



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Centralsjukhuset Karlstad

Klinik

Kirurgi

Specialitet

2025-11-04 – 2025-11-05

Datum

Karlstad

Ort

Jessica Frisk och Karin Elebro

Inspektörer

SOSFS 2015:8

HSLF-FS 2021:8

Föreskrift

Vid två parallella utbildningar – enligt SOSFS 2015:8 och HSLF-FS 2021:8 års föreskrifter – bedöms följsamheten i förhållande till båda. Om brister påvisats vad gäller följsamheten till någon av föreskrifterna krävs en handlingsplan.

Observera att bedömning av följsamhet till föreskrift, allmänna råd och kvalitetsindikatorer gäller både SOSFS 2015:8 och HSLF-FS 2021:8, såvida inte annat anges.

Styrkor

- Bred verksamhet, både elektiv och akut. En särskilt stark resurs för ST-utbildningen är dagkirurgin i Arvika.
- Välbemannat med specialister/handledare och ett gott kollegialt klimat.
- Engagerad studierektor och underläkarchef som genomfört signifikant förbättringsarbete de senaste åren.
- Bra introduktionsprogram sedan 2 år.
- Körkortsförfarande finns och används.
- Fokuserad endoskopiutbildning.
- VESTiK - Grupphandledning för vetenskapliga frågeställningar.

Svagheter

- Individuella utbildningsprogram otydliga/ej implementerade.
- Oklara uppföljningsmetoder, sällan bedömningsinstrument.
- Intern teoretisk utbildning oprioriterad.
- Underutnyttjad dagkirurgi Arvika.
- Stor tidsåtgång avdelningsarbete.
- Handledarrollen bör förtydligas och stöd erbjudas vid lokalt handledarforum.

Förbättringspotential

- Nytt underlag för individuellt utbildningsprogram (IUP) finns men måste göras känt och användas aktivt av alla.
- Lägg 5-års plan för alla ST i känd fil - transparens och långsiktighet.
- Dialog och transparens om jourfördelning.
- Körkort bör prioriteras.
- Optimera användandet av dagkirurgiska resursen i Arvika.
- Använda "Ge kniven vidare" och identifiera kirurgiska delmoment.
- Öka användningen av formativa bedömningsmodeller.
- Bedömning och återkoppling av ledarskap, kommunikation och handledning kan förbättras och användas i vardagen.
- Prioritera internutbildning för ST i schemat och koppla till utbildningsmål.

STRUKTUR

A Verksamheten

Kirurgkliniken vid Centralsjukhuset i Karlstad bedriver sluten- och öppenvård inom allmänkirurgi, kärlkirurgi och urologi och har ett upptagningsområde på 280 000 invånare (hela Värmland). Det finns tre vårdavdelningar med totalt 78 vårdplatser, mottagning och en endoskopisk enhet som drivs av kliniken. Elektiv dagkirurgi utförs i Arvika.

De har regionala och lokala riktlinjer för hur ST-utbildningen i kirurgi ska bedrivas, och verksamheten bedöms vara tillräckligt allsidig för måluppfyllelse. Den enda externa sidoutbildningen ges på sjukhusets An-Op-IVA-klinik (narkos, IVA och smärtenhet), och det är god tillgång till denna sidoutbildning. Resterande obligatoriska utbildningsmoment erbjuds inom den egna kliniken vid sektionerna kolorektal, övre gastro, akut och trauma, urologi, kärl och bröst/melanom. Man omhändertar även barn för kirurgisk bedömning och åtgärd och uppfyller utbildningsmålen väl här. Måluppfyllelse för endokrinkirurgi tillgodoses genom enstaka avsatta dagar vid ÖNH-kliniken inom placeringen på bröst/melanom. Man saknar rutin för intern granskning av ST-utbildningen, såsom regelbunden egen klinik-intern "SPUR-granskning", eller av annan klinik eller organisation på sjukhuset.

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

2015 2021

- ☐ ☐ 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

Läkarstaben består av 47 stycken specialister, varav 13 är urologer och fem kärlkirurger. Det finns 10 ST-läkare i kirurgi och en legitimerade läkare med vikariat inför ST. Två av läkarna på kliniken är disputerade. På kliniken finns också en ST-läkare i urologi och en ST-läkare i kirurgi från Torsby som gör del av sin ST utbildning i Karlstad. Samtliga ST-läkare och vikarierande underläkare har handledare . Samtliga nio huvudansvariga ST-handledare har genomgått en handledarutbildning.

ST-studierektorn är specialistkompetent och har en uppdragsbeskrivning. Tid för uppdraget anges ca två timmar/vecka. Det finns en underläkarchef med ansvar för ST och två verksamhetschefer med parledarskap. Det finns en tydlig fördelning mellan de två verksamhetschefernas och underläkarchefens uppdrag gentemot ST-läkarna.

Handledarna erbjuds en regionövergripande inspirationsdag 1 gång/år, men saknar möjlighet till kompetensutveckling lokalt inom området, med möjlighet att diskutera handledarens roll och uppdrag, målbeskrivning, regelverk osv.

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

2015 2021

- ☒ ☐ 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

Utrustning för diagnostik, utredning och behandling är adekvat, och det finns även adekvat utrustning för mottagning, möten och behandlingskonferens på distans. ST-läkarna har tillgång till en funktionell arbetsplats. Jourrum har god standard men saknar dator. Akutmottagningen har rimligt avskilda arbetsplatser för ST-läkarna men akutmottagningens lokaler är trånga och flöden och patienter är svåröverskådliga. Tillgång till IT-baserade kliniska beslutsstöd, sökbar vetenskaplig databas, stöd från bibliotek finns. ST-läkarna har tillgång till simuleringscenter.

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

2015

2021



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-läkare och handledare har fått information om att man ska ha ett individuellt utbildningsprogram (IUP) som utgår från målbeskrivningen och som omfattar de utbildningsaktiviteter som behövs för att uppfylla kompetenskraven i målbeskrivningen. Detta har inte efterlevts förrän på senare tid, och stor utvecklingspotential finns här, och det finns en bra modell att använda som skapats av en av ST-läkarna. IUP behöver implementeras och användas aktivt av alla ST-läkare och handledare och även av verksamhetschef, underläkarchef och studierektor tex inför ST-kollegium. IUP behöver följas upp och revideras minst två gånger/år tillsammans med handledaren och återkopplas till studierektorn.

Jourtjänstgöringen utgör en adekvat del av tjänstgöringen över tid, med störst jourandel i början på ST och lägre senare. Man strävar efter att de kortare placeringarna, tex kärl eller bröst, inte ska innehålla jour under veckorna. Det finns två jourer nattetid vilket möjliggör större akut-kirurgisk operativ träning. Tjänstgöringens upplägg över hela ST tiden behöver planeras översiktligt och göras transparent på kliniken.

Sedan 2 år tillbaka tar ST läkare och leg läk med vikariat inför ST del av ett välfungerande introduktionsprogram. Innan dess saknades ett formaliserat introduktionsprogram, varför flera ST-läkare i sen ST inte fått strukturerad introduktion till kliniken och ST-utbildningen.

Vikarierande underläkare inför ST har idag en utsedd handledare, men inget IUP. Däremot finns en plan för olika placeringar och kurser under vikariatstiden, och där borde mål och bedömningssätt ingå.

Således påvisade granskningen brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter.

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

2015 2021

☐☐

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

Alla ST-läkare har en utsedd huvudansvarig handledare, och alla har handledare vid sidoutbildning. Sidoutbildningarna följs som regel upp av huvudhandledare och ST-läkare tillsammans, men sällan genom strukturerad avstämning mellan de två handledarna.

Eftersom individuellt utbildningsprogram (IUP) inte är fullt ut använt/implementerat, kan inte huvudhandledare anses bedöma ST-läkares kompetens i enlighet med IUP. Det framkommer även viss bristande frekvens och struktur i bedömningarna, och osäkerhet avseende metoder för bedömning. Föreskriften kan således inte anses vara uppfylld avseende kontinuerlig handledning och bedömning av kompetensutveckling.

Fortlöpande instruktioner och återkoppling ges i den kliniska vardagen. Handledarträffar finns i schemaläggningen men tillfället utnyttjas sällan. Det finns riktlinjer för åtgärdsplan om en ST-läkare riskerar att inte uppfylla kompetenskraven. Dessa riktlinjer bör vara kända för ST läkare, handledare och chefer.

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)

Föreskrift (endast 2021)

- ☐ Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.

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.

Allmänna råd (endast 2015)

- ☒ 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

2015

2021



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 har goda möjligheter att gå obligatoriska kurser samt att delta på KIRUB-dagarna eller Kirurgveckan.

Det finns tid avsatt för interna utbildningstillfällen men användningen av dessa kan förbättras. Det är ofta få deltagare och ibland är andra kliniska aktiviteter schemalagda samma tid. När utbildningstillfällen blir av så är innehållet ej härlett till utbildningsmål på ett tydligt sätt. Dessa utbildningstillfällen bör inplaneras i förhand i det individuella utbildningsprogrammet (IUP), så att man kan tillgodose alla målen under en ST. Idag ersätts internutbildning med självstudier om inget program för utbildning finns. Eftersom IUP ej används tillräcklig utsträckning ännu och den interna utbildningen inte är inplanerad i dessa så följs inte föreskrifterna.

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:

- ☐ 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

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|-----------------------|--|
| ☐ | ☐ | 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

ST-läkarens kompetens inom medicinsk vetenskap bedöms utifrån kunskap kring vetenskapliga metoder och forskningsetiska principer. Detta sker t ex på VESTiK, ett regionalt seminariebaserat forum för ST-läkarens medicinska vetenskapliga arbeten. ST-läkarens förmåga till kritisk granskning bedöms bl a genom opponering, och vid korta dragningar av artiklar i samband med morgonmöten. Samtliga ST-läkare genomför och bedöms för kvalitetsarbeten. Det förekommer ganska ofta att ST-läkare återanvänder tidigare genomförda vetenskapliga arbeten. För doktorandarbeten finns välutvecklade samarbeten med universitetssjukhus. ST-läkare har presenterat på konferens det senaste året/åren.

Således följs föreskriften för Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

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.

Föreskrift (endast 2015)

- ☒ 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.

Kvalitetsindikator (endast 2021)

- ☐ ST-läkare ges möjlighet att medverka i forskningsprojekt under arbetstid.

Gradering

2015 2021

- ☒ ☐ 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-läkaren ges förutsättningar att utveckla ledarskapskompetens och kommunikativa kompetens i enlighet med målbeskrivningen. Regelbunden traumaträning ger möjlighet till återkoppling på ledarskap och kommunikation. Jourrapportering är ett tillfälle där kommunikation kan bedömas och ibland ges återkoppling på detta, liksom tillfällen med medsittning vid mottagningsbesök eller vid s.k. "gaffelmottagning". Detta sker dock ej regelbundet eller strukturerat.

ST-läkarna handleder och undervisar, men återkoppling på dessa moment är mycket bristfälliga. Möjlighet till att delta i inomprofessionell reflektion finns i form av erbjudna balintgrupper.

Således följs inte föreskriften vad gäller bedömning och återkoppling på handledning och undervisning.

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

2015

2021

☐☐

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

Centralsjukhuset Karlstad - Kirurgi

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

Blockplanering för samtliga ST-läkares hela utbildning (5 år) är nu tillgänglig för alla på kliniken. En så kallad planering för vikarierande inför eventuell ST finns tillgänglig men revideras vid fast ST-tjänst.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

En långtidsplanering, s.k. 5 års plan med blockplanering är nu skriven och tillgänglig för samtliga. En övergripande schematisk preliminärplan för ST finns.

Ansvarig för genomförandet

Studierektor ansvar för långtidsplanering och revidering av långtidsplanering.

Datum för uppföljning

Den s.k. 5 års planen revideras fortlöpande och är tillgänglig för samtliga läkare på kliniken.

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor ansvar är att se till att ST-läkare och handledare använder och reviderar IUP fortlöpande för att möjliggöra nödvändig korrigering av blockplaneringen.

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

Samtliga ST-läkare har gemensamma grunddokument bestående av individuellt utbildningsprogram (IUP) bestående av LOGGBOK MÅLBESKRIVNING och dokumentation av handledarsamtal, LOGGBOK-HANDLEDARSAMTAL, utgående från målbeskrivningen som revideras fortlöpande. Innan ST-tjänst beviljas skall ett korrekt ifyllt IUP kunna uppvisas. Varje vikarierande inför ST-tjänst tilldelas en handledare som skall vara behjälplig.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Åtgärden är redan hanterad och aktualiseras inför varje beslut om ST-tjänst.

Ansvarig för genomförandet

ST-läkare och Handledare ansvar för att IUP (ST-LOGG) fylls i och uppdateras regelbundet. Verksamhetschef (er) tillsammans med underläkarechef godkänner IUP vid anställningsavtal. Studierektor finns för stöd.

Datum för uppföljning

Rutinen är verkställd.

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef(er) samt underläkarchef kontrollerar vid beslut om fast anställning.

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

Befintliga IUP LOGGBOK MÅLBESKRIVNING och dokumentation av handledarsamtal, LOGGBOK-HANDLEDARSAMTAL kommer fortsatt att användas. Planeras ytterligare informationstillfälle för hela läkargruppen.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

IUP kommer kontrolleras för samtliga ST-läkare inför varje specialistkollegium vilka sker 1 gång per termin.

Ansvarig för genomförandet

ST-läkare med handledare ansvar för att befintlig IUP fylls i korrekt och rapporterar till studierektor.

Datum för uppföljning

IUP kommer kontrolleras för samtliga ST-läkare under nästa Specialistkollegium v.17 2026 (22/4).

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor.

D. Tjänstgöringens upplägg

Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.

Planerad åtgärd

Befintliga IUP kommer fortsatt att användas. Planeras ytterligare informationstillfälle för hela läkargruppen, dels torsdags morgonmöte (längre morgonmöte) samt under länskirurgidagarna tors-fre vecka 10 2026.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

IUP kommer kontrolleras för samtliga ST-läkare under nästa Specialistkollegium v.17 2026 (22/4).

Ansvarig för genomförandet

Studierektor tillsammans med underläkarchef kontrollerar inför nästa Specialistkollegium (se ovan). Huvudansvaret för genomförandet och upprättandet/ifyllandet av IUP faller som tidigare på ST samt HL.

Datum för uppföljning

Uppföljning inför varje kommande Specialistkollegium

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor med stöd av underläkarchef.

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Full implementering av individuellt utbildningsprogram (IUP) för alla ST-läkare, revideras minst två gånger per år i samband med specialistkollegium. Huvudhandledaren ska utgå från målbeskrivningen och IUP vid varje bedömning. Årlig sammanfattande bedömning av huvudhandledare skall återkopplas till ST-läkare och studierektor inför specialistkollegium. Dokumentation av alla handledarsamtal, bedömningsmallar och operationsmallar samt utförda praktiska moment skall dokumenteras i IUP för att kunna bedöma och följa ST-läkarens utveckling.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Arbetsverktygen finns redan i bruk. Som ovan skall utbildning och information återigen utgå till kliniken och utfallet följs upp i samband med nästkommande specialistkollegium. Särskild utbildningsinsats för ansvariga huvudhandledare.

Ansvarig för genomförandet

ST-läkare och handledare är ansvariga för att IUP är reviderat och korrekt ifyllt.

Datum för uppföljning

IUP skall kunna visas upp inför specialistkollegium. Nästkommande är planerat till 22/4 2026.

Ansvarig för uppföljningen

Studierektorn kontrollerar att IUP används korrekt.

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Arbetsverktygen finns redan och arbetet med att fullt implementera detta i verksamheten fortsätter enligt tidigare punkter. Krav på att kunna uppvisa minst 4 DOPS (alternativt operationsmallar från SKF), 2 MINI-CEX och 1 CBD per termin samt kunna uppvisa en korrekt ifylld IUP och handledarloggbok.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

IUP inklusive bedömningsmallar kommer kontrolleras för samtliga ST-läkare inför terminens Specialistkollegium

Ansvarig för genomförandet

ST-läkare med stöd av handledare ansvarar för sin dokumentation.

Datum för uppföljning

Nästa Specialistkollegium är bokat till v.17 2026 (22/4).

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor.

E. Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Kompetensbedömning sker fortlöpande genom regelbundna, strukturerade handledarsamtal, bedömningar i kliniskt arbete och operativ verksamhet via utvärderingsmallar (ec CEX, DOPS, specifika operationsmallar) ST-läkarens förmåga att handleda och undervisa utvärderas via mallar eller handledarsamtal och reflektion. Inför terminsbundna specialistkollegium ifylls en enkät av specialister/överläkare där ST-läkaren bedöms utifrån medicinsk kunskap, kliniska färdigheter, kliniskt resonemang och bedömningsförmåga, organisationsförmåga, kommunikation, professionalism, sociala färdigheter och teamarbete samt egen reflektion och utveckling och deras förmåga att verka i systemet. Arbetsverktygen finns på kliniken men som ovan jobbar vi fortsatt med implementeringen av de nämnda.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Åtgärder är nu redan i bruk.

Ansvarig för genomförandet

ST-läkare med stöd av handledare ansvarar för sin dokumentation. Studierektor ansvarar för att sammankalla till Specialistkollegium och att berörda parter får bedömningsmallar/självskattningsmallar inför mötet.

Datum för uppföljning

Nästa Specialistkollegium är bokat till v.17 2026 (22/4).

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor.

E.Handledning och kompetensbedömning

Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.

Planerad åtgärd

För närvarande har vi inga ST-läkare som följer SOS 2021. Inom regionen upphandlas just nu en gemensam plattform som skall fungera som ett övergripande och klinikoberoende IUP (ST-PLAN) som skall kunna användas genom BT till ST. Det kommer hållas en introduktion för alla regionens ST läkare den 19 mars. På Kirurgkliniken Karlstad kommer befintliga ST-LOGG (vår kliniks IUP) omarbetas så att det finns en variation som är anpassad för 2021.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Planen är att vår ST-LOGG (för 2015) skall ha en motsvarande version anpassad för 2021 våren 2027.

Ansvarig för genomförandet

Studierektor och underläkarchef utser lämplig ST-läkare att utföra detta inom ramen för ett kvalitetsarbete.

Datum för uppföljning

Hösten 2026

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor och underläkarchef

F. Teoretisk utbildning

Teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras in i enlighet med målbeskrivningen och individuella utbildningsprogrammet.

Planerad åtgärd

Schematiskt är torsdagseftermiddagar avsatta för ST-utbildning och undervisning. Utsedda ST-läkare, i samarbete med studierektor och studierektor i Torsby, ska genomföra en översyn av denna tid samt planera en rotationsstruktur med fasta teman kopplade till utbildningsmålen. Syftet är att säkerställa att den teoretiska utbildningen överensstämmer med krav och innehåll i Utbildningsboken. Arbetet kommer att genomföras inom ramen för ett kvalitetsförbättringsprojekt. Arbetet planeras starta i samband Länskirurgidagar v 10 då kirurgkliniken i Karlstad och Torsby träffas för gemensamma utbildningsdagar.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Oktober 2026

Ansvarig för genomförandet

Studierektorer Karlstad och Torsby tillsammans med ST-läkare.

Datum för uppföljning

Maj 2026.

Ansvarig för uppföljningen

Underläkarchef och studierektor

F. Teoretisk utbildning

ST-läkarna genomgår den utbildning som planerats i enlighet med målbeskrivningen och det individuella utbildningsprogrammet.

Planerad åtgärd

Utifrån 5-årsplan och IUP planeras teoretiska kurser in. Den lokala teoretisk utbildningen är under revision, se ovan. Genomförd utbildning skall dokumenteras i IUP.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Nästkommade specialistkollegium planeras v 17. Inför detta skall detta vara genomfört och uppdateras därefter två gånger per år. Plan för att revidera det regionala utbildningsprogrammet startas upp som tidigare beskrivet.

Ansvarig för genomförandet

Studierektor samt studierektor i Torsby.

Datum för uppföljning

IUP kontrolleras inför speciallistkollegium. Utbildningsprogram enligt ovan.

Ansvarig för uppföljningen

Underläkarchef och studierektor

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

ST-läkarna skall genomföra minst ett strukturerat undervisningstillfälle (t.ex. intern utbildning, seminarie, auskultantgenomgång) per år vilket planeras in tillsammans med handledare. Det skall inför detta också utses ansvarig kollega som utvärderar ST-läkaren på ett strukturerat sätt tex med hjälp av utvärderingsmall. Återkoppling skall inhämtas från handledare och tillsammans med ST-läkaren skall det dokumenteras i IUP.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

December 2026

Ansvarig för genomförandet

ST-läkare med stöd av huvudhandledare.

Datum för uppföljning

Sker halvårsvis i samband med Specialistkollegium.

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

ST-läkaren genomför handledningsmoment i vardaglig klinisk verksamhet, exempelvis handledning av underläkare, kandidater eller nya kollegor. Dessa tillfällen ska tas tillvara genom att huvudhandledaren eller av huvudhandledaren utsett kollega observerar utvalda handledningssituationer eller tar del av återkoppling från dem som mottagit handledningen. Detta skall informeras om i samband med utbildningen av kliniken kring IUP. Utvärderingen skall ske i anslutning till det observerade tillfället med hjälp av bedömningsverktyg eller utifrån i förväg överenskommet kompetensmål.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Planeras till kommande länskirurgidagar (tors/fre v.10 2026).

Ansvarig för genomförandet

Studierektor

Datum för uppföljning

Specialistkollegium HT 2026.

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor och i dennes planerade frånvaro underläkarchef.