



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Aleris Palliativa verksamhetsområde Syd
Klinik

Palliativ medicin
Specialitet

2023-11-14
Datum

Handen
Ort

Marie Svahn och Åsa Dahlström Johansson
Inspektörer

SOSFS 2015:8
Föreskrift

Styrkor

- Engagerad klinik med positiv och vänlig stämning, gott utbildningsklimat.
- Verksamheten har en väl utbyggd ASIH och slutenvårdsverksamhet.
- Engagerad och kunnig studierektor
- Välformulerade styrande dokument för ST-utbildningen, tillgängliga för alla läkare digitalt. Alla ST-läkare har detaljerade utbildningsprogram.
- Omfattande välstrukturerad internutbildning
- ST-läkarna mycket involverade i klinikens löpande arbete vad gäller kvalitet och fortbildning.

Svagheter

- Få specialister i palliativ medicin medför att man inte kan erbjuda ST-tjänster /utbildningsprogram i den omfattning som hade behövts. Flera läkare har arbetat många år utan att ha handledare vilket gör att tjänstgöringstiden inte kan inkluderas i ST-utbildningen.
- ST-läkarna tjänstgör oftast som ensam läkare i teamet vilket gör att det är begränsade möjligheter för klinisk handledning och instruktioner.
- Sparsamt användade av bedömningsinstrument och endast en typ av instrument har använts.
- ST-kollegium har aldrig genomförts.
- En nackdel är att en person har flera positioner: studierektor, handledare och läkarchef.

Förbättringspotential

- Öka antalet ST-tjänster så att all redan anställda specialistläkare samt nyanställda erbjuds individuellt utbildningsprogram med sikte på specialistkompetens i palliativ medicin.
- Kan under övergångsperiod en handledare ansvara för två ST?
- Utöka användning av bedömningsinstrument och införa specialistkollegium
- Förbättra möjligheter till klinisk handledning på plats genom mindre ensamarbete.

STRUKTUR

A Verksamheten

Aleris Palliativa verksamhetsområde Syd består av - ASIH (Avancerad sjukvård i hemmet) 9 team med ca 50 patienter inskrivna /team. - SPSV (Specialiserad palliativ slutenvård) ; vårdavdelning med 24 vårdplatser på Handens sjukhus. Verksamheten leds av verksamhetschef och två biträdande verksamhetschefer. I ledningsgrupp finns också medicinskt ansvarig läkare. Verksamheten har regionuppdrag och får remisser från sjukhus och primärvård.

Här vårdas patienter med olika allvarliga sjukdomar, tex tumörsjukdom, hjärtsvikt, KOL och neurologiska sjukdomar. Ca 30 % av patienterna i öppenvård är inte i ett palliativt sjukdomsskede, utan kurativa patienter man har anslutna under en period under ex en behandlingsperiod. Ca 70 % av patienterna är i ett palliativt sjukdomsskede, både tidig och sen fas. I slutenvården är alla patienter i ett palliativt sjukdomsskede.

Man arbetar i multiprofessionella team bestående av läkare, sjuksköterska, undersköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, kurator, dietist och lymftherapeut.

ASIH ger vård i hemmet dygnet runt alla dagar i veckan. Konsultverksamhet finns för telefonrådgivning till andra vårdgivare. Konsultuppdrag formaliserat mot SÄBO. ST-läkarna är involverade i konsultverksamheten. Till slutenvården kan man komma antingen från hemmet eller från andra slutenvårdsenheter. Medelvårdtid är ca 18 dagar.

Jourarbete: Jour finns kvällen, nätter, helger med ansvar för slutenvård och ASIH. Jour i hemmet med inställetid 2 timmar.

Utförliga styrande dokument hur ST-utbildning planeras och följs upp finns.

-

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

Läkarbemanningen innefattar 12 personer varav 2 specialister i palliativ medicin, 2 ST-läkare, 8 läkare med annan specialitet samt varierande antal underläkare. En läkare är disputerad. Aktivt rekryteringsarbete pågår och man har 5 nya läkare som påbörjar tjänst i närtid. En och samma person är studierektor, läkarchef, medicinskt ansvarig läkare och handledare. Läkarnas grundspecialiteter är geriatrik, allmänmedicin, internmedicin, njurmedicin. Periodvis finns ST-läkare från andra specialiteter som kommer för sidotjänstgöring. Via regionövergripande studierektorer finns regelbunden utbildning/kompetensutveckling för handledare. Då det i nuläget endast finns 2 specialister i palliativ medicin som kan vara huvudhandledare har man inte kunnat initiera fler ST-tjänster/erbjuda utbildningsprogram till redan anställda läkare. Läkararbetet är till stor del ensamarbete då det i nuläget finns en ansvarig läkare/team som periodvis har hjälp av underläkare. ST-läkaren har tillgång till telefonkonsultation med erfaren kollega men möjlighet till gemensamma bedömningar, sit-in är mycket begränsade. Inför våren 2024 finns planer att det i varje team skall finnas 2 ansvariga läkare vilket kommer att öka möjligheterna till kollegialt stöd och handledning.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan för åtgärder. 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

Samtliga ST-läkare har tillgång till funktionell arbetsplats med egen dator och egen mobiltelefon. Tillräckligt antal arbetsbilar finns. Det finns möjlighet att ostört delta i digitala möten och utbildningar samt ha ostörda patient/anhörigsamtal. Det finns tillgång till IT-baserade kliniska beslutsstöd och sökbar vetenskaplig databas tillgänglig för alla medarbetare. FoU-enhet finns ej. Ultraljudsapparat för laparocenteser finns och utrustning för anläggande av Picc-line på enheten. Radiologi finns på Handens sjukhus.

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

Utförliga styrande dokument hur ST-utbildning planeras och följs upp finns. Mycket bra introduktionsprogram med både skriftlig information/checklista, muntlig information och strukturerad introduktion på de olika enheterna. ST-kontrakt och skriftligt individuellt utbildningsprogram finns för alla ST-läkare. Man utgår från SoS målbeskrivning och refererar till SFPM:s läroplan och rekommendationer för utbildningsplan. Man har aktivt arbetat med de individuella utbildningsprogrammen och dokumenterar genomförda utbildningsmoment, uppföljning och bedömning. Båda ST-läkarna har slutfört Svenska specialistkursen i palliativ medicin. ST-läkaren tjänstgör ca 6 månader på vårdavdelning och resterande tid inom ASIH samt sidotjänstgöring. ST-läkaren redovisar på läkarmöte efter kurser. Läkarmöten/ internutbildning en eftermiddag i veckan med varierande teman och tid för diskussioner med aktivt deltagande av ST-läkarna. Inläsningstid 1 dag/ månad. Beredskapsjour ingår för ST-läkare och man har namngiven bakjour första månaderna. Rutiner för utvärdering av ST-läkares kompetens finns.

Sidotjänstgöring på relevanta kliniker ex onkologi och hematologi finns inplanerat i individuellt utbildningsprogram, ca 3 månader.

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

Det finns en huvudansvarig handledare för varje ST-läkare. Alla handledare har handledarutbildning.

Handledarssamtal 1 gång / månad, inlagt i övergripande schema.

Regionalt samarbete via regionala studierektorer med gemensamma utbildningar, etiskt forum mm. Varje handledartillfälle dokumenteras av ST-läkaren. Av bedömningsverktyg har använts CBD . Specialistkollegium har inte förekommit.

Årligt medarbetarsamtal med medicinskt ledningsansvarig läkare.

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 sidutbildning 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

ST läkaren har avsatt tid för självstudier 1 dag/månad. Obligatoriska kurser planeras in utifrån individuella utbildningsprogram. Läkarmöten en eftermiddag / vecka där samtliga läkare deltar. Ambitiöst upplägg med medicinska fokusmånader med internernutbildning utifrån olika teman riktande sig både till läkargruppen enskilt och till respektive team. Här undervisar ofta ST-läkaren. Båda ST-läkarna har gått Svenska specialistkursen i palliativ medicin. I övrigt erbjuds möjlighet att delta i andra kurser/konferenser både regionalt och nationellt som är relevanta för att bli specialist i palliativ medicin och för allmän vidareutveckling.

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

ST-läkaren ska genomföra ett självständigt vetenskapligt arbete enligt vetenskapliga principer. Båda ST-läkarna hade detta moment godkänt från tidigare grundspecialitet och en ST-läkare är även disputerad. I de fall det framöver kommer en ST-läkare som inte gjort vetenskapligt arbete tidigare finns möjlighet att genomföra detta på enheten med stöd av disputerad handledare. Samma sak gäller kvalitetsarbete. ST-läkarna deltar fortlöpande i klinikkens aktiva kvalitetsarbete. De är också engagerade i respektive teams interna avvikelshantering. Man har sk Patientsäkerhetsdialog regelbundet där chefsläkare besöker respektive team med frågor kring patientsäkerhetsarbete. Artikelgenomgång och diskussion förekommer regelbundet på läkarmöten.

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

ST-läkaren är ansvariga för respektive team och får återkoppling via läkarchef och deltar i Ledarskapsdagar tillsammans med enhetschef 2 gånger/termin. ST-läkaren erbjuds delta i extern reflektiv handledning både i respektive team och i läkargruppen. ST-läkaren har stora möjligheter att undervisa. ST-läkaren ges möjlighet att handleda läkare under sidotjänstgöring. Kommunikationsförmåga bedöms av handledare och verksamhetsledning.

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

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

Det finns tillgång till handledare i en omfattning som motsvarar behovet av handledning.

Planerad åtgärd

Sedan SPUR inspektionen har vi fått ytterligare en specialist i Palliativ medicin och är nu 3 specialister och 4 ST-Läkare. 1 specialist handleder två ST-läkare (en av de blir färdig april 2024) övriga specialister handleder var sin ST-läkare. F.o.m. 1 maj 2024 blir vi 4 specialister och 4 ST-läkare.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2024-04-30

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschefen

Datum för uppföljning

2024-05-30

Ansvarig för uppföljningen

Lokal studierektor

B. Medarbetarstab och interna kompetenser

Det finns tillgång till medarbetare som kan ge nödvändiga instruktioner.

Planerad åtgärd

1)-Sedan januari 2024 har 6 nyanställda specialister börjat hos oss. Det finns redan 3 team (där ST-läkarna är placerade) som har två specialister, detta möjliggör fysisk tillgång till medarbetare som kan ge nödvändiga instruktioner. Rekryteringsarbete är planerat pågå under hela 2024 med mål att ha två specialister i varje team. 2)-Införande av digital handledning på distans 1 gång/vecka. De bokade tiderna framgår i läkarschema och i Teams kalender.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

1)- Tidsplan för genomförande: under hela 2024. 2)- Tidsplan för genomförande 2024-12-31

Ansvarig för genomförandet

1)- Läkarchef 2)- Läkarched

Datum för uppföljning

1)- 2024-05-30 2)- 2024-05-30

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschefen och lokal studierektor.