillgodogöra sig pre- ST arbeten, samt dokumentera och presentera ett kvalitetsarbete. ST-läkaren delar i enhetens löpande kvalitets- och förbättringsarbeten. Kritisk granskning av vetenskapliga artiklar sker i begränsad omfattning endast på medicinkliniken, men där ST-läkarna inte alltid får möjlighet att delta pga kliniskt arbete. ST-läkarens förmåga att värdera vetenskaplig information samt omsätta och tillämpa denna kunskap sker i mindre grad.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. 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

ST-läkarna leder ronder, team, men får i mindre grad strukturerad återkoppling. ST-läkarna får möjlighet att ge muntliga presentationer och undervisa. Det finns möjlighet för ST-läkare att handleda underläkare och personal, men för närvarande är inga studenter inplanerade på enheten. ST-läkarna upplever att de inte får handledning och strukturerad återkoppling på dessa moment i tillräcklig omfattning.

Ingen av ST-läkarna har ännu haft möjlighet att auskultera hos chefer för att få en ökad kunskap i ledningens arbetsuppgifter.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. 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.

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

ST-läkarens kompetens inom medicinsk vetenskap bedöms utifrån kunskap kring vetenskapliga metoder och forskningsetiska principer.

### Planerad åtgärd

ST-läkaren deltar sedan tidigare i medicinklinikens journal club och detta samarbete fortsätter. Kliniken ska under hösten 2026 starta upp en egen journal club för både specialister och ST- läkare. Ett första tillfälle är bokat 22 oktober. Vi kommer att utgå från Young Internist Sweden's instruktioner för Journal Club för att utveckla förmåga att kritiskt värdera medicinsk litteratur och tillämpa vetenskaplig evidens i kliniskt arbete. Frekvens 2 gånger per termin. ST-läkarna förväntas delta aktivt och kommer att bedömas avseende sin förmåga inom området.

### Datum när åtgärden ska vara genomförd

261031

### Ansvarig för genomförandet

Anna Domeij

### Datum för uppföljning

270131

### Ansvarig för uppföljningen

Anna Domeij, Andreas Dicander

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

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.

### **Planerad åtgärd**

Deltagande i journal club enligt ovan.

Vid gemensamt rond-/avdelningsarbete ges ST-läkaren i uppgift att söka vetenskapligt underlag, granska evidens och ge förslag på fortsatt handläggning i specifika patientfall. ST-läkaren har huvudansvar för att dessa fördjupningar sker, frekvens 1 gång per halvår under placering på hemklinik. Dessa fall kan med fördel presenteras på internutbildning för ytterligare möjlighet till bedömning. För att möjliggöra detta måste studietid prioriteras och schemaläggas.

Vetenskapliga frågeställningar tas upp vid ordinarie handledarsamtal och bedömning och återkoppling sker. Detta tas upp i handledargruppen för implementering.

ST-läkaren träffar klinikkens patientsäkerhetsombud som går igenom klinikkens patientsäkerhetsarbete och ombudets egen funktion.

Medicinskt ansvarig läkare får i ansvar att låta ST-läkare vara delaktig i hantering av Synergiärenden och om tillfälle ges delta i händelseanalys.

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

20261031

### **Ansvarig för genomförandet**

Anna Domeij

### **Datum för uppföljning**

20270131

### **Ansvarig för uppföljningen**

Anna Domeij, Caroline Sundgren, Andreas Dicander

## **H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens**

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

### **Planerad åtgärd**

ST-läkaren leder redan idag ofta den medicinska rondan, teamkonferens på avdelningen och CGA-rond, men behov finns av mer strukturerad återkoppling och handledning. Vi planerar att använda mall Återkoppling till ST-läkare efter en tids gemensamt avdelningsarbete som finns på hemsidan Klinisk handledning, och mini-Cex. ST-läkaren får i ansvar att detta genomförs minst en gång varje halvår, och detta ska dokumenteras i IUP. Utöka ST-läkarens självständighet och ledarskap genom att få mer självständiga uppgifter allteftersom ST fortskrider enligt plan med handledare. Addera medicinskt ansvar gradvis genom att få svara i konsulttelefon, gå och göra bedömningar/konsultationer på andra avdelningar, ha hand om rond på korttidsboende. Under sista året på ST ha utökat avdelningsansvar med egen underläkare (men med specialist tillgänglig för sambedömning och handledning när behov uppstår).

Initiera en reflexionsgrupp i kollegiet kring kommunikation en gång per år (med ex tema kring missnöjd patient/närstående, användande av tolk, patienter med nedsatt kognition eller bristande insikt).

Utfärda checklista med moment där ST-läkare ska ha medsittning av specialist för att utvärdera kommunikativ kompetens

- Nybesök minnesmottagning
- Diagnosbesked demens minnesmottagning
- Brytpunktssamtal
- Rehabmöte/målformuleringsmöte

Fortsatt användande av 360 grader i mitten och slutet av ST-placeringen där dessa förmågor utvärderas samt fortsatt värdering av ledarskap och kommunikativ kompetens vid specialistkollegium. Genomgång av delmålen i IUP med handledare på handledarträff var 6:e månad.

Läkarchef ansvarar för att ST-läkare får egna ansvarsområden på kliniken.

ST-läkare adjungeras till att delta i klinikledningsmöte vid 1-2 tillfällen under sin utbildning för ökad inblick i klinikens styrning och arbetssätt.

Verksamhetschef deltar regelbundet på läkarmöte så att frågor kring klinikens ekonomi, arbete och inriktning kan ventileras, för att öka intresse för ledarskapsfrågor och ge en bättre organisatorisk förståelse för verksamheten.

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

20261031

### **Ansvarig för genomförandet**

Anna Domeij, Caroline Sundgren och Andreas Dicander

### **Datum för uppföljning**

20270131

### **Ansvarig för uppföljningen**

Anna Domeij, Caroline Sundgren och Andreas Dicander

## **H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens**

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

**Planerad åtgärd**

ST-läkare erbjuds idag goda möjligheter att själv hålla i undervisning, både för AT- och BT-läkare och även för personal på kliniken. Dock saknas strukturerad bedömning och återkoppling. I fortsättningen kommer handledare ha ett mer uttalat ansvar för att tillgodose att ST-läkaren får möjlighet att hålla i undervisning, och ST-läkaren ansvarar för att bjuda in specialist som kan delta och bedöma och återkoppla kring utförandet. Bedömningsmall finns på regionens ST-sida: Bedömningsmall kliniskt ledarskap - kommunikation 2023.pdf .

**Datum när åtgärden ska vara genomförd**

20261031

**Ansvarig för genomförandet**

Anna Domeij, Erika Björs

**Datum för uppföljning**

20270131

**Ansvarig för uppföljningen**

Anna Domeij

## H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

## **Planerad åtgärd**

Utöka formaliserat handledaransvar genom att:

- Mer strukturerat ha handledaransvar för vikarierande underläkare före AT/BT på hemmakliniken
- Föra dialog med medicinkliniken kring att våra ST-läkare får ha handledaransvar för AT/BT läkare på medicinkliniken under sin placering där.
- När vikarierande underläkare är på avdelning planeras gemensam rond/patientsamtal/patientundersökning med öl, ST och ul där öl observerar, ST handleder ul, och öl kan efteråt återkoppla handledningen till ST-läkaren. Detta behöver lyftas i specialistgruppen av studierektor.

Utveckla handledning av handledningssituation genom:

- Ha med detta som punkt vid handledarsamtal med ST-läkarens huvudhandledare
- Reflektion i grupp kring kommunikation och handledning 1 gång per termin (handledningsrond)
- St-läkaren efterfrågar själv aktivt återkoppling på sin handledning, så kallad fredagsfeedback, eller skriftlig feedback.

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

20261031

## **Ansvarig för genomförandet**

Anna Domeij och Erika Björs

## **Datum för uppföljning**

20270131

## **Ansvarig för uppföljningen**

Anna Domeij