EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Krokoms hälsocentral
Klinik

Allmänmedicin
Specialitet

2026-09-03
Datum

Ann Tånneryd och Fia Pipping
Inspektörer

SOSFS 2015:8
Föreskrift

LÄKARNAS INSTITUT FÖR PROFESSIONELL UTVECKLING I SJUKVÅRDEN

Styrkor

- Enhet med gott utbildningsrykte med många ST-läkare som upplever ett gott utbildningsklimat och god sammanhållning.
- Engagerade handledare, verksamhetschef och studierektor som skapat ett bra samarbetsklimat sinsemellan.
- Mycket väl genomarbetade och tillgängliga regionövergripande riktlinjer/stöddokument för ST-utbildningens genomförande.
- Gediget extern regionövergripande utbildningsprogram inkl. både FQ-grupper och Journal Clubs.
- Enheten har goda möjligheter för handledning under handledning av både AT-läkare och studenter.
- Förutom sit-.ins och DOPS nyttjas både ST-kollegium och 360 i kompetensvärdering.

Svagheter

- Utformningen av Individuell utbildningsplan som beskriver kopplingen mellan lärandeaktiviteter och kompetensbedömningar för delmål brister.
- Handledningen utgår inte utifrån IUP och IUP revideras/används enbart i samband med årlig avstämning.
- ST-läkare inkluderas inte i arbetet med löpande kvalitets- och förbättringsarbeten på ett systematiskt sätt på enheten.
- Efter en period av högre belastning (ca 6 månader) pga sämre bemanning har allsidighet, kontinuitet, handledning och studietid påverkats negativt (pausad grupphandledning, mer akutverksamhet och bokningar från andra patientlistor vilket innebär högre adm-börda).
- Struktur för summativ dokumentation av ST-läkarnas progess brister vid avstämningar med VC.
- SR tar inte del av kompetensbedömningar vid avstämningar.
- Det saknar en digital plattform som förenklar studirektorns uppföljning av ST-läkarnas IUP och progress.

Förbättringspotential

- Säkerställ ett korrekt IUP för varje ST-läkare: Nyttja gärna delmålsmallen i SFAM men anpassa för verksamheten och använd övergripande riktlinje för ST-utbildningens utformning som bas. En IUP ska innehålla lärandeaktiviteter som kopplas till kompetensbedömningar för varje delmål. Om ST-läkaren bedöms mycket löpande

summativt i det kliniska arbetet så bör det framgå i IUP och dokumenteras regelbundet, t ex via summativa årliga handledarutlåtande för varje delmål. Nyttja IUP som ett levande verktyg för att inrikta/planera handledningen, internutbildning, kompetensbedömningar.

- Avlasta HL: Kompetensbedömningar kan göras av all personal inkl. chef t ex antingen via de formella bedömningsinstrumenten, eller andra stödverktyg, bara det är överenskommet och förankrat i verksamheten. Bonusen blir ofta en (ännu) bättre förståelse för utbildningskraven och starkare sammanhållning i stort, "vi utbildar och utvecklar varandra".

- (Kopplat till ovan) Förankra i verksamheten hur ST-utbildningen struktureras på er enhet t ex avseende formativa kompetensbedömning av ledarskap, pedagogik/handledning, vetenskapligt förhållningsätt/kvalitetsarbete osv. Tex: Nyttja ssk och psykosociala teamet för bedömningar ledarskap/handledningsmål i samband med SÄBO/teamonder, rehabkoordinatorer för team-ronder psykosociala teamet, årliga ST-kollegium för summativa bedömningar. T ex. nyttja chefen/MAL till att bedöma löpande förbättringsarbeten patientsäkerhetsdelmål vid hantering av avvikelser osv. Glöm inte återkopplingen!

- Koppla internutbildning till IUPs där ämne väljs utifrån både verksamhetens behov och där det föreligger ett behov att komplettera övriga lärandeaktiviteter (alltså inte bara "medicinska diagnosämnen", utan t ex; vad är en bra rondstruktur för SÄBO? Gemensam läkemedelsgenomgång, remissgenomgång osv. Kan även göras via grupphandledning. Ge ST-läkare ansvar för att strukturera upp detta och bedöm/återkoppla!

- Skapa struktur för och involvera ST-läkare mer i verksamhetens löpande kvalitets-förbättringsarbete t ex genom specifika ansvarsområden - kan med fördel kopplas till ssk-mottagningar för tvärprofessionellt arbete t ex diabetes, astma/KOL osv där ST ansvarar för uppdatera/förbättra arbetsrutiner, undervisning, förbättringsarbete osv. Glöm inte kompetensbedömning/återkoppling.

- Under längre belastade perioder - freda ST-utbildningen så att inte utbildningskvalitén påverkas. Freda ST-läkarnas patientlista, handläggning av andras patienter skapar mer adm.börda. Fastställ hur/när uppföljning av andras "akutpatienter" ska lämnas över. Slå ihop studietid så att den kan bedrivas på annan plats? Se över arbetssätt som kan avlasta handledarnas schema, t ex kan frågedoktorstiden reduceras och istället organiseras mot PAL-team (läkare-ssk)? Engagera sekr att boka in kompetensbedömningar/avstämningar enligt en fastställd struktur? Nyttja mer grupphandledning under en övergångstid?

- SR behöver säkerställa att man får ta del av minst årlig dokumenterad summativ kompetensvärdering utifrån delmål, t ex via årligt handledarutlåtande alt. kopia på ST-kollegium, alt IUP där gjorda kompetensbedömningar tydligt framgår för varje delmål.

- Säkerställ digital plattform för kompetensportföljen för att förenkla hantering av IUP och uppföljning av kompetensvärdering.

STRUKTUR

A Verksamheten

HC med drygt ca 9700 listade patienter. Ansvar för BVC, rehab, äldreboende och hemsjukvård. Det finns tydliga övergripande stöddokument och riktlinjer för ST-utbildningens genomförande och utvärdering. Delat ansvar för jourverksamhet .

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:

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

Kvalitetsindikator

- [x] 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

7 ST-läkare, varav en har delad utbildning på 50% på "syster-HC i Föllinge. 1 ST specialist reumatologi. 2 st AT-läkare. 8 fasta specialister, varav 7 utb handledare och 1 st disputerad. Sköterskekompetenser inom bla. astma/KOL, diabetes. Psykosocialt team inkl. rehabkoordinator, kurator, fysio, psykolog, arbetsterapeut. ST-läkare har egen patientlista.

Föreskrift

- [x] Den huvudansvariga handledaren har ett bevis om specialistkompetens i avsedd specialitet.
- [x] Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.
- [x] Övriga handledare är legitimerade läkare med relevant specialistkompetens.
- [x] Det finns tillgång till specialistkompetent studierektor, som har genomgått handledarutbildning.
- [x] Det finns tillgång till handledare i en omfattning som motsvarar behovet av handledning.
- [x] Det finns tillgång till medarbetare som kan ge nödvändiga instruktioner.

Allmänna råd

- [x] Studierektor har relevant specialistkompetens.

Kvalitetsindikator

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

Vårdcentralens tillgång till lokaler och utrustning är adekvat.

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:

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

Kvalitetsindikator

- [x] ST-läkarna har tillgång till funktionell arbetsplats.
- [x] 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

Alla ST-läkare har ett IUP men de brister i utformning och saknar specificering av kompetensvärdering kopplat till lärandeaktiviteter för resp. delmål. Avstämning av individuell utveckling sker i huvudsak enbart årligen mellan ST, HL, SR och VC. ST-läkare introduceras till verksamheten och ST-utbildningen vid anställningsstart. ST-läkare deltar i jourarbete. Det finns riktlinjer och stöddokument kring tjänstgöringens utformning. SR medverkar vid avstämning vid intro, efter 1 år, halvtid och slutvärdering, men tar inte del av kompetensbedömningar vid avstämning. Åtgärder krävs.

Handlingsplan inkommen. Gradering justerad till C.

Föreskrift

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

Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

- ☑ Verksamheten tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas, samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg. Dessa ska vara kända och användas.
- ☑ Jourtjänstgöring/beredskap utgör en adekvat del av tjänstgöringen.
- ☑ Alla ST-läkare har lika rättigheter, skyldigheter och möjlighet att uppnå målen i målbeskrivningen oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

Föreskrift

- [x] Verksamhetschefen på det tjänstgöringsställe där en ST-läkare genomför sin huvudsakliga tjänstgöring har det övergripande ansvaret för ST-läkarens ST-utbildning.
- [x] 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.
- [x] Studierektorn samordnar ST-läkarnas interna och externa utbildningsaktiviteter.

Allmänna råd

- [x] Studierektorn är en organisatorisk stödfunktion till verksamhetschef, handledare och ST-läkare.
- [x] I studierektorns arbetsuppgifter ingår att ansvara för att utarbeta introduktionsprogram för ST-läkarna.
- [ ] Studierektorn tar del av kompetensbedömningarna.

Kvalitetsindikator

- [x] Alla ST-läkare får introduktion till tjänstgöringen.
- [x] 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

Handledningen sker på regelbunden avsatt tid. Även grupphandledning ges 1 g/månad, (dock pausad just nu pga hög belastning). Handledningen och kompetensbedömning är inte strukturerad eller planerad utifrån IUP. Vedertagna metoder för kompetensbedömningar sker huvudsakligen med mini-cex + DOPS, och årligen ST-kollegium, samt 360 2ggr/ ST. Struktur saknas för att summera löpande muntlig återkoppling och dokumentation av denna t ex via handledarutlåtande/avstämningar. Alla ST-läkare genomför avstämning IUP årligen mot HL/VC. Lokal + extern Mitt-i-ST rekommenderas men genomförs inte för samtliga ST-läkare. Åtgärder krävs.

Handlingsplan inkommen. Gradering justerad till C.

Föreskrift

- [ ] Varje ST-läkare ges kontinuerligt handledning i form av stöd och vägledning med utgångspunkt i det individuella utbildningsprogrammet.
- [x] Det finns en utsedd huvudansvarig handledare för varje ST-läkare.
- [x] 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.
- [x] Det finns fastställda rutiner för bedömningar av ST-läkarens kompetens.
- [x] Verksamheten har rutiner för hur den kontinuerliga bedömningen dokumenteras (För ST enligt 2015:8 är verksamhetschef ansvarig enligt ovan)

Allmänna råd

- [x] ST-läkaren bör, utöver handledning, få fortlöpande instruktioner, samt återkoppling från de som har gett instruktionerna.
- [x] Handledningen är inplanerad i den ordinarie tjänstgöringen för huvudansvarig handledare och ST-läkare.
- [x] 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.
- [x] Varje handledare har genomgått handledarutbildning som tillgodoser kraven enligt föreskriften.
- [x] 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.
- [x] Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.
- [ ] Verksamhetschefen eller motsvarande håller regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkarna.

Kvalitetsindikator

- [x] 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

Alla ST-läkare har tillgång till och genomför ett övergripande ST-kursprogram via regionen, samt medverkar på regelbundna ST-träffar. Läkarmöten 1g/vecka som innehåller fortbildning och är planerad i förväg, men som inte utgår från målbeskrivning/IUPs. I övrigt finns interna utbildningstillfällen för all personal 2 ggr/termin (verksamhetsstyrt). Alla ST-läkare har självstudier i tillräcklig omfattning (2-4 ggr/v).

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:

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

Allmänna råd

- [ ] Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerade interna utbildningsaktiviteter.
- [x] Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerade externa utbildningsaktiviteter.
- [x] 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

Kurs i vetenskaplig metodik ingår i övergripande ST-kursprogram och tid avsätts för vetenskapligt arbete. Struktur för handledning och kompetensbedömning avseende förmågan att ta till sig och omsätta ett vetenskapligt förhållningsätt och förbättringsarbete i det löpande kliniska arbetet saknas, men sker sporadiskt i samband med uppföljning av tex kvalitetsparametrar och behandlingsriktlinjer. Kompetensbedömning/återkoppling och dokumentation av detta brister. FQ-grupper och Journal Clubs erbjuds via regionens ST-utbildningsprogram men kompetensbedömning/dokumentation saknas. Åtgärder krävs.

Handlingsplan inkommen. Gradering justerad till C.

Föreskrift

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

Allmänna råd

- [x] 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.
- [x] Det finns tillgång till ett välfungerande doktorandprogram.
- [ ] Enheten har regelbundna möten där medarbetare diskuterar och kritiskt granskar vetenskaplig litteratur.

Gradering

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

H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarna ges möjlighet till arbetsledning i form av ansvar för SÄBO/avdelnings-ronder, instruktioner/handledning av AT-läkare/studenter, psykosocialteam -rond samt arbetsledning gentemot övrig personal som "frågedoktor" och under jourverksamhet. Kompetensbedömning/återkoppling sker huvudsakligen summativt och dokumentation brister för vissa ST-läkare. ST-läkare genomför utbildning i kommunikativ kompetens via övergripande ST-kursprogram samt handleds och kompetensbedöms i form av bl a SIT Ins på VC. Möjligheter att handleda AT-läkare ges efter genomgången handledarkurs, och verksamheten har återkommande läkarstudenter via KUM-verksamhet. Det finns en inbjudan att auskultera hos chef men det finns ingen struktur för detta och sker inte i praktiken. Strukturerad handledning, kompetensbedömning/återkoppling och dokumentering som visar löpande progress för delmål ledarskap och handledarskap brister. ST-läkare ges sporadiskt ansvar för undervisning av personal vid enheten och ST-kollegor, men struktur saknas och dokumenterad kompetensbedömning brister. Åtgärder krävs.

Handlingsplan inkommen. Gradering justerad till C.

Föreskrift

- [x] 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.
- [x] ST-läkaren genomgår utbildning i hälso- och sjukvårdens förutsättningar i enlighet med målbeskrivning.
- [x] ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.
- [x] ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.
- [x] ST-läkaren bereds möjlighet att planera och genomföra undervisning.
- [ ] ST-läkarens kompetens i undervisning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.
- [x] ST-läkaren bereds möjlighet att handleda medarbetare och studenter.
- [ ] ST-läkarens kompetens i handledning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.

Allmänna råd

- [x] ST-läkaren bereds möjlighet att undervisa under handledning.
- [x] ST-läkaren bereds möjlighet att själv handleda under handledning.
- [x] 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

1. Mallen för IUP ska revideras för att ge en tydligare koppling mellan respektive lärandeaktivitet och hur den ska bedömas/utvärderas.
2. En exempelmall IUP ska upprättas och göras tillgänglig för ST-läkare för att skapa ökad förståelse för hur IUP upprättas.
3. Revidera befintliga IUP enligt ny mall. där varje delmål kopplas till lärandeaktivitet, bedömningsmetod, ansvarig och uppföljning.
4. Påbörja arbete med att se över eventuell möjlighet till digital ST-portfölj.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Punkt 1 och 2 senast 2026-12-31, punkt 3 och 4 senast 2027-03-31

Ansvarig för genomförandet

Punkt 1 och 2 Studierektor, punkt 3 ST, handledare och EC, punkt 4 SR

Datum för uppföljning

2027-05-31

Ansvarig för uppföljningen

Enhetschef och studierektor

D. Tjänstgöringens upplägg

Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.

Planerad åtgärd
1. Vid återkommande träffar med ST samt handledare och chefer förtydliga att IUP ska användas regelbundet vid handledning och kontinuerligt uppdateras för att vara ett levande dokument.
2. IUP ska revideras minst två gånger per år enligt planering i ST-årshjul, vilket skall upprättas på enheten.
3. SR tar del av kompetensbedömningarna en gång per år. Mall för årsavstämning ska uppdateras så att summativ bedömning från HL ingår inklusive vilka kompetensvärderingar som genomförts samt att denna skall sändas till SR.

Datum när åtgärden ska vara genomförd
Punkt 1 2027-01-31, punkt 2 och 3 våren 2027 och fortlöpande

Ansvarig för genomförandet
Punkt 1 Enhetschef, punkt 2 och 3 Studierektor, handledare och ST-läkare

Datum för uppföljning
2027-05-31 i samband med att SR samlar in alla IUP

Ansvarig för uppföljningen
Enhetschef och studierektor

E. Handledning och kompetensbedömning

Varje ST-läkare ges kontinuerligt handledning i form av stöd och vägledning med utgångspunkt i det individuella utbildningsprogrammet.

Planerad åtgärd
1. Nyttja IUP som grund för att planera handledningen under året för att täcka alla delmål. Dessutom notera handledningsdokumentationen vilka delmål som har berörts under respektive handledning.
2. Dokumentera Mini-CEX, DOPS, 360-bedömning, bedömning av exempelvis, SÄBO/BVC, presentationer och ST-kollegium i IUP.

Datum när åtgärden ska vara genomförd
2027-03-31

Ansvarig för genomförandet
Handledare och ST-läkare

Datum för uppföljning
2027-05-31

Ansvarig för uppföljningen
Enhetschef

E. Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd
1. Upprätta årshjul för ST där avstämningar/bedömningar framgår och schemaläggs. (Uppdaterad mall för årsavstämmning med summativ bedömning enligt svar D. Tjänstgöringens upplägg, punkt 3)
2. EC genomför regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkarna där ovan nämnda mall används.

Datum när åtgärden ska vara genomförd
2027-03-31

Ansvarig för genomförandet
Handledare, ST-läkare och Enhetschef

Datum för uppföljning
2027-05-31

Ansvarig för uppföljningen
Enhetschef och studierektor

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

1. Dokumentera deltagande i Journal Club samt bedömning av HL när ST- läkaren leder JC i IUP.
2. HL deltar kontinuerligt med ST på JC för att kunna ge muntlig återkoppling som dokumenteras i IUP.
3. Återkommande avsätta tid vid HL med fokus på vetenskapligt och dokumentera det i IUP
4. HL ska ställa frågan kring senaste vetenskapen/forskningen under handledning, HL använder ”mall för handledarsamtal ”.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2027-03-31

Ansvarig för genomförandet

Handledare och ST-läkare

Datum för uppföljning

2027-05-31

Ansvarig för uppföljningen

Enhetschef

G. Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

ST-läkaren deltar i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i sådan utsträckning att förutsättningar för delmåluppfyllelse föreligger.

Planerad åtgärd

1. Skapa struktur för och involvera ST-läkare i det löpande kvalitéts-förbättringsarbete.
2. ST deltar dagligen i gröna korset och skriver avvikelser.
3. Gå igenom egna avvikelser med HL samt andra avvikelser med MLU och dokumentera i IUP.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2027-03-31

Ansvarig för genomförandet

Handledare, ST-läkare, MLU

Datum för uppföljning

2027-05-31

Ansvarig för uppföljningen

Enhetschef och MLU

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd
1. Planera, genomför och dokumentera sit-in på BVC/SÄBO rond alt 360 med säbo-ssk.
2. Bereda handledare att var med när ST har t.ex SIP, avstämningsmöte med FK för att kunna ge återkoppling som dokumenteras i IUP.
3. Handledare närvarar när ST-läkare själva har frågedoktorspass och ger återkoppling gällande ledarskapskompetens vilken dokumenteras i IUP.
4: ST delta vid ledningsgrupper samt gå med såväl chef som MLU och få muntlig återkoppling av vb, detta dokumenteras i IUP.
5. Ge återkoppling då ST under en period hållit i och lett läkarmöten med fokus på ledarskapskompetens.

Datum när åtgärden ska vara genomförd
2027-03-31

Ansvarig för genomförandet
Handledare och ST-läkare

Datum för uppföljning
2027-05-31

Ansvarig för uppföljningen
Handledare och enhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd
1. Bedömning dokumenteras efter genomförda presentationer, undervisning för olika yrkesgrupper, antingen av kollegiet vid läkarmöten eller att handledare är med vid undervisningstillfällen. Kopiera upp mall för återkoppling efter muntlig presentation och lägga ett antal på bordet i konferensrummet.

Datum när åtgärden ska vara genomförd
2027-03-31

Ansvarig för genomförandet
Handledare och ST-läkare

Datum för uppföljning
2027-05-31

Ansvarig för uppföljningen
Enhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd
1. Genomför och dokumentera handledning av KUM studenter och AT-läkare. Den som är frågedoktor kan medverka då ST handleder student och ge feedback.
2. Koppla internutbildning till IUPs
3. HL sitter med när ST har frågedoktorspass, muntlig feedback efteråt vilket dokumenteras i IUP. Återkoppling med fokus på handledarkompetens.
4.Påminna om att videofilma handledningstillfällen samt att gå igenom dessa och dokumentera vid handledning.

Datum när åtgärden ska vara genomförd
2027-03-31

Ansvarig för genomförandet
Handledare, ST-läkare, MLU

Datum för uppföljning
2027-05-31

Ansvarig för uppföljningen
Enhetschef och MLU