



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Karolinska Universitetssjukhuset

Klinik

Reumatologi

Specialitet

2025-04-01 – 2025-04-02

Datum

Jan Cedergren och Lena Karlberg

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Engagerad ST-chef och ST-studierektor
- Bra stämning på kliniken, ST-läkarna trivs
- Lätt att få daglig handledning och klinisk instruktion
- Hög forskningskompetens
- Goda möjligheter till extern utbildning
- Erfaren läkarstab och allsidig patientstock

Svagheter

- ST-läkarna behöver få handledning i att handleda (föreskrift)
- ST-läkarna behöver delta mer kontinuerligt i kvalitets och patientsäkerhetsarbete samt få egna ansvarsområden (föreskrift)
- Sidotjänstgöringar bör följas upp (kvalitetsindikator)
- Internutbildning kan kopplas till delmål (kvalitetsindikator)
- ST-läkarna bör ges möjlighet att delta i ledningsarbete (kvalitetsindikator)
- ST-läkarna önskar oftare schemaläggas med sin personliga ST-handledare.
- Få nybesök till ST läkare
- Högspecialiserad klinik ger kan ge begränsningar i utveckling av självständighet och beslutsfattande. Sidotjänstgöring på mindre reumatologienhet skulle kunna utgöra en del av utbildningen.

Förbättringspotential

- Följa upp sidotjänstgöring (kvalitetsindikator)
- Koppla internutbildning till delmål (kvalitetsindikator)
- ST-läkarna behöver börja ha egna ansvarsområden samt få ökad delaktighet i patientsäkerhetsarbete (föreskrift)
- Organisera handledning för handledning (föreskrift)
- Ge ST-läkarna möjlighet att delta i ledningsarbete (kvalitetsindikator)
- Schemalägg handledare oftare i hop med sin ST-läkare
- Fler nybesök med möjligheter att sedan följa sina patienter
- Omvänd randning

STRUKTUR

A Verksamheten

Reumatologin vid Karolinska Universitetssjukhuset ingår i Tema Inflammation och åldrande och medicinsk enhet Gastro-Hud-Reuma. Det finns en verksamhetschef för aktuellt ME, en sektionschef vardera för reumaenheterna på Danderyd, Huddinge, Solna och en ST-chef Reuma. Aktuell inspektion gäller Huddinge och Solna. Danderyd inkluderades organisatoriskt 240901. Verksamheten bedriver både specialiserad och högspecialiserad reumatologisk vård med ett upptagningsområde på drygt 2,4 miljoner invånare. Inom området finns reumatologisk mottagning även vid Centrum för Reumatologi. Kliniken har en allsidig verksamhet med öppenvårdsmottagning och dagsjukvård inkl infusionsbehandling och utredningsenhet på båda enheterna. Slutenvård bedrivs enbart i Solna. Kliniken tar hand om diagnostik och behandling av alla typer av inflammatoriska reumatiska sjukdomar. Vårdavdelningen delas med hud och njursjukvård. Platserna fördelas efter behov och reuma använder upp till 14 platser. Den totala patientstocken är ca 13 000 patienter och det görs ca 35 000 mottagningsbesök per år. Det görs ca 56 nybesök per vecka varav 20 är TRA screening. Antal nyremisser 2024 var 7500 varav ca 40% brevbesvarades. Totalt utgör artritbesök 44%, spondylartrit 13% och systemsjukdomar 43%.

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

Vid enheterna arbetar 50 specialister i reumatologi, 13 st ST-läkare och en vik ul. Den vetenskapliga kompetensen är hög med 34 disputerade läkare och ca 280 vetenskapliga publikationer under 2023+2024.

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

På Huddinge bedöms lokaler och arbetsplatser funktionella och de olika delarna ligger relativt väl samlade. I Solna huserar vårdavdelningen i en äldre byggnad i anslutning till det nybyggda sjukhuset, någorlunda nära dagsjukvård och öppenvårdsmottagning i NKS. Antalet mottagningsrum tycks vara i underkant i förhållande till behov/mottagningsvolym. De administrativa lokalerna på GKS ligger en bit bort från övrig verksamhet.

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

Alla ST-läkarna går enligt målbeskrivning SOSFS 2015:8. Det finns adekvata individuella utbildningsprogram som återkommande följs upp och justeras. ST-läkarna har endast i mycket begränsad utsträckning nybesök där de sedan kan fortsätta följa patienterna longitudinellt. Det finns sedan en tid jourpass för ST-läkarna inom slutenvården på dagtid lördagar med tillgång till reumabakjour. Detta är en uppskattad möjlighet att träna självständigt arbete.

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

Det finns fastställda rutiner för hur ST-utbildningen ska bedrivas och utvärderas, samt hur handledning ska ske. ST läkarna upplever att det är lätt att få hjälp och daglig handledning och utbildningsklimatet är gott. På grund av att kliniken har flera siter kan den ordinarie handledningen med huvudhandledare i bland vara svårare att få till stånd på planerad tid. Regelmässig uppföljning av sidoutbildningar sker inte.

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

Mycket goda möjligheter till utbildning både internt och externt. Tid för självstudier finns planerad, men är i bland svår att genomföra ffa i samband med sidoutbildningar. Koppling mellan internutbildning och Socialstyrelsen delmål 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:

- ☒ 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-läkarnas deltagande i patientsäkerhetsarbete saknas helt. Kvalitetsarbete på ca 10 dagar görs men det sker inget mer långsiktigt eller kontinuerligt arbete vilket krävs för måluppfyllelse. ST läkarna skulle generellt kunna ha fler administrativa uppdrag eller egna ansvarsområden inom kliniken.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan för åtgärder. 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

Det finns goda förutsättningar för utbildning inom ledarskap, kommunikation, undervisning och handledning. Kompetensvärdering av sistnämnda sker inte i nuläget, men kliniken har identifierat problemet och förbättringsarbete pågår. Inom- eller mellanprofessionell reflektionsgrupp har inte identifierats vid inspektionen.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan för åtgärder. 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-läkaren deltar i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i sådan utsträckning att förutsättningar för delmåluppfyllelse föreligger.

Planerad åtgärd

Kvalitetsarbetena ska prioriteras att göras förhållandevis tidigt under ST så att de hinner följas upp med en utvärdering efter 1-2 år. En ny mall för projektplanen för kvalitetsarbetet utformas där det framgår att (minst) en halv dag av kvalitetsarbetet ska bestå i uppföljning/utvärdering efter en tidrymd som specificeras i projektplanen. Efter diskussion framkommer att inte bara ST-läkarna behöver fortlöpande diskutera process och rutiner kring avvikelser och anmälningar. Ett utbildningstillfälle planeras hösten 2025 och avvikelser sätts upp som en stående punkt på läkarmötesagendan för alla.. Mer detaljerad diskussion om patientsäkerhet och avvikelshantering kommer också tas upp regelbundet på regionutbildningen, med utgångspunkt från faktiska avvikelser. ST-läkarna kommer via verksamhetschef bjudas in till sjukhusets nyligen återupptagna hjärtstoppsronder som rör reumatpatienter (om ST-läkare kan frigöras från schemat). Deltagande (med eller utan eget fall) dokumenteras i utbildningsplanen. Alla ST-läkare föreslås få ett tilldelat "fokusområde" när de blir ST-läkare – t ex slutenvård, dagvård, mottagning, tidig RA-mottagning, specialmottagning, en diagnos, läkemedelsgruppen, genomgång av PM eller patientinformation 1 gång/år för att se att alla är uppdaterade. ST-läkarna ska delta i möten för det aktuella ansvarsområdet när de har möjlighet och kan få uppgifter som rör det aktuella området. Fokusområdet ska skrivas in i utbildningsplanen och där ska även dokumenteras ungefärlig omfattning av uppdraget (hur ofta, hur länge). Studierektor och ST-chef tar fram lista på fokusområden som fördelas till ST-läkarna. Två ST-läkare delar på ett fokusområde.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

sept/okt 2025

Ansvarig för genomförandet

Liselotte Tidblad och Sara Wedrén

Datum för uppföljning

maj 2026

Ansvarig för uppföljningen

Liselotte Tidblad och Sara Wedrén

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Vi kommer att vidta tre olika åtgärder som alla bygger på färdigställda eller pågående projekt inom handledarutbildningen för specialister 1. Våra ST-läkare under senare delen av sin ST i reumatologi ska handleda ST-läkare inom allmänmedicin, under handledning. Rutin-dokumentet är klart. Våra ST-läkare kommer att börja tilldelas adepter under hösten 2025. ST-chef och schemaläggare för randande ST-läkare ansvarar för tilldelning av adept 2. Formalisering av handledning av läkarkandidater under handledning, under slutenvårdsplacering. En ny kom ihåg-lista har införts på slutenvården där utvärdering av handledning av läkarkandidater tas upp med hänvisning till MCTQ-formulär (självutvärdering av handledning) som del i bedömningen. 3. Formalisering av handledning av läkarkandidater under handledning när ST-läkarna är amanuenser och under den perioden tar stort ansvar för undervisning och handledning. Här ingår också handledning under handledning inom öppenvården: mottagning och dagvård. Detta blir sannolikt under våren 2026. All handledning (under handledning) kommer att dokumenteras i utbildningsprogrammet.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

sept/okt 2025 (punkt 3 mars 2026)

Ansvarig för genomförandet

Liselotte Tidblad och Sara Wedrén

Datum för uppföljning

maj 2026

Ansvarig för uppföljningen

Liselotte Tidblad och Sara Wedrén