



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Hallands sjukhus

Klinik

Kirurgi

Specialitet

2025-11-18 – 2025-11-20

Datum

Halmstad, Varberg

Ort

Layla Mirzaei och Jenny Brändstedt

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Bra kollegialt stöd
- Bråckkörkort Kungsbacka välfungerande
- Bra klinisk handledning i vardagen
- Allsidig verksamhet
- Framtaget ett nytt introduktionsprogram
- Akutläkare i Varberg
- Bokcirkeln i Varberg för teoretiska kunskapsmål
- Engagerade studierektorer

Svagheter

- Ej tillräckligt användande av bedömningsinstrument för både operativa- och icke operativa färdigheter (kommunikation, vetenskaplig presentation, ledarskap)
- Avsaknad av strukturerad simulatorträning
- För få handledarsamtal, ffa Varberg
- För få ST-läkare, för många och för långa vikariat före ST (Halmstad)
- För mycket akuttjänstgöring i Halmstad
- Ej utbildade handledare och ej studierektor-handledarforum
- Strukturerad introduktion i gastroskopi saknas
- Osammanhängande placeringar med många insprängda akut/jourveckor
- Ingen handledare eller strukturerad bedömning av uppnådda delmål på interna placeringar

Förbättringspotential

- Bättre schemaläggning/planering för op/körkort tidigt i ST (gastro, galla tex)
- Använda bedömningsmallar i större utsträckning, /tex krav på x antal inför handledarsamtal och specialistkollegium
- Bättre utnyttjande av Kungsbacka som utbildningsort (tex skopi och gallkörkort)
- Konsultsökaren till ST-läkarna dagtid på KAVA i Halmstad
- Handledarträffar HL-SR
- Schemalagd handledningstid och tid för självstudier
- Strukturerad simulatorträning
- Minska mängden akuttjänstgöring Halmstad, ffa under senare delen av ST
- Utnyttja varje operation som ett utbildningstillfälle
- Skapa en utbildningskultur som genomsyrar hela verksamheten
- Återinför egen ST op sal fredagar
- Samarbeta mer mellan sjukhusen med internutbildning (JC, MoM etc)
- Utse handledare på interna placeringar, definiera hur kompetensbedömning av uppnådda delmål skall ske på placeringen

STRUKTUR

A Verksamheten

Sedan 2013 är kirurgkliniken Hallands sjukhus en organisatorisk enhet betående av sjukhuset i Halmstad, Varberg och Kungsbacka. Upptagningsområdet omfattas i princip av hela region Halland med ca 320 000 invånare. I Kungsbacka utförs elektiv kirurgi där ST-läkarna placeras för bräckkörkort under tre veckor. Inom kliniken finns sektionerna övre gastrointestinal-, kolorektal-, bröst-, kärl- samt endokrinkirurgi. Kärlverksamhet finns endast i Halmstad. ST-läkarna från Varberg randar sig på kärl i Halmstad eller i Göteborg under 3 månader. Utöver detta har ST-läkarna på båda orter extern sidotjänstgöring på ÖGI på Sahlgrenska (1 månad). ST-läkarna från Varberg har även en randning på barnkirurgen i Göteborg (2 månader) eftersom de inte handlägger barnpatienter i samma utsträckning som man gör i Halmstad. Kirurgisk akutverksamhet bedrivs både i Halmstad och Varberg. I Varberg finns en akutläkarverksamhet som dagtid ansvarar för att även bemanna kirurgakuten vilket frigör ST-läkarna för mer kirurgisk träning. Akutläkarna stötts vid behov alltid av en specifik ST-läkare i kirurgi. Samtliga medarbetare inklusive ST-läkarna är anställda på en ort och roterar inte mellan sjukhusen mer än i undantagsfall samt vid sidotjänstgöring.

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

Sammanlagt arbetar 46 specialister på Hallands sjukhus (Halmstad, Vargberg och Kungsbacka). I Vargberg finns 10 ÖL, 5 specialister och 5 ST-läkare samt 1 leg vik UL. Halmstad har 11 ÖL, 10 specialister och 2 ST-läkare samt 2 leg vik UL. Kungsbacka har 4 ÖL och en specialist. Antal disputerade läkare totalt är 11 st varav 4 st är docenter. Tillgången på medarbetare för att handleda och ge instruktioner i den kliniska vardagen är adekvat. Dock har alla huvudhandledare inte genomgått en handledarutbildning. En plan för när detta ska genomföras under 2026 har tagits fram. Regelbundna handledarträffar där handledarna ges möjlighet till utbildning/uppdatering/kompetensutveckling saknas. Generella skriftliga instruktioner för hur handledningen skall gå till finns men behöver implementeras i större utsträckning.

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 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 bedrivs i ändamålsenliga lokaler med adekvat utrustning. Samtliga läkare har tillgång till fast arbetsplats med egen dator. Det finns tillräcklig tillgång till medicinsk och vetenskaplig information både i form av bibliotekstjänst samt via inloggning till vetenskapliga databaser. Jourrummen har adekvat standard. Det finns inköpta simulatorer på båda sjukhusen.

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 har en IUP som är framtagen tillsammans med huvudhandledare. Den revideras regelbundet i samband med handledarsamtal. Övergripande tjänstgöringsschema/placeringar baserade på delmålen i Svensk Kirurgisk Förenings utbildningsbok finns i IUP. Obligatoriska kurser finns angivna i IUPn. I Varberg har IUP ej varit känt för de som haft vikariat inför ev ST, förrän efter ca ett år då de fått sin ST-tjänst. Samtliga leg vik ul har dock handledare och får gå common trunk kurser såsom ATLS, akutkirurgi och BKT. Introduktionen för nya ST-läkare har varit bristfällig. Ett nytt introduktionsprogram är framtaget på båda orterna och behöver implementeras.

En för stor del av tjänstgöringen utgörs av akuttjänstgöring dagtid i Halmstad då akuten där ej bemannas av akutläkare. I Halmstad tjänstgör ST-läkarna (och även specialister) på akutmottagningen dagtid under hela ST:n. En större del av ST-läkarnas första år utgörs av akuttjänstgöring med insprängda KAVA och akutop-veckor. I Halmstad riskerar ST-läkarna att inte uppnå sina mål inom avsedd tid pga den stora jourbördan. I Varberg bemannas kirurgakuten av akutläkare dagtid och ST-läkarna är som primärjourer dagtid på KAVA och enbart på akuten som konsulter.

Studierektorerna planerar ST-läkarnas interna och externa randningar. De ansvarar även för ST-läkare från andra specialiteter som kommer för commontrunk alternativt kortare kirurgrandning. Studierektorerna har en uppdragsbeskrivning och tid för sitt uppdrag. Tiden de behöver för uppdraget behöver dock vara mer sammanhängande. Den bör prioriteras och inte lånas av återkommande för att täcka luckor pga sjukdom eller bristande bemanning.

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

Varje ST-läkare har en huvudhandledare och handledningen utgår från det individuella utbildningsprogrammet i de flesta fall. Alla huvudhandledare har inte genomgått handledarutbildning men en plan för genomförande av detta har tagits fram. Alla ST-läkare dokumenterar inte regelbundet sina handledarsamtal. Frekvensen av handledarsamtal varierar. I Varberg sker handledningen mer sällan, ca 2-3 ggr/år och ST-läkarna upplever svårigheter att få tid till bokade handledarsamtal. I Halmstad har man mer frekventa handledarsamtal. ST-läkarna och handledarna är uppmanade att schemalägga sina handledarsamtal men alla gör inte det. En handledarrutin har framtagits och denna behöver implementeras i större utsträckning för uppföljning och utvärdering av ST-läkarens uppnådda kompetenser. ST-läkarna har inte tillgång till en handledare för varje intern del av deras tjänstgöring och uppföljningen av sidotjänstgöringen saknas i många fall. Kompetensbedömning i form av specialistkollegium genomförs 1 gång/år och muntlig återkoppling via handledare sker till ST-läkarna. Övriga kompetensbedömningsverktyg finns, men används alltför sparsamt och fastställda rutiner för bedömningar av ST-läkarens kompetens saknas.

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

Föreskrift

- ☒ 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

Teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras enligt målbeskrivningen. I den interna utbildningen ingår en snurra som anordnas av studierektorn i Halmstad och Varberg 4ggr/år. Dessa utbildningstillfällen är gemensamma för samtliga ST på båda sjukhusen. Utbildningstillfällena finns dock inte inplanerade i IUP:n. I klinikernas internutbildning för alla ingår också MoM samt sk tisdagsspaning i Halmstad och onsdagsspaning i Varberg som är för alla läkare men som ST-läkarna deltar i. Det finns ingen tid inplanerat för självstudier och därmed inte heller inskrivet i IUP:n. Det finns plan om att börja med detta från nästa schemaperiod. I Varberg har ST-gruppen initierat en bokcirkel med genomgång av teoretiska utbildningsmoment med överläkare närvarande. Här kan ST-läkarna från Halmstad med fördel delta.

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

Det finns en regionövergripande kurs i medicinsk vetenskap. Någon kurs för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete som avser delmål a4 finns inte. Kurs alternativt seminarium bör ingå under ST och bör därför också planeras in i IUP:n. Det finns inga hinder att som ST-läkare få tid till att genomföra det vetenskapliga arbetet samt kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Dessa arbeten presenteras på klinikmöten alternativt vetenskapliga möten. Återkopplingen efter dessa presentationer bör förbättras. Det finns inga doktorand-anmällda ST-läkare men FOU-enhet och forskningsmöjligheter finns både i Halmstad och Varberg. Disputerade handledare för det vetenskapliga arbetet finns på båda orter. Journalclub förekommer för närvarande i Varberg men inte i Halmstad. Det finns en plan på att återinföra journalclub även i Halmstad. Det sker muntlig återkoppling av disputerad kollega men någon skriftlig bedömning/återkoppling har inte förekommit ännu.

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

Det finns en regionövergripande kurs i ledarskap, medarbetarskap, pedagogik, kommunikation och hälso- och sjukvårdsorganisation. Det förekommer ingen strukturerad återkoppling av ST-läkarnas ledarskaps- eller kommunikativ kompetens. ST-läkarna får kortfattad feedback i vissa situationer, men det sker inte utifrån en strukturerad metod. Specifika bedömningsmallar för denna bedömning (360 gr, sit-in etc) används ej. I samband med specialistkollegium görs en självskattning avseende dessa kompetenser, och kompetensen bedöms, men är inte grundat på utförda bedömningsmallar.

ST-läkarna ges möjlighet att själva handleda AT-läkare och vik underläkare inför ST men återkoppling på handledningen saknas. Tillfällen ges att föreläsa på interna möten samt planera och genomföra undervisning. Bedömning och återkoppling avseende dessa kompetenser saknas.

Man är välkommen att auskultera hos chefer, men ingen ST-läkare har frågat om det. ST-läkare eller SR känner ej till någon möjlighet till reflektion i grupp.

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.

B. Medarbetarstab och interna kompetenser

Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.

Planerad åtgärd

Samtliga aktuella handledare har gått handledarutbildning, enbart två som behöver uppdatera sin utbildning 2026. Ytterligare specialister planeras för handledarutbildning 2026. Plan finns för att tillse att samtliga handledare kommer gå utbildning var 5e år i regionens regi. Studierektorer har anordnat handledarträffar på respektive ort och dessa kommer fortsättas att anordnas regelbundet. Vid dessa träffar informeras dels om handledaruppdraget och ST-utbildningen, dels ges ett forum för diskussion mellan handledare och om något skall justeras i klinikkens utbildningsstruktur.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

260210

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef

Datum för uppföljning

260903

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor

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

Kliniken har tagit fram ett styrande dokument för hur ST-utbildningen på Kirurgikliniken i Halland ska utföras. Detta kommer att publiceras bland Regionens styrande dokument samt presenteras för kliniken. Detta dokument är ett komplement till region Hallands ST-rutin som används sedan tidigare. Utöver detta dokument använder Kirurgikliniken och hänvisar till Svensk kirurgisk förenings utbildningsbok som tolkar målbeskrivningen.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

260331

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef

Datum för uppföljning

260531

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor

D. Tjänstgöringens upplägg

Jourtjänstgöring/beredskap utgör en adekvat del av tjänstgöringen.

Planerad åtgärd

Vid inspektionen angavs det att ST-tjänst i Halmstad innebär att för stor andel av tjänstgöringen förläggs som akuttjänstgöring. Detta är ett känt faktum. Då belastningen i numerär under de senaste 6-7 åren ökat med ca 17% är denna placering även tämligen betungande. För ca 3 år sedan förändrade Halmstad fördelningen av arbetsuppgifter mellan bakjour och primärjour vilket resulterat i att arbetsbelastningen gällande rondande på helger i stort sett halverats för primärjouren. Vidare har det påtalats för sjukhusledningen under 2-3 år att man på sikt måste förändra arbetssättet. För att få en adekvat operationsvolym och på så sätt se till att kirurger med god operativ kunskap utbildas är det mest optimala alternativet inte att öka antalet jourgående kirurger utan förändra arbetsuppgifterna under jourtid genom andra alternativ, tex specifika läkare som stöttar på akutmottagningen. Detta kommer med all sannolikhet inte att kunna genomföras inom en snar framtid men rimligen i samband med att AT fasas ut och ersätts med BT-läkare. Ytterligare svar om denna fråga har vi inte kunnat få innan dags deadline men sjukhusledning arbetar med parallella frågor för att minska belastningen på akutmottagningarna så som läkarmedverkan i hemmet. Målsättning för kliniken är att fortsätta arbeta med denna fråga tills vi har en lösning. Primärjoursveckor dagtid på akuten Halmstad och KAVA Varberg försöker vi allt mer samla så att de inte ska hacka upp övriga placeringar. Nattjoursveckor ligger dock över hela året för att fungera med arbetstidslagen och behov av återhämtning. Nattjoursveckor är man på båda sjukhusen både på akm och husjour samt med på alla akutoperationer antingen som huvudoperatör eller assistent.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Kirurgiklinikens mål är att förändrad bemanning på akutmottagningen i Halmstad ska vara genomfört 270901 i samband med att AT börjar fasas ut.

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschefen

Datum för uppföljning

270901

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschefen

E.Handledning och kompetensbedömning

Varje ST-läkare har tillgång till en handledare för varje del av tjänstgöringen.

Planerad åtgärd

I enlighet med klinikkens nya styrande dokument ska ST-läkaren utöver huvudhandledare tilldelas en sidohandledare vid varje intern och extern randning. Sidohandledaren skall vara specialist inom det området som randningen berör och skall ha genomgått regionens handledarutbildning de senaste 5 åren. Sidohandledaren ansvarar tillsammans med ST-läkaren för att lägga upp planen för randningen samt för att fortlöpande följa upp att målbeskrivningen uppfylls. Sidohandledaren ansvarar för att ST-läkarens kompetens regelbundet bedöms och återkopplas till ST-läkaren. Vid intern randning är det teamansvarigs uppgift att med stöd av studierektorn och huvudhandledare utse sidohandledare. Detta blir automatiskt huvudhandledaren om denne tillhör teamet. Inför aktuell randning skall teamansvarig informeras av schemaläggaren om vilka veckor som ST-läkaren kommer att tjänstgöra på teamet. Sidohandledaren bedömer med stöd av teamet om eventuell ändring i utbildningsplanen behöver göras eller om kompletterande av klinisk tjänstgöring krävs. Teamet skall ha god kännedom om Socialstyrelsens ställda krav enligt målbeskrivningen. Sidohandledaren skriver på intyg om uppnått delmål efter gemensam bedömning av teamet. ST-läkaren och sidohandledaren skall få avsatt tid i schemat vid randnings början och slut för handledningssamtal samt därutöver vid behov. Huvudhandledaren inhämtar fortlöpande information om ST-läkarens kompetensutveckling och huruvida ST-läkaren uppfyller målbeskrivningen via sidohandledare vid randningar (såväl interna som externa randningar).

Datum när åtgärden ska vara genomförd

260331

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef

Datum för uppföljning

260531

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor

E. Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

I klinikens styrande dokument anges att ST-läkaren skall kontinuerligt utvärderas och återkopplings ges. Den muntliga återkopplingen i det dagliga arbetet utgör grunden för utvärdering men skall kompletteras med individuella kompetensbedömningar och regelbundna avstämningssamtal. Att ST-läkarens får denna återkoppling regelbundet både muntligt och skriftlig är ett krav för att kunna utvärderas vid specialistkollegium. Samtliga utförda bedömningsmallar skall ST-läkaren redovisa för handledaren. Bedömningsmallar som rekommenderas är Svensk kirurgisk föreningsmallar för operation, DOPS, mini-CEX, CBD, bedömningsmall för rondarbete, återkoppling på handledning samt återkoppling på muntlig presentation. För externa randningar har kliniken utformat ett bedömningsformulär baserat på målbeskrivningen som fylls i i slutet av randningen och kopia ges till huvudhandledaren. Vid handledarträffar kommer studierektorerna framöver att stämma av att ST-läkarna redovisat sina mallar för huvudhandledaren regelbundet. Minst 1 gång årligen skall ST-läkarens bedömas på specialistkollegium. Inför detta har ST-läkaren och samtliga specialister fyllt i ett webbaserat formulär som tillsammans med bedömningsmallarna ligger till grund för utvärdering av ST-läkarens kompetensutveckling. I Kungsbacka finns sedan tidigare bråckkörkort för att verifiera att ST-läkaren har tillgodogjort sig förväntad kunskap under placeringen där. I Varberg och Halmstad läggs port-a-catheter oftast med öppen teknik och körkort för detta är under införande som del i en ST-läkares förbättringsarbete. Införande av körkort för gastroskopi och laparoskopisk kolecystektomi är under planering och förväntas genomföras under 2026.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

261231

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef

Datum för uppföljning

270531

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor

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

Kliniken styrande dokument beskriver vilka bedömningsmallar som skall användas, återkoppling till ST-läkarens skall ske i skriftlig och muntlig form och dokumenten sparas av ST-läkaren och redovisas fortlöpande för huvudhandledaren och för studierektorn inför specialistkollegium. Vid specialistkollegium dokumenterar huvudhandledaren skriftligt om ST-läkarens kompetensutveckling och återkopplar detta vid nästkommande handledarsamtal som skall vara bokat i närtid till specialistkollegiet. ST-läkarna erbjuds en pärm att samla samtliga intyg i, från både kurs och klinik samt dokumentation från handledarsamtal och specialistkollegium. Som alternativ kan man välja att ha dessa dokument digitalt. Vid handledarträffar samt studierektorernas möten med ST-läkarna stäms det av att dokumentationen sker enligt rekommendation. Om ST-läkaren inte sköter dokumentationen kan denne heller inte tas upp på specialistkollegium.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

260331

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef

Datum för uppföljning

260930

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

ST-läkarna får regelbundet möjlighet att leda och samarbeta med andra professioner på avdelning, mottagning, operation och på akuten. Rond på avdelning sker tillsammans med specialist närvarande och detta är tillfällen när det formellt kan utvärderas. I mallen "Återkoppling till ST-läkare efter en tids gemensamt rondarbete" bedöms dessa kvaliteter. ST-läkare och specialister är placerade hela veckor på avdelning och i början av veckan får specialisten denna mall som fylls i under veckan och redovisas för ST-läkaren sista gemensamma dagen på veckan. I de operationsspecifika bedömningsmallarna skall ST-läkarens förmåga att leda dokumenteras. Huvudhandledaren skall dessutom inhämta information om ST-läkarens förmåga inom detta område från kollegor på kliniken och andra personalkategorier. Detta återkopplas vid handledarsamtal samt vid behov. ST-läkare och handledare tar ansvar för att bedömning sker regelbundet. Vid ST-möten och handledarträffar stämmer även studierektorn av att detta sker.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

260331

Ansvarig för genomförandet

Gemensamt ansvar mellan ST-läkare och handledare

Datum för uppföljning

260531

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

I enlighet med klinikkens styrande dokument ska utvärdering av ST-läkarens pedagogiska förmåga ske regelbundet. Bedömningen kan utföras av samtliga specialister på kliniken och huvudhandledaren kan även inhämta information om ST-läkarens kompetens från AT-läkare och läkarstudenter. I samband med avdelningsvecka skall ST-läkare bedömas utifrån förmåga att undervisa och handleda yngre kollegor och omvårdnadspersonal samt utifrån förmåga att prata med patienten och mall för bedömning vid rond skall ifyllas. ST-läkarna får regelbundet i uppdrag att hålla sk "microteach" samt klinikmöten omkring M&M eller utbildning/konferens de varit på. I samband med sådan presentation skall bedömningsformulär "återkoppling på muntlig presentation" ifyllas. Huvudhandledare tar ansvar för att fylla i mallen eller utse annan person om huvudhandledare ej är närvarande vid mötet. Vem som ansvarar skall vara förberett i god tid innan presentationen. ST-läkare och handledare tar ansvar för att bedömning sker regelbundet. Vid ST-möten och handledarträffar stämmer även studierektorn av att detta sker.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

260531

Ansvarig för genomförandet

Studierektor

Datum för uppföljning

260930

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

I enlighet med klinikkens styrande dokument ska utvärdering av ST-läkarens förmåga att handleda ske regelbundet. Detta skall göras utifrån mall om "återkoppling på handledning". Bedömningen kan utföras av samtliga specialister på kliniken och huvudhandledaren kan även inhämta information om ST-läkarens kompetens från AT-läkare och läkarstudenter samt andra personalkategorier. Situationer som lämpar sig för bedömning av handledning är i samband med rond och vid sk AT/kandidatmottagning. ST-läkare och handledare tar ansvar för att bedömning sker regelbundet. Vid ST-möten och handledarträffar stämmer även studierektorn av att detta sker.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

260531

Ansvarig för genomförandet

Gemensamt ansvar mellan ST-läkare och handledare

Datum för uppföljning

260930

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor