



# EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

**Sahlgrenska Universitetssjukhuset**  
Klinik

**Kärlkirurgi**  
Specialitet

**2023-05-24 – 2023-05-25**  
Datum

**Göteborg**  
Ort

**Elisabet Skagius och Gustaf Tegler**  
Inspektörer

**SOSFS 2015:8**  
Föreskrift

## Styrkor

- Bred exponering av kärllirurgiska fall.
- Bra balans mellan öppen och endovaskulär kirurgi.
- Bra bemanning, entusiastisk ledning och internt bra kompetens som ger möjlighet till en fullgod ST-utbildning.
- Könsfördelningen är jämn.
- God stämning som bidrar till ett mycket gott utbildningsklimat.
- Produktiv forskningsenhet med goda möjligheter för ST att forska.
- Flera multidisciplinära ronder och rond med radiolog.
- Egna jourlinjer som ST deltar tidigt i.
- Genomtänkt, flexibel operationsplanering som gynnar ST-utbildningen.
- Korta beslutsvägar.

## Svagheter

- Inga formella schemalagda ST-handledarsamtal, delvis ej dokumenterade.
- Enheten bedriver inte accesskirurgi.
- Egen venverksamhet är inte helt etablerad.
- Styrdokumenten för ST-utbildningen lokalt är inte daterade eller "kvalitetssäkrade".
- Skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas, samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg saknas.

## Förbättringspotential

- Accesskirurgi (AV-accesser) i egen regi alternativt etablera formell sidotjänstgöring på transplantationskirurgen.
- Arrangera för sidotjänstgöring för att uppfylla delmål för venösa accesser (c10).
- Arrangera för sidotjänstgöring för att uppfylla delmål för varicerkirurgi (c9).
- Återkoppla handledning, ledarskap, pedagogiska uppdrag.
- Tydligare introduktionsstruktur för standardingrepp exempelvis vid femoralisangio.

# STRUKTUR

## A Verksamheten

Verksamheten bedrivs på ett universitets sjukhus med ett brett, allsidigt och oselekerat kärllkirurgiskt sjukdomspanorama. Sektionschefen är kliniskt verksam kärllkirurg och väl engagerad i ST-utbildningen. Upptagningsområdet är ca 1,2 miljoner och kliniken tar emot region och jourfall från flertalet närliggande sjukhus, vilket gör att man mycket väl har ett bra underlag för att möta målbeskrivningens krav. Balansen mellan öppen och endovaskulär kirurgi är utmärkt. AV-accesskirurgi utförs på transplantationskirurgen och behandling av venös insufficiens sker inte regelbundet på enheten. Flera multidisciplinära ronder finns där ST-läkarna kan delta. Ronder med radiolog sker 2 gånger per vecka. Kärlljournalinjen (A och B-jour) bemannas av två läkare som alternerar och tillsammans har kompetens för både öppen och endovaskulär kirurgi. ST-läkarna introduceras tidigt i jourledet. Enheten har en mycket aktiv FOU-grupp som även inkluderar andra professioner.

Vårdavdelningen har 14 VPL med renodlat kärllkirurgiska patienter, med bitvis svårigheter att bemanna. Utlokaliseringar är sällsynta och vid behov sker samarbete med transplantationsavdelningen.

Det finns regionövergripande ST-riktlinjer, liksom lokala, som beskriver hur ST ska genomföras. Dessa är kända för ST/HL/VC.

### 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

Kliniken har 11 specialister i kärnkirurgi och 3 ST-läkare med en könsfördelning på ca 40% kvinnor. Kollegiet är förhållandevis ungt. Två av tre ST-läkare är kirurger och samtliga går enl 2015 års förordning. Åtta läkare är disputerade och flera är doktorander. 4 stycken är docenter, varav en är adjungerad lektor. Samtliga specialister har kompetens för öppen såväl som endovaskulär kirurgi. Det finns en välstrukturerad subsektionering. Kliniken bemannar 2 kärnjourlinjer. Samtliga huvudhandledare (enligt 2021 års förordning) och en majoritet av övriga specialister har genomgått handledarutbildning.

Studierektorn är specialist i kärnkirurgi, är nytillträdd och har ett tydligt, engagerat utbildningsfokus. Studierektorn har en handledarutbildning inplanerad. Det finns en övergripande skriftlig uppdragsbeskrivning för studierektorn. Uppdraget är både arvoderat och avsatt tid för uppdraget finns.

### 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

Klinikens lokaler för administration är inrymda i en trevlig korridor med bra närhet som gör det lätt att samarbeta inom teamet. Konferensrummet är försett med moderna IT-system för distansmöten och röntgenronder. Alla läkare har egna arbetsplatser med datorer (fasta och laptop) utrustade för radiologisk diagnostik och för endovaskulär operationsplanering. På mottagningen sker ett smidigt samarbete med klin.fys för diagnostik och uppföljning. Den operativa verksamheten utförs på moderna hybridsalar men med viss personella resursbrister. Planering för rotation av sköterskor från avdelningen pågår.

### Föreskrift

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

### Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

- Utrustning för diagnostik, utredning och behandling är adekvat.
- Utrustning för mottagningsverksamhet, möten och behandlingskonferens på distans är adekvat.

## Kvalitetsindikator

- ST-läkarna har tillgång till funktionell arbetsplats.
- Det finns tillgång till relevanta IT-baserade kliniska beslutsstöd, sökbar vetenskaplig databas samt stöd från bibliotek eller FoU-enhet under hela specialiseringstjänstgöringen.

## Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

# PROCESS

## D Tjänstgöringens upplägg

ST-utbildning sker strukturerat enligt målbeskrivningen SOSFS 2015:8 och SSVS senaste reviderade utbildningsboken. Inga skriftliga lokala riktlinjer eller styrande dokument finns. För att tillgodose delmålen i den gemensamma kunskapsbasen finns ett väletablerat lokalt koncept. ST läkarna har skriftliga ST kontrakt samt individuella utbildningsplaner som revideras regelbundet.

Skriftligt introduktionsprogram finns. Gemensamma PM för verksamheten finns samlat digitalt.

Operationsplaneringen gör på fredagar med en översiktlig genomgång på efterföljande måndag, då operationerna fördelas. Löpande justeringar i schema och placeringar för att i möjligaste mån kunna ge ST läkare möjlighet att delta i subakut/akut operationsverksamhet.

ST läkarna har egna mottagningar som även sker parallellt med specialist.

Avdelningsarbete fullgörs av ST läkare med stöd och support av dagbakjouren.

Kliniken har 2 jourlinjer, en A-jour (primärjour) och en B-jour (bakjour). ST-läkarna blir tidigt introducerade i A-jouren som ger goda möjligheter till operativ träning. I genomsnitt har ST-läkaren 1 jour per vecka samt 1 helgjour var 4:e vecka.

Schemalaggningen visar vilka läkare som är ansvariga för operationsverksamheten de olika operationsdagarna. Även ST läkarna schemaläggs i detta system tillsammans med ansvarig specialist.

Accessverksamhet görs inte på den egna enheten utan tillgodoses via kortare randning på angränsade klinik. Venverksamheten är under uppbyggnad på kliniken, och utbildningsmålet för detta tillgodoses i dagsläget genom randningar på näraliggande självständig enhet.

Vid önskade förändringar i ST-utbildningen är beslutsvägarna korta vilket gynnar förändringsarbete.

Arbetsmiljön upplevs vara bra med tex möjligheter att gå hem efter omfattande natt jour etc.

Bedside undervisningen är välfungerande och handledningen operativt är välavvägt.

De få sidotjänstgöringar som är nödvändiga utvärderas muntligen av ST-läkarens handledare. Studierektor och ST-läkarna har haft en gemensam resa för ST-planering etc och är tänkt att göras årligen framöver.

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

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

ST-läkarna har namngivna handledare som alla är handledarutbildade. Regelbundna handledarträffar hålls, dock ej schemalagt. Specialistläkarkollegium genomförs 2 gånger per år för varje ST-läkare. Handledarkollegium, där ST-läkarna utvärderar handledarna, har initierats, men ännu inte satts. I samband med randningar har ST-läkarna tillgång till handledning. Återkopplingen sker dock inte skriftligen. ST-läkarna jobbar efter introduktionen till varierande verksamheten självständigt och kan sakna tillgång till handledning. Utvärderingsverktyg så som DOPS och 360 graders finns. SSVS bedömningsmallar för ingreppspecifika bedömningar är det mest använda verktyget. Detta verktyg skulle dock kunna användas i större utsträckning för att visa på ST-läkarnas progress.

## 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

Varje vecka har kliniken en timmes gemensam träff för M och M - konferens, Journal Club samt intern och extern utbildning, där ST-läkarna deltar. Kliniken bedriver sedan ca 1 år tillbaka en Kärl ST-snurra som löper över 3 år med regionens kliniker inbjudna. Teman är kopplade till delmål såväl teoretisk som praktiska. Kliniken ansvarar för SSVS praktiska kurs som erbjuds i SSVS kursportfölj.

Pga pandemin har extern utbildning och deltagande i konferenser och möten blivit eftersatt men det ges nu liberala möjligheter att komma ikapp.

Fredagseftermiddagarna är inte schemalagda och kan användas till egen studietid.

### 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 har en mycket aktiv FOU-grupp som även inkluderar andra professioner. En ST-läkare har pågående forskningsprojekt och är doktorand. Två ST-läkare diskuterar forskningsupplägg och planerar på sikt att anmälas som doktorander. Enheten har ett brett forskningsintresse och det finns goda förutsättningar för forskning. ST-läkarna är ansvariga för regelbundna journal clubs, APT och M och M konferenser. En av ST-läkarna skall på sikt starta kvalitets- och säkerhetsarbete. Två andra har genomfört detta under sin ST-tid under allmän kirurgisk ST.

## 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

ST-läkarna praktiserar ledarskap i det vardagliga arbetet tex genom rond, vid traumafall samt som operatörer. Erfarna kollegor medverkar, men strukturerad återkoppling sker inte. Utbildningar för läkarstudenter, avdelningspersonal och AT-läkare sker fortlöpande av ST läkarna, dock utan närvarande specialist. En av ST-läkarna har varit ansvarig för läkarstudenternas utbildning på enheten och en för de veckovisa klinikmötena (onsdagsmöten) vilket ger god träning i ledarskap, kommunikation och pedagogik. ST läkarna förväntas hålla ex Journal club, MoM konferenser. Presentationer av FOU och patientsäkerhetsarbeten sker på internt men även på regionala kärlnöten. Vid specialistläkarkollegium bedöms ST-läkarnas kompetens i ledarskapsförmåga.

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 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

### D. Tjänstgöringens upplägg:

På Kärlkirurgiska kliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset sker ST-utbildningen strukturerat enligt målbeskrivningen SOSFS 2015:8 och SSVS reviderade utbildningsbok. Det finns en skriftlig "Instruktionsprogram för ST-läkare" som beskriver upplägget för ST-läkare. Vi har valt att inte göra den mer detaljerad av 2 anledningar, den ena är att de riktlinjer som finns skrivet enl ovan fungerar väl och kan följas samt att vi kan skraddarsy ST-utbildningen tillsammans med ST läkare och handledare efter behov. Detta gör att våra ST-läkare inte känner sig bundna till viss "mall". Utbildningen är ett ansvar som delas av klinikledningen, SR samt ST-läkaren själv.

Med tanke på den feedback som vi har fått, har vissa justeringar gjorts i "Introduktionsprogrammet för ST-läkare". Detta är ändrade i kursivstil.

Som nämnts tidigare får randande ST-läkare samt underläkare, både skriftlig information (Välkomstbrev) som beskriver praktisk information angående rutiner och vad som förväntas under placeringen utbildningsmässigt. SR utser även handledare till randare och man förväntas ha regelbundna handledarsamtal under sin placering.

Vi har nu kompletterat välkomstbrevet med en utbildningsplan för kärlkirurgi, denna bifogas.

### E.Handledning och kompetensbedömning

Tidigare har ST-läkare samt Handledare haft möjlighet att bestämma själva när de vill ha sina handledarsamtal men efter begäran fr inspektörer så finns det nu skriftligt att man kan utnyttja fredagar 13:30-15-15 för att planera möten. Tiden för detta finns men flexibilitet ges till ST-läkare och handledare att själva bestämma när det passar.

Under ST-läkarnas randningar finns utrymme och tillgång för handledning. Återkopplingen har tidigare inte skett skriftligen. Här planeras kontakt med respektive enhet där ST-läkaren randar sig, vi förser enheten med en enkät som täcker ST-läkarens utveckling under randningsperioden samt feedback till huvudhandledare. Detta gäller ffa randning gällande access-kir på Angereds närsjukhus som etablerades under hösten men även kortare sidorandningar på tex klinisk fysiologi för u-ljudsträning.

Vad det gäller ven verksamheten som nu också är åter etablerad på Sahlgrenska, så jobbar ST-läkaren självständig efter introduktion och brevidgång. I SPUR rapporten skriver man att det saknas tillgång till handledning vilken inte stämmer. Precis vilken annan del i verksamheten (mott, avd, angio, op) finns dagbakjour och även konsult att tillgå vid frågor och behov av diskussion. Däremot så kan man även här använda sig av de olika bedömningsmallar som finns efter 3 resp 6 mån för att få feedback.

### H. Ledarskapskompetens och kommutativ kompetens

Man skriver i rapporten att strukturerad återkoppling sker inte i kliniska vardagen, vilket inte stämmer. Vi vill hävda att detta sker kontinuerlig, ST-läkaren bedöms och ges feedback kontinuerlig under arbetet. Därefter används de olika bedömningsmallar under tjänstgöringen.

ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens, detta sker vid avd/IVAronder, konsultationer, operationer, MDK mm. På samma vis bedöms ST-läkaren samt återkoppling sker.



Det vi saknar i nuläget är bedömning och återkoppling vad det gäller ST läkarens kompetens i undervisnings. Detta skall ses över, 1 gång per år kommer vi schemalägga att handledare är med vid undervisningen som ST-läkare håller i för att utvärdera och ge feedback.