



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Stureplans Vårdcentral
Klinik

Allmänmedicin
Specialitet

2026-04-28
Datum

Marit Nygren och Brita Havland
Inspektörer

SOSFS 2015:8
Föreskrift

Styrkor

- Enheten tar återkommande emot studenter och utbildningsläkare vilket ger goda förutsättningar att träna på handledning. ST-läkarna är engagerade i detta både som ansvariga och handledare.
- Två av specialistläkarna är disputerade.
- Regionen erbjuder bra upplägg för ST-utbildning med återkommande utbildningar, kurser och dokument.
- ST-läkare har haft ansvar för och lett läkarmöten.
- Schemalagd handledning varje vecka.
- Enheten har hemsjukvård där ST-läkarna också får vara med och ha egna patienter.

Svagheter

- IUP finns men är ofullständigt ifyllt. Det saknas en tydlig koppling mellan delmål, utbildningsaktivitet och kompetensvärderingsmetod.
- 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.
- Man har gjort få kompetensvärderingar senaste året och man använder inte bedömningsinstrument i tillräcklig omfattning.
- Enheten har en gynstol men det saknas lampa och instrument för att kunna göra gynundersökningar.
- Enheten har få listade barn vilket gör att ST-läkarna riskerar att träffa för få barnpatienter.
- Handledare har inte aktuell handledarutbildning.

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. Gör detta i handledningen så att både ST-läkaren och handledaren engageras i arbetet kring målbeskrivningen.
- Skapa en struktur för att använda IUP som utgångspunkt i handledningen och att denna revideras regelbundet minst 2 gånger per år.
- 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 kan få in återkommande inslag i handledningen och arbetet på enheten där man gemensamt diskuterar medicinsk vetenskap. Utnyttja de två forskarutbildade kollegorna. Se också till att ST-läkarna återkommande får återkoppling på detta. Man kan tex ha återkommande journal club på enhetens läkarmöten.
- Skapa struktur för att ge återkoppling på ledarskap i de situationer det uppstår, tex leda läkarmöte, hemsjukvårdsrond. Använd också bedömningsinstrument tex 360.
- Fundera över hur man kan schemalägga så att man kan göra kompetensvärderingar regelbundet minst 2-4 ggr/termin. Se till att man använder bedömningsinstrument i samband med detta tex mini-CEX, DOPS, CBD, SFAMs bedömning konsultation.
- Skapa rutiner så att ST-läkarna prioriteras att få utföra sällanhändelser som att konstatera dödsfall och LPT i hemmet.
- Fundera över hur man kan boka fler gynpatienter och barn till ST-läkarna. Utnyttja de kollegor som nyligen gjort sin gynrandning för handledning. Se till att adekvat utrustning finns för gynundersökning.
- Inför specialistkollegium på enheten återkommande, förslagsvis 1 gång per år.
- Planera för att handledare får uppdaterad handledarutbildning.

STRUKTUR

A Verksamheten

Enhet i centrala Stockholm med ca 9000 listade patienter. I samma hus som enheten finns privata mottagningar som tar emot barn och gyn, vilket fått till följd att ST-läkarna träffar relativt få patienter i dessa kategorier. Här är det viktigt att enheten är medveten om detta och aktivt arbetar för att se till att dessa patienter bokas till ST-läkarna när situationen uppstår.

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 arbetar 5 specialister i allmänmedicin, motsvarande 4,46 heltider. 2 av specialisterna är disputerade. Enheten har 2 ST-läkare. Man tar regelbundet emot läkarstudenter och AT-läkare.

Handledarna har inte gått handledarutbildning inom aktuell målbeskrivning. Åtgärd krävs.

Handlingsplan inkommen. Gradering justerad till C.

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 en gynstol men det saknas lampa och instrument för att kunna genomföra gynundersökningar. 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 D kvarstår.

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

Man gör få kompetensbedömningar och man använder heller inte bedömningsinstrument i tillräcklig omfattning. 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

Enheten har läkarmöte 1 gång/vecka. Här rekommenderas att man planerar in utbildningsmoment 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 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.

B. Medarbetarstab och interna kompetenser

Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.

Planerad åtgärd

Samtliga specialister har relevant handledarutbildning, med undantag för en vikarie med gedigen yrkeserfarenhet.

Vikarien fungerar som klinisk instruktör.

Den aktuella läkaren är vikarie, och när ordinarie specialistläkare återgår i tjänst kommer ST-läkaren att återgå till sin ordinarie handledare.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026-08-25

Ansvarig för genomförandet

Handledare

Datum för uppföljning

2027-01-01

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

C. Lokaler och utrustning

Utrustning för diagnostik, utredning och behandling är adekvat.

Planerad åtgärd

Inköp av gynekologisk lampa pågår.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026-08-25

Ansvarig för genomförandet

Inköpsansvarig

Datum för uppföljning

2027-01-01

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

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

IUP rutin uppdateras.

IUP måste kopplas till målbeskrivningar, delmål och planerade aktiviteter. Uppföljningen sker med fasta intervall ihop med ST-läkaren, huvudhandledare, verksamhetschef ev. studierektor.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026-08-25

Ansvarig för genomförandet

ST-läkaren

Datum för uppföljning

2027-01-01

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef och huvudhandledare

D. Tjänstgöringens upplägg

Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.

Planerad åtgärd

Utbildningsprogrammet följs upp årligen av handledare och verksamhetschef.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026-08-25

Ansvarig för genomförandet

ST-läkaren, huvudhandledare

Datum för uppföljning

2027-01-01

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Samtliga handledare har informerats om vikten av att följa det individuella utbildningsprogrammet för att säkerställa att ST-läkaren får adekvat stöd, vägledning och kontinuerlig uppföljning under sin utbildning.

Tex via medsittningar och mini-CEX och CBD.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026-08-25

Ansvarig för genomförandet

Huvudhandledare

Datum för uppföljning

2027-01-01

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Den huvudansvariga handledaren följer kontinuerligt ST-läkarens kompetensutveckling utifrån målbeskrivningen och det individuella utbildningsprogrammet, med regelbundet stöd och vägledning.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026-08-25

Ansvarig för genomförandet

Huvudhandledare

Datum för uppföljning

2027-01-01

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

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

En tydligare struktur införs för att säkerställa ett kontinuerligt arbete med medicinsk vetenskap. ST-läkarens kompetens kommer framöver att bedömas återkommande och dokumenteras inom ramen för det individuella utbildningsprogrammet.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026-08-25

Ansvarig för genomförandet

Huvudhandledare

Datum för uppföljning

2027-01-01

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

Bedömningen omfattar kunskap om vetenskapliga metoder och forskningsetiska principer samt förmågan att kritiskt granska, värdera och tillämpa vetenskaplig information i det kliniska arbetet. Handledaren ansvarar för att följa upp detta regelbundet och ge stöd och vägledning utifrån ST-läkarens individuella behov.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026-08-25

Ansvarig för genomförandet

Huvudhandledare

Datum för uppföljning

2027-01-01

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkaren ges förutsättningar att kontinuerligt utveckla ledarskapskompetens i enlighet med målbeskrivningen.

Planerad åtgärd

Handledning på handledning införs som en återkommande del av handledningen. Samtliga områden följs upp och dokumenteras utifrån målbeskrivningen och det individuella utbildningsprogrammet.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026-08-25

Ansvarig för genomförandet

Huvudhandledare

Datum för uppföljning

2027-01-01

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

ST-läkaren är med på avstämnings möten/SIP, håller i undervisning av studenter. Detta observeras och följs av strukturerad återkoppling.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026-08-25

Ansvarig för genomförandet

Huvudhandledare /ST-läkaren

Datum för uppföljning

2027-01-01

Ansvarig för uppföljningen

Huvudhandledare

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.

Planerad åtgärd

ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens genom strukturerad återkoppling i det kliniska arbetet. Kommunikation med patienter, närstående och medarbetare observeras och diskuteras regelbundet. Identifierade utvecklingsområden följs upp tillsammans med handledare och återkoppling ges fortlöpande.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026-08-25

Ansvarig för genomförandet

Huvudhandledare /ST-läkaren

Datum för uppföljning

2027-01-01

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

Planerad åtgärd

Detta genomförs genom fortlöpande bedömning och strukturerad återkoppling i det kliniska arbetet.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026-08-25

Ansvarig för genomförandet

Huvudhandledare /ST-läkaren

Datum för uppföljning

2027-01-01

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

ST-läkarens undervisningskompetens bedöms fortlöpande genom observation och återkoppling i samband med undervisning av tex sjuksköterskor och studenter. Strukturerad återkoppling ges kontinuerligt.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026-08-25

Ansvarig för genomförandet

ST-läkaren, huvudhandledare

Datum för uppföljning

2027-01-01

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

ST-läkarens kompetens i handledning bedöms fortlöpande genom observation i det kliniska arbetet och strukturerad återkoppling. Utvecklingsområden identifieras och följs upp kontinuerligt tillsammans med handledare.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026-08-25

Ansvarig för genomförandet

Huvudhandledare

Datum för uppföljning

2027-01-01

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef