



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

S:t Görans sjukhus

Klinik

Onkologi

Specialitet

2022-12-12 – 2022-12-13

Datum

Stockholm

Ort

Martin Erlanson och Lotta Lundgren

Inspektörer

Styrkor

- Närvarande chef med specialistkompetens i onkologi. Deltar aktivt i det kliniska arbetet.
- God stämning och gott arbetsklimat.
- Mycket engagerad studierektor
- ST läkarna deltar aktivt och regelbundet i MDK
- Tätt samarbete med kirurgiska kollegor
- God bemanning av specialistkompetenta kollegor möjliggör god tillgång till klinisk handledning

Svagheter

- Begränsat antal diagnoser på S:t Göran
- Sidoutbildningen genomförs i huvudsak på NKS och möjligheten att påverka dess upplägg är begränsad.
- STläkarna saknar tillfällen att praktisera egen handledning av studenter mm samt träna färdigheter i kommunikation och ledarskap
- Det saknas gemensamma principer för den professionella handledningens utförande och utvärdering
- Skriftliga riktlinjer hur målbeskrivningar skall uppfyllas i deltjänstgöringarna är inte fullständigt utfört.

Förbättringspotential

- Stärka samarbetet med NKS avseende ST läkarnas sidoutbildning
- Upprätta handlingsplan för vetenskapligt arbete samt underlätta möjligheterna till doktorandprojekt
- Schemalägga handledning fortlöpande
- Upprätta möten mellan de kliniska handledarna i syfte att få samsyn för utvärdering avseende progression samt bedömning av kommunikation och ledarskap
- Planera utbildningsmomenten så att man varvar placering på S:t Göran och NKS
- Utveckla skriftliga riktlinjer vad varje utbildningsavsnitt skall innehålla och hur det skall följas upp.

STRUKTUR

A Verksamheten

Tjänstgöringen är begränsad på S:t Göran då man inte behandlar alla cancerformer. Detta kompenseras väl med sidotjänstgöring på Nya Karolinska Sjukhuset, Södersjukhuset och NKS Huddinge. Skriftliga dokument finns för hur utbildningen skall genomföras och utvärderas. Däremot saknas beskrivning vilka mål som skall uppfyllas vid varje tjänstgöringsavsnitt. Detta är viktigt att formulera då stor del av utbildningen sker på annan klinik.

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

Handledare och studierektor har rätt kompetens. Tillgången på specialistkompetenta läkare är god. Stämningen mellan läkare och övrig personal på kliniken är god och gott samarbete finns på inom kliniken och med övrig verksamhet på sjukhuset.

Verksamhetschefen är mycket engagerad och tillgänglig och finns alltid i närheten. Det som brister är relevant kompetens i alla delar av onkologin, men detta är naturligt då S:t Göran inte handlägger alla cancerdiagnoser.

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

Ändamålsenliga lokaler för patientarbete och för ST utbildning finns, men få undersökningsrum. En fördel är den geografiska närheten till kirurgin. Nackdel är att lokalerna var delvis utspridda.

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 uppläggning

Tjänstgöringen är i grunden väl upplagd. Däremot saknas det en långsiktig planering. Det var olika meningar rörande uppläggningsplaneringen mellan tjänstgöringen på S:t Görans och NKS, dvs om man skulle göra det i i var sitt block eller göra en uppdelning och varva utbildningen mellan de två sjukhusen. Det som saknas är en individuell plan rörande tjänstgöringens innehåll, dvs tydligare delmål enligt utbildningsplanen. Samtidigt tydliggöra skillnaden mellan tjänstgöringsplan och utbildningsplan enligt riktlinje från S:t Görans.

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

Den kliniska handledning är mycket god med god tillgänglighet till specialister, men den professionella handledningen med huvudhandledare har brister, då man vanligen inte har handledarträffar regelbundet och på arbetstid.

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

Den teoretiska utbildningen är god av hög kvalitet. Utbildningen är tillsammans med NKS och Södersjukhuset. Det finns mycket goda möjligheter att åka på kurser. Läkarna har tid för självstudier i deras administrativa schematid. Det som saknas är att detta skall framgå i den individuella utbildningsplanen.

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

Det finns gott om disputerade läkare på S:t Görans. De vetenskapliga arbetena som ST-läkare gör presenteras på kliniken men sällan presenteras de externt. Arbete pågår att ytterligare stödja det vetenskapliga arbetet i ST-utbildningen med externa medel. Det saknas struktur kring kvalitetsarbete så valet och genomförandet av arbetena kommer från ST-läkaren. Man upplever från den gruppen otillräcklig återkoppling kvalitetsarbete.

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

H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

Ledarskapskurser finns men ledarskapsutbildning och handledning är otillräcklig i det kliniska dagliga arbetet. Detta beroende på begränsade möjligheter och att kliniken är ung och rutiner av ledarskaps- och kommunikationsutbildning har inte utvecklats ännu.

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 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.

Handlingsplan för förbättringsåtgärder åtgärdade efter SPUR granskning av onkologen S:t Görans sjukhus

E Handledning och uppföljning. Gradering C enligt inspektionen

Angivet av inspektörer som kommentar att ” den professionella handledningen med huvudhandledare har brister, då man vanligen inte har handledarträffar regelbundet och på arbetstid.

Kommentar: I nuläget bedöms det finnas utrymme under administrationstiden för både ST-läkaren och handledaren att planera handledningen i schemat gemensamt och boka in det i schemat. Vid eventuellt ökad klinisk belastning är båda parter informerade om att återkoppla till ST-studierektor eller onkologschef för att skapa utrymme för handledarsamtal.

H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens. Gradering D enligt inspektionen

Åtgärder:

På varje mottagningsplacering, längd motsvarande ca 4 månader, skall ST genomföra 3 sits-in fördelat över placeringstiden, med direkt återkoppling av sits- in av ansvarig medsittande specialist. Återkoppling görs av medicinsk kompetens samt den kommunikativa kompetensen och ledarskapskompetensen där dessa kompetenser är specificerade för utvärdering i bedömningsmallen vid sits-in.

Vi har också förtydligat för våra handledare vikten av återkoppling och utveckling av kommunikativ- och ledarskapskompetens samt detta tas också upp och betonas vid handledarträffarna.

Under avdelningsplaceringen skall ST-läkaren leda rondan. Placeringen är vanligen i 2-3 månaders perioder åt gången. ST läkaren har ett eget dokument motsvarande ”sits-in” som används för dokumentation och utvärdering av rondarbetet där utvärdering av både den kommunikativa kompetensen och ledarskapskompetensen bedöms. På avdelningen betonas vikten av bedömning ledarskapskompetens i samarbetet med övriga yrkesgrupper.

Våra ST-läkare deltar ofta och regelbundet i MDK där de ansvarar för att redogöra sina patienter. Återkoppling sker vid schemalagda, regelbundna, veckovisa kliniska avstämningar med specialist.

Vi har förbättrat uppföljningen och bedömningen av den skriftliga kompetensen.

Under varje mottagningsplacering ska ST-läkaren gå igenom utvald journaldokumentation i samband med den veckovisa schemalagda avstämningen med specialist

Resultaten från sits-in på mottagningen samt från avdelningsplaceringen går igenom vid ST-läkarens regelbundna handledarträffar månatligen, samt vid ST-kollegiet.

ST-kollegiet hålls totalt 3 gånger under ST-läkarens ST-tid. För båda handledarsamtalen och ST-kollegiet finns stöddokument som specificerar bedömning av den kommunikativa- och ledarskapskompetensen.

Alla ST-läkare skall ansvara för redovisning av vetenskaplig artikel på journal club 1 gång per år.
Återkoppling av ansvarig specialist efter redovisningen.
ST-kollegiet följer upp att ST-läkare genomfört redovisning.

Vi har genomfört att våra ST-läkare regelbundet föreläser för sjukhusets AT-läkare 2 gånger per termin inom ämnen som till exempel smärtbehandling, akut onkologi och brytpunktssamtal. Det närvarar en onkologspecialist vid föreläsningarna för att kunna ge återkoppling efteråt.

ST-läkarna erbjuds nu vara handledare för AT-läkarna på sjukhuset vilket kommer påbörjas praktiskt första gången under hösten 2023. Inför det erbjuds ST-läkaren att gå separat handledarkurs.

Undervisa under handledning samt handleda under handledning

ST-läkare som arbetar på kliniken är nu mentorer till nya vikarierande eventuellt blivande ST-läkare som börjar på kliniken. Uppdraget avser såväl kliniska som praktiska frågor för en ny läkare på kliniken. Detta görs med regelbunden avstämning mellan den vana ST-läkaren och specialist som på så sätt handleder den vana ST-läkaren i mentorskapet.