



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Vibblaby VC

Klinik

Allmänmedicin

Specialitet

2025-02-21

Datum

Stockholm

Ort

Elisavet Pataridou och Renske De Vries

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Systematiskt kvalitets - och patientsäkerhetsarbete sker på enheten och det råder en väldigt bra patientsäkerhetskultur. Medarbetarna får återkoppling och kvalitetsindikatorer och avvikelser diskuteras. Detta skapar utmärkta förutsättningar för att ST-läkarna ska kontinuerligt utveckla deras kompetens inom det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.
- Genomtänkt introduktion under vilken medsittning och omvänd medsittning (sit-out) görs med den nyblivna ST-läkaren. Under ST-utbildningen är medsittningar såväl sit-in och sit-out ett sätt att följa kompetensutvecklingen och dessa görs flera gånger om året.
- Bra utbildningsklimat och ett öppet kontorslandskap som underlättar samarbete och ger trygghet till ST-läkarna.
- Bra och stabil bemanning samt en disputerad kollega.
- Engagerade handledare som är väldigt måna om att skapa bra förutsättningar för en bra ST-utbildning.
- Valfungerande studierektorsenhet som anordnar en del av den externa utbildningen samt handledarträffarna och tillåter ST-läkarna att vara delaktiga i planeringen av den gemensamma regionala utbildningen.

Svagheter

- Begränsat antal bedömningsinstrument används. Detta leder till att inte alla delmål kan bedömas enligt ändamålsenliga metoder.
- Det individuella utbildningsprogrammet (IUP) används inte som levande dokument.
- ST-läkarens förmåga att kritiskt granska vetenskaplig litteratur bedöms inte kontinuerlig utan endast i samband med FoU kursen.
- Inte alla IUP redovisar en utbildningsaktivitet samt bedömningsmetod för varje delmål.
- Otillräckligt struktur finns kring hur bedömning och dokumentation ska ske av undervisningskompetens, handledningskompetens och ledarskapskompetens.

Förbättringspotential

- Se över möjligheterna att använda flera bedömningsinstrument, exempelvis DOPS, 360-graders bedömning och specialistkollegium. Detta för att bedömning ska vara heltäckande och inkludera alla delmål.
- IUP behövs användas som levande dokument och användas som utgångspunkt vid handledning (minst 4 gånger per år) och revideras minst 2 gånger årligen.
- Vid IUP behövs förtydligas vilka bedömningsinstrument som ska användas för bedömningen av varje delmål.
- ST-läkarens förmåga att kritiskt granska vetenskapliga artiklar och övrig medicinsk litteratur behöver ske kontinuerligt under hela ST och inte enbart i samband med FoU kursen.
- Det behövs en struktur omkring hur ledarskap, handledning och undervisning ska bedömas och hur återkoppling ska ske efteråt.
- Kompetensbedömning ska dokumenteras och ligga till grund för utfärdande av intyg för uppnådd specialistkompetens i slutet av ST.
- Använd er av den disputerade kollegans kompetens för att bedöma ST-läkarnas förmåga att kritiskt granska medicinsk litteratur.

STRUKTUR

A Verksamheten

Vibblaby Husläkarmottagning har cirka 7600 listade patienter och är en personalägd mottagning där ledningen också arbetar kliniskt i verksamheten.

Region Stockholm har bra styrdokument om hur ST utbildning ska genomföras och hur ST-läkarens kompetens ska bedömas.

På grund av hur vården är organiserad i Region Stockholm har enheten inget ansvar för SÄBO och antalet patienter med ÖNH, ögon och gynekologiska åkommor är begränsat. Detta skapar sämre förutsättningar för ST-läkare för att utveckla en bred allmänmedicinsk kompetens.

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

På denna vårdcentral jobbar 6 specialister i allmänmedicin och alla är handledarutbildade, motsvarande 5,65 heltidstjänster. Det finns 1 disputerad läkare. Det finns 3 ST-läkare och 2 underläkare i väntan på ST. Det finns även AT-läkare och läkarstudenter.

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

Nya och välutrustade lokaler. Öppet kontorslandskap underlättar samarbete. Möjlighet att jobba i enskilt rum finns. Rektoskop, öronmikroskop och sug finns på vårdcentralen. Tillgång till Medibas 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

- ☒ 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

IUP används inte som levande dokument utan det revideras en gång om året i samband med det årliga möte mellan ST-läkaren, handledaren och studierektorn. Då skriver ST-läkaren årsrapport och handledaren skriver handledarutlåtande. Målet är avstämning under handledning mot IUP minst 2ggr per termin och revidering av IUP minst 2gångar per år. Det redovisas inte för varje delmål vilket kompetensbedömnings metod som ska användas.

Åtgärd 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

- ☒ 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

Handledning och stöd ges kontinuerligt men det individuella utbildningsprogrammet används inte som levande dokument, där minimum nivå är 2 gånger per termin. Det saknas i IUP vilka kompetensbedömningsinstrument ska användas för att bedöma varje delmål. Det används begränsat antal bedömningsinstrument (journalgranskning och Mini-CEX) och de räcker inte för att bedöma alla delmål.

Åtgärd 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.
- ☒ 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

ST-läkaren har 4 timmar studietid per vecka som används till självstudier eller träffar med basgruppen. Läkarmöte 1 timme per vecka där patientfall diskuteras samt diskussioner omkring kvalitet.

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-läkarens kompetens inom medicinsk vetenskap och förmågan att kritiskt granska och värdera vetenskapliga information bedöms inte kontinuerligt. ST-läkarens förmåga att jobba evidensbaserat bedöms kontinuerligt via medsittningar och journalgranskningar. Åtgärd krävs.

På enheten finns en hög kvalitets- och patientssäkerhetskultur. Avvikelse diskuteras på APT och återkoppling om kvalitetsindikatorer ges löpande till läkargruppen. ST-läkare har ansvar för en egen lista.

Utöver FoU kursen kommer Region Stockholm snart erbjuda separat utbildning inom kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Handlingsplan inkommen. Gradering justerad 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-läkaren har goda förutsättningar för att utveckla sin ledarskapskompetens. Man jobbar i team på BVC samt samarbetar med HSV-ssk och övriga yrkesgrupper på vårdcentralen. ST-läkarna är också ansvariga för planeringen av basgrupperna och kan även sitta med ledningsgruppen tillsammans med studierektorer. Deras ledarskapskompetens har inte bedömts formellt och återkoppling har inte skett.

ST-läkarna får kontinuerlig handledning i kommunikativa kompetens och den bedöms via medsittningar och återkoppling sker.

ST-läkarna har planerat och genomfört undervisning vid läkarmöte och har presenterat deras kvalitetsarbete vid APT men kompetensbedömning under dessa tillfällen har inte gjorts och återkoppling har inte skett. Handledning om hur man ska planera och genomföra en undervisning/föredrag har ST-läkare inte fått.

ST-läkaren handleder läkarstudenter och övriga yrkesgrupper och har fått handledning på handledningen. Strukturad kompetensbedömning och återkoppling har inte skett.

Åtgärder krävs.

Handlingsplan inkommen. Gradering justerad till C.

Föreskrift

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

Allmänna råd

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

Kvalitetsindikatorer

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

Gradering

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

HANDLINGSPLAN

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

D. Tjänstgöringens upplägg

Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.

Planerad åtgärd

Vår rutin för läkare under allmän-, bas-, och specialisttjänstgöring uppdateras med tydligare instruktion för hur det individuella utbildningsprogrammet för ST-läkare ska användas kontinuerligt. I dagsläget står det att det individuella utbildningsprogrammet bör följas upp och revideras minst två gånger årligen. Detta ändras till en skrivning om att det individuella handlingsprogrammet ska följas upp och revideras minst två gånger årligen samt användas som utgångspunkt i handledningen. Intern uppföljning av att rutinen efterföljs görs vid läkarkollegium den 19 november.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-06-30

Ansvarig för genomförandet

Peter Johansson

Datum för uppföljning

2025-11-19

Ansvarig för uppföljningen

Peter Johansson

E. Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

ST-läkarna bereds, precis som i dagsläget, en timmas regelbunden handledning. Oklart varför detta är en avvikelse, men vi tolkar det som att det har med det individuella utbildningsprogrammet att göra och hänvisar till punkten ovan, där rutinen kring hur den individuella utbildningsplanen ska användas i handledningen tydliggörs och följs upp.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-06-30

Ansvarig för genomförandet

Peter Johansson

Datum för uppföljning

2025-11-30

Ansvarig för uppföljningen

Peter Johansson

E. Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Vi tydliggör avsnittet om utvärdering och återkoppling i rutinen för läkare under allmän-, bas-, och specialisttjänstgöring. Där tar vi upp fler kompetensvärderingsmetoder än vi använder i dagsläget. Vi kommer att införa specialistkollegium och börja använda DOPS vid praktiska moment. Utöver det inför vi ytterligare kompetensvärderingsinstrument som CBD i handledningen.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-06-30

Ansvarig för genomförandet

Peter Johansson

Datum för uppföljning

2025-11-19

Ansvarig för uppföljningen

Peter Johansson

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

Våra rutiner kompletteras med tydliggörande kring att ST-läkarna presenterar vårdprogram och de vetenskapliga studier som ligger bakom dessa på läkarmöten. I samband med detta bedöms ST-läkarnas förmåga att kritiskt granska och värdera vetenskaplig information. Detta gäller som ett tillägg till tidigare värdering som sker i samband med ST-läkarens vetenskapliga arbete. ST-läkarna har utöver detta också journal clubs vid basgruppsträffar där de diskuterar vetenskapliga artiklar.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-06-30

Ansvarig för genomförandet

Peter Johansson

Datum för uppföljning

2025-11-19

Ansvarig för uppföljningen

Peter Johansson

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

Våra rutiner kompletteras med tydliggörande kring att ST-läkarna presenterar vårdprogram och de vetenskapliga studier som ligger bakom dessa på läkarmöten. I samband med detta bedöms ST-läkarnas förmåga att kritiskt granska och värdera vetenskaplig information. Detta gäller som ett tillägg till tidigare värdering som sker i samband med ST-läkarens vetenskapliga arbete. ST-läkarna har utöver detta också journal clubs där de diskuterar vetenskapliga artiklar.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-06-30

Ansvarig för genomförandet

Peter Johansson

Datum för uppföljning

2025-11-19

Ansvarig för uppföljningen

Peter Johansson

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Vi inför en strukturerad möjlighet för ST-läkare att leda läkarmöten. Vi planerar utvärdera hur ST-läkare presterar vid olika former av ronder, exempelvis vid astma- och KOL-ronder med sköterska. Vi kommer att använda akademiskt primärvårdscentrums mall för strukturerad kompetensvärdering.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-06-30

Ansvarig för genomförandet

Peter Johansson

Datum för uppföljning

2025-11-19

Ansvarig för uppföljningen

Peter Johansson

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

ST-läkare får regelbundet presentera nya medicinska rön på våra läkarmöten. Vi återkopplar därefter med kompetensvärderingsverktyget "Återkoppling till ST-läkare efter muntlig presentation" utvecklat av Ulrika Uddenfeldt Wort, Region Skåne.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-06-30

Ansvarig för genomförandet

Peter Johansson

Datum för uppföljning

2025-11-19

Ansvarig för uppföljningen

Peter Johansson

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Vi inför att ST-läkare får ansvar för handledning av läkarstudenter termin 11. ST-läkarna får filma två handledningstillfällen med läkarstudent. Vi har utvecklat ett eget bedömningsinstrument för att bedöma ST-läkarens i dimensionerna lyssnande, frågeteknik, anpassning till nivå, struktur och lärandefokus.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025-06-30

Ansvarig för genomförandet

Peter Johansson

Datum för uppföljning

2025-11-19

Ansvarig för uppföljningen

Peter Johansson