



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Norrtälje Södra Vårdcentral

Klinik

Allmänmedicin

Specialitet

2026-04-20

Datum

Carsten Schiborr och Karin Björkegren

Inspektörer

SOSFS 2015:8

HSLF-FS 2021:8

Föreskrift

Vid två parallella utbildningar – enligt SOSFS 2015:8 och HSLF-FS 2021:8 års föreskrifter – bedöms följsamheten i förhållande till båda. Om brister påvisats vad gäller följsamheten till någon av föreskrifterna krävs en handlingsplan.

Observera att bedömning av följsamhet till föreskrift, allmänna råd och kvalitetsindikatorer gäller både SOSFS 2015:8 och HSLF-FS 2021:8, såvida inte annat anges.

Styrkor

- Lyhördhet, högt i tak, hjälpsamma kollegor.
- Familjär känsla på vårdcentralen.
- Konsultläkare (specialist) finns dagligen till hands vid frågor.
- Specialister har egen lista.
- En eftermiddag i veckan är schemalagd för extern fortbildning. Ibland i basgrupper och ibland egen studietid. Dessutom finns en utbildningsdag en eftermiddag i månaden för alla läkare inom primärvården i Norrtälje.
- Läkarmöten finns en gång i veckan. Även journal club görs ett par gånger per år.
- ST får möjlighet att leda läkarmöten.
- ST ges möjlighet till att handleda studenter och AT.
- Medarbetarsamtal förs en gång per år med närmaste chef.
- Handledaren följer upp randningar med ST.

Svagheter

- Väldigt få gynekologiska patienter.
- IUP ska revideras minst två gånger per år.
- Handledning på handledning sker inte strukturerat.
- Undervisningsmoment bedöms inte strukturerat.

Förbättringspotential

- Ge ST egen lista i förhållande till hur långt man kommit i sin utbildning.
- Se till att alla ST kommer hem i tid.
- Dokumentera gärna vad ni gör under handledningen.
- Låt IUP bli ett levande dokument som revideras minst två gånger per år.
- Gör fyra till sex medsittningar per år, använd gärna olika mallar.
- Ge strukturerad återkoppling när ST presenterar eller undervisar.
- Ge ST möjlighet att vara med i teamronder.
- Ambitionen för att få till mera vetenskapsinnehåll finns.
- Se till att handledare deltar i handledar-uppdateringsträffar.
- Boka in gynpatienter på ST

STRUKTUR

A Verksamheten

Vårdcentralens målgrupp består av listade patienter i alla åldrar, totalt cirka 11 400 personer. Av dessa har omkring 185 patienter hemsjukvård med läkarinsatser från vårdcentralen. Den största patientgruppen är mellan 6–64 år. Under våren 2025 tillkom cirka 1 000 nya patienter i samband med att en närliggande vårdcentral stängdes. De vanligaste diagnoserna är hypertoni och diabetes. Det genomsnittliga antalet vårdkontakter per patient är 2,41, vilket visar på ett aktivt patientflöde. BVC och MVC finns inom Tiohundra på en egen enhet, "Familiens hus". ST-läkarna placeras där under BVC-randning resp gynrandning. Man har inte något SÄBO-ansvar. Vårdcentralen har 36 medarbetare och målsättningen är att öka läkarbemanningen för att möjliggöra fler listade på namngiven läkare. Målet är att öka antalet läkare så att minst 75 % av patienterna kan listas på namngiven husläkare. Socialstyrelsens riktlinje om 1 100 listade patienter per heltidsarbetande läkare är svår att nå, men ett långsiktigt mål krävs för att behålla och attrahera personal samt skapa god arbetsmiljö. Vårdcentralen har därför satt ett övre tak på 1 250 patienter per heltidsläkare. Digitala besök görs i olika utsträckning, max en halvdag i veckan. Mini-SPUR bör göras.

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

2015 2021

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☐ | ☐ | 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

Det arbetar sex specialister i allmänmedicin, varav fem har handledarkompetens på vårdcentralen. Utöver detta har man aktuellt fyra ST och fyra AT samt två vikarierande läkare. Studierektorn är mycket engagerad.

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

2015 2021

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☒ | ☒ | 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

Vårdcentralen har ändamålsenliga lokaler och undersökningsrum. Utrustning för rektoskopi, öronmikroskop, ögonmikroskop och gynstol 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

2015

2021



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

Det individuella utbildningsprogrammet (IUP) finns hos alla ST men används inte som ett levande dokument och det framgår inte klart hur delmålen ska uppnås. Det ska revideras åtminstone två gånger per år. 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

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☐ | ☐ | 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

IUP bör revideras minst två gånger per år och användas som ett levande dokument vilket då fortlöpande bör dokumenteras. Åtgärd krävs. Det finns skriftlig rutin för handledning av ST som inte följs till fullo. 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)

Föreskrift (endast 2021)

- ☒ Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.

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.

Allmänna råd (endast 2015)

- ☒ 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

2015

2021



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

Den teoretiska interna utbildningen är inte systematiskt uppbyggd med koppling till Socialstyrelsens delmål vilket rekommenderas. Här kan förbättring genomföras. Det är inga problem för ST att gå på kurs.

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

2015

2021

☐☐

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

Verksamheten har implementerat vetenskapligt innehåll i läkarmöten återkommande. ST ges möjlighet i aktivt deltagande både lokalt och i Region Stockholm, något arbete har inte publicerats ännu. Många av ST är bara i sin tidiga utbildningsfas.

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.

Föreskrift (endast 2015)

- ☒ 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.

Kvalitetsindikator (endast 2021)

- ☒ ST-läkare ges möjlighet att medverka i forskningsprojekt under arbetstid.

Gradering

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☐ | ☒ | 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

Strukturerad återkoppling ges inte vid medicinskt ledarskap och bedömning av undervisningsmoment. Åtgärd krävs. Handledning på handledning genomförs av vissa, men förbättring behövs, dvs åtgärd krävs. ST bör beredas möjlighet att handleda under handledning. Åtgärd krävs. Det finns planer att ge ST möjlighet till auskultation hos chefer inom organisationen men ännu har det inte skett. 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

2015

2021

☐☐

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

Det individuella utbildningsprogrammet (IUP) ska användas som ett levande dokument och revideras minst två gånger per år. Vi har kompletterat vår handledar-rutin så att vi framöver aktivt går igenom IUP under handledningstillfällena och ST-läkaren uppdaterar dokumentet tillsammans med handledare, förslagsvis att man tar 2 delmål per handledningstillfälle, men minst vid ett handlednings-tillfällen per månad.

För att säkerställa att det genomförs har vi nu lagt in en rutin att vid ett läkarmöte/månad ha det som återkommande påminnelse-punkt på agendan. Därtill ska man kunna uppvisa att IUP är reviderad på medarbetarsamtal och uppföljningssamtal.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026-06-03

Ansvarig för genomförandet

enhetschef/allmänspecialister/handledare/ST-läkare

Datum för uppföljning

september 2026 i samband med uppföljningssamtal med ST-läkare samt på läkarmöte som påminnelse.

Ansvarig för uppföljningen

Enhetschef

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Det individuella utbildningsprogrammet (IUP) ska användas som ett levande dokument. Huvudhandledare ska bedöma ST-läkarens kompetensutveckling utifrån målbeskrivning och IUP, detta ska dokumenteras. Dokumentation sker i de olika bedömningsinstrumenten samt vid årsrapport och handledarutlåtande.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026-06-03

Ansvarig för genomförandet

Huvudhandledare

Datum för uppföljning

September - 2026 i samband med uppföljningssamtal

Ansvarig för uppföljningen

enhetschef

E.Handledning och kompetensbedömning

Det finns fastställda rutiner för bedömningar av ST-läkarens kompetens.

Planerad åtgärd

Rutin upprättad gällande bedömning av ST-läkarens kompetens.

För att bedöma ST-läkarens kompetens används flera olika bedömningsinstrument och metoder:

Sit-in bör genomföras fyra gånger per år, med 3–4 patienter vid varje tillfälle.

Huvudhandledaren ska använda utvärderingsmallen (finns på ST-forum). Bedömningen dokumenteras i Mini-CEX.

DOPS (Direct Observation of Procedural Skills) används för att bedöma och ge återkoppling på praktiska färdigheter efter att ST-läkaren observerats i ett kliniskt moment.

Ett formulär med en numerisk skala från 1 till 6 samt utrymme för återkoppling finns tillgängligt via ST-forum och kan dokumenteras direkt i ST-läkarens portfölj under "Rapporter". Återkoppling ges i direkt anslutning till bedömningen och tar cirka 5 minuter. Metoden används till exempel vid observation av mindre kirurgiska ingrepp eller undersökningar såsom rekto- eller proktoskopi.

Återkoppling efter samarbets- och teamarbetssituationer ges med stöd av en särskild mall för bedömning av ST-läkaren i sådana sammanhang. Då mallen inte finns som färdigt formulär i ST-planeringsverktyget ska den skannas in och registreras som "övrig bedömningsmetod".

Vid muntliga presentationer, exempelvis inom kvalitetsarbete, förbättringsarbete, rehabrond eller vid ledning av läkarmöten, ska huvudhandledaren ge återkoppling. Ett utvärderingsdokument finns som stöd på ST-forum med titeln "Återkoppling till ST-läkare efter muntlig presentation".

Handledning på handledning innebär att huvudhandledaren observerar ST-läkaren när denne handleder AT-läkare eller läkarstudenter, antingen direkt eller via videoinspelning i efterhand. Därefter ges feedback på handledningsförmågan.

Under sommaren, i samband med grupphandledning, får ST-läkare även möjlighet att handleda varandra och/eller AT-läkare. Huvudhandledaren medverkar då och ger både muntlig och skriftlig återkoppling.

Huvudhandledaren ska dessutom årligen upprätta ett handledarutlåtande.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026-06-03

Ansvarig för genomförandet

enhetschef/huvudhandledare

Datum för uppföljning

September 2026 i samband med uppföljningssamtal

Ansvarig för uppföljningen

enhetschef/huvudhandledare

E. Handledning och kompetensbedömning

Verksamheten har rutiner för hur den kontinuerliga bedömningen dokumenteras (För ST enligt 2015:8 är verksamhetschef ansvarig enligt ovan)

Planerad åtgärd

En rutin har upprättats för hur bedömningar ska dokumenteras. Nedan beskrivs detta under respektive bedömningsinstrument och metod:

Sit-in ska genomföras fyra gånger per år med 3–4 patienter vid varje tillfälle.

Huvudhandledaren ska använda en utvärderingsmall (tillgänglig på ST-forum).

Bedömningen dokumenteras i Mini-CEX.

DOPS (Direct Observation of Procedural Skills) är en metod för att bedöma och ge

återkoppling på praktiska färdigheter efter direkt observation av ST-läkaren i ett kliniskt moment.

Formulär med en numerisk skala (1–6) samt utrymme för återkoppling finns tillgängligt via ST-forum och kan dokumenteras direkt i ST-läkarens portfölj under "Rapporter".

Återkoppling ges i direkt anslutning till bedömningen och tar cirka fem minuter.

Metoden används främst vid observation av mindre kirurgiska ingrepp eller specifika undersökningar, såsom rekto- eller proktoskopi.

Återkoppling efter samarbets- och teamarbetssituationer ges med stöd av en särskild bedömningsmall.

Mallen finns inte som ett färdigt formulär i ST-planeringsverktyget och ska därför skannas in och registreras som "övrig bedömningsmetod".

Vid muntliga presentationer, exempelvis inom kvalitets- eller förbättringsarbete, vid rehabronder eller vid ledning av läkarmöten, ska huvudhandledaren ge strukturerad återkoppling.

Ett utvärderingsdokument finns som stöd på ST-forum med titeln "Återkoppling till ST-läkare efter muntlig presentation".

Handledning av handledning innebär att huvudhandledaren observerar ST-läkaren när denne handleder AT-läkare eller läkarstudenter, antingen direkt eller via videoinspelning i efterhand.

Därefter ges återkoppling på handledningsförmågan.

Under sommaren, i samband med grupphandledning, ges ST-läkare även möjlighet att handleda varandra och/eller AT-läkare. Huvudhandledaren deltar och ger både muntlig och skriftlig återkoppling.

Huvudhandledaren ska årligen upprätta ett handledarutlåtande

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026-06-03

Ansvarig för genomförandet

enhetschef/huvudhandledare

Datum för uppföljning

september 2026 i samband med uppföljningssamtal

Ansvarig för uppföljningen

enhetschef/huvudhandledare

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Vid muntlig presentation, vid exempelvis kvalitetsarbete/förbättringsarbete/rehabrond/leda läkarmöten ska handledare ge feedback, utvärderings-dokument som hjälpmedel finns på ST-forum och heter Återkoppling till ST-läkare efter muntlig presentation.

Vi inför strukturerad bedömning och feedback vid i samband med att ST-läkaren leder:

- Läkarmöten
- Team-möten
- Rondverksamhet
- Kvalitets- och förbättringsarbete.

Detta ska dokumenteras i ST-portföljen.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026-06-03

Ansvarig för genomförandet

enhetschef/allmänspecialister som är handledare

Datum för uppföljning

september 2026 i samband med uppföljningssamtal

Ansvarig för uppföljningen

enhetschef/allmänspecialister som är handledare

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Vid muntlig presentation, vid exempelvis

kvalitetsarbete/förbättringsarbete/rehabrond/leda läkarmöten ska handledare ge

feedback, utvärderings-dokument som hjälpmedel finns på ST-forum och heter

Återkoppling till ST-läkare efter muntlig presentation.

Handledning på handledning: Handledare observerar ST-läkare som handleder AT-läkare

eller läkarstudent och ger feedback på hur handledningen fungerar. Detta kan göras direkt

i rummet eller på videoinspelning efteråt.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026-06-03

Ansvarig för genomförandet

Allmänspecialister och huvudhandledare

Datum för uppföljning

september 2026 i samband med uppföljningssamtal

Ansvarig för uppföljningen

enhetschef/allmänspecialister som är handledare

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarens kompetens i handledning bedöms fortlöpande och återkoppling sker

kontinuerligt.

Planerad åtgärd

Vi kommer att ha handledning på handledning: Handledare observerar ST-läkare som handleder AT-läkare eller läkarstudent och ger feedback på hur handledningen fungerar. Detta kan göras direkt i rummet eller på videoinspelning efteråt. Detta ingår i vår handledar-rutin som vi aktivt kommer ha med oss vid handledningstillfällen framöver.

Minst 3 handledningstillfällen per år observeras av specialist eller handledare.
Strukturerad bedömningsmall används med fokus på:

- Pedagogisk förmåga
- Kommunikation
- Återkoppling
- Professionalism

Reflektion kring handledarrollen dokumenteras i ST-portfölj och diskuteras vid handledarsamtal

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026-06-03

Ansvarig för genomförandet

Huvudhandledare och ST-läkare

Datum för uppföljning

2 gånger per år med start i september 2026 genomförs genomgång av dokumenterade handledningstillfällen och bedömningar

Ansvarig för uppföljningen

Huvudhandledare och studierektor