EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Gävle sjukhus
Klinik

Palliativ medicin
Specialitet

2023-11-20 – 2023-11-24
Datum

Gävle
Ort

Eva-Lena Arlehamn och Per Fürst
Inspektörer

SOSFS 2015:8
Föreskrift

LÄKARNAS INSTITUT FÖR PROFESSIONELL UTVECKLING I VÅRDEN

Styrkor

- En engagerad klinik med vänlig stämning, gott och generöst utbildningsklimat
- Allsidig verksamhet med avdelningsplatser, hemsjukvård och viss konsultfunktion
- Engagerad och kompetent studierektor
- Välstrukturerat dokumentstöd för ST-utbildningen i palliativ medicin
- ST-läkare har erfarna handledare som är specialister i palliativ medicin
- ST-läkarna deltar i beredskapsjour
- Det finns möjlighet att delta i regelbundna reflektionsmöten
- Det finns goda för utsättningar för vetenskapligt arbete
- Ändamålsenliga lokaler, utrustning och tillgång till vetenskapliga databaser

Svagheter

- Verksamheten kan ej ge erfarenhet av dygnet-runt-verksamhet
- ST-läkarna och huvudhandledarna arbetar inte på samma enheter
- Periodvis för få specialister i tjänst för klinisk handledning, främst på en av enheterna
- Aktiviteterna i de individuella utbildningsprogrammen är ej tydligt kopplade till målen i Socialstyrelsen målbeskrivning
- Bedömningarna av ST-läkarnas kompetens utförs, men inte regelbundet och strukturerat
- Det saknas strukturerad återkoppling av ST-läkarnas kompetens i ledarskap, kommunikation, undervisning och handledning

Förbättringspotential

- Erfarenhet av dygnet-runt-verksamhet bör kunna tillgodoses genom sidoutbildning på annan enhet som bedriver detta
- Sträva efter att ST-läkaren och huvudhandledaren tjänstgör på det tjänstgöringsställe där ST-läkaren genomför sin huvudsakliga specialisttjänstgöring
- Sträva efter ett formaliserat bakjoursuppdrag, i framtiden spritt på fler specialister
- Önskvärt med fler specialistläkare i palliativ medicin i verksamheten
- Tydligare koppla det individuella utvecklingsprogrammets aktiviteter, inklusive bedömningsmetoder, till målen i Socialstyrelsens målbeskrivning för specialiteten
- För att uppnå bättre struktur för kompetensbedömningarna rekommenderas att fullfölja planen på schemalagda bedömningstillfällen
- För att ST-läkarna ska kunna kritiskt granska, värdera och tillämpa medicinsk vetenskaplig information rekommenderas införande av regelbunden aktivitet, exempelvis journal club
- Sträva efter att ST-läkarna fortlöpande ansvarar för någon form av kvalitetsarbete
- Införa regelbunden och strukturerad återkoppling av ST-läkarens kompetens i ledarskap, kommunikation, undervisning och handledning
- Eftersom de lokala vårdenhetscheferna har ett delegerat utbildningsansvar, rekommenderas att de deltar i specialistkollegium.

STRUKTUR

A Verksamheten

Den specialiserade palliativa vården i Region Gävleborg bedrivs av Palliativa teamet som omfattar fyra multiprofessionella team i orterna Bollnäs, Söderhamn, Hudiksvall och Gävle. Det palliativa teamet tillhör verksamhetsområde onkologi och har vårdansvar för boende i Gästrikland och Hälsingland. Upptagningsområdet omfattar ca 288 000 invånare. Palliativa teamet ansvarar för vuxna patienter med behov av specialiserad palliativ vård, ca 80% har cancerdiagnos. Det finns också ett samarbete med barnkliniken i regionen, som ansvarar för den palliativa vården av barn, där Palliativa teamet fungerar som konsult. Palliativa teamet består av läkare och sjuksköterskor och har tillgång till kurator, dietist och präst eller motsvarande. Behovet av fysioterapeut och arbetsterapeut tillgodoses via kommunen.

Palliativa teamet arbetar vardagar under kontorstid och samarbetar med kommunernas sjuksköterskor i hemsjukvården, som är tillgängliga dygnet runt. Helgtid har en av Palliativa teamets läkare beredskap per telefon mellan klockan 9 och 15. Övrig tid finns primärvårdens bakjour alternativt sjukhusjour att tillgå via växeln. ST-tjänstgöringens allsidighet tillgodoses också med sidoutbildning i annan verksamhet. Palliativa teamet har fem palliativa vårdplatser på onkologavdelningen i Gävle som läkare i Palliativa teamet i Gävle ansvarar för. Teamen finns tillgängliga för konsultation och rådgivning.

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

- [x] 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

Läkarbemanningen i Palliativa teamet omfattar sju läkare utspridda på de fyra enheterna. En är specialist i palliativ medicin, fyra är specialister i andra specialiteter (allmänmedicin, onkologi, kirurgi, internmedicin och öron-näsa-hals). Det finns två ST-läkare, båda specialister i allmänmedicin. Tjänstgöringsgrad 70-100%. En specialist i palliativ medicin, som arbetat många år i teamet, bytte för en dryg månad sedan arbetsplats till annan region, men har fortfarande kvar uppdraget som huvudhandledare till den ena ST-läkaren. Under 2023 har tre nya läkare rekryterats och en en läkartjänst är nu vakant. På en av enheterna där ST-läkare utbildas saknas för närvarande specialist i palliativ medicin på plats. Inom ett år beräknas båda ST-läkarna vara färdiga specialister i palliativ medicin.

Föreskrift

- [x] Den huvudansvariga handledaren har ett bevis om specialistkompetens i avsedd specialitet.
- [x] Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.
- [x] Övriga handledare är legitimerade läkare med relevant specialistkompetens.
- [x] Det finns tillgång till specialistkompetent studierektor, som har genomgått handledarutbildning.
- [x] Det finns tillgång till handledare i en omfattning som motsvarar behovet av handledning.
- [x] Det finns tillgång till medarbetare som kan ge nödvändiga instruktioner.

Allmänna råd

- [x] Studierektor har relevant specialistkompetens.

Kvalitetsindikator

- [x] Det finns generella skriftliga instruktioner för hur handledningen av ST-läkare ska gå till.
- [x] Handledarna ges minst en gång per år möjlighet till utbildning/uppdatering/kompetensutveckling inom området.
- [x] 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

Båda ST-läkarna delar arbetsrum med andra läkare. Man har tillgång till funktionell arbetsplats med egen dator och mobiltelefon. Bra tillgång till utrustning för diagnostik, utredning och behandling, t ex ultraljudsapparat för bruk i patienternas hem. Tillräckligt antal arbetsbilar finns. Det finns begränsade möjligheter till ostörda samtal med patienter och närstående på enheten i Gävle. Möjlighet finns till digitala möten och utbildningar. Det finns tillgång till sjukhusets bibliotekstjänst med vetenskapliga databaser.

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:

- [x] Utrustning för diagnostik, utredning och behandling är adekvat.
- [x] Utrustning för mottagningsverksamhet, möten och behandlingskonferens på distans är adekvat.

Kvalitetsindikator

- [x] ST-läkarna har tillgång till funktionell arbetsplats.
- [x] 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

Introduktionsprogram finns och tillämpas. Skriftliga individuella utbildningsprogram för ST-läkarna finns och programvaran ST-Forum används för planeringen. I utbildningsprogrammet saknas tydlig koppling mellan planerade utbildningsaktiviteter och målen i Socialstyrelsens målbeskrivning. Kopplingar mellan relevanta kurser och mål finns dock angivna i interna dokumentet "ST i palliativ medicin enligt SOSFS 2015-3" och man refererar till SFPMs Svensk läroplan i palliativ medicin. Det finns goda förutsättningar för att delta i interna och externa utbildningar, inklusive Svenska kursen i palliativ medicin (C-kursen).

De individuella utbildningsprogrammen ses över och revideras två gånger per år. Av nuvarande ST-läkare är en på sidoutbildning på onkologen just nu. Den ST-läkaren har ytterligare en sidoutbildning planerad, där också erfarenhet av dygnet-runt-verksamhet med jourtjänstgöring erhålls. Tid för självstudier ca två tim per vecka planeras av ST-läkarna själva och schemaläggs löpande. ST-läkarna deltar självständigt i konsultverksamhet, främst gentemot andra verksamheter, med tillgång till handledning vid behov. Beredskapsjour per telefon ingår med ca en helgdag per månad (kl 09-15) och för ST-läkare finns erfaren specialistläkare finns att tillgå vid behov, efter särskild överenskommelse.

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

- [x] Verksamhetschefen på det tjänstgöringsställe där en ST-läkare genomför sin huvudsakliga tjänstgöring har det övergripande ansvaret för ST-läkarens ST-utbildning.
- [x] 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.
- [x] Varje ST-läkare har ett utbildningsprogram som utgår från målbeskrivningen och som omfattar de utbildningsaktiviteter som behövs för att uppfylla kompetenskraven i målbeskrivningen.
- [x] Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.
- [x] Studierektorn samordnar ST-läkarnas interna och externa utbildningsaktiviteter.

Allmänna råd

- [x] Studierektorn är en organisatorisk stödfunktion till verksamhetschef, handledare och ST-läkare.
- [x] I studierektorns arbetsuppgifter ingår att ansvara för att utarbeta introduktionsprogram för ST-läkarna.
- [x] Studierektorn tar del av kompetensbedömningarna.

Kvalitetsindikator

- [x] Alla ST-läkare får introduktion till tjänstgöringen.
- [x] 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

Det finns en huvudansvarig handledare för varje ST-läkare. Alla handledare är specialister i palliativ medicin och har aktuell handledarutbildning. Handledning planeras löpande i kalendern med 60 minuter ungefär var annan vecka. Handledningen utgår bland annat från utbildningsprogrammet och målbeskrivningen för specialiteten. ST-läkarna dokumenterar handledningen.

Det finns rutiner för regelbundna kompetensbedömningar av ST-läkarna som planeras till cirka fyra gånger per år. Detta har nyligen börjat tillämpas. De bedömningsverktyg som används är framför allt medsittning (Sit-ins/Mini-CEX), CBD, DOPS, 360-graders och specialistkollegium. De stora geografiska avstånden mellan enheterna där ST-läkare och handledare tjänstgör innebär en praktisk utmaning för att utföra bedömningarna. Framöver, med hjälp av schemalagda tillfällen för bedömningar där ST-läkare och handledare träffas kan detta komma att förbättras. En av ST-läkarna saknar specialistläkare i palliativ medicin på sin enhet, men det har dock funnits fram till för en dryg månad sedan. Specialistkollegium genomförs en gång per år.

De lokala verksamhetsenhetscheferna har fått delegerat utbildningsansvar för ST-läkarna och håller därför årliga medarbetarsamtal med ST-läkarna.

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

- [x] ST-läkaren bör, utöver handledning, få fortlöpande instruktioner, samt återkoppling från de som har gett instruktionerna.
- [x] Handledningen är inplanerad i den ordinarie tjänstgöringen för huvudansvarig handledare och ST-läkare.
- [x] 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.
- [x] Varje handledare har genomgått handledarutbildning som tillgodoser kraven enligt föreskriften.
- [x] 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.
- [x] Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.
- [x] 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

Skriftliga individuella utbildningsprogram för ST-läkarna finns. I programmen saknas tydlig koppling mellan planerade utbildningsaktiviteter och målen i Socialstyrelsens målbeskrivning. Kopplingar mellan relevanta kurser och mål finns dock angivna i interna dokumentet "ST i palliativ medicin enligt SOSFS 2015-3" och man refererar till SFPMs Svensk läroplan i palliativ medicin.

Alla ST-läkare går den nationella Svenska kursen i palliativ medicin (C-kursen). Obligatoriska kurser och övriga externa utbildningar är inplanerade i ST-läkarnas individuella utbildningsprogram. Det finns också strukturerad klinikbunden och regional utbildning för ST-läkarna. Tid för självstudier i samband med kurs erbjuds. Regelbunden tid för självstudier ca två tim per vecka planeras av ST-läkarna själva och schemaläggs löpande.

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:

- [x] Teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras in i enlighet med målbeskrivningen och individuella utbildningsprogrammet.
- [x] ST-läkarna genomgår den utbildning som planerats i enlighet med målbeskrivningen och det individuella utbildningsprogrammet.

Allmänna råd

- [x] Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerade interna utbildningsaktiviteter.
- [x] Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerade externa utbildningsaktiviteter.
- [x] 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

Om det är nödvändigt, beroende på om ST-läkaren tidigare har gjort vetenskapligt arbete eller ej, erbjuds möjlighet att genomföra detta under vetenskapligt kompetent handledning, inklusive kurs i vetenskapsmetodik. För det vetenskapliga arbetet ges ca tio veckors avsatt arbetstid. Däremot saknas delvis ett strukturerat arbete med att kontinuerligt koppla relevant vetenskaplig information till klinisk vardag. Det finns tillgång till databas med vetenskaplig information via bibliotekstjänst.

Båda ST-läkarna deltar vid årlig patientsäkerhetsrond och deltar regelbundet i diskussioner kring avvikelserapporter vid arbetsplatsträffar. Båda ST-läkarna har genomfört kvalitetsprojekt i tidigare specialistutbildning. För ST-läkarna saknas strukturerat arbete med att kontinuerligt koppla klinisk vardag till kvalitetsarbete och patientsäkerhetsarbete.

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

- [x] ST-läkarens kompetens inom medicinsk vetenskap bedöms utifrån kunskap kring vetenskapliga metoder och forskningsetiska principer.
- [x] 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.
- [x] Utbildning erbjuds för att uppnå ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt.
- [x] Det finns goda förutsättningar för genomförande av ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.
- [x] 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.
- [x] 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

ST-läkarna leder teamronder både i hemsjukvården och i slutenvården. Vid enstaka tillfällen har huvudhandledare bedömt bland annat ledarskaps- och kommunikativ kompetens. Strukturerad återkoppling i ledarskaps- och kommunikativ kompetens förekommer, bland annat med medsittning, 360-gradersbedömning och specialistkollegium. Återkoppling av ledarskaps- och kommunikativ kompetens sker sporadiskt, men utan övergripande struktur.

ST-läkarna deltar i handledning av ST-, AT- och BT-läkare. Återkoppling på handledning sker inte strukturerat.

ST-läkarna deltar i såväl intern som extern undervisning. Återkoppling av pedagogisk kompetens förekommer, men sker sporadiskt och inte strukturerat.

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

- [x] 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.
- [x] ST-läkaren genomgår utbildning i hälso- och sjukvårdens förutsättningar i enlighet med målbeskrivning.
- [x] ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.
- [ ] ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.
- [x] ST-läkaren bereds möjlighet att planera och genomföra undervisning.
- [ ] ST-läkarens kompetens i undervisning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.
- [x] ST-läkaren bereds möjlighet att handleda medarbetare och studenter.
- [ ] ST-läkarens kompetens i handledning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.

Allmänna råd

- [x] ST-läkaren bereds möjlighet att undervisa under handledning.
- [ ] ST-läkaren bereds möjlighet att själv handleda under handledning.
- [x] ST-läkaren bereds möjlighet att delta i reflektion i grupp i enlighet med målbeskrivningen.

Kvalitetsindikatorer

- [x] 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.

G. Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

ST-läkaren deltar i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i sådan utsträckning att förutsättningar för delmåluppfyllelse föreligger.

Planerad åtgärd

VEC ansvarar för att verksamheten har ett systematiskt och fortlöpande kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, som har betydelse för verksamhetens utveckling. ST-läkaren ska tillsammans med övriga kollegor aktivt delta i detta kontinuerliga kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. ST-läkaren skall delta i intern ST-utbildning en gång per månad (60 min) tillsammans med onkologklinikens ST-läkare i form av Journal Club, där ST-läkaren tränar sig att kritiskt granska vetenskaplig litteratur. ST-läkaren skall aktivt delta i avvikelserapporteringsarbetet på kliniken. Avvikelserapporter diskuteras gemensamt i samband med APT en gång per månad. ST-läkaren skall genomgå följande utbildningar: - Socialstyrelsens digitala kurs ”Säker vård”. - Regionens interna digitala utbildningar ”Avvikelserapportering”, ”Säker journalhantering”, ”Läkemedelsgenomgångar”, ”GDPR/Dataskyddsförordningen”, ”Informationssäkerhet” och "Vårdhygienkurs" . - ST-läkare som går enligt SOSFS 2015:8 ska gå Regionens b-kurs ”Grundläggande forskningsmetodik”. ST-läkare (som går enligt HSLF-FS 2021:8) rekommenderas att gå Regionens kurs ”Grundläggande forskningsmetodik”.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2024-05-01

Ansvarig för genomförandet

VC Johanna Ågren samt VEC Katarina Hedström

Datum för uppföljning

2024-10-01

Ansvarig för uppföljningen

VEC Katarina Hedström samt Studierektor Carola Nilsson

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

ST-läkarens medicinska ledarskap och förmåga till multiprofessionellt samarbete skall bedömas dagligen (av handledare eller vederbörande ersättare) vid teamarbetet inom det konsultativa palliativa teamet, i samband med avdelningsarbete (rond), i samarbetet med kommunens hemsjukvård, vid konsultativa uppdrag på sjukhusets olika kliniker, vid MDK samt vid sidotjänstgöring. Återkoppling skall ske via handledare (eller vederbörande ersättare) direkt eller i samband med kommande regelbundet schemalagda handledningstillfälle, efter utvärderingar med bedömningsinstrument (Mini-Cex, Konsultationsbedömning och bedömning med 360-grader som sker schemalagt vecka 15 resp vecka 42, då ST-läkaren dubbelbokas tillsammans med sin handledare för bedömningar) samt efter Specialistkollegium.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2024-05-01

Ansvarig för genomförandet

VC Johanna Ågren samt VEC Katarina Hedström

Datum för uppföljning

2024-10-01

Ansvarig för uppföljningen

VEC Katarina Hedström samt Studierektor Carola Nilsson

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

Planerad åtgärd
ST-läkarens kommunikativa förmåga (såväl med patienter, anhöriga, kollegor m fl) skall bedömas dagligen (av handledare eller vederbörande ersättare) i det gemensamma arbetet på palliativa teamet inkl konsultverksamhet, på avdelningen, under sidotjänstgöring liksom i samband med utvärderingar med bedömningsinstrument (Mini-Cex, DOPS, Konsultationsbedömning och bedömning med 360-grader som sker schemalagt vecka 15 resp vecka 42, då ST-läkaren dubbelbokas tillsammans med sin handledare för bedömningar). Återkoppling skall ske löpande i samband med bedömningarna eller vid kommande regelbundet schemalagda handledningstillfälle samt efter Specialistkollegium.

Datum när åtgärden ska vara genomförd
2024-05-01

Ansvarig för genomförandet
VC Johanna Ågren samt VEC Katarina Hedström

Datum för uppföljning
2024-10-01

Ansvarig för uppföljningen
VEC Katarina Hedström samt studierektor Carola Nilsson

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd
ST-läkaren skall aktivt delta i Palliativa teamets interna och externa utbildning, vilket innebär att ST-läkaren själv skall planera för och genomföra densamma vid upprepade tillfällen under sin ST-tjänstgöring. Handledaren (eller vederbörande ersättare) skall närvara vid undervisningen och bedöma ST-läkarens kompetens i att undervisa samt ge återkoppling i direkt anslutning till undervisningstillfället eller vid kommande regelbundet schemalagda handledningstillfälle, efter bedömning med 360-grader och Specialistkollegium.

Datum när åtgärden ska vara genomförd
2024-05-01

Ansvarig för genomförandet
VC Johanna Ågren samt VEC Katarina Hedström

Datum för uppföljning
2024-10-01

Ansvarig för uppföljningen
VEC Katarina Hedström samt studierektor Carola Nilsson

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

ST-läkaren skall aktivt delta med att själv handleda AT- respektive BT-läkare, läkar- och sjuksköterskestudenter samt sidotjänstgörande ST-läkare. Handledningen sker på Palliativa teamet, på avdelningen samt i rollen som palliativa teamets konsultläkare. ST-läkarens förmåga att handleda skall följas upp av handledaren (eller vederbörande ersättare) och återkoppling skall ske direkt eller vid kommande regelbundet schemalagda handledningstillfälle, efter bedömning med 360-grader samt Specialistkollegium.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2024-05-01

Ansvarig för genomförandet

VC Johanna Ågren samt VEC Katarina Hedström

Datum för uppföljning

2024-10-01

Ansvarig för uppföljningen

VEC Katarina Hedström samt studierektor Carola Nilsson