



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Karolinska Universitetssjukhuset

Klinik

Klinisk patologi

Specialitet

2022-11-03 – 2022-11-09

Datum

Solna

Ort

Lena Molne och Mattias Bjarnegård

Inspektörer

Styrkor

- Det finns ett mycket stort engagemang hos ledningen för att bedriva ST-utbildning i enlighet med föreskrift och allmänna råd. Spureffekten inför granskning är mycket tydlig och i efterarbetet har det lagts ner ett stort arbete för att möta de brister i följsamhet som identifierats. Åtgärderna är inte bara tillräckliga utan får beskrivas som mycket ambitiösa. Den ST-App som presenterats och ska införas innebär ett lättillgängligt interaktivt IUP, som blir ett utmärkt hjälpmedel för såväl ST-läkare som handledare och ledning. Den pedagogiska triaden bedömning-återkoppling-handledning har lyfts fram i de åtgärder som verksamheten presenterar. Det sammanlagda arbetet inför och efter SPUR-granskningen innebär att verksamheten vid implementering av de åtgärder som presenterats till fullo uppfyller kraven i föreskriften.
- Enheten erbjuder fördjupning inom cancerdiagnostik. Bred allmän kompetens samt spetskompetens kommer ST-läkaren till del genom obligatorisk rotation på flera siter (Danderyd, Huddinge, SÖS).
- Forskningsaktiv enhet, med flertal disputerade specialister och ST-läkare
- Subspecialiserad kunskapsnivå på instruktörer och handledare.
- Studierektorn är drivande och deltar aktivt i ST-utbildningsfrågor bla genom engagemang i det nationella studierektorsnätverket i patologi (SNP). Under det senaste året har flera dokument avseende exempelvis progressionsbedömning och bedömningsmetoder tagits fram.
- ST-läkarna får god träning i skriftlig kommunikation samt tränas i diagnostiskt beslutsfattande genom att tidigt i utbildningen få skriva PAD-utlåtanden innan dessa går igenom med instruktör.
- Nyanställda ST-läkare och leg läkare med provanställning erbjuds ett likartat introduktionsprogram samt möjligheter till internutbildning.

Svagheter

- Man använder sig inte generellt av den rekommenderade uttolkningen av målbeskrivningen, och ej heller av någon annan strukturerad uttolkning. Det innebär en ottydlighet i bedömningen av om ST-läkaren har tillgodogjort sig det som målbeskrivningen stipulerar, eftersom det inte finns något curriculum. Risken ökar att bedömningen inte blir rättvisande mellan olika ST-läkare.
- Det individuella utbildningsprogrammet (IUP) är rudimentärt. Man visar ingen koppling till delmål vare sig avseende placering eller utbildningsaktivitet. Det finns också många exempel på att det dröjt många månader efter start innan IUP har upprättats. (N.b. åtgärd påbörjad)
- Det finns styrdokument och en uppfattning i ledningen att tillsättning av handledare är tydligt kommunicerat. Detta är dock inte den generella uppfattningen hos ST-läkarna, där det finns en utbredd osäkerhet kring tillsättning. Tillsättning av handledare kan därför inte anses ske kontrollerat. Effekten av nuvarande situation är att vissa ST-läkare tjänstgjort mer än 6 månader utan vetskap om handledare.
- Ledningens uppfattning är att regelbundna ST-kollegier sker minst en gång per år per ST-läkare. ST-kollegium är känt men sker enligt ST-läkarna mindre ofta. I övrigt känner ST-läkarna inte till på vilken bas bedömningen sker förutom vad som avser c-delmål vid vissa organplaceringar. De progressionmallar som rekommenderas av studierektorsnätverket i Patologi är inte kända för handledare och ST-läkare, och de bedömningsmetoder som vid besöket nyligen var framtagna var endast i enstaka fall kända och därmed inte implementerade.
- Det är en mycket tydlig produktionsstyrning, vilket får effekter ex v att: - ST-läkaren får vänta orimligt länge på genomgång (instruktion) efter egen bedömning av fall - Rotation mellan enheterna sker ofta utifrån bemanningssituation snarare än lärandemål. - ST-läkare som är "färsk/frysjour" och på utskärning inte kan närvara vid utbildningsmoment. (N.b. utbildningsmomentet är förändrat, vilket kan innebära högre närvaro) - det inte finns schemalagd tid för kvalitetsarbetet - det inte finns avsatt tid för självstudier, och det dagliga pensumet tillåter inte att man läser på i samband med arbetsuppgiften

Förbättringspotential

- Man bör införa ett IUP som motsvarar kraven i föreskriften, dvs koppla tjänstgöring och utbildningsaktiviteter till respektive delmål och gör det individuellt. (N.b. detta är under framtagande)
- Man bör införa bedömningsmetoder för STs samtliga delmål, dvs a- och c-delmål. Idag används summativ bedömning efter enstaka organplaceringar och inför ST-kollegium, men detta är inte genomgående och gällande a-delmål är det oklart vad som bedöms. (N.b. detta har nyligen delvis tagits fram, men används inte)
- Handledning inför undervisningsmoment sker till viss del, men bedömning och återkoppling sker inte strukturerat.
- Redovisning av kvalitets- respektive vetenskapligt arbete kan med fördel göras på ett mer allmänt läkarmöte - inte enbart för ST-gruppen. Dessa tillfällen ger också möjlighet enligt nästa punkt.
- Ronder och konferenser bör användas mer aktivt för att träna ledarroll, pedagogisk förmåga och kollegialt utbyte. Idag sker detta i näst intill ingen utsträckning. Det ger god möjlighet för bedömning, återkoppling och handledning.
- Generellt behöver flödet bedömning - återkoppling - handledning utvecklas. Detta gäller framför allt ledarskap och pedagogik. Tillfälle finns ex v i samband med introduktion av nya ST-läkare, och ST-läkaren kan ges möjlighet att leda möten på enheten, samt enligt de två föregående punkterna.
- Introduktionsprogrammet bör vara skriftligt och det bör tydligt framgå vem som är intermediär handledare i väntan på fast ST-tjänst, samt annan relevant information för ST-läkaren utöver schemaläggning.
- Handledarträffar för uppdatering och kollegialt stöd bör införas

STRUKTUR

A Verksamheten

Enheten har ett stort selekterat patientunderlag som omfattar framför allt maligniteter. Verksamheten är till stora delar subspecialiserad och kunskap om det provmaterial som inte förekommer vid enheten inhämtas vid övriga siter som ingår i verksamheten. Samarbetet inom Region Stockholm borgar för att bredden upprätthålls oavsett koncentration av vård. Skriftliga riktlinjer finns på allmän övergripande nivå från regionen för hur ST ska genomföras, och kliniken gör en övergripande ST-plan för de organspecifika placeringarna.

Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur specialiseringstjänstgöringen ska genomföras finns.
- Skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur specialiseringstjänstgöringen ska utvärderas finns.
- Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter följs.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

B Medarbetarstab och interna kompetenser

Det finns tillräckligt många specialtläkare med handledarkompetens för att kunna ge såväl handledning som instruktion i den omfattning som krävs. I något fall är handledarutbildningen enligt äldre föreskrift. Regionalt finns riktlinjer för hur ST-handledning ska genomföras. Handledarträffar finns på övergripande nivå, men nyttjas inte av handledarna.

I efterarbetet till SPUR-granskningen har verksamheten fattat beslut om att införa lokala HL-träffar.

Föreskrift

- Samtliga huvudansvariga ST-handledare har specialistkompetens i avsedd specialitet.
- Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.
- Tillgång till specialistkompetent studierektor med handledarutbildning finns.
- Tillräckligt många läkare med relevant specialitet och kompetens finns för att alla ST ska få adekvat handledning.
- Tillräckligt många läkare och andra medarbetare med relevant kompetens finns för att instruktioner ska kunna ges.

Allmänna råd

- Studierektorn har relevant specialistkompetens.

Kvalitetsindikator

- Generella skriftliga instruktioner för ST-handledning finns.
- Regelbundna handledarträffar för ST-handledarna finns.
- Skriftlig uppdragsbeskrivning för SR finns.

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 och allmänna råd. Åtgärder krävs.

C Lokaler och utrustning

Lokalerna är gamla, trånga och har underdimensionerad ventilation - detta förhindrar dock inte ST-utbildning. Flytt är planerad till nya lokaler HT 2024. Maskinparken är adekvat, men trängseln försvårar de manuella momenten - fr a utskärning. ST-läkarna har tillgång till funktionella arbetsplatser, och har även sin hemvist kvar när de gör sidotjänstgöring. Bibliotekstjänst är adekvat.

Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Adekvat utrustning för diagnostik, utredning och behandling finns.

Kvalitetsindikator

- ST-läkarna har tillgång till funktionell arbetsplats.
- Tillgång till IT-baserade kliniska beslutsstöd, sökbar vetenskaplig databas, stöd från bibliotek eller FoU-enhet finns.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter 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.

PROCESS

D Tjänstgöringens uppläggnig

Det finns ST-läkare och handledare som känner till och till del använder de skriftliga riktlinjerna som specialistföreningen (SvFP) rekommenderar för uttolkning av målbeskrivningen. Generellt används dock inte dessa och ej heller några andra alternativ. Enstaka organområden har dock tagit fram egna motsvarande dokument. Det individuella utbildningsprogrammet kopplar inte tjänstgöring, aktiviteter och kurser till delmål. IUP är därför inte fullständigt och är inte heller ett levande dokument för ST-läkare och handledare att arbeta med. I samband med ST-kollegium bedömer närvarande om målbeskrivningens delmål är uppfyllda och detta styr fortsatt planering. ST-läkaren är dock inte med i denna planering. Introduktionsprogrammet anger de kliniska placeringarna under de första 2-3 månaderna, men det anges inget om icke kliniska moment som passerkort/nycklar/admin-datorprogramutbildning/sjukhusinfo etc

I efterarbetet till SPUR-granskningen har verksamheten förtydligat hur målbeskrivningen ska uttolkas. Dessutom har en ambitiös ST-App som motsvarar ett IUP tagits fram. Vid införande av dessa åtgärder kan samtliga checklistepunkter nedan anses vara uppfyllda. Detta motsvarar således en handlingsplan och ges därmed omdöme C.

Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Det finns skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg.
- Jourtjänstgöring/beredskap uppfyller kraven i målbeskrivningen.

Föreskrift

- Alla ST-läkare har individuellt utbildningsprogram som utgår från kraven i målbeskrivningen.
- Det individuella utbildningsprogrammet följs regelbundet upp och revideras vid behov i samråd med SR, HL och ST-läkaren.

Allmänna råd

- SR bör utgöra en organisatorisk stödfunktion till verksamhetschef, handledare och ST-läkare.
- SR bör medverka till utarbetning av ST-läkarnas introduktionsprogram.
- SR bör ta del av verksamhetschefens och handledarens bedömning av ST-läkaren.

Kvalitetsindikator

- Alla ST-läkare får introduktion till tjänstgöringen.
- Tillgång till individuella utbildningsprogram och handledning för de leg läkare utan specialistkompetens som arbetar vid enheten med siktet inställt på ST finns.
- Alla ST-läkare har lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter att uppnå målen i mål-beskrivningen oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnicitet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

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 och allmänna råd. Åtgärder krävs.

E Handledning och uppföljning

Samtliga huvudhandledare har handledarutbildning, men handledarsamtal förekommer sparsamt och är inte schemalagda. Huvudhandledare utses sent, oftast tidigast efter 6 månader, och det åligger ST-läkaren att själv ta initiativ att kontakta lämplig specialist. Det föreligger en diskrepans jämfört med ledningens syn där man anger att tiden fram tills att man har en utsedd huvudhandledare täcks av sektionschef. Detta är inte känt av ST-läkarna och man uppfattar inte att det genomförs handledarsamtal. Kliniken har inför HT 2022 tagit fram ett ambitiöst program för intern utbildning, progressionsbedömning, metoder för bedömning av ST-läkarens kompetens etc, men detta är inte implementerat i praktiken än och inte heller känt utanför studierektor och chefsled. Vissa organplaceringar har dock ett väl utarbetat program inkluderande regelbundna bedömningar. Sammantagen kontinuerlig bedömning av ST-läkarens kompetens och utveckling sker med regelbundenhet i form av ST-kollegium, dock endast ca 3 ggr under ST.

I efterarbetet till SPUR-granskningen har verksamheten tagit fram en ST-App som motsvarar ett IUP. Funktionaliteten i denna innebär bl a en transparens gällande bedömningsmetoder, progression och schemaläggning. Vid införande av denna app kan samtliga checklistepunkter nedan anses vara uppfyllda. Detta motsvarar således en handlingsplan och ges därmed omdöme C.

Föreskrift

- Handledningen utgår från det individuella utbildningsprogrammet.
- Det finns en utsedd huvudansvarig handledare för varje ST.
- ST-läkaren har tillgång till handledare under varje utbildningsperiod.
- Fortlöpande bedömning av ST-läkarens kompetensutveckling utifrån målbeskrivningen och utbildningsprogrammet görs under hela ST.
- Kontinuerlig bedömning utförs av verksamhetschef (motsvarande) och huvudsaklig handledare.
- Verksamhetschef (motsvarande) ansvarar för att den kontinuerliga bedömningen dokumenteras.

Allmänna råd

- ST-läkaren bör, utöver handledning, få fortlöpande instruktioner.
- Handledningen är inplanerad i ordinarie tjänstgöringsschema.
- Den huvudansvariga handledaren tjänstgör där ST-läkaren huvudsakligen genomför sin specialiseringstjänstgöring.
- Handledarutbildningen bör omfatta handledning, pedagogik, metoder för bedömning, kommunikation och etik.
- Den fortlöpande bedömningen görs med på förhand kända och överenskomna metoder.
- Påvisade brister i ST-läkarens kompetens leder till en åtgärdsplan.
- Verksamhetschefen eller motsvarande håller regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkarna.

Kvalitetsindikator

- ST-läkarnas sidoutbildning följs upp.
- Varje enhet har en plan för hur ST-läkare som riskerar hamna i svårighet för att uppnå enskilda delmål, sin professionella utveckling generellt eller av personliga skäl, ska kunna hjälpas.

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 och allmänna råd. Åtgärder krävs.

F Teoretisk utbildning

SR samordnar intern och extern utbildning, men i praktiken är utbildningsmöjligheten för den enskilde ST-läkaren till stor del beroende av bemanningsläget. Kliniken tillser att ST-läkaren får de kurser och utbildningsmoment som krävs för måluppfyllelse.

I efterarbetet till SPUR-granskningen har verksamheten tagit fram en ST-App som motsvarar ett IUP. Verksamheten har också förtydligat sitt åtagande kring avsatt tid för självstudier. Samtliga checklistepunkter nedan kan därmed anses vara uppfyllda. Detta motsvarar således en handlingsplan och ges därmed omdöme C.

Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras in i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkarna genomgår den teoretiska utbildning som definieras i det individuella utbildningsprogrammet.

Föreskrift

- SR samordnar ST-läkarnas interna och externa utbildning.

Allmänna råd

- Intern utbildning planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.
- Extern utbildning planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.
- Tid för regelbundna självstudier planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.

Gradering

- A. 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 och allmänna råd. Åtgärder krävs.

G Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete

Medicinsk vetenskap/forskning står högt i kurs på kliniken och flera ST-läkare är forskningsaktiva utöver kraven i målbeskrivningen. Alla ST-läkare erbjuds utbildning i vetenskapsmetodik och målet är att samtliga arbeten ska resultera i minst ett manuskript. Det sker dock ingen fortlöpande bedömning av kompetens i medicinsk vetenskap. Det avsätts inte tid i schemat för kvalitetsarbetet, utan detta förutsätts genomföras parallellt med ordinarie arbetsuppgifter. Arbetet redovisas oftast inte utanför ST-läkargruppen.

I efterarbetet till SPUR-granskningen har verksamheten tagit fram en ST-App som motsvarar ett IUP där man registrerar sina aktiviteter och avsatt tid. Detta innebär ett synliggörande av kvalitetsarbetet. Dessutom har det tagits fram bedömningsmallar för presentation och identifierats möjligheter att bedöma vetenskapligt förhållningssätt. Synliggörandet ger verksamheten en översikt över hur dessa möjligheter fördelas i ST-gruppen. Samtliga checklistepunkter nedan anses kunna uppfyllas vid implementering. Detta motsvarar således en handlingsplan och ges därmed omdöme C.

Föreskrift

- Utbildning erbjuds för att uppnå ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt.
- Goda förutsättningar finns för genomförande av ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.
- ST-läkarnas kompetens i medicinsk vetenskap bedöms fortlöpande och återkoppling sker.
- ST-läkarna ges möjlighet att utveckla kunskap om och kompetens i kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.
- Goda förutsättningar finns för att genomföra, dokumentera och redovisa ett kvalitetsarbete.
- ST-läkarens kompetens i kvalitetsutveckling bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

Kvalitetsindikator

- ST-läkares genomförda individuella arbeten publiceras eller presenteras vid vetenskapliga möten.
- Tillgång till ett välfungerande doktorandprogram finns.
- Enheten har regelbundna möten där medarbetare diskuterar och kritiskt granskar vetenskaplig litteratur.
- Minst ett, på enheten utfört, självständigt forskningsprojekt har publicerats i vetenskaplig tidskrift eller presenterats vid vetenskapligt möte de senaste två åren.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter 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 ges utbildning i ledarskap vid förvaltningen, List1 och List 2. Inför specialistkollegium finns en mall där man värderar ledarskapskompetens. Detta sker ca 3 ggr under ST. Vilka karakteristika som ingår i bedömningen av ledarskapskompetens är oklart. De tillfällen som finns att träna ledarskap nyttjas inte för bedömning, återkoppling och handledning mer än i undantagsfall. Den kommunikativa kompetensen bedöms, återkopplas och handleds inom skriftlig diagnostisk verksamhet. Tillfällen för muntlig kommunikation erbjuds vid undervisning och i mycket liten omfattning vid rond. Vid den senare sker handledning, bedömning och återkoppling, medan det vid undervisning sker i mer varierande grad.

I efterarbetet till SPUR-granskningen har verksamheten tagit fram en ST-App som motsvarar ett IUP där man registrerar sina aktiviteter. Det har tagits fram bedömningsmallar för ledarskap och presentationsteknik och man har också identifierat tillfällen där detta kan tränas och bedömas. Synliggörandet ger verksamheten en översikt över hur dessa möjligheter fördelas i ST-gruppen. Samtliga checklistepunkter nedan anses kunna uppfyllas vid implementering. Detta motsvarar således en handlingsplan och ges därmed omdöme C.

Föreskrift

- ST-läkaren ges förutsättningar att utveckla ledarskapskompetens i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i ledarskapskompetens.
- ST-läkarens kompetens i ledarskap bedöms fortlöpande och med återkoppling.
- ST-läkaren ges förutsättningar att utveckla den kommunikativa kompetensen såväl muntligt som skriftligt i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.
- ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms och återkoppling sker.

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 inom- eller mellanprofessionell reflektion i grupp.

Gradering

- A. 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 och allmänna råd. Åtgärder krävs.

221220 Göteborg

I direkt anslutning till SPUR-granskningen av verksamhetsområde Patologi vid siterna Karolinska Solna, Karolinska Huddinge, Danderyd och Södersjukhuset har ett flertal åtgärder och förändringar initierats. Dessa har kommunicerats med SPUR-inspektörerna innan rapportskrivningen färdigställts. Sammantaget är dessa initiativ att se som en godkänd handlingsplan. Detta kommenteras mer i detalj i rapporterna.

Lena Mölne och Mattias Bjarnegård