



# EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

**Kirurgi Region Jönköpings län**

Klinik

**Kirurgi**

Specialitet

**2022-11-07 – 2022-11-07**

Datum

**Jönköping**

Ort

**Valeri Strokan och Ebba Kihlstedt Pasquier**

Inspektörer

## Styrkor

- Den kirurgiska verksamheten i Region Jönköpings Län har förutsättningar för uppfyllande av SoS mål för kirurgisk specialistkompetens
- Modern utrustning, inklusive tillgång till laparoskopisimulatorer
- Upplevelse av gott kollegialt stöd
- Alla handledare genomgår handledarutbildning ihop med sin adept
- Återkommande informell handledning
- Återkommande informell återkoppling
- Tillgång till disputerade handledare i Eksjö och Jönköping
- Minst 25 vetenskapliga publikationer de senaste två åren
- Flera ST-läkare är doktorander
- Återkommande mortalitet- och morbiditetkonferenser där ST-läkare deltar

## Svagheter

- De skriftliga riktlinjer som finns avseende ST-utbildning, handledning och studierektorskap följs inte
- Verksamhetschef eller motsvarande följer inte ST-läkarnas utveckling på ett strukturerat sätt
- Individuellt utbildningsprogram saknas, följs inte eller uppdateras inte
- Introduktionsprogram till kliniken och respektive enhet saknas helt eller delvis
- På två enheter är bemanningen på läkarsidan ansträngd, vilket påverkar möjligheten till handledarsamtal
- Handledning sker ostrukturerat, utan koppling till individuellt utbildningsprogram. Detta gäller såväl medicinska delmål som delmålen rörande ledarskap, pedagogik och kommunikation
- Tillgång till handledare under sidoutbildning vid annan enhet varierar. Innehavaren av handledaransvaret är ofta okänd för ST-läkaren
- Det görs ingen strukturerad fortlöpande bedömning av ST-läkarnas kompetensutveckling utifrån målbeskrivningen utöver sporadiskt specialistkollegium. De bedömningar som sker dokumenteras bristfälligt
- Internutbildning sker inte likvärdigt på klinikkens tre enheter
- ST-läkares deltagande i internutbildning förhindras av hög arbetsbelastning
- Möjligheten att på arbetstid genomföra det individuella vetenskapliga arbetet respektive kvalitetsarbetet varierar inom kliniken

## Förbättringspotential

- Uppdatera klinikens kännedom om aktuellt ST-regelverk
- Använda rekommenderade bedömningsinstrument
- Klinikgemensam bedömningsprocess avseende kirurgiska moment, t ex körkort
- Schemalagd handledning
- Schemalagd tid för regelbunden teoretisk internutbildning utanför lunchtid, såsom studietid, journal clubs, föreläsningar
- Dokumenterad bedömning av uppnådd kompetens under sidoutbildning förmedlas till huvudhandledare
- Regelbundna möten för handledare
- Klinikgemensam riktlinje för åtgärdsplan vid bristande ST-kompetens (justering av individuellt utbildningsprogram, utbildningsinsatser, mål, uppföljning)

# STRUKTUR

## A Verksamheten

Kliniken består av tre sjukhusenheter i Jönköping, Eksjö och Värnamo. Upptagningsområdet är ca 361 tusen invånare. Verksamheten disponerar 96 vårdplatser och behandlar såväl vuxna som barn. Förutom specialister, överläkare och ST-läkare, finns även AT-, BT-läkare och läkarkandidater. Samtliga tre enheter har dygnet-runt-jour, akut-och kolonkirurgi. Kärnbröst- och rektalkirurgi bedrivs i Jönköping, medan elektiv gall- och bråckkirurgi utförs i Eksjö och Värnamo. Tjänstgöring på minst två av de kirurgiska enheterna ordnas för att ST-läkarna ska uppnå uppsatta delmål. Verksamheten har således goda förutsättningar till specialiseringstjänstgöring av hög kvalitet.

### Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

### Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur specialiseringstjänstgöringen ska genomföras finns.
- Skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur specialiseringstjänstgöringen ska utvärderas finns.
- Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig.

### Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter följs.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

## B Medarbetarstab och interna kompetenser

Kirurgklinikens tre enheter bemannas av nio specialister i Eksjö, nio i Värnamo och 28 i Jönköping. 19 specialister är huvudhandledare. Nio ST-läkare tjänstgör på respektive enhet. Nio specialister är disputerade och 4 ST-läkare är doktorander.

Samtliga handledare har adekvat specialistkompetens och alla har gått handledarutbildning ihop med sin adept i Region Jönköpings Läns ST-utbildningsprogram. Att fördelningen av specialister är ojämn till fördel för Jönköping blir tydligt vad gäller tillgång till handledarsamtal. På de andra två enheterna upplevs det synnerligen svårt att planera samtal med handledare, och varje specialist får handleda flera ST-läkare samtidigt.

Tillgången till specialister och annan personal som kan ge nödvändiga instruktioner till ST-läkarna är god. Ett exempel är en endoskopisjuksköterska som ansvarar för en uppskattad grundutbildning i gastroskopi.

Generella skriftliga instruktioner för ST-handledning och studierektoruppdrag finns. Handledarträffar förekommer ej.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

### Föreskrift

- Samtliga huvudansvariga ST-handledare har specialistkompetens i avsedd specialitet.
- Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.
- Tillgång till specialistkompetent studierektor med handledarutbildning finns.
- Tillräckligt många läkare med relevant specialitet och kompetens finns för att alla ST ska få adekvat handledning.
- Tillräckligt många läkare och andra medarbetare med relevant kompetens finns för att instruktioner ska kunna ges.

### Allmänna råd

- Studierektorn har relevant specialistkompetens.

### Kvalitetsindikator

- Generella skriftliga instruktioner för ST-handledning finns.
- Regelbundna handledarträffar för ST-handledarna finns.
- Skriftlig uppdragsbeskrivning för SR finns.

## 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 och allmänna råd. Åtgärder krävs.

## C Lokaler och utrustning

Verksamheten bedrivs i ändamålsenliga lokaler med adekvat utrustning. På två enheter är operationsavdelningarna nyligen upprustade. Alla ST-läkare har tillgång till fast arbetsplats med egen dator. Det finns möjlighet till vetenskaplig förkovring genom bibliotekstjänst och tillgång till vetenskapliga databaser. Det finns laparoskopisimulator på klinikens samtliga tre enheter, som ST-läkarna använder för träning i laparoskopi.

### Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

### Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Adekvat utrustning för diagnostik, utredning och behandling finns.

### Kvalitetsindikator

- ST-läkarna har tillgång till funktionell arbetsplats.
- Tillgång till IT-baserade kliniska beslutsstöd, sökbar vetenskaplig databas, stöd från bibliotek eller FoU-enhet finns.

## Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter 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.

# PROCESS

## D Tjänstgöringens uppläggning

Regionala och kliniks specifika riktlinjer för specialisttjänstgöring finns. Däremot har utbildningsaktörerna - ST-läkare, handledare, chefer och studierektor - bristande kännedom om riktlinjer och målbeskrivning för specialisttjänstgöringen.

Jourtjänstgöringen uppfyller kraven i målbeskrivningen. Jourbelastningen för ST-läkarna är ojämnt fördelad mellan klinikkens tre enheter. Tung jourbörda uppges inverka negativt på tillgång till utbildningstillfällen respektive planerat arbete.

Individuellt utbildningsprogram (IUP) förekommer. IUP förväxlas ofta med ST-kontrakt eller av studierektorn upprättat placeringsschema. I de fall IUP finns sker vare sig uppföljning eller revidering.

Alla blivande ST-läkare börjar sin anställning på kirurgkliniken med en tidsbegränsad anställning. Introduktionsprogram till tjänsten finns, men används inte på alla enheter, vilket upplevs som en brist av ST-läkarna. I den skriftliga introduktionen saknas information om innebörd av eventuell framtida ST. På samtliga enheter finns introduktion till jourtjänstgöring i form av parallellarbete med erfaren kollega.

Ingen ST-läkare har upplevt missförhållande såsom diskriminering eller mobbing.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

### Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiserings-tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

### Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:



Det finns skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg.



Jourtjänstgöring/beredskap uppfyller kraven i målbeskrivningen.

### Föreskrift



Alla ST-läkare har individuellt utbildningsprogram som utgår från kraven i målbeskrivningen.



Det individuella utbildningsprogrammet följs regelbundet upp och revideras vid behov i samråd med SR, HL och ST-läkaren.

## Allmänna råd

- SR bör utgöra en organisatorisk stödfunktion till verksamhetschef, handledare och ST-läkare.
- SR bör medverka till utarbetning av ST-läkarnas introduktionsprogram.
- SR bör ta del av verksamhetschefens och handledarens bedömning av ST-läkaren.

## Kvalitetsindikator

- Alla ST-läkare får introduktion till tjänstgöringen.
- Tillgång till individuella utbildningsprogram och handledning för de leg läkare utan specialistkompetens som arbetar vid enheten med siktet inställt på ST finns.
- Alla ST-läkare har lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter att uppnå målen i mål-beskrivningen oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnicitet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

## 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 och allmänna råd. Åtgärder krävs.



## E Handledning och uppföljning

Handledningen utgår i regel inte från IUP eftersom IUP vanligen saknas.

Alla ST-läkare har en specialistkompetent huvudhandledare och det finns tillgång till specialister med relevant kompetens under sidoutbildning på annan enhet. Det förekommer dock oklarhet om vem som är ansvarig handledare under sidoutbildningen.

ST-läkarnas kompetensutveckling utvärderas främst under sporadiska specialistkollegium. Föreslagna bedömningsinstrument, t ex DOPS eller medsittning används inte strukturerat inom kliniken. Det finns således en risk att kompetensvärdering av ST-läkare upplevs godtycklig, och att bristande kompetens upptäcks i sent skede.

Årliga medarbetarsamtal sker. Det saknas rutin och struktur för verksamhetschefens dokumentation av och kontinuerliga bedömning av ST-läkares kompetensutveckling.

ST-läkare ges nödvändiga instruktioner i den kliniska vardagen i tillräcklig omfattning. Handledning inplaneras inte i ordinarie arbetsschema trots skriftlig rekommendation.

Kliniken saknar både generell och sektionsspecifik åtgärdsplan för ST-läkare som uppvisar bristande kompetens, har svårighet att uppnå delmål eller avstannar i sin personliga utveckling. Vid behov görs dock individuella anpassningar av tjänstgöringen.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

### Föreskrift

- Handledningen utgår från det individuella utbildningsprogrammet.
- Det finns en utsedd huvudansvarig handledare för varje ST.
- ST-läkaren har tillgång till handledare under varje utbildningsperiod.
- Fortlöpande bedömning av ST-läkarens kompetensutveckling utifrån målbeskrivningen och utbildningsprogrammet görs under hela ST.
- Kontinuerlig bedömning utförs av verksamhetschef (motsvarande) och huvudsaklig handledare.
- Verksamhetschef (motsvarande) ansvarar för att den kontinuerliga bedömningen dokumenteras.

## Allmänna råd

- ST-läkaren bör, utöver handledning, få fortlöpande instruktioner.
- Handledningen är inplanerad i ordinarie tjänstgöringsschema.
- Den huvudansvariga handledaren tjänstgör där ST-läkaren huvudsakligen genomför sin specialiseringstjänstgöring.
- Handledarutbildningen bör omfatta handledning, pedagogik, metoder för bedömning, kommunikation och etik.
- Den fortlöpande bedömningen görs med på förhand kända och överenskomna metoder.
- Påvisade brister i ST-läkarens kompetens leder till en åtgärdsplan.
- Verksamhetschefen eller motsvarande håller regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkarna.

## Kvalitetsindikator

- ST-läkarnas sidutbildning följs upp.
- Varje enhet har en plan för hur ST-läkare som riskerar hamna i svårighet för att uppnå enskilda delmål, sin professionella utveckling generellt eller av personliga skäl, ska kunna hjälpas.

## 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 och allmänna råd. Åtgärder krävs.

## F Teoretisk utbildning

ST-läkarna ges möjlighet att delta i obligatoriska kurser och studierektor samordnar intern och extern ST-utbildning. IUP saknas dock i hög utsträckning, varför graderingen ändå blir D.

Terminsvis hålls en heldag utbildning för klinikens ST-läkare, vilket är uppskattat. Kliniken erbjuder även klinikgemensamma ST-lunchmöten varannan onsdag. Hög arbetsbelastning och underbemanning uppges vara skäl till varför ST-läkare avstår deltagande i dessa möten. Två av enheterna har veckovisa läkarmöten där bland annat utbildning ingår. Samtliga enheter på kliniken har som målsättning att s.k. microteach hålls i samband med morgonmöte, om än i varierande frekvens mellan enheterna.

Tid för regelbundna självstudier planeras inte i vare sig IUP eller schema. Möjligheten till schemalagda självstudier varierar inom kliniken. Gemensamt för klinikens ST-läkare är dock en önskan om att detta vore möjligt. Schemalagd studietid bör finnas enligt SoS allmänna råd och regionens eget ST-koncept.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

### Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

### Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

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

### Föreskrift

- SR samordnar ST-läkarnas interna och externa utbildning.

### Allmänna råd

- Intern utbildning planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.
- Extern utbildning planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.
- Tid för regelbundna självstudier planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.

## Gradering

- A. 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 och allmänna råd. Åtgärder krävs.

## G Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete

Alla ST-läkare ges förutsättningar att gå regiongemensam kurs som täcker behov inom föreskrivna delmålet medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete. Kliniken har brett diagnosunderlag, bra utrustning samt tillgång till vetenskaplig handledning av klinikens nio disputerade läkare, varav en docent. Fyra ST-läkare är registrerade doktorander.

Ingen ST-läkare upplever att de saknar handledarstöd, däremot är möjligheten att genomföra vetenskapligt arbete och kvalitetsarbete på arbetstid ojämn. ST-läkare upplever svårighet att schemalägga tid för respektive projekt.

ST-läkarnas kompetens i medicinsk vetenskap bedöms inte fortlöpande. Regelbunden analys av vetenskapliga artiklar med åtföljande bedömning saknas. ST-läkarna ges möjlighet till redovisning av läst litteratur under korta presentationer s.k. microteach. Microteach planeras olika ofta på klinikens tre enheter, och tenderar att utgå om en enhet har pressad bemanning. Regelbundna mortalitets- och morbiditetskonferenser anordnas, vilket ger träning i kvalitetsutvärdering och patientsäkerhetsarbete.

Genomförda vetenskapliga arbeten respektive kvalitetsarbeten redovisas ofta på kliniken och ibland på vetenskapligt möte såsom Kirurgveckan, men någon struktur för det saknas.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

## Föreskrift

- Utbildning erbjuds för att uppnå ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt.
- Goda förutsättningar finns för genomförande av ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.
- ST-läkarnas kompetens i medicinsk vetenskap bedöms fortlöpande och återkoppling sker.
- ST-läkarna ges möjlighet att utveckla kunskap om och kompetens i kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.
- Goda förutsättningar finns för att genomföra, dokumentera och redovisa ett kvalitetsarbete.
- ST-läkarens kompetens i kvalitetsutveckling bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

## Kvalitetsindikator

- ST-läkares genomförda individuella arbeten publiceras eller presenteras vid vetenskapliga möten.
- Tillgång till ett välfungerande doktorandprogram finns.
- Enheten har regelbundna möten där medarbetare diskuterar och kritiskt granskar vetenskaplig litteratur.
- Minst ett, på enheten utfört, självständigt forskningsprojekt har publicerats i vetenskaplig tidskrift eller presenterats vid vetenskapligt möte de senaste två åren.

## Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter 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

ST-läkarna ges förutsättningar att utveckla ledarskaps- och kommunikativ kompetens. En regional kurs inkluderar utbildningsmoment inom ledarskap och kommunikation. ST-läkare leder traumateam, rondarbete, undervisning av AT-läkare, läkarstudenter och övrig personal. Någon formell handledning inom ledarskap och kommunikation förekommer dock inte. Däremot görs informell, muntlig återkoppling från bakjourer, AT-läkare och handledare. I begränsad omfattning sker bedömning av kompetenserna ledarskap och kommunikation under specialistkollegium.

Kliniken organiserar återkommande mortalitets- och morbiditetskonferenser där ST-läkarna deltar, vilket möjliggör inomprofessionell reflektion i grupp. Mellanprofessionell reflektion sker i det dagliga arbetet, om än inte strukturerat.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

### Föreskrift

- ST-läkaren ges förutsättningar att utveckla ledarskapskompetens i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i ledarskapskompetens.
- ST-läkarens kompetens i ledarskap bedöms fortlöpande och med återkoppling.
- ST-läkaren ges förutsättningar att utveckla den kommunikativa kompetensen såväl muntligt som skriftligt i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.
- ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms och återkoppling sker.

### 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 inom- eller mellanprofessionell reflektion i grupp.

## Gradering

- A. 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 och allmänna råd. Åtgärder krävs.

**Kirurgisk vård**

Kirurgkliniken  
Mikael Johansson  
010-2421308  
mikael.johansson@rjl.se

Läkarnas institut för professionell utveckling i  
sjukvården LIPUS AB  
Box 5610  
114 86 Stockholm

## Åtgärdsplan efter SPUR-granskning

Vid genomgång av SPUR-rapporten så får Kirurgkliniken, Region Jönköpings län omfattande kritik för sin utbildning av ST-läkare. En stor del av kritiken handlar om att vi inte regelmässigt använder oss av IUP och olika bedömningsinstrument. I Region Jönköpings läns ST-koncept finns det väl utarbetade riktlinjer för hur vi skall jobba med detta och därav är det en bra grund att börja följa det uppgjorda ST-konceptet.

Studierektorn kommer tillsammans med verksamhetschefen under våren påbörja ett förändringsarbete där vi kommer ha som mål att följa Regionens ST-koncept. De initiala åtgärder som kommer utföras går igenom nedan och kommer utvärderas regelbundet under året av studierektorn och verksamhetschefen.

### 1. Introduktionsprogram:

Ett gemensamt program formuleras med lokala anpassningar.

### 2. Individuellt Utbildnings Program (IUP):

Det är ett absolut krav med IUP och många av punkterna som gav underkänt är att endast ett fåtal ST-läkare har en sådan. Dessutom används IUP inte aktivt av de ST-läkare som har en sådan.

IUP skall införas och jobbas med aktivt under hela ST-tiden. Framförallt skall IUP användas aktivt vid handledarsamtal men skall också användas vid medarbetarsamtal. Genomgång av IUP kommer ske i samband med utbildningsdagar våren-23 och då både för ST-läkare och handledare/SL.

### 3. Handledarträffar:

Det är viktigt att alla specialister är uppdaterade och har kunskap om vad som skall värderas och följas för ST-läkaren. Planen är därför att inte bara ha möten med handledarna utan alla specialister. De första två handledarträffarna är inplanerade i februari och mars-23 och alla specialistläkare är inbjudna och schemalagda.



**4. Kontinuerlig utvärdering/dokumentation av framsteg för ST-läkaren:**

Bedömningsinstrument skall introduceras och aktivt användas av ST-läkare och handledare. Både av huvudhandledare och den handledare som är utsedd på respektive placering.

Vi skall regelbundet använda DOPS på operation och mini-cex på mottagningen, akuten och avdelningen. Det skall dokumenteras hur många utvärderingar som är gjorda på respektive placering och det skall vara en del i bedömningen för att bli godkänd på en placering. Det kommer tydligt specificeras hur många av varje instrument som skall vara utförda på varje enskild placering för att bli godkänd.

Specialistkollegium är ytterligare ett instrument som skall användas regelbundet, målet är 2 gånger per år på varje sjukhus. Studierektorn har som uppdrag att se till att det blir utfört. Värde av ett gemensamt specialistkollegium för hela kliniken finns men det är ett svårmanövrerat forum. Förslaget blir därför, vilket också föreslogs av SPUR-granskarna, att specialistkollegium på försök görs på varje sjukhus lokalt och att studierektorn alltid skall vara med.

Handledarsamtal: IUP skall användas och uppdateras. Handledarsamtal skall planeras minst två gånger per termin och skall dokumenteras av ST-läkaren i IUP som utfört och i enskilt dokument. Enligt Regionens ST-koncept är målet ca 2 timmar per månad. Det är viktigt att utrymme finns för handledarsamtal och om det är svårt att få till skall man som ST-läkare kunna få hjälp av teamledare/studierektor att avsätta tid när det är mest lämpligt. Som princip skall handledarsamtal schemaläggas men det är ST-läkaren och handledarens uppgift att se till att det blir gjort.

Medarbetarsamtal med Läkarchef eller motsvarande skall dokumenteras. Hur det görs är upp till respektive chef. Som underlag för medarbetarsamtal skall IUP och specialistkollegium användas.

När en placering är slutförd skall lokal handledare utifrån mall skriva ett mail till huvudhandledare och ST-läkare där det skall stå om målen för placeringen är uppfyllda eller om komplettering krävs.

**5. Studietid:**

ST-läkaren har rätt till 4 timmars studietid per månad. Detta skall schemaläggas och är inte förhandlingsbart.

**6. Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete:**

Det får anses som ett orimligt krav från Lipus med publikation/presentation av vetenskapligt arbete när mastersarbete under grundutbildningen godkänns av Socialstyrelsen. I regionens helt nyligen omarbetade ST-koncept kommer det inte längre vara ett krav att göra ett vetenskapligt arbete under förutsättning att ett mastersarbete utförts under grundutbildningen.

I mars -23 kommer det vara ett möte med Svensk Kirurgisk Förening (SKF) om bland annat nya utbildningsboken. Jag som studierektor kommer då ta upp frågan om vetenskapligt arbete och vad SKF:s inställning är i frågan och hur övriga regioner i landet gör. Informationen från det mötet kommer vara vägledande för hur Kirurgkliniken kommer ställa sig till vetenskapligt arbete framöver.

Förslaget innan mötet med SKF blir att vi följer regionens ST-koncept och frångår kravet på ett vetenskapligt arbete och istället lägger fokus på ett kvalitets- och utvecklingsarbete. Däremot skall kliniken utifrån regionens ST-koncept fortsatt ställa oss positiva och avsätta tid (8-10 veckor) för de ST-läkare som önskar göra ett vetenskapligt arbete för att på så sätt stimulera till fortsatt vetenskaplig utveckling på kliniken. Vi kommer då ha som krav att det vetenskapliga arbetet antingen publiceras eller presenteras på vetenskaplig konferens.

Journal club på alla 3 sjukhusen. Rimligt att regelbundet granska och vara insatt i aktuell litteratur.

#### **7. Längd för olika placeringar**

För Jönköpings ST-läkare är det ett stort problem att uppnå mål inom ffa bräckkirurgi men också till viss del gallkirurgi. Anledningen till det är att ingen elektiv bräck/gallkirurgi utförs i Jönköping.

#### **Gallkirurgi:**

Räcker troligen med den längd om 1 termin placeringen har i nuläget. Det beror på att ST-läkaren vid placering på Kava i Jönköping regelbundet fortsätter att bli exponerad för akut gallkirurgi.

1. Förslag för Jönköpings ST-läkare: Oförändrad längd på placeringen men möjlighet till komplettering i Eksjö/Värnamo vb. Troligen kan det då räcka med några veckors komplettering i Eksjö/Värnamo men det får utifrån behov bestämmas i varje enskilt fall.

#### **Bräckkirurgi:**

I nuläget 5 veckors intensiv bräckplacering i början av ST för att uppnå ett bräckkörkort. Räcker endast till för en grundläggande kunskap inom bräckkirurgi men mer volym behövs för att bli självständig operatör.

2. Förslag för Jönköpings ST-läkare: Utöver den initialt 5 veckor långa placeringen skall två perioder på 1 månad planeras. En månad inom 1 år efter de första 5 veckorna och en månad sista året av ST.

#### **Nedre gastrokirurgi:**

För Eksjö och Värnamos ST-läkare har det varit uppskattat med placeringen på nedre gastro i Jönköping. Anledningen till placeringen i Jönköping har varit att få ta del av rektalcancerkirurgi men det har också varit uppskattat att få mer volym på tex stomiupp- och nedläggning. Placeringen har endast varit en månad och det har uppfattats som allt för kort.

3. Förslag: Placeringen förlängs till 3 månader.

**Kärlplacering:**

2 månader, oförändrad längd

**Bröst/Endokrin:**

För Eksjö/Värnamo 4 månader bröstkirurgi i Jönköping och 1 månad endokrinkirurgi på hemsjukhuset.

För Jönköping 5 månaders placering som inkluderar bröst och endokrinkirurgi.

**Övregastrointestinalkirurgi:**

Eksjö/Värnamo ca 12-15 månader på hemsjukhuset och 1 månad på övre gastro i Linköping.

Jönköping: 6 månader i Eksjö eller Värnamo + 6-8 månader i Jönköping + 1 månad på övre gastro i Linköping.

**Nedregastrointestinalkirurgi:**

Eksjö/Värnamo ca 12 månader på hemsjukhuset och 3 månader i Jönköping.  
Jönköping ca 15 månader på hemsjukhuset.

**Anestesi:**

Olika längd på de tre sjukhusen. Förslag är att placeringen blir 6 veckor på alla tre sjukhus.

**Urologi:**

8 veckor på alla sjukhus. Placeringen kommer nedkortas till 6 veckor då målen huvudsakligen uppnås genom arbete på akutmottagningen.

Mikael Johansson  
Studierektor

Jönköping 230203

Niklas Zar  
tf Verksamhetschef