



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Skånes Universitetssjukhus

Klinik

Kärlkirurgi

Specialitet

2025-05-13 – 2025-05-14

Datum

Malmö

Ort

Elisabet Skagius och Anders Hallin

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Stort upptagningsområde garanterar stor operationsvolym
- Patientunderlaget gör att målbeskrivningen uppfylls förutom AV access och ytlig venös insufficiens. Denna utbildning sker strukturerat på andra enheter
- Känslan av "liten klinik" med tätt kliniskt samarbete och högt i tak
- Efter common trunc arbetar ST enbart inom kärlteamet
- Väl sammanhållna och luftiga lokaler
- Egna arbetsstationer med förutsättningar för tex EVAR planering
- Veckovisa möten med MoM-konfernas, föreläsning av ST, eller inbjuden gäst
- APT var fjärde vecka
- Sektionschef, SR och HL deltar aktivt i ST utbildning och är alla kliniskt aktiva
- Sektionschef fördelar ST till operationer varje vecka
- Slutexamination av extern examinator på EVAR och TEA ljumske
- Schemalagd studietid varje vecka
- "Onsdag med Björn" bra ambition där ST opererar med senior kirurg
- Angiologer inom teamet
- Bra rondsysteem
- ST tidigt in i jourssystemet
- Väl utvecklat med MDK
- Bra fördelning mellan ÖL, specialister och ST
- Vikarierande UL sköter avdelning frigör tid för ST till tex operation
- Generösa möjligheter att delta i möten, kurser och konferenser
- Vilja att genomföra UEMS tentamen
- Väl utbyggd forskningsverksamhet med två professorer, flera docenter och disputerade kärlikirurger.
- Positiv attityd till doktorand projekt men utan brådska

Svagheter

- Saknas skriftlig introduktionsprogram
- Saknas individuell anpassning av ansvar under introduktion
- Saknas schemalagd handledning
- Handledningen dokumenteras inte
- IUP följer ej kraven från socialstyrelsens målbeskrivning
- Saknas uppdatering av skriftlig IUP
- Bedömningsinstrument är dåligt kända och används sparsamt
- Tungt med vanlig tjänst på måndag efter helgjour
- Handledning och utvärdering av delmålet kommunikativ - och ledarkompetens utförs sparsamt
- Vissa bekymmer med attityd gentemot ST
- Knappt någon öppen aortakirurgi

Förbättringspotential

- Till viss mån individanpassa introduktionen och skapa en skriftlig introduktionsplan.
- Skriftlig IUP som utgår från socialstyrelsens målbeskrivning, vilket innebär: - Vilka utbildningsaktiviteter som krävs för att möjliggöra måluppfyllelse. - När skall dessa genomföras - Hur måluppfyllelse för varje delmål skall bedömas. Denna skall revideras regelbundet, minst två gånger per år
- Schemalägga handledarsamtal
- Ha en tydlig plan för handledarsamtal
- Handledarsamtal skall dokumenteras skriftligt
- ST läkarens kompetens i klinisk vardag, operativ förmåga, förmåga att handleda och utbilda måste utvärderas regelbundet och på ett strukturerat sätt. Använd bedömningsmallar regelbundet. Exempelvis: DOPS, 360, SSVS bedömningsmallar
- Öka frekvens specialistkollegium
- Komplexitet måndag efter helgjour? Individuell anpassning?
- ST bör ha mer mottagning
- Planera för att ST (istället för specialister) ska hålla teoretiska utbildningar

STRUKTUR

A Verksamheten

Kärlcentrum på Skånes Universitetssjukhus i Malmö och Thoraxkliniken i Lund tillhör samma vårdområde och har en gemensam verksamhetschef. Det finns sektionchefer på respektive enhet och sektionschefen i Malmö är kärlkirurg och deltar i det kliniska arbetet. Kliniken har ca 150 egna medarbetare som bemannar avdelning, mottagning, aortascreeningen samt egen operations/angiografienhet, men har ej ansvar för anestesipersonalen. Det primära upptagningsområdet omfattar ca 750.000 invånare. Under jourtid utökas detta till ca 2 miljoner pga vissa patientinflöden från bland annat Kristianstad, Växjö, Helsingborg samt Halmstad och Karlskrona. Det sjukdomspanorama som omhändertas är brett och uppfyller väl kriterierna för måluppfyllelse för ST. Årligen (2024) utförs ca 870 kärllingrepp, med stor tonvikt på endovaskulära operationer. Benartärsjukdom står för (400 st), aorta (150) och carotis (120). Majoriteten av dessa ingrepp utförs i Malmö och möjligheten för ST att lära sig både öppen och endovaskulär kirurgi måste anses som mycket goda. Ett observandum är att man knappt opererar öppen aortakirurgi. AV-fistelkirurgi utförs i Landskrona och kirurgi för ytlig venös insufficiens bedrivs i privat regi. Generellt utförs ca 35 ingrepp per vecka på Kärlkliniken.

Det finns regionala, men ej lokala skriftliga riktlinjer som beskriver hur bedömningen av ST-läkarnas kompetens ska göras.

Föreskrift

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

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:



Det finns skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur verksamhetens specialiseringstjänstgöring ska genomföras.



Vårdgivaren tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur bedömning av ST-läkarens kompetens ska göras.



Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig.

Kvalitetsindikator



Det finns rutiner som, utöver extern granskning, anger hur kvaliteten i ST-utbildningen kontinuerligt ska utvärderas och säkerställas.

Gradering

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

B Medarbetarstab och interna kompetenser

Det är en bra åldersfördelning och fördelning mellan överläkare(7), biträdande överläkare(3), specialister(2) och ST läkare(3) på teamet. Könsfördelningen är ojämn med en kvinnlig ÖL och en kvinnlig ST -läkare. Denna tillgång på medarbetare ger förutsättningar för att stötta ST läkarna och ge nödvändiga instruktioner om verksamhets specifika tekniker och tillvägagångssätt.

Samtliga tre ST-läkarna följer 2015 års förordning.

Teamet består även av flera angiologer vilket förbättrar förutsättningarna för att medicinskt ta hand om patienter med kärlkirurgiska problem

Alla handledare är specialist kompetenta inom kärlkirurgi och har genomgått handledarutbildning.

Studierektorn är specialist inom kärlkirurgi och har genomgått relevant handledarutbildning. SR har en skriftlig uppdragsbeskrivning och ekonomisk ersättning för uppdraget.

Det finns för regionen omfattande instruktioner för hur handledning och utvärdering av ST läkare skall gå till. (<https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/st/>) Dessa dokument verkar dock inte vara helt välkända och används inte i större utsträckning

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

Verksamheten på kärklinken är relativt väl sammanhållna med tanke på att det är ett stort universitetssjukhus. Den administrativa enheten för läkare finns i en kulturmärkt, vacker, och trevlig byggnad som underlättar samarbetet kollegor emellan och bidrar till en god arbetsmiljö. Mottagningen har tre mottagningsrum samt rum för aortascreening. Kärldelningen har 12 VPL som vid behov kan utökas med 2 VPL. Det råder, som på många andra sjukhus, VPL brist men uppfattningen är att det går att genomföra det elektiva programmet utan alltför många strykningar. Man har nästan aldrig satellitpatienter på andra avdelningar.

ST-läkarna delar rum som dock inte uppfattas som trånga. Samtliga ST-läkare har egen arbetsstation med god tillgång till programvaror för till exempel bilddiagnostik och preoperativa mätningar. Tillgången till vetenskapliga databaser, referenslitteratur i digital form och andra IT- stöd är god.

Det finns ett stort funktionellt konferensrum centralt i den administrativa enheten för möten och MDK ronder.

I februari invigdes den nya operations/angiografienheten som omfattar 1 op sal, 2 hybridsalar och 2 angiosalar. Som regel är 3 salar i bruk dagligen. Enheten är rymlig och består även av uppvakningsenhet, konferensrum, arbetsstationer och plats för administrativ personal.

I anslutning till vårdavdelningen finns en klinisk fysiologisk enhet med två rum för duplex-undersökningar. Denna bemannas av en BMA som är anställd av kärlsektionen och dedikerad för kärlundorsökningar. Detta möjliggör bra tillgång till service för kärllpatienterna. Enheten nyttjas även av duplex utbildad ÖL.

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 läkarna tas tidigt in i kliniken verksamhet med till exempel operations, jour- och konsultverksamhet. Det finns två team, ett för aorta-karotis och ett för benartärer. ST planeras in under längre perioder i dessa team. Det finns stort utbud av både elektiva och akuta operationer där ST deltar. Man strävar att alltid operera två och två. Patientinflödet räcker gott för att täcka in de olika delmålen i socialstyrelsens målbeskrivning. Sektionsledaren fördelar varje vecka ST till de olika ingreppen så att det blir en jämn fördelning.

Avdelningsronderna är bra uppbyggda där överläkare, specialister, ST och vikarierande underläkare deltar. Systemet ger goda förutsättningar för undervisning och handledning. De vikarierande underläkarna frigör också tid så att ST kan vara med mer på operation.

ST har få mottagningspass och man anger att har haft bekymmer med lokaler och personal. Vi anser att mottagningsverksamheten är en viktig del av ST utbildningen och att denna skall utökas. Vi anser att det även är viktigt att ST tar en del av de patienter som idag sköts av mottagningssköterskor, till exempel vanliga återbesök. Det finns dagligen "vikta" tider för subakuta patienter där ST har möjlighet att följa upp sina egna konsultpatienter.

Det finns väl utvecklade multidisciplinära konferenser (diabetesfot, av access, karotis, thorax, aorta) där ST läkarna förväntas delta.

Det saknas skriftligt introduktionsprogram och de olika ST läkarna har olika erfarenheter av hur introduktionen fungerar. ST-organisationen i Skåne har utarbetat en generell "To Do List" som kan användas som grund vid uppstart av ST. Kärlsektionen har skapat en ST mapp med en hel del bra information men detta behöver preciseras och praktiseras under introduktionen. Man behöver tidsbestämma delarna i introduktionen, när och hur länge de olika delarna införs. Tex; när är det dags att ta konsultsökaren och hur länge behöver man gå bredvid med mer erfaren kollega.

Det finns inget skriftligt dokument där verksamheten tillhandahåller riktlinjer för hur målbeskrivningen skall uttolkas och för hur tjänstgöringen skall läggas upp.

Det finns individuell utbildningsplan (IUP) för varje ST läkare men dessa uppfyller inte kraven i socialstyrelsens målbeskrivning. IUP skall uppdateras och revideras två gånger per år. De skall innehålla: - Vilka utbildningsaktiviteter som krävs för att möjliggöra måluppfyllelse - När utbildningsaktiviteterna ska genomföras - Hur måluppfyllelse för varje delmål skall bedömas

ST kommer tidigt in jourverksamheten. En ST har ca en vardags jour per vecka och en hel helgjour (fredag - måndag) var sjätte vecka. Antal jourer är rimliga men att jobba som vanligt måndagen efter en helgjour är belastande. Vi ser att kliniken funderar på hur man kan korrigera detta.

ST läkarna gör som regel det gemensamma basåret (commun trunk) i Malmö eller Helsingborg och ingår då i den vanliga kirurgiska jourverksamheten. Efter detta common trunc år arbetar ST enbart i kärl verksamheten och dess jourer, vilket ses som mycket positivt ur ett ST perspektiv.

När det gäller sidoutbildningar är det obligatoriskt att genomföra sådan för delmålet venös insufficiens (privat i Malmö) och AV-accesser (Landskrona) och intensivvård (Thorax Lund), medan det erbjuds frivilligt placering på Thoraxkliniken i Lund under ca 2 månader.

Skriftliga regionala riktlinjer finns för allas lika rättigheter och vi har inte uppfattat någon diskriminering på kliniken.

Studierektorn ser till att ST läkarna får sina sidoutbildningar så att målbeskrivningen uppfylls. Man arbetar en månad på ett privat venöst centrum för ytlig insufficiens och deltar i AV access verksamhet i Landskrona.

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.

EHandledning och kompetensbedömning

Varje ST har en egen handledare (HL) som arbetar på kliniken, är specialist i kärlikirurgi och har genomgått handledarutbildning. HL bedömer och handleder ST läkarna regelbundet i den vardagliga kliniska situationen. ST har också en egen HL under sidotjänstgöring och denna följs upp av studieerektorn.

Handledning sker dagligen muntligt men är inte schemalagd och dokumenteras inte.

Nationellt, regionalt och lokalt finns lättillgängliga och ändamålsenliga bedömningsinstrument och råd om hur handledning går till. Dessa är dock dåligt kända och används sparsamt.

Man har regelbundna specialistkollegium där även sektionschefen deltar.

Sektionschefen håller regelbundna utvecklingssamtal med ST.

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

- ☐ 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

ST läkarna genomgår och ges goda förutsättningar för att genomgå relevanta ST kurser i enlighet med socialstyrelsens målbeskrivning.

Varje vecka genomförs intern utbildning som kan ledas av ST eller externa föreläsare.

Varje vecka genomförs intern M och M (morbiditet och mortalitet) diskussion rörande föregående veckas patientfall.

Två av ST läkarna deltar i regional "ST snurra" i kärlkirurgi

ST -läkarna har varje vecka schemalagd studietid

Det finns goda förutsättningar för delta i extern utbildning och kurser. Flera av läkarna på kliniken har genomgått FEBVS examination (Fellow of the European Board of Vascular Surgery) via ESVS (European Society for Vascular Surgery) och man planerar för att alla ST skall genomgå denna.

Inom forskargruppen där en av ST är doktorand har man regelbundna "Journal Clubs"

Varje ST har tillgång till nätbaserade tidskrifter, böcker och anatomisk lexikon.

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

Kärlsektionen består av två professorer, två docenter, flera disputerade och två doktorander vilket ger mycket goda förutsättningar för att bedriva forskning och doktorera. En av ST läkarna har påbörjat doktorandutbildning.

Teamet har samtidigt en skön inställning att forskning är bra men inte är ett måste för alla och att beslut om att doktorera bör få växa fram hos ST läkaren.

Man diskuterar regelbundet aktuell forskning och evidens och är väl uppdaterade på rådande guidelines.

Journal Clubs hålls inte regelbundet för hela kliniken, men inom respektive forskningsgrupp är detta brukligt.

Kvalitets och patientsäkerhetsarbete genomförs av ST enligt målbeskrivningen. Kliniken har en bra rutin att veckovis gå igenom föregående veckas komplikationer vilket bidrar till kvalitets- och patientsäkerhets utveckling.

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

Region Skåne har väl utvecklade utbildningsprogram, till exempel STyrkelyftet, som finns för att tillgodose a- och b-delmålen där bla ledarskapskompetens och kommunikationsförmåga tränas. Regionalt finns också separata program för utbildning i ledarskap och kommunikation. En av ST-läkarna genomgår STyrkelyftet medan en annan valt att genomföra utbildningarna på annat (digitalt) sätt.

På regionens ST-sida finns lättillgängligt bedömningsinstrument för värdering av ledarskap och kommunikation.

Det aktuella rondupplägget medför att ST-läkaren enkelt och direkt får feedback muntligt. Dock används inte några mallar (tex Rondmall) ST-läkarna håller regelbundet i klinikens onsdagsmöten med bla presentation av MoM - fall och internutbildning, men utan formaliserad utvärdering. Den ST-läkare som bedriver forskning har vid flera tillfällen presenterat abstracts under konferenser samt vid Journal Clubs i forskargruppen.

Representanter från kliniken tillfrågas regelbundet angående externa föredrag. Som regel hålls dessa av specialister.

Kärlsektionens avdelningen har haft stor personalomsättning vilket tidigare försvårade internutbildning. Nu är situationen bättre och man har dragit igång utbildningar för avdelningens personal. Ambitionen är att ST-läkare ska vara delansvarig i detta och då också att denna utbildning utvärderas.

Det finns många bra tillfällen för ST att träna på de krav som finns i delmålet tex vid rond, presentationer, MDK, handledning av yngre kollegor och andra personal kategorier. Formaliserad handledning och utvärdering och feedback av dessa moment är dock ovanliga.

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

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med följande handlingsplan.

D. Tjänstgöringens upplägg

Verksamheten tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas, samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg. Dessa ska vara kända och användas.

Planerad åtgärd

Vi utarbetar ett lokalt styrdokument som tydligt beskriver hur målbeskrivningen ska uttolkas och hur tjänstgöringen är upplagd (rotationer, introduktion, sidoutbildningar). Dokumentet läggs i ST-mappen, går igenom vid introduktion och revideras årligen.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

31 december 2025

Ansvarig för genomförandet

Studierektor för kärlikirurgi (i samråd med sektionschef)

Datum för uppföljning

31 mars 2026

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

D. Tjänstgöringens upplägg

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.

Planerad åtgärd

Alla ST-läkare får ett individuellt utbildningsprogram (IUP) enligt Socialstyrelsens målbeskrivning. Varje ST tilldelas en huvudhandledare vid start. Studierektor säkerställer att både IUP och handledare är dokumenterade och följs upp regelbundet.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

30 september 2025

Ansvarig för genomförandet

Studierektor tillsammans med verksamhetschef

Datum för uppföljning

30 december 2025

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 för varje ST-läkare revideras för att tydligt inkludera: Vilka utbildningsaktiviteter som krävs för att uppfylla målen. När dessa ska genomföras. Hur måluppfyllelse ska bedömas. Revideringen görs minst två gånger per år tillsammans med huvudhandledare och studierektor.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

30 november 2025

Ansvarig för genomförandet

Studierektor i samråd med huvudhandledare

Datum för uppföljning

31 mars 2026

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

D. Tjänstgöringens upplägg

Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.

Planerad åtgärd

Rutiner införs där IUP följs upp vid minst två schemalagda utvecklingssamtal per år mellan ST-läkare, huvudhandledare och studierektor. Eventuella justeringar dokumenteras direkt i ST-portföljen.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

30 september 2025

Ansvarig för genomförandet

Studierektor tillsammans med huvudhandledare

Datum för uppföljning

30 december 2025

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

Vi inför en struktur där varje ST-läkare har regelbundna schemalagda handledarsamtal minst var 6:e vecka. Utöver detta ges daglig klinisk handledning. Handledningen kopplas alltid till det individuella utbildningsprogrammet (IUP) och dokumenteras i ST-portföljen.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

30 september 2025

Ansvarig för genomförandet

Studierektor tillsammans med huvudhandledare

Datum för uppföljning

30 december 2025

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

Huvudhandledarna ska använda Socialstyrelsens målbeskrivning som grund för alla bedömningar. Bedömning sker vid schemalagda samtal var 6:e vecka samt vid halvårsvisa revideringar av IUP. Bedömningen dokumenteras skriftligt i ST-portföljen.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

30 september 2025

Ansvarig för genomförandet

Studierektor och huvudhandledare

Datum för uppföljning

30 december 2025

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Vi tar fram lokala rutiner för kompetensbedömning som bygger på regionala och nationella riktlinjer. Rutinerna innefattar regelbunden användning av bedömningsinstrument (DOPS, Mini-CEX, 360°, SSVS-mallar). Dessa rutiner kommuniceras till handledare och ST-läkare och inkluderas i ST-mappen.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

30 november 2025

Ansvarig för genomförandet

Studierektor i samråd med handledarkollegiet

Datum för uppföljning

31 mars 2026

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Samtliga handledarsamtal och kompetensbedömningar ska dokumenteras i ST-portföljen. Dokumentation ska innehålla en kort sammanfattning av bedömning, identifierade styrkor och utvecklingsområden samt åtgärdsplan. Studierektor följer upp vid halvårsvisa IUP-revideringar.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

30 november 2025

Ansvarig för genomförandet

Studierektor i samråd med handledarkollegiet

Datum för uppföljning

31 mars 2026

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

ST-läkare deltar i regionala ledarskapsprogram (t.ex. STyrkelyftet). På kliniken får ST ansvar för att leda ronder, teammöten och MDK. Dessa insatser planeras in i IUP och följs upp med återkoppling.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

30 december 2025

Ansvarig för genomförandet

Studierektor i samråd med sektionschef

Datum för uppföljning

31 mars 2026

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Vi inför en rutin där ST-läkare regelbundet bedöms i ledarskap vid rond, operation och MDK med hjälp av strukturerade mallar. Bedömningen dokumenteras och återkoppling ges av handledare.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

30 december 2025

Ansvarig för genomförandet

Studierektor och huvudhandledare

Datum för uppföljning

31 mars 2026

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.

Planerad åtgärd

Vi inför en rutin där handledare ger återkoppling på ST-läkarens kommunikativa färdigheter i vardagliga kliniska situationer (ronder, patientmöten, MDK). Bedömningen dokumenteras i ST-portföljen vid schemalagda handledarsamtal.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

30 september 2025

Ansvarig för genomförandet

Studierektor och huvudhandledare

Datum för uppföljning

30 december 2025

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

Planerad åtgärd

Vi använder strukturerade bedömningsinstrument (t.ex. 360°-utvärderingar, rondmallar) för att säkerställa att ST-läkarnas kommunikativa kompetens bedöms kontinuerligt. Återkoppling sker skriftligt vid IUP-revidering.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

30 september 2025

Ansvarig för genomförandet

Studierektor och huvudhandledare

Datum för uppföljning

30 december 2025

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkaren bereds möjlighet att planera och genomföra undervisning.

Planerad åtgärd

ST-läkare ges ansvar för att hålla internutbildningar, presentera fall vid MDK och delta i undervisning av yngre kollegor och annan personal. Dessa moment schemaläggs och följs upp med återkoppling.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

30 september 2025

Ansvarig för genomförandet

Studierektor i samråd med sektionschef

Datum för uppföljning

30 december 2025

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Efter varje undervisningsmoment ska handledare eller ansvarig specialist ge skriftlig eller muntlig återkoppling till ST-läkaren. Detta dokumenteras i ST-portföljen och diskuteras vid IUP-revidering.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

30 september 2025

Ansvarig för genomförandet

Studierektor och huvudhandledare

Datum för uppföljning

30 december 2025

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

ST-läkare ges möjlighet att handleda underläkare, kandidater och annan personal under handledning av senior kollega. Kompetensen i handledning bedöms med strukturerad återkoppling och dokumenteras i ST-portföljen.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

30 september 2025

Ansvarig för genomförandet

Studierektor och huvudhandledare

Datum för uppföljning

30 december 2025

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef