



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

HLM Johannes

Klinik

Allmänmedicin

Specialitet

2025-10-17

Datum

Louise Wänström och Marit Nygren

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Vëlbemannad enhet med bra stämning och högt i tak. ST-läkarna upplever gott stöd från specialisterna på mottagningen som beskrivs som kunniga och tillgängliga.
- Engagerade och drivna ST-läkare som är aktiva i enhetens arbete.
- ST-utbildning är prioriterat på enheten.Handledningstimmen respekteras.
- Chef som är mån om att ST-utbildningen ska vara bra och som engagerar sig och är väl insatt i ST-utbildning.
- Vëlfungerande arbete med återkommande läkarmöten med utbildningsfokus där ST-läkarna regelbundet skapar innehåll och leder mötet.
- Enheten har egen BVC och ST-läkarna är delaktiga i verksamheten där.
- ST-läkarna är engagerade i enhetens kvalitetsarbete på ett naturligt sätt genom hela ST.
- En av specialistläkarna är disputerad.
- Enheten tar regelbundet emot både läkarstudenter och AT-läkarna och ST-läkarna handleder dessa.
- Bra rutin för sällanhändelser tex dödsfall i hemmet där ST-läkarna gör detta regelbundet.
- Trots svårigheten att få till gynundersökningar har ST-läkarna gjort detta vid enstaka tillfällen under ST.
- Regionen har en bra studierektorsorganisation med bra interna dokument och ett etablerat arbetssätt med återkommande basgrupper och andra utbildningsaktiviteter.

Svagheter

- IUP finns men är ofullständigt ifyllda. Det saknas tydlig koppling mellan delmål, utbildningsaktivitet och kompetensvärderingsmetod för respektive delmål.
- IUP används inte i handledning och revideras inte regelbundet för samtliga ST-läkare.
- Det saknas en struktur för kompetensvärdering av delmål gällande vetenskap, ledarskap och undervisning på enheten.

Förbättringspotential

- Revidera IUP och se till att det för varje delmål finns en tydlig koppling mellan delmål, utbildningsaktivitet och kompetensvärderingsmetod. Utnyttja tex SFAMs uttolkning och förslag.
- Skapa en struktur på enheten för att använda IUP i handledningen och rutiner för att regelbundet revidera IUP minst 2 gånger per år.
- Skapa en struktur för hur man kan arbeta mer aktivt med att få in medicinsk vetenskap på enheten och hur man ger återkoppling på detta. Utnyttja den forskarutbildade kollegans kompetens.
- Utveckla arbetssättet kring handledning på handledning. Använd gärna video.
- Enheten har goda förutsättningar att träna på ledarskap och undervisning bla BVC, HSV , läkarmöten mm. Identifiera de tillfällen detta sker och skapa rutiner för att regelbundet ge återkoppling kring detta. Utnyttja gärna olika värderingsmetoder tex 360 grader.
- Starta arbete med specialistkollegium.
- Diskutera om det enheten kan finnas ett värde i att ha lokala handledarträffar.
- Diskutera hur man på enheten kan arbeta för att ST-läkarna ska få se fler gyn- och ögonpatienter.
- Fundera på hur man kan involvera ST-läkarna mer i chefens och MLAs arbete tex delta vid avvikelser hantering, skugga chef på möten mm.

STRUKTUR

A Verksamheten

Vårdcentral i Stockholms innerstad med 10 217 listade patienter. Enheten har ett brett uppdrag med eget BVC, stor hemsjukvård. Hög grad av listning på namngiven läkare (96%).

Enheten har ingen intern kvalitetsgranskning av ST-utbildning.

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

Enheten har 7 specialistläkare i allmänmedicin (motsvarande 6 heltidstjänster). Enheten har 4 ST-läkare och 1 AT-läkare. En av specialisterna är disputerad.

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

Adekvat utrustning för primärvårdsmottagning.

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

ST-läkarna har IUP men de är ofullständigt ifyllda och det saknas tydlig koppling mellan delmål, utbildningsaktivitet och kompetensvärderingsmetod. Åtgärd krävs.

IUP används inte aktivt i handledningen och revideras inte regelbundet. Åtgärd krävs.

Enheten har ingen leg läkare med sikte på ST vid tiden för granskningen.

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

Enheten har bra rutiner för planering och schemaläggning av kompetensvärderingar. ST-läkarna gör regelbundet medsittningar.

IUP används inte aktivt som utgångspunkt för kompetensvärderingar eller i handledningen. 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

Läkarmöte 1 timme per vecka med utbildningsfokus där alla läkare turas om att vara ansvariga för mötet och dess innehåll.

Regelbundna regionala ST-träffar finns.

Föreskrift

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

Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

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

Allmänna råd

- ☒ Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerade interna utbildningsaktiviteter.
- ☒ Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerade externa utbildningsaktiviteter.
- ☒ Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerad tid för självstudier.

Kvalitetsindikator

- ☐ Den teoretiska interna utbildningen är systematiskt uppbyggd med koppling till Socialstyrelsens delmål.

Gradering

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

G Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Då enheten har en disputerad kollega har man goda förutsättningar att kunna lyfta den medicinska vetenskapen i ST-utbildningen.

I uttolkningen av målbeskrivningen menar man att det under hela ST ska ske ett kontinuerligt arbete gällande medicinsk vetenskap där ST-läkaren också kontinuerligt bedöms. Rutin för att kontinuerligt kompetensvärdera vetenskap saknas. Åtgärd krävs.

Enheten har inte återkommande möten där man diskuterar vetenskaplig litteratur.

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

Enheten har goda förutsättningar för ST-läkarna att undervisa. Rutin saknas för att kontinuerligt bedöma detta. Åtgärd krävs.

Enheten har goda förutsättningar för ST-läkare att träna på och utveckla sin ledarskapskompetens. Rutin saknas för att kontinuerligt bedöma detta delmål. Åtgärd 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

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

Efter SPUR har vi uppmanat våra ST-läkare att revidera sina Individuella utbildningsplaner, IUP, för att se till att det för varje delmål finns en tydlig koppling mellan delmål, utbildningsaktivitet och kompetensvärderingsmetod. Varje handledare och respektive ST-läkare skall sedan sitta ned tillsammans under en handledningstimme och gå igenom ST-läkarens IUP för att se att kraven uppfylls. Detta ska ske minst en gång per termin.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026-01-31

Ansvarig för genomförandet

Samtliga ST-läkare

Datum för uppföljning

2026-02-28

Ansvarig för uppföljningen

Samtliga berörda handledare

D. Tjänstgöringens upplägg

Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.

Planerad åtgärd

Vi avser att från och med nu arbeta mer aktivt med ST-läkarnas IUP i handledningen, med mål att detta ska vara ett levande dokument. För att säkerställa att revidering av IUP sker 2 gånger/år kommer detta att schemaläggas under handledningstimmar vår och höst, med start våren 2026.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026-01-31

Ansvarig för genomförandet

Samtliga handledare och ST-läkare

Datum för uppföljning

2026-06-30 respektive 2026-12-31

Ansvarig för uppföljningen

MLA Nanna Schumacher Qwerin

E. Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Vår bedömning är att detta i många stycken sker redan nu, men inte varit tillräckligt formaliserat. Vi avser att förbättra oss genom att kontinuerligt och schemalagt (2 gånger/år enligt ovan) utvärdera och uppdatera våra ST-läkares IUP. På detta vis ges bättre förutsättningar att individuellt anpassa handledning och stöd för respektive ST-läkare.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026-01-31

Ansvarig för genomförandet

Respektive handledare och i förlängningen även respektive ST-läkare

Datum för uppföljning

2026-06-30 respektive 2026-12-31

Ansvarig för uppföljningen

Respektive handledare

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Vår bedömning är att detta i många stycken sker redan nu, men inte varit tillräckligt formaliserat och med individuella variationer. Så här långt har detta skett formellt en gång/år genom årligt handledarutlåtande via ST-forum Stockholm, genom sit-ins då detta varit tillämpligt, samt genom journalgranskning. I samband med specialistläkarmöten (30 min varannan vecka) har möjlighet funnits att lyfta eventuella svårigheter/brister som observerats avseende utbildningsläkarna. Vi avser att ytterligare förbättra oss genom att: - Kontinuerligt och schemalagt (2 gånger/år enligt ovan) utvärdera och uppdatera våra ST-läkares IUP, för att förbättra förutsättningar för att individuellt anpassa handledning och stöd för respektive ST-läkare. - Mer aktivt med att använda olika bedömningsmallar vid sit-ins (t ex mini-CEX, 360-graders, DOPS) - Införande av specialistkollegium

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Uppdaterade IUP 2026-01-31, specialistkollegium 2026-03-31

Ansvarig för genomförandet

Respektive handledare med stöd av MLA

Datum för uppföljning

2026-12-31

Ansvarig för uppföljningen

Respektive handledare samt MLA

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

Läkargruppen har tagit till sig av synpunkter kring att vi behöver arbeta mer aktivt för att få in medicinsk vetenskap på enheten. - Vi har efter SPUR inspektion i oktober 2025 i samband med ett läkarmöte gått igenom hur man på ett strukturerat sätt granskar vetenskapliga artiklar. Detta möte hölls av en av våra ST-läkare. På nästkommande läkarmöte hade vi, tillsammans med vår disputerade specialistkollega, vår första "Journal Club" och granskade strukturerat en vetenskaplig artikel. - Under våren 2026 har vi två stycken inplanerade Journal clubs i samband med veckovis timmeslångt läkarmöte. Två av våra ST-läkare är utsedda att ansvara för respektive möte. - Vi avser att fortgå med Journal Clubs 2 gånger/termin, dvs 4 gånger/år. I första hand skall ST-läkare ansvara för dessa. - Vi har sedan tidigare ett arbetssätt där ST-läkare som har utfört sitt vetenskapliga arbete inom ramen för ST i allmänmedicin, presenterar detta för läkargruppen enskilt i samband med läkarmöte, samt för samtliga medarbetare vid APT. Detta avser vi att fortgå med. - Vi har också sedan tidigare ett arbetssätt där ST-läkare som regel ansvarar för vårdcentralens årliga kvalitetsarbete, vilket hen lägger upp planering för, presenterar, påminner och slutrapporterar kring för samtliga medarbetare vid APT. Detta avser vi att fortgå med. - Även avseende denna punkt avser vi använda oss av ST-läkarnas IUP som ett mer levande dokument - Införande av specialistkollegium bedöms kunna utgöra ett stöd i detta arbete

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Planering redan genomförd och åtgärder påbörjade enligt ovan

Ansvarig för genomförandet

Respektive ST-läkare, handledare, MLA

Datum för uppföljning

2026-12-31

Ansvarig för uppföljningen

MLA

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

Läkargruppen har tagit till sig av synpunkter kring att vi behöver arbeta mer aktivt för att få in medicinsk vetenskap på enheten. - Vi har efter SPUR inspektion i oktober 2025 i samband med ett läkarmöte gått igenom hur man på ett strukturerat sätt granskar vetenskapliga artiklar. Detta möte hölls av en av våra ST-läkare. På nästkommande läkarmöte hade vi, tillsammans med vår disputerade specialistkollega, vår första "Journal Club" och granskade strukturerat en vetenskaplig artikel. - Under våren 2026 har vi två stycken inplanerade Journal clubs i samband med veckovis timmeslångt läkarmöte. Två av våra ST-läkare är utsedda att ansvara för respektive möte. - Vi avser att fortgå med Journal Clubs 2 gånger/termin, dvs 4 gånger/år. I första hand skall ST-läkare ansvara för dessa. - Vi har sedan tidigare ett arbetssätt där ST-läkare som har utfört sitt vetenskapliga arbete inom ramen för ST i allmänmedicin, presenterar detta för läkargruppen enskilt i samband med läkarmöte, samt för samtliga medarbetare vid APT. Detta avser vi att fortgå med. - Vi har också sedan tidigare ett arbetssätt där ST-läkare som regel ansvarar för vårdcentralens årliga kvalitetsarbete, vilket hen lägger upp planering för, presenterar, påminner och slutrapporterar kring för samtliga medarbetare vid APT. Detta avser vi att fortgå med. - Vi avser att framöver involvera ST-läkarna mer i verksamhetschefs och MLA:s arbete genom att erbjuda skuggning av verksamhetschef, samt att sitta med MLA vid bedömning av avvikelser och PAN-ärenden vid ett tillfälle/ST och år. - Även avseende denna punkt avser vi använda oss av ST-läkarnas IUP som ett mer levande dokument, för att säkerställa att samtliga efterfrågade delar tillgodoses. - Aktivt användande av bedömningsmallar vid sit-ins samt journalgranskning kan utgöra ett stöd för handledaren för att tillgodose att ST-läkaren i sitt patientarbete omsätter och tillämpar denna kunskap. - Införande av specialistkollegium bedöms vara ett ytterligare stöd för att tillgodose att våra ST-läkare i sitt patientarbete omsätter och tillämpar denna kunskap.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Planering till stora delar redan genomförd och åtgärder påbörjade enligt ovan

Ansvarig för genomförandet

Respektive ST-läkare, handledare, MLA

Datum för uppföljning

2026-12-31

Ansvarig för uppföljningen

MLA, verksamhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Vi uppfattar att vi har en tämligen god struktur för våra ST-läkare att träna på ledarskap och multiprofessionellt samarbete redan i nuläget. ST-läkarna tränas i detta (under handledning) genom: a. Tidig introduktion på BVC med förhållandevis tidigt självständigt arbete här med sedvanliga teambesök tillsammans med bvc-sköterska. b. Internrandning inom hemsjukvård med ansvar för ett antal definierade patienter, vilka ST-läkaren rondar i team med dsk och usk. c. ST-läkare uppmuntras ta ansvar för mottagningsverksamhet och andra aktiviteter på HLM. Exempelvis har en ST-läkare varit med och startat upp vår hypertoni-mottagning. En annan ST-läkare är med och organiserar gruppstärkande aktiviteter på mottagningen. d. Sedvanligt mottagningsarbete innebär per automatik träning i medicinskt ledarskap och multiprofessionellt samarbete med medicinska sekreterare, dsk, usk. Vi har förbättringspotential att ge mer strukturerad återkoppling kring detta. Exempelvis skulle vi kunna prova av SPUR föreslagna 360 graders bedömning, som bedöms lämpa sig väl för ovanstående. Vi har också förbättringspotential i att även i denna punkt använda ST-läkarens IUP som ett mer levande dokument, med uppdatering/avstämning schemalagt 2 gånger/år, för att på så sätt kunna fånga upp eventuella brister/luckor. Införande av specialistkollegium bedöms också kunna utgöra stöd för bedömning i ovanstående.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Mycket redan genomfört/under planering. 2026-01-31 för uppdaterad IUP, 2026-03-31 för specialistkollegium.

Ansvarig för genomförandet

Nanna Schumacher Qwerin och Anna Butén

Datum för uppföljning

2026-12-31

Ansvarig för uppföljningen

Nanna Schumacher Qwerin och Anna Butén

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Vi uppfattar att vi redan i nuläget har en tämligen god struktur för våra ST-läkare att träna på ledarskap och undervisning. ST-läkarna tränas under handledning i detta genom: a. Sedan flera år tillbaka har våra ST-läkare ansvarat självständigt för att hålla i utbildningseftermiddag 1 gång/termin för AT-läkare med primärvårdsplacering inom ramen för AT vid St Görans sjukhus b. ST-läkare som har utfört vetenskapligt arbete presenterar detta för läkargruppen enskilt i samband med läkarmöte, samt för samtliga medarbetare vid APT c. ST-läkare brukar som regel ansvara för vårdcentralens årliga kvalitetsarbete, vilket hen lägger upp planering för, presenterar, påminner och slutrapporterar kring för samtliga medarbetare vid APT d. ST-läkare som befinner sig i slutet av sin ST (år 5) brukar få vara huvudhandledare åt AT-läkare under primärvårdsplacering. Detta medför en god möjlighet till handledning på handledning. Vi har förbättringspotential i att även i denna punkt använda ST-läkarens IUP som ett mer levande dokument, med uppdatering/avstämning schemalagt 2 gånger/år, för att på så sätt kunna fånga upp eventuella brister/luckor. Införande av specialistkollegium bedöms utgöra stöd för bedömning i ovanstående.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Många åtgärder är redan på plats. Uppdaterade IUP:er som utgångspunkt 2026-01-31.

Ansvarig för genomförandet

Handledargruppen

Datum för uppföljning

2026-12-31

Ansvarig för uppföljningen

Handledargruppen