Sammanfattning Ostrix möte/utbildningsdag Stockholm 2026-09-07

Under mötet diskuterades generella rutiner för bedömning av ST-läkares kompetens samt samtliga c-delmål. Detta dokument är en kort sammanfattning av vad som diskuterades, såväl utmaningar och frågetecken som metoder och upplägg som man uppfattade fungerade bra på sin enhet och ville tipsa om.

En övergripande fråga som lyftes men inte egentligen diskuterades närmare under mötet rör hur vår målbeskrivning ska docka in i den nya målbeskrivningen från grundutbildningen.

Generella rutiner för bedömning av ST-läkares kompetens (progress och kvalitetskontroll):

- Då bedömningen är spridd på många kontakter kan det vara svårt att få till en bra kontinuitet, ST-läkarna spenderar också på många kliniker relativt lite tid i elektiv sektionsspecifik verksamhet
- Specialistkollegium
    - Hålls på de flesta kliniker en gång per år, men på en del kliniker en gång per termin
    - Lättare att få till högre deltagande tidigt på dagen (efter jourrapport) än sent på eftermiddagen
    - Varierande om information samlas in inför mötet eller ej
    - Upplevs ofta svårt att få fram konkreta exempel som ligger till grund för folks uppfattningar om ST-läkaren i fråga
    - Att ta in 360gradersbedömning från andra personalkategorier uppfattas ge en bra helhetssyn
    - Många upplever att webbformulär har underlättat och ökat på antalet inlämnade omdömen inför mötet, men att det kräver mycket påminnelser
    - Fritextfrågor upplevs av flera ge mer användbar information
- “Omvänt specialistkollegium”/ST-kollegium hålls på en del kliniker
    - ST-läkarna får också utvärdera alla specialister, chef återkopplar
    - Kan ge en bra bild av vad som gör specialister till bra handledare
- Inofficiella “superhandledare/-bedömare” på varje sektion
    - Information om ST-läkarens progression på placeringen tas i första hand in från utsedd specialist på sektionen som har god insyn i målbeskrivningen och har nära kontakt med sektionen och ST-läkaren, gör bedömningarna mer jämförbara
    - Fasta bihandledare gör det lättare att hålla koll på om schemaläggning och annan planering är rimlig och att förutsättningar för en bra placering finns
- Op-certifikat: Specifika checklistor för standardingrepp används på en del kliniker

- Sektionsförhör tillämpas på en del kliniker, tex två erfarna specialister som "förhör" ST-läkaren fallbaserat i slutet på placeringen.

Genomgång av c-delmålen:

C1: Basal klinisk och kirurgisk teknik
- Bra att den är uppspaltad, tydlig
- En del kliniker har tydligt delat upp a-, b- och c-mål utifrån vad som är viktigt på respektive sektion, tydliggörande för både ST-läkaren och sektionen
- Auskultera med USK:a och op-SSK någon dag för att se och göra hela flödet på op?

C2: Basal patofysiologi, smärtbehandling, intensivvård, anestesi
- Problem att externa randare konkurrerar med narkosens egna ST-läkare om övningsmöjligheter för tex intubation
- SFAI:s egna checklista för externa randande ST-läkare är ett bra komplement till vår egen målbeskrivning
- Randningstiden varierar på olika kliniker från 6 till 10 veckor
- Flera upplever att ST-läkarna negligerar narkosrandningen men blir godkända ändå
- Svårt att få till smärtmålet, anses inte viktigt av ST-läkarna trots att det är det som är våra patienters stora problem, viktigt att kunna förklara smärta för patienter
- Apotekare på kliniken bra tillgång! Kan sätta upp färdiga smärtlindringspaket så att tröskeln sänks för att tex ge NSAID även till äldre i vissa doser

C3: Initialt handläggande av trauma
- Utmaning för sjukhus med akutläkare, interna "randningar" på akutmottagningen (ofta 3 månader, men ej utvärderat), går sedan med mallanjourssökare och stöttar akutläkare på ortopedakuten med reponering etc
- Oro finns att den basala ortopedin marginaliseras under ortoped-ST, riskabelt när akutläkare ska sköta vår utbildning i basal ortopedi
- Akutläkare ger utrymme för ortoped-ST att göra annat, men många har synpunkter på kvaliteten på den vård som akutläkarna producerar, stor förändring för bakjouren
- En del har erfarit att man ändå inte kunnat göra sig av med sin framjourslinje då akutläkarna behöver mycket stöttning både i bedömningar och praktiska moment, tvingas fram en ny jourlinje för att avlasta ortopedbakjouren
- Hitta subintresserade akutläkare?

C4: Trauman, frakturer och andra akuta tillstånd
- Handkirurgisk klinik sköter mycket av övre extremitet på en del sjukhus
- Svårt att få till (knä-) artroskopier? Eller egentligen väldigt lätt att låta ST göra en diagnostisk artroskopi innan/under annat elektiva ingrepp?
- Privata kliniker kan vara en tillgång eller ett utbildningsmässigt slukhål, flera har utbildning som krav i upphandling (tex rätt till utbildningssal på privat enhet där regionen (ej kliniken!) täcker produktionsbortfallet), Verksamhetschefer måste vara uppmärksamma om hur avtal formuleras!
- Att tex färre enkla fotleder går till kirurgi ställer kvav på ökad kreativitet, blir viktigare att tex dela upp svårare ingrepp så att ST-läkaren kan komma åt den

del som står med i målbeskrivningen, även om ingreppet i sin helhet är komplicerat
- Fasciotomi: diagnosen under debatt!
- På en del kliniker har man en “uppmärksamhetslista” på diagnoser som är lite mer sällsynta, men som har höga kompetenskrav i målbeskrivningen (så att de ska opereras av ST-läkare), tex akillessenrupturer

C5: Barnortopedi
- Randningar på Astrid Lindgrens Barnsjukhus funkar bra för traumadelen
- Risk för inflation i sänkningar av kunskapsnivåkrav om man börjar ifrågasätta för många “svåra delar” av målbeskrivningen (gäller generellt)

C6: Rygg
- Vanlig tid för ryggrandning är 2-6 månader
- Bakjourer märker av låg kompetensnivå avseende kotfrakturer, får många ringningar om enkla frakturtyper
- Inflation i kontroller av ryggskador?

C7: Övre extremitet
- Upplevs som ett relativt okomplicerat delmål

C8: Höft och knä
- Höftplastik är ett stort och viktigt mål!
- På en del ställen diskuterats om halvplastik = höftplastik? Generell uppfattning att höftplastik (i målbeskrivningen) bör innebära helplastik
- På många kliniker finns problem med strykningar i elektiva program
- Reponering av luxerad höftprotes på akutmottagning resp operation... Risk att dessa handläggningar försvinner till akutläkarna?

C9: Fot
- Blivit mycket stadigare teoretiskt av ST-skolan!
- Stora sjukhus saknar operativ verksamhet inom basal framfotskirurgi vilket är en utmaning för flera kliniker

C10: Tumörortopedi
- Sarkomcentrum ger bra kunskaper i anatomi och dissektionsteknik, mycket lärorik randning (2-4 veckor)!

C11: Metabola, cirkulationsrelaterad och infektiösa tillstånd i rörelseapparaten
- Sårrevision och omläggningsmaterial: Svårt för många att lära ut då vi själva aldrig lärt oss det ordentligt. Lite styvmoderligt behandlat?
- Plastikkirurger och diabetesfotkollegor värdefulla resurser! (lite olika på olika sjukhus)
- Beslutsfattandet är det svåraste! Vad kolla på? Samarbete med kärlkirurgen (benteam), distala tryckmätningar etc, sårrevision eller amputation en ständigt återkommande lurig fråga
- Svårt avseende kurstillgång och randningar, ev något för ST-skolans Basala Kliniska Färdigheter (nämndes specifikt avseende sår och sårrevision)?
- Infektioner vid implantat: Här händer mycket forskningsmässigt

C12: Belastningsskador, rehabilitering, försäkringsmedicin, intyg
- Utförligt men splittrat på alla placeringar
- Försäkringsmedicinska utbildningen sköts mycket regionalt

C13: Läkemedel

C14: Lagar och föreskrifter
- SOF:s kompletterande webb-kurser