



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Capio Södermalm

Klinik

Allmänmedicin

Specialitet

2025-04-02

Datum

Stockholm

Ort

Marit Nygren och Robert Schäfer

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Regionen har bra regionala dokument och studierektorsfunktion.
- Enheten har återkommande AT-läkare och studenter där ST-läkarna får handleda.
- Chefen beskrivs som engagerad och lyhörd.
- Handledare med intresse och engagemang för handledning.
- Man ska ha en BT/ST-läkare inom en snar framtid och detta är en möjlighet att lyfta utbildningsmiljön för alla ST-läkare.

Svagheter

- Ingen av ST-läkarna deltar vid granskningen.
- IUP är ofullständiga och saknar bland annat kompetensvärderingsmetoder.
- Det framkommer inte hur ofta IUP revideras eller om handledningen utgår från IUP.
- För få kompetensvärderingar görs och man har inte specialistkollegium.
- Enheten har en bemanning som är i underkant för att man ska ha tid att handleda, detta blir extra viktigt när man får ST-läkare som går enl 2021 målbeskrivning då kraven på tex medsittningar är betydligt högre.
- Man saknar struktur kring bedömning och återkoppling på delmål som innefattar handledning, ledarskap, undervisning och medicinsk vetenskap. Man ger till viss del återkoppling men det sker inte på ett strukturerat vis.
- Man saknar struktur för utbildning på läkarmöten på enheten och ST-läkarna är inte delaktiga i att tex undervisa/föreläsa på läkarmötena.
- Det framkommer inte om ST-läkarna dokumenterar sin handledning, handledarna har inte kännedom om detta.
- En av ST-läkarna har kommit långt i sin ST men har nyligen bytt handledare och den nya handledaren är inte insatt i ST-läkarens tidigare kompetensutveckling, har inte tagit del av tidigare kompetensvärderingar och har inte kännedom om IUP för denna ST-läkare.
- Det finns varken fungerande utrustning för att ta emot gynpatienter eller öronpatienter.
- ST-läkarna har inte egna listor.
- Upplägget med randningar där ST-läkarna söker själva är omständigt och tar mycket tid för ST-läkarna.

Förbättringspotential

- Ta fram en struktur för dokumentation av handledning.
- Skapa en tydligare struktur på enheten för att ge återkoppling på delmålen gällande ledarskap, undervisning, handledning och vetenskap. Man gör detta i viss utsträckning redan men det saknas en tydlig struktur. Utnyttja även möjlighet att använda video som komplement till medsittning.
- Gör en översyn av IUP så att det finns en tydlig koppling mellan delmål, utbildningsaktivitet och kompetensvärderingsmetod och skapa en struktur där IUP används i handledningen och man reviderar IUP minst två gånger per år. Ta gärna stöd av SFAMs rekommendationer.
- Inför specialistkollegium och diskutera hur flera kollegor kan engageras i handledningen.
- Då enheten ska ha en ST/BT läkare med start hösten 2021 måste man se till att samtliga specialister på enheten har en aktuell handledarutbildning inom målbeskrivning för 2021.
- Det finns en person som är legitimerad med sikte på BT/ST och denna person ska också ha en IUP.
- Diskutera hur man kan utnyttja läkarmötet på ett mer strukturerat sätt för att få in medicinsk vetenskap och också ge återkoppling på detta samt hur man kan se till att ST-läkarna med regelbundenhet får undervisa sina kollegor och då också få återkoppling. Förslagsvis kan ST-läkarna också "ta hem" det man gör i journal club i ST-basgruppen.
- Diskutera på enheten och ta fram en struktur så att man som ST-läkare redan från början har en egen lista och får arbeta med kontinuitet och att listan är blandad.
- Diskutera hur man kan kompensera för att man på enheten har ett ganska "friskt" klientel så att man som ST-läkaren får möjlighet att se hela sjukdomspanoramat och även socioekonomiskt belastade patienter. Detta kan man göra genom glesbygdsrandning eller tjänstgöring på annan enhet i regionen med ett annat upptagningsområde.
- Diskutera om man på enheten behöver ha en tydligare rutin för handläggning av dödsfall och LPT i hemmet så att ST-läkarna prioriteras då dessa tillfällen uppstår.
- Undersök möjligheten att följa med jourläkarbil på jourtid för att få större chans att tex konstatera dödsfall och LPT i hemmet.
- Utse ytterligare specialist som ska skriva på specialistansökan då verksamhetschefen inte är läkare.
- Skapa en struktur på enheten för hur man ska se till att samtliga ST-läkare får ha hemsjukvård under sin ST med fokus på kontinuitet över tid.
- Man gör medsittningar med i för liten utsträckning och man använder inte validerade metoder.

- Införskaffa material till gynundersökningar och montera öronmikroskop + skaffa utrustning så att man kan göra gynekologiska undersökningar och ta emot öronpatienter. Diskutera på enheten hur man kan arbeta för att se till att dessa patienter också bokas in.
- Presentera vad ST/BT innebär på APT. Det görs lämpligtvis av ST-läkarna.
- Diskutera hur ni på enheten arbetar med att involvera ST-läkarna i kvalitets- och utvecklingsarbete samt patientsäkerhetsarbete kontinuerligt under hela ST.

STRUKTUR

A Verksamheten

Enhetens två ST-läkare har inte deltagit vid inspektionen och informationen som rapporten baseras på kommer från handledare, studierektor och verksamhetschef och delvis enkätsvar.

Enhet i centrala Stockholm med ca 7500 listade patienter. Man har nyligen flyttat ihop med en annan vårdcentral och delar lokaler men verksamheterna är organisatoriskt separerade men man har samma chef och MAL. Ingen BVC, MVC eller SÄBO. Ca 75 hemsjukvårdspatienter som en specialistläkare ansvarar för.

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

4 specialister motsvarande 3,1 heltider på ca 7500 patienter vilket ger 2400/specialist. Detta är något i underkant sett ur handledningsperspektiv. Enheten har 2 ST-läkare och en vik leg läkare med sikte på BT/ST.

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

Öronmikroskop saknas. Åtgärd krävs.

Gynstol finns men det saknas kompletterande utrustning för att kunna genomföra gynundersökning. 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:

- ☐ 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.
- ☒ 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.

PROCESS

D Tjänstgöringens upplägg

Begreppet jour och beredskap skiljer sig avsevärt från övriga delar av landet då man inte har dessa arbetsuppgifter utanför kontorstid. På enheten har man jourläkarfunktion dagtid som även bemannas av ST-läkare där man samarbetar med joursköterska och tar emot ett oselektat klientel.

ST-läkarna har IUP men de är ofullständigt ifyllda och det saknas koppling mellan delmål, utbildningsaktivitet och kompetensvärderingsmetod för respektive delmål. Man saknar också rutiner på enheten för att revidera IUP regelbundet, minst 2 gånger per år. Åtgärd krävs.

Man har en legitimerad läkare på enheten sedan drygt 6 månader tillbaka men denna har inte IUP.

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.

EHandledning och kompetensbedömning

Handledningen utgår inte från IUP och man gör kompetensvärderingar i otillräcklig utsträckning. Åtgärd krävs.

Under granskningen deltar ingen av enhetens ST-läkare varför tillgången på klinisk instruktion inte kan bedömas.

Handlingsplan inkommen. Gradering D kvarstår.

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

Man har läkarmöten på enheten men de har inget tydligt inslag av utbildning och ST-läkarna är inte med och undervisar/föreläser på ett strukturerat sätt.

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

Det saknas en struktur på enheten för att regelbundet bedöma ST-läkarens utveckling och tillämpning av medicinsk vetenskap. Åtgärd krävs.

Då ingen ST-läkare deltagit på granskningen och handledarna inte har kännedom om huruvida det har gjorts kvalitets- och patientsäkerhetsarbete tidigare går denna punkt inte att bedöma.

Handlingsplan inkommen. Gradering D kvarstår.

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

Man saknar struktur för att ge återkoppling på medicinskt ledarskap. Åtgärd krävs.

Man gör kompetensvärderingar men i för liten utsträckning och man använder inte på förhand överenskomna och validerade metoder för att ge återkoppling på kommunikativ kompetens. Åtgärd krävs.

Man ger inte strukturerad återkoppling på undervisning eller handledning. Åtgärd krävs.

Handlingsplan inkommen. Gradering D kvarstår.

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.

C. Lokaler och utrustning

Utrustning för diagnostik, utredning och behandling är adekvat.

Planerad åtgärd

Vi har ett öronmikroskop som vi kommer att sätta upp i vårt behandlingsrum under hösten 2025. Gällande spekulum så är detta inköpt och åtgärdat.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

30 september 2025

Ansvarig för genomförandet

Monica Edström

Datum för uppföljning

2025 oktober

Ansvarig för uppföljningen

Monica Edström

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

ST läkare har haft handledning av läkarstudenter på eget insiativ. Har skapat planeringsschema till läkarstudenter i samband med undervisning. ST läkare har varit delaktiga på handledarträff. Vi arbetar evidensbaserat och använder oss bla av VISS.nu i Internmedicin mm Vi arbetar för att förbättra och säkerhetställa ST läkarnas IUP revideras fortlöpande. Vi kommer att lägga in detta i enhetens årshjul innan sommaren och i slutet av året.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

25-06-30

Ansvarig för genomförandet

ST läkare och handledare

Datum för uppföljning

25-09-30

Ansvarig för uppföljningen

Monica Edström

D. Tjänstgöringens upplägg

Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.

Planerad åtgärd

Vi arbetar för att förbättra och säkerhetställa ST läkarnas IUP revideras fortlöpande. Vi kommer att lägga in detta i enhetens årshjul innan sommaren och i slutet av året. dvs minst 2 ggr/år och vid behov. Vi arbetar för att förbättra rutinen för ST läkare att vara delaktiga på läkarmöte och att ta insiativ att dela med sig av sin nya kunskap från ST em. till kollegor. Alla ST ska ha en individuell utbildningsplan som utgår från målbeskrvningen och av den ska det framgå vilka utbildningsaktiviteter ST behöver samt hur ST ska få återkoppling gällande varje delmål. IUPn revideras varje termin samt v.b.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

25-08-30

Ansvarig för genomförandet

Fathia Boussersoub

Datum för uppföljning

25-10-30

Ansvarig för uppföljningen

Monica Edström

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Vi arbetar för att förbättra att handledningen ska utgå från uppdaterad IUP och att det ska dokumenteras samt att vi ska göra kompetensvärderingar på ett mer strukturerat sätt. ST-läkarna informerades i god tid om att granskningen skulle ske. Tyvärr blev en av ST-läkarna sjuk och den andra ST-läkaren var inplanerad på en obligatorisk kurs sedan längre tid tillbaka.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

25-07-31

Ansvarig för genomförandet

Fathia Boussersoub

Datum för uppföljning

25-09-30

Ansvarig för uppföljningen

Monica Edström

E. Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Båda ST-läkare kommer få nya handledare från 1/7-25. Flera medsittningar och kompetensutvärderingar kommer att göras. Alla allmänspeialister på enheten är inbokade att gå BT/ST handledarutbildning under hösten 2025 för uppdatering. Införa specialistkollegium där handledargruppen en gång per år gemensamt bedömer ST-läkarens kompetens och handledaren ger sedan återkoppling till STn och efterföljande eventuell revidering av IUPn.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2500701

Ansvarig för genomförandet

Monica Edström

Datum för uppföljning

20251130

Ansvarig för uppföljningen

Monica Edström

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

Vi arbetar för att förbättra och säkerhetställa kompetensutveckling tillsammans med handledare, att få struktur och rutiner för planeringen och relevanta bokningar för uppföljningen av kompetensutveckling regelbundet.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

250930

Ansvarig för genomförandet

Fathia Boussersoub

Datum för uppföljning

251030

Ansvarig för uppföljningen

Monica Edström

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

Samtliga ST deltar i minst ett kvalitets-säkerhetsarbete på vårdcentralen under ST tiden. Utvärderas med feedbackdokument delmål a4,a5. Starta med Journal-club regelbundet varje termin där ST läkare presenterar en vetenskaplig artikel på läkarmötet som sedan diskuteras gemensamt i läkargruppen. ST får återkoppling av handledare i samband med handledartimmen feedbackdokument delmål a4,a5.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2025

Ansvarig för genomförandet

Fathia Boussersoub

Datum för uppföljning

251231

Ansvarig för uppföljningen

Monica Edström

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

Vi arbetar för att involvera mer och skapa en mer strukturerad utbildning, där ST läkarna ska få möjlighet att undervisa sina läkarkollegor och ta med sig lärdomar, de kommer även hålla i utbildningar för arbetskollegor på mottagningen.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

25-09-30

Ansvarig för genomförandet

Fathia Boussersoub

Datum för uppföljning

25-10-30

Ansvarig för uppföljningen

Monica Edström

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

ST läkare har ansvar för läkarstudenter som kommer till oss. ST läkare gör planering och undervisning för läkarstudenter. Vi har fått ett bra omdöme och feedback av dem. Vi planerar att ST läkare ska hålla i höstens interna utbildningar för AT läkare och sjuksköterskor/ distriktsköterskor. Vi kommer att öka frekvensen på kompetensvärderingar och använda oss av validerade metoder. Vi har planerat in flera medsittningar än tidigare. Båda ST läkarna har genomgått ledarskapskompetens utbildning. ST läkare får ansvara för att hålla i del av läkarmöte, ex falldragning och sedan få återkoppling av handledaren i samband med handledartimmen med feedback delmål a1. ST läkare kan efter sidotjänstgöring ta upp reflektioner ev nyheter med läkargruppen och på så sätt få träna på att undervisa

Datum när åtgärden ska vara genomförd

25-09-30

Ansvarig för genomförandet

Fatiha

Datum för uppföljning

251130

Ansvarig för uppföljningen

Monica Edström

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.

Planerad åtgärd

Vi arbetar för att förbättra och säkerhetsställa kompetensutveckling och använder oss av DPOS- formulär i handledningen.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

250930

Ansvarig för genomförandet

Fathia Boussersoub

Datum för uppföljning

251130

Ansvarig för uppföljningen

Monica Edström

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

Planerad åtgärd

Vi arbetar för att förbättra och säkerhetsställa kompetensutveckling och använder oss av DPOS- formulär i handledningen.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

250930

Ansvarig för genomförandet

Fathia Boussersoub

Datum för uppföljning

251030

Ansvarig för uppföljningen

Monica Edström

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

ST läkare delar i ST em och tar med sig kunskap och håller i undervisning för sina kollegor.
ST läkare planerar och undervisar läkarstuderande ST läkare planerar även att delta i
hemsjukvårdens arbete

Datum när åtgärden ska vara genomförd

250930

Ansvarig för genomförandet

Fathia Boussersoub

Datum för uppföljning

251030

Ansvarig för uppföljningen

Monica Edström

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Vi har regelbundna handledning tillfällen inbokade varje vecka samt vid behov för uppföljning av ST läkarna kompetens och där sker återkoppling kontinuerligt tillsammans med handledare. Vi planerar att ST även ska få återkoppling av sjuksköterska som arbetar med kroniker- vi kommer då att använda oss av dokument 360grader för att få en bred bild på hur ST läkaren fungerar i olika sammanhang.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

251130

Ansvarig för genomförandet

Fathia Boussersoub

Datum för uppföljning

251230

Ansvarig för uppföljningen

Monica Edström