



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Husläkarmottagningen Tegnérgatan

Klinik

Allmänmedicin

Specialitet

2026-04-27

Datum

Brita Havland och Marit Nygren

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Enheten tar återkommande emot studenter vilket ger goda förutsättningar att träna på handledning och ST-läkaren är engagerade i detta.
- Enheten har BVC och hemsjukvård vilket ger bra möjligheter att träna på och kompetensvärderas i ledarskap.
- Stark tradition av att arbeta med kontinuitet och egna listor på enheten.
- En av specialistläkarna är disputerad
- Läkarna äger sin tidbok och bokar själva in samtliga besök.
- Verksamhetschef är läkare och har många bra idéer kring hur ST-läkarna kan engageras i ledarskap tex handläggning av avvikelser.
- Regionen erbjuder bra upplägg för ST-utbildning med återkommande utbildningar, kurser och dokument.
- Enheten har skapat dokument som stöd för hur man bedriver ST-utbildning på enheten, bland annat en checklista för handledning. Man har också nyligen börjat ha återkommande läkarmöten där tanken är att ST-läkarna ska vara med och skapa innehåll.

Svagheter

- IUP finns men är ofullständigt ifylld. Det saknas en tydlig koppling mellan delmål, utbildningsaktivitet samt kompetensvärderingsmetoder.
- IUP används inte i handledningen och revideras inte 2 ggr/år.
- Man saknar struktur kring att återkoppla delmål som handlar om undervisning, ledarskap, medicinsk vetenskap och handledning.
- Handledningstiden faller ofta bort då den är schemalagd fredag eftermiddag.
- Enheten har utrustning för öronpatienter och gynundersökningar men ST-läkaren har ännu inte använt varken öronmikroskop eller gynstol. Sug och sugkanyler till öronmikroskopet.
- ST-läkaren har ingen egen lista och har mycket akuta eller halvakuta besök vilket innebär en risk att de patienter man träffar inte är tillräcklig allsidiga och att man får träffa för få kroniker.
- Man har gjort få kompetensvärderingar senaste året.
- Enheten har bra dokument för kompetensvärderingar men de har inte börjat implementeras ännu.

Förbättringspotential

- Revidera IUP och se till att det för varje delmål finns en tydlig koppling mellan delmålet, utbildningsaktivitet och kompetensvärderingsmetod. Använd gärna SFAMs uttolkning av målbeskrivningen som stöd.
- Enheten har skapat en checklista för handledning där bla återkommande revisioner av IUP finns med. Skapa en struktur så att checklistan används som det är tänkt.
- Skapa struktur på enheten där ST-läkarna återkommande får hålla i undervisning på enheten tex på läkarmöten och handledning av läkarstudenter och där handledarna också ger återkommande återkoppling på detta. För handledning kan man tex använda video.
- Diskutera hur man, utöver journal club, kan få in återkommande inslag i handledningen och arbetet på enheten där man gemensamt diskuterar vetenskapliga artiklar. Se också till att ST-läkarna återkommande får återkoppling på detta.
- Skapa struktur för att ge återkoppling på ledarskap i de situationer det uppstår, tex leda läkarmöte, hemsjukvårdsrond, BVC.
- Diskutera hur även ST-läkaren kan få ta del av den kontinuitetskultur som finns på enheten och få en blandad lista där även kroniker/årskontroller ingår.
- Fundera över hur handledningen schemaläggs så att den ställs in i så liten utsträckning som möjligt.
- Enheten har gjort mycket arbete sista året för att förbättra ST-utbildningen tex dokument och läkarmöten. Här är det viktigt att ST-läkarna engageras i att skapa innehåll och följa upp hur dokumenten används tillsammans med handledarna.
- Fundera över hur man kan schemalägga så att man kan göra kompetensvärderingar regelbundet minst 2-4 ggr/termin.

STRUKTUR

A Verksamheten

Privat enhet i Stockholms innerstad med ca 11700 listade patienter. Enheten har ett allsidigt uppdrag med bla BVC och hemsjukvård. Jour- och beredskap sker inte som på övriga ställen i landet.

Enheten har ingen intern rutin för kvalitetsgranskning av ST-utbildningen.

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 enheten tjänstgör 5 specialister i allmänmedicin. En av specialisterna är disputerad. På enheten har man 1 ST-läkare och 1 ytterligare på väg in. Enheten tar regelbundet emot AT- och BT-läkare samt 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

Enheten har utrustning för gynundersökning, dock finns ingen lampa och utrustningen används inte. Öronmikroskop finns, men det saknas nödvändig utrustning tex sug och sugkanyler. 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

ST-läkarna har IUP som utgår från målbeskrivningen men det saknas koppling mellan delmål och utbildningsaktiviteter samt kompetensvärderingsmetoder. Rutiner saknas för att IUP uppdateras 2 ggr/år. Åtgärd krävs.

Enheten har ingen anställd 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

IUP används inte återkommande som vägledning vid handledning. Åtgärd krävs.

Man gör inte regelbundna kompetensvärderingar i den omfattning som krävs för samtliga delmål. Åtgärd krävs.

Man använder till viss del, men inte strukturerat, ändamålsenliga metoder för kompetensvärderingar. Åtgärd krävs.

Handledningen är inplanerad i ordinarie schema men faller ofta bort. Rekommendation att man ser över schemaläggningen om det går att hitta en annan tid i veckan för handledning.

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

Enheten har nyligen börjat ha läkarmöten. Rekommenderas att man skapar innehåll i dessa utifrån målbeskrivningen.

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

Enheten saknar struktur för att löpande arbeta med medicinsk vetenskap och man gör heller inte återkommande kompetensvärderingar avseende det vetenskapliga delmålet. Åtgärd krävs.

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 saknar struktur för att kontinuerligt bedöma och återkoppla ledarskap. Åtgärd krävs.

Man gör inte bedömningar i kommunikativ kompetens i tillräcklig utsträckning. Åtgärd krävs.

ST-läkarna får inte återkommande återkoppling på undervisning. Åtgärd krävs.

Enheten saknar struktur för att ge handledning på handledning. 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.

C. Lokaler och utrustning

Utrustning för diagnostik, utredning och behandling är adekvat.

Planerad åtgärd

Lampa för gynundersökning är inhandlad, gynstol med undersökningsinstrument finns redan och används

Sug till öronmikroskop är inhandlat, och sugkanyler och utrustning till öronmikroskop finns

Datum när åtgärden ska vara genomförd

20260901

Ansvarig för genomförandet

Niklas Heijne

Datum för uppföljning

20260901

Ansvarig för uppföljningen

Niklas Heijne

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

Gå igenom och revidera IUP för ST-läkare så att varje delmål kopplas till konkret utbildningsaktivitet och kompetensvärderingsmetod. Använd SFAMs uttolkning av målbeskrivningen som stöd.

Implementera rutin att IUP går igenom minst 2 ggr/år med huvudhandledare.

IUP ska aktivt användas som underlag vid varje handledningstillfälle

Datum när åtgärden ska vara genomförd

20261030

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef/Huvudhandledare

Datum för uppföljning

20261030

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef/Huvudhandledare

D. Tjänstgöringens upplägg

Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.

Planerad åtgärd

Implementera rutin att IUP går igenom minst 2 ggr/år med huvudhandledare.

IUP ska aktivt användas som underlag vid varje handledningstillfälle

Datum när åtgärden ska vara genomförd

20261030

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef/Huvudhandledare

Datum för uppföljning

20261030

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef/Huvudhandledare

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Ny handledningstid schemalagd på torsdagar efter obligatoriskt APT. Följ upp andelen genomförda handledningstillfällen kvartalsvis.

Implementera checklistan strukturerat i handledningsarbetet och stäm av på läkarmöten att den följs.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

20261030

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef/Huvudhandledare

Datum för uppföljning

20261030

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef/Huvudhandledare

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

IUP ska aktivt användas som underlag vid varje handledningstillfälle

Schemalägg kompetensvärderingar löpande, minst 2–4 ggr/termin per ST-läkare, med start under hösten.

Implementera enhetens befintliga bedömningsdokument i det löpande arbetet och utbilda handledarna i hur de ska användas.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

20261030

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef/Huvudhandledare

Datum för uppföljning

20261030

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef/Huvudhandledare

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

Införa rutin där en ST läkare ansvarar för journal club 1 ggr/år på läkarmöten. Handledare ger skriftlig återkoppling efteråt.

Lägga in återkommande kompetensvärdering av det vetenskapliga delmålet.

Låta ST läkare delta i vetenskapliga studier som mottagningen deltar i.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

20270226

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef

Datum för uppföljning

20270226

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

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

Införa rutin där en ST läkare ansvarar för journal club 1 ggr/år på läkarmöten. Handledare ger skriftlig återkoppling efteråt.

Lägga in återkommande kompetensvärdering av det vetenskapliga delmålet.

Låta ST läkare delta i vetenskapliga studier som mottagningen deltar i.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

20270226

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef

Datum för uppföljning

20270226

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

G. Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Utbildning erbjuds för att uppnå ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt.

Planerad åtgärd

Införa rutin där en ST läkare ansvarar för journal club 1 ggr/år på läkarmöten. Handledare ger skriftlig återkoppling efteråt.

Lägga in återkommande kompetensvärdering av det vetenskapliga delmålet.

Låta ST läkare delta i vetenskapliga studier som mottagningen deltar i.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

20270226

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef

Datum för uppföljning

20270226

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

G. Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Det finns goda förutsättningar för genomförande av ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.

Planerad åtgärd

Vi har infört rutin att ST läkare ska delta när verksamhetschef gör avvikelshantering samt även ge förslag på hantering av avvikelser.

Vi inför rutin med journal club

På enheten arbetar läkare som är disputerad och enheten deltar i vetenskaplig studie

Datum när åtgärden ska vara genomförd

20270226

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef

Datum för uppföljning

20270226

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

G. Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Det finns goda förutsättningar för att genomföra, dokumentera och redovisa ett kvalitetsarbete.

Planerad åtgärd

ST läkare ansvarar redan för det årliga kvalitetsarbetet på enheten.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

20270226

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef

Datum för uppföljning

20270226

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Skapa struktur för återkoppling på ledarskap i samband med situationer där ST-läkaren leder, t.ex. läkarmöte eller hemsjukvårdsrund.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

20270130

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef

Datum för uppföljning

20270130

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.

Planerad åtgärd

Inkludera kommunikativ kompetens som en återkommande punkt vid kompetensvärderingarna, vi har utarbetat ny bedömningsmall för kommunikativ kompetens som ska användas vid sit-ins

Datum när åtgärden ska vara genomförd

20270130

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef

Datum för uppföljning

20270130

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

Planerad åtgärd

Inkludera kommunikativ kompetens som en återkommande punkt vid kompetensvärderingarna, vi har utarbetat ny bedömningsmall för kommunikativ kompetens som ska användas vid sit-ins

Datum när åtgärden ska vara genomförd

20270130

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef

Datum för uppföljning

20270130

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Vi ska införa rutin där ST-läkaren regelbundet ska hålla i undervisning, t.ex. på läkarmöten eller vid handledning av läkarstudenter, med strukturerad återkoppling från handledare.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

20270130

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef

Datum för uppföljning

20270130

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Införa återkommande forum (t.ex. i samband med läkarmöten) där handledare ger varandra återkoppling på handledning, ev. med stöd av video.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

20270226

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef/Huvudhandledare

Datum för uppföljning

20270226

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef/Huvudhandledare