



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

S:t Görans sjukhus

Klinik

Kirurgi

Specialitet

2026-03-05 – 2026-03-06

Datum

Stockholm

Ort

Layla Mirzaei och Jenny Brändstedt

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Allsidig verksamhet/stora operationsvolym
- Bra klinisk handledning i operationssåret
- Akutläkare som bemannar primärjournalsledet sedan drygt ett år. Kvällsjour för ST-läkarna som möjliggör operativ träning.
- Engagerad studierektor
- Sammanhängande långa internplaceringar
- Föredömlig handledning- och bedömningsstruktur på Bröstsektionen
- Utbildningspengar årligen som möjliggör att ST-läkarna går icke-obligatoriska kurser/konferenser
- Gemensam operationsgenomgång/planering på NGI som inkluderar ST-läkarna
- Välfungerande internutbildning. Journal clubs.

Svagheter

- Ej tillräckligt användande av bedömningsinstrument för både operativa- och icke operativa färdigheter
- Ofullständig IUP som inte riktigt används
- Alla handledare har ej handledarutbildning, samtliga planerade
- HL möte med SR saknas
- Ingen handledare eller strukturerad bedömning av uppnådda delmål på interna placeringar
- För få specialistkollegium, dåligt underlag inför dessa
- För få strukturerade handledarsamtal med dokumentation
- Regelbunden strukturerad återkoppling saknas
- Tidvis hård klimat och kränkande behandling av ST-läkarna har förekommit

Förbättringspotential

- Ta fram IUP tidigt och revidera regelbundet
- Använda bedömningsinstrument för operativa- och icke operativa färdigheter i tillägg till de körkort som finns
- Krav på ett visst antal bedömningsmallar inför specialistkollegium, HL samtal
- Schemalagd handledningstid och tid för självstudier
- Handledarträffar HL-SR. Synliggör och höj statusen på handledararbetet
- Utse handledare på interna placeringar, definiera hur kompetensbedömning av uppnådda delmål skall ske på placeringen
- Introduktionsprogram under införande
- Fortsätt jobba med en inkluderande kultur

STRUKTUR

A Verksamheten

Kirurgkliniken på Capio St Görans Sjukhus ansvarar för patienter med kirurgiska, urologiska och onkologiska sjukdomar. Organisatoriskt är verksamhetschefen chef över Kirurgi, Urologi och onkologi. Sektionschefer finns på ÖGI/akutsektion, NGI, Bröst och ST-sektionen. Verksamheten är allsidig med höga volymer av såväl elektiv- som akutkirurgi. Kliniken har sektioner för akut-, bröst-, NGI-, ÖGI-kirurgi samt urologi och onkologi. ST-läkarna har sidotjänstgöring för måluppfyllelse av kärl-, barn- trauma- och endokrinkirurgi. Det finns skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur specialittjänstgöringens ska genomföras och bedömning av ST-läkarens kompetens utföras. I riktlinjerna finns även beskrivet att intern kvalitetsgranskning skall genomföras av verksamheterna årligen med exempelvis enkätfrågor. Något sådant har dock inte genomförts sedan man gjorde extern kvalitetsgranskning senast.

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

Totalt arbetar 30 specialister i kirurgi på kliniken inom ÖGI, NGI, Akutsektion och Bröst. Det finns två docenter, en professor, och 8 disputerade. För närvarande finns 11 st ST-läkare och 11 handledare. Samtliga handledare har relevant specialistkompetens. Tillgången på medarbetare för att handleda och ge instruktioner i vardagen är adekvat. Alla huvudhandledare har ej gått handledarutbildning, men samtliga har inplanerat den närmaste tiden.

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 ST-läkare har tillgång till fast arbetsplats och en egen dator. Det finns tillgång till medicinsk och vetenskaplig information både i form av bibliotekstjänst samt via inloggning till vetenskapliga databaser. Studierektorn har också ordnat så att ST-läkarna ska ha ett fysiskt kirurgiskt bibliotek. Jourrummen har adekvat standard. Det finns en inköpt simulator. Denna kan användas i större utsträckning som del i körkortsförfarandet.

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

Verksamheten saknar skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas och styrande dokument för tjänstgöringens upplägg. Samtliga ST-läkare har inte en IUP och de som har en IUP har en ofullständig sådan. Regelbunden revision av IUP i samband med handledarsamtalen har varit bristfällig. Övergripande tjänstgöringsschema/placeringar baserade på delmålen finns i IUP:n men hur samtliga delmål ska bedömas saknas. Man har övervägt att införa ett digitalt bedömningsverktyg. De interna placeringarna har varit långa och sammanhängande. Introduktionen för nya ST-läkare har varit bristfällig. Det pågår ett arbete med att ta fram ett nytt introduktionsprogram. Sedan ett år tillbaka ansvarar kirurgkliniken på Sankt Görans sjukhus inte för jourverksamheten på akuten utan akutläkare bemannar dessa pass. Nya ST-läkare gör en randnings som primärjourer i 6 månader på akutklinikens kirurgdisk. ST-läkarna har sedan ingått i ett jourled kvällstid på huset tillsammans med bakjour och sedan mellanjour. Kvällsjouren har möjliggjort mer operativ träning. Det har varit otydligt när man som ST-läkare uppnår mellanjourskompetens men nytt dokument som beskriver detta är nyligen framtaget och bör implementeras. ST-läkarna

Studierektorn planerar ST-läkarnas interna och externa randningar. Pga bristande IUP har den externa randning för flera ST-läkare försenats. Studierektorn har en uppdragsbeskrivning och tid för sitt uppdrag.

Det framkommer från både ST-läkare och handledare att det förekommer kränkande behandling och repressiv arbetsmiljö med inslag av tystnadskultur. I vissa fall har detta utgjort ett hinder för ST-läkarna att uppnå sina utbildningsmål. Det pågår för närvarande en arbetsmiljöutredning men fortsatt arbete kring detta bedöms nödvändig.

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

Alla handledare har ej gått handledarutbildning, men det finns planerat. Strukturerade handledarsamtal sker med varierande frekvens, i de flesta fall relativt sällan, ca 2-4 ggr per år. Dock beskrivs i vissa fall mycket frekventa samtal/avstämningar, som då ej dokumenteras. Några ST-läkare dokumenterar inte alls sina HL samtal, och följer aldrig någon struktur för samtalen. Samtalen utgår inte strukturerat utifrån delmålen, eller från IUP:n. Handledarsamtalen är ej schemalagda förutom på Bröstsektionen, där man arbetar med en mycket strukturerad och väl genomarbetad handledning och kompetensbedömning som är helt unik för denna sektion, och som tyvärr inte alls genomsyrar övriga delar av verksamheten.

Det finns ingen namngiven utsedd handledare på interna placeringar. I praktiken uppfattas sektionschefen som ansvarig för att bedöma om ST-läkaren uppfyller målen efter avklarad placering. Det finns dock ingen uppfattning om hur denna bedömning de facto görs och vad den baseras på. Det förekommer ingen användning av formaliserade bedömningsinstrument såsom sit-in, MiniCEX, DOPS, eller bedömningsmallar för operativa ingrepp enl Svensk Kirurgisk Förenings Utbildningsbok. Vissa ST-läkare känner inte ens till att de finns. Dock förekommer användande av körkort för vissa ingrepp på ÖGI och akutsektionen (app, galla, bråck), men detta har enbart använts i olika perioder på kliniken. Dessa är nu under pågående återinförande/revision. Specialistkollegium används som kompetensbedömning endast ca 2-3 ggr under en hel ST. Självskattningsformulär används, men utöver det används inga bedömningsmallar som underlag vid specialistkollegium. ST-läkarna får också i varierande utsträckning återkoppling efter specialistkollegium (ibland muntlig kort resume av typ "allt fungerar bra", ibland skriftligt, ibland inte alls. Det finns även ett körkort för att bli mellanjourskompetent, detta är under utarbetning, och används ej systematiskt.

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

Internutbildning förekommer i form av ST-timme varje fredag (lunch). Den planerar ST-läkarna själva med utgångspunkt i delmålen. Journal Club ingår, men ingen strukturerad feedback görs rutinmässigt av specialist/disputerad specialist. Man har varannan vecka något som kallas Surgeons corner, där en senior kollega ger tips och råd, diskussion och stöd kring svåra patientfall etc, som är mycket uppskattad. Journal club hålls även på veckomöte på ÖGI sektionen. Kliniken har veckomöte på torsdagar då det kan vara olika utbildningspunkter/föreläsningar/presentation av vetenskapliga-kvalitetsarbeten etc. MoM-liknande kvalitetskontroller har förekommit ca 9 ggr under de senaste 3 åren. Det rekommenderas att ST-läkarna är delaktiga i det arbetet i större utsträckning. Region Sthlm arrangerar utbildningsdagar för ST-läkarna ca 5 ggr/år som också utgår från delmålen och som är mycket uppskattade. Alla ST-läkare bereds möjlighet att gå samtliga obligatoriska externa kurser. Utöver det har alla ST-läkare utbildningspengar på ca 24000 som man kan använda till övriga kurser eller kongresser. Planerad tid för självstudier förekommer i form av inläsningsdagar i samband med kurs, ST-tentamen samt i samband med genomförande av kvalitet-/patientsäkerhetsarbete och medicinskt vetenskapligt arbete. Detta bör inkluderas i ST-läkarnas IUP.

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 sjuhusövergripande kurs i medicinsk vetenskap samt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Det finns goda möjligheter för ST-läkarna att få tid till att genomföra det vetenskapliga arbetet samt kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Dessa arbeten presenteras på klinikmöten alternativt vetenskapliga möten. Återkopplingen efter dessa presentationer är bristfällig och bör förbättras. Det finns doktorand-anmälda ST-läkare och fungerande FOU-enhet. Det finns god tillgång på disputerade handledare för det vetenskapliga arbetet. Journalclubs förekommer på ST-läkarnas internutbildning och vid sektionernas veckomöten. Återkopplingen till ST-läkarna efter dessa bör struktureras och förbättras.

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 sjukhusövergripande kurs (LUST) i ledarskap, kommunikation, hälso-och sjukvårdsorganisation och pedagogik som alla ST-läkare går. Det sker ingen strukturerad bedömning av ST-läkarnas kommunikativa kompetens i den kliniska vardagen (sit-ins, MiniCEX osv). Det bedöms till viss del vid specialistkollegium, men baseras ej på utförda bedömningsinstrument. ST-läkarna handleder och undervisar AT-läkare och medicine studenter, men får själv ingen handledning eller återkoppling på detta. Man är välkommen att auskultera hos chefer, men varken chef eller ST-läkare vet om att det erbjuds.

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

S:t Görans sjukhus - Kirurgi

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 huvudansvariga ST-handledare planeras in för handledarutbildning.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Våren 2027 (handledarutbildningstillfällen finns internt på sjukhuset under hösten 2026 samt våren 2027).

Ansvarig för genomförandet

ST-studierektor, ST-chef, verksamhetschef och respektive handledare

Datum för uppföljning

Mars 2027

Ansvarig för uppföljningen

Lars Rune, verksamhetschef

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

Skriftliga riktlinjer för hur Socialstyrelsens målbeskrivning ska uttolkas samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg är under utformning och planeras ingå i den introduktionspärm som varje ST-läkare ska få vid påbörjad ST-tjänstgöring på kliniken. Riktlinjerna och dokumenten för tjänstgöringens upplägg går igenom under introduktionsveckan av ST-läkaren och studierektorn.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Hösten 2026 - våren 2027

Ansvarig för genomförandet

Studierektor på kirurgkliniken och övergripande ST-studierektor på sjukhuset

Datum för uppföljning

Våren 2027

Ansvarig för uppföljningen

ST-chef och verksamhetschef på kliniken, utbildningschef på sjukhuset

D. Tjänstgöringens upplägg

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.

Planerad åtgärd

Arbetsmiljöenkät har skickats ut under våren 2026. Fortsatt arbete med analys av denna och återkoppling planeras under hösten 2026. Fortlöpande genomlysning av arbetsmiljön och brister gällande jämställdhet, diskriminering pga etnisk tillhörighet, funktionsnedsättning, sexuell läggning, religion eller ålder kommer att ske av verksamhetschef, sektionschefer och HR.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Hösten 2026, våren 2027

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef, HR

Datum för uppföljning

Våren 2027

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef, HR, utbildningschef läkare

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

Ett digitalt verktyg för att registrera samtliga interna och externa placeringar, kurser och andra utbildningsaktiviteter enligt målbeskrivningen införs. Några ST-läkare har redan börjat använda detta digitala verktyg. Här ska även huvudhandledare och studierektor få en god överblick över ST-läkarens utbildningsprogram och regelbundet kunna uppdatera upplägget.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Hösten 2026

Ansvarig för genomförandet

ST-läkare, handledare och studierektor

Datum för uppföljning

Våren 2027

Ansvarig för uppföljningen

Övergripande ST-studierektor på sjukhuset, utbildningschef läkare

D. Tjänstgöringens upplägg

Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.

Planerad åtgärd

Det införda digitala verktyget för samtliga ST-läkares individuella utbildningsplan synliggör och underlättar planeringen av utbildningen. Regelbundna möten med ST-läkare, huvudhandledare och studierektor (var 6:e månad) för att följa upp och revidera utbildningsprogrammet planeras.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Hösten 2026

Ansvarig för genomförandet

ST-läkare, handledare och studierektor

Datum för uppföljning

Våren 2027

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef, övergripande ST-studierektor på sjukhuset

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Bedömningsmallar införs och används strukturerat och regelbundet, en ny, regionalt utarbetad, digital variant för att använda de mallar som finns på Svensk Kirurgisk Förenings hemsida testas och parallellt används skriftliga dokument. De körkort som finns för olika kirurgiska ingrepp används regelbundet.

Fler utvärderingar i specialistkollegium under ST-tjänstgöringsperioden för varje ST-läkare planeras. Inför varje sådant tillfälle ska ST-läkaren presentera skriftlig dokumentation enligt bedömningsmallar för sin huvudhandledare.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Hösten 2026

Ansvarig för genomförandet

ST-chef och ST-studierektor

Datum för uppföljning

Våren 2027

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef och övergripande ST-studierektor på sjukhuset

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

ST-läkarna får namngivna handledare på varje delplacering, både interna och externa. Huvudhandledaren ber att få återkoppling från dessa under och efter genomförd placering. Dessa återkopplingar ligger också till grund för bedömning och återkoppling i samband med specialistkollegium.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Hösten 2026

Ansvarig för genomförandet

Sektionschefer

Datum för uppföljning

Våren 2027

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

Regelbundna handledarträffar, minst var 3:e månad, planeras in i schemat och dokumenteras skriftligen. Verksamhetschefen tillgodoser att utrymme finns i den kliniska schemaläggningen för detta. Vid varje handledarträff går IUP igenom. Studierektor ordnar gemensamma handledarutbildningstillfällen för samtliga huvudansvariga handledare på kliniken för att stötta handledarskapet. Bedömningsmallar införs och används regelbundet. De mallar som finns på SKF:s hemsida används i första hand.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Hösten 2026 och våren 2027

Ansvarig för genomförandet

ST-läkare, huvudhandledare och ST-studierektor

Datum för uppföljning

Våren 2027

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

Bedömningsmallar införs och används kontinuerligt. Vikten av att dessa används regelbundet informeras om av verksamhetschef och studierektor upprepat så att dessa inte glöms bort i den kliniska vardagen. Blanketter för bedömningar skrivs ut och finns lättillgängligt på kirurgexpeditionen och i anslutning till operationssalarna alternativt används via digital plattform.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Hösten 2026

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef och ST-studierektor

Datum för uppföljning

Våren 2027

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Bedömningsmallar för medicinskt ledarskap och multiprofessionellt samarbete införs och används, återkoppling sker via huvudhandledare och i samband med specialistkollegium. Rondstruktur ses över och ändras så att ST-läkarna ges möjlighet att ronda tillsammans med specialist vid behov.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Hösten 2026

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef, sektionschefer och ST-studierektor

Datum för uppföljning

Våren 2027

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.

Planerad åtgärd

ST-läkaren rondar gemensamt med specialist, underläkare och sköterskor och får stöd och handledning av de seniora kollegorna. Detta rondsysteem möjliggörs schematekniskt av sektionschefer och verksamhetschef. ST-läkarna ansvarar för torsdagsutbildning (föreläsning aktuell forskning/återkoppling konferens och liknande) för hela läkarkollegiet enligt ett roterande schema.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Hösten 2026

Ansvarig för genomförandet

Sektionschefer och verksamhetschef

Datum för uppföljning

Våren 2027

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

Planerad åtgärd

Bedömningsmallar för kommunikativ kompetens införs och används regelbundet och återkopplas av handledare på aktuell placering alternativt huvudhandledare. Rondsysteem ses över för att möjliggöra detta.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Hösten 2026

Ansvarig för genomförandet

Sektionschefer, verksamhetschef och ST-studierektor

Datum för uppföljning

Våren 2027

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Bedömningsmallar för undervisning införs och används regelbundet och återkopplas av handledare på aktuell placering alternativt av huvudhandledare.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Hösten 2026

Ansvarig för genomförandet

ST-läkare, huvudhandledare, ST-studierektor, ST-chef

Datum för uppföljning

Våren 2027

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef och ST-studierektor

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Bedömningsmallar för handledning införs och används regelbundet och återkopplas av handledare på aktuell placering alternativt av huvudhandledare. ST-läkarna handleder dagligen underläkare, läkarkandidater och/eller AT-läkare i det kliniska arbetet på avdelning och operation. ST-läkarna leder rondteam och arbetslag på operation.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Hösten 2026

Ansvarig för genomförandet

ST-läkare, huvudhandledare, ST-studierektor, ST-chef

Datum för uppföljning

Våren 2027

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef