



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

ASIH Familjeläkarna

Klinik

Palliativ medicin

Specialitet

2024-03-12

Datum

Saltsjöbaden

Ort

Anders Birr och Åsa Dahlström Johansson

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Positiv och vänlig stämning.
- Omfattande ASIH-verksamhet
- Ett stort arbete har inletts och pågår i att upprätta styrande dokument för ST-utbildningens upplägg, genomförande och utvärdering.
- Extern handledning för teamet regelbundet

Svagheter

- Få specialister i palliativ medicin medför att man inte kan erbjuda ST-tjänster /utbildningsprogram i önskvärd omfattning. Några läkare inom verksamheten arbetar utan att ha handledare eller utbildningsprogram vilket gör att deras pågående tjänstgöringstid inte kan inkluderas i framtida ST-utbildning.
- ST-läkarna tjänstgör ofta i team där det inte finns någon specialist i palliativ medicin på plats, vilket gör att det finns begränsade möjligheter för klinisk vägledning och instruktioner annat än via telefon.
- Sparsamt användande av bedömningsinstrument, specialistkollegium har ännu inte genomförts
- Organiserad palliativ konsultverksamhet saknas
- Jourlinje med specialiserad palliativ kompetens saknas för verksamheten. Namngiven schemalagd bakjour saknas
- Begränsade möjligheter för sidotjänstgöring

Förbättringspotential

- Öka antalet ST-tjänster så att alla redan anställda specialistläkare samt nyanställda erbjuds individuellt utbildningsprogram med sikte på specialistkompetens i palliativ medicin.
- Utöka användning av bedömningsinstrument och införa specialistkollegium
- Förbättra möjligheter till kliniska instruktioner av specialist i palliativ medicin på plats.
- Att aktivt använda SFPM:s Läroplan i palliativ medicin samt SFPM:s rekommendationer för utbildningsprogram vid upprättande av utbildningsplan, i handledning samt hänvisa till den i styrande dokument. Korrigera i nuvarande dokument vad gäller förordning 2015:8.
- Implementera påbörjat arbete kring bedömning, uppföljning och återkoppling av uppnådda delmål.
- Översyn av jourmedverkan för den specialiserade palliativa vården för ST-läkare med bakjour
- Att inför auskultation / sidotjänstgöring tydliggöra aktuella delmål.
- Erbjud forum för reflektion kring patient-läkarrelationen (ex Balintgrupp)
- Utnyttja möjlighet att använda IT-baserade beslutsstöd via Region Stockholm.
- Rekommenderar att studierektor deltar i nationellt studierektorsnätverk

STRUKTUR

A Verksamheten

Familjeläkarna ASIH består av - ASIH (Avancerad sjukvård i hemmet) 6 team med totalt ca 350 patienter inskrivna. - SPSV (Specialiserad palliativ slutenvård) ; 14 platser på Maria Regina hospice.

Verksamheten leds av verksamhetschef och biträdande verksamhetschef samt två medicinskt ansvariga 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 och dietist.

ASIH ger vård i hemmet dygnet runt alla dagar i veckan. Viss konsultverksamhet riktad mot SÄBO finns. Till slutenvården kan man komma antingen från hemmet eller från andra slutenvårdsenheter. Medelvårdtid är ca 9 dagar på SPSV.

Journalarbete: Jour finns kvällar, nätter, helger med ansvar för SPSV, ASIH samt geriatrisk slutenvård (55 vpl) . Jour för läkare inom ASIH är frivillig och de flesta jourpass täcks av geriatriker.

Skriftliga riktlinjer för ST-tjänstgöring finns men man hänvisar till fel förordning. Riktlinjer ännu ej fullt implementerade i verksamheten.

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 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.
- 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.

B Medarbetarstab och interna kompetenser

Läkarbemanningen innefattar 7 personer med tjänstgöringsgrad 100 % varav 2 är specialister i palliativ medicin, 2 är ST-läkare, 3 läkare med annan specialitet samt varierande antal underläkare. Ordinarie verksamhetschef är läkare men ej kliniskt verksam. Två läkare är disputerade. Läkarnas grundspecialiteter är geriatrik, allmänmedicin, internmedicin, endokrinologi, akutmedicin och lungmedicin. Studierektor är timanställd på 10 % sedan ett år tillbaka. Periodvis finns ST-läkare från andra specialiteter som kommer för sidotjänstgöring. Via regionövergripande studierektorer finns regelbunden utbildning/kompetensutveckling för handledare och ST-läkare. 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. ST-läkaren har tillgång till telefonkonsultation med erfaren kollega men möjlighet till gemensamma bedömningar, sit-in är begränsade.

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. Tillgång till fysiskt bibliotek saknas. Det finns tillgång till sökbar vetenskaplig databas via Region Stockholm. IT-baserade kliniska beslutsstöd finns ej kända och använda av ST-läkare men enligt uppgift skall det finnas tillgängligt via Region Stockholm. FoU-enhet finns ej. Utrustning för anläggande av Picc-line finns på en av enheterna.

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

Styrande dokument hur ST-utbildning planeras och följs upp är nyligen upprättade. Introduktionprogram med både skriftlig information/checklista finns. Dokumenten hänvisar endast till målbeskrivning enligt HSLF-FS 2021:8. Nuvarande ST-läkare går enligt SOSFS 2015:8. ST-kontrakt och skriftligt individuellt utbildningsprogram finns för alla ST-läkare. Man utgår från SoS målbeskrivning men refererar inte till SFPM:s Läroplan i palliativ medicin eller Rekommendationer för utbildningsprogram. Båda ST-läkarna har slutfört Svenska specialistkursen i palliativ medicin. ST-läkaren tjänstgör huvudsakligen inom verksamhetens ASIH och 2-6 månader på SPSV internt. En av ST-läkarna har fått tjänstgöra 2 månader på extern specialiserad palliativ vårdavdelning. ST-läkaren redovisar på läkarmöte om genomgångna kurser. Läkarmöten/ internutbildning en eftermiddag i månaden. Inläsningstid inför specialistkursen finns men inläsningstid är annars inte regelbunden och/eller schemalagd. Beredskapsjour är frivillig. Namngiven bakjour för ST-läkare finns ej. Rutiner för utvärdering av ST-läkares kompetens finns men är ännu inte implementerade. Sidotjänstgöring på relevanta kliniker, ex onkologi, förekommer ej.

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 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 aktuell handledarutbildning.

Handledning ca 1 eftermiddag / varannan månad, inlagt i schema. Varje handledartillfälle dokumenteras av ST-läkaren. Specialist i palliativ medicin finns tillgänglig för rådgivning och stöd per telefon. Möjlighet till klinisk instruktör på plats är begränsad.

Regionalt samarbete via regionala studierektorer med gemensamma utbildningar, etiskt forum mm.

Bedömningsverktyg används sparsamt. Specialistkollegium har inte förekommit.

Årligt medarbetarsamtal med verksamhetschef.

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

- 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 inför vissa moment i specialistkurserna men inte regelbundet schemalagt i övrigt.. Obligatoriska kurser planeras in utifrån individuella utbildningsprogram. Läkarmöten en eftermiddag / månad där samtliga läkare deltar. Båda ST-läkarna har gått Svenska specialistkursen i palliativ medicin. I övrigt erbjuds möjlighet att delta i andra kurser/konferenser, både regionalt via Palliativt kunskapscenter 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. ST-läkarna deltar i klinikkens kvalitetsarbete. De är också engagerade i respektive teams interna avvikelshantering. Journal club planeras.

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 erbjuds delta i extern reflektiv handledning teambaserat. ST-läkaren har möjligheter att undervisa. ST-läkaren ges möjlighet att handleda läkare under sidotjänstgöring på enheterna. Strukturerad återkoppling kring undervisning och ledarskap saknas. Kommunikationsförmåga bedöms av handledare och verksamhetsledning och återkoppling sker.

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

- 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

ASIH Familjeläkarna - Palliativ medicin

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

A. Verksamheten

Det finns skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur verksamhetens specialiseringstjänstgöring ska genomföras.

Planerad åtgärd

Vi har tidigare hänvisat till fel föreskrift i vår skriftliga riktlinje avseende ST-tjänst och har nu ändrat till korrekt föreskrift, SOSF 2015:8. Vi har även uppdaterat dokumentet med förtydligande av planering kring utbildningens upplägg som utgår från SFPM läroplan.Handledning är schemalagd 1 halvdag/månad samt oftare vid behov och en heldag fysiskt på plats hos ST-läkaren där handledare medverkar i det kliniska arbetet. Studiedagar, är schemalagda 2 em/mån. Utökad sidotjänstgöring som rekommenderas för tjänstgöringen, delvis genomfört på ALS-mottagning och planerad för på onkologen. Specialistkollegium utförs årligen, nästa planerad i oktober 2024 där studierektor är sammankallade. Vid handledning används bedömningsinstrument Mini-CEX. Även årlig uppföljning och revidering av den individuella utbildningsplanen tillsammans med ST-läkare, handledare och studierektor, där studierektor är sammankallande. Senaste revidering augusti 2024.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Augusti 2024

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef Ann-Sofie Kaiheden, bitr. verksamhetschef Samrawit Shishay Hadgu

Datum för uppföljning

Oktober 2024

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef Ann-Sofie Kaiheden, bitr. verksamhetschef Samrawit Shishay Hadgu

A. Verksamheten

Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig.

Planerad åtgärd

Vi utökar sidotjänstgöringen med placeringar som rekommenderas för tjänstgöringen. Planerad och genomförd sidotjänstgöring på ALS-mottagning samt planerad auskultation på onkologen.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Augusti 2024

Ansvarig för genomförandet

Studierektor Barbara Annfält

Datum för uppföljning

November 2024

Ansvarig för uppföljningen

Studierektor Barbara Annfält och verksamhetschef Ann-Sofie Kaiheden, bitr. verksamhetschef Samrawit Shishay Hadgu

B. Medarbetarstab och interna kompetenser

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

Planerad åtgärd

Samtliga ST har en tillförordnad handledare och de har haft flertal handledningstillfällen. Handledning är planerad 1 halvdag/mån samt oftare vid behov. Handledare är alltid tillgänglig på distans utöver handledningstillfällen. Utöver det sker fysisk handledning på plats i ST-läkarens kliniska arbete 1 heldag/kvartal. Verksamhetschef och bitr. verksamhetschef ansvarar för uppföljning av handledning. Samtliga läkare i verksamheten har tillsammans extern handledning varannan månad med psykolog.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Augusti 2024

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef Ann-Sofie Kaiheden, bitr. verksamhetschef Samrawit Shishay Hadgu

Datum för uppföljning

November 2024

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef Ann-Sofie Kaiheden, bitr. verksamhetschef Samrawit Shishay Hadgu

B. Medarbetarstab och interna kompetenser

Det finns tillgång till medarbetare som kan ge nödvändiga instruktioner.

Planerad åtgärd

På samtliga enheter finns andra medarbetare inom olika yrkeskategorier med och utan specialistkompetens som kan ge nödvändiga instruktioner och stöd. Det finns även tillgång till specialistläkare och ST-läkare inom annan specialitet inom verksamheten. Från och med 2025 kommer antalet specialister inom palliativ vård i verksamheten öka från två till fyra vilket ger större tillgång till ändamålsviktiga instruktioner. Vi kommer att ha fler ST-läkare längre fram.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Augusti 2024

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef Ann-Sofie Kaiheden, bitr. verksamhetschef Samrawit Shishay Hadgu

Datum för uppföljning

November 2024

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef Ann-Sofie Kaiheden, bitr. verksamhetschef Samrawit Shishay Hadgu

D. Tjänstgöringens upplägg

Verksamheten tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas, samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg. Dessa ska vara kända och användas.

Planerad åtgärd

Vi har ändrat samtliga dokument och hänvisar numera till korrekt föreskrift, SOSF 2015:8. Vi har även uppdaterat våra riktlinjer för tjänstgöringen med förtydligande av planering kring utbildningens upplägg - som utgår från SFPM läroplan. Specialistkollegium utförs årligen, nästa planerad oktober 2024. Studierektorn är sammankallande.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Maj 2024

Ansvarig för genomförandet

Leg. sjuksköterska Aylin Özden, studierektor Barbara Annfält

Datum för uppföljning

Augusti 2024

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef Ann-Sofie Kaiheden, bitr. verksamhetschef Samrawit Shishay Hadgu

D. Tjänstgöringens upplägg

Jourtjänstgöring/beredskap utgör en adekvat del av tjänstgöringen.

Planerad åtgärd

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Ansvarig för genomförandet

Datum för uppföljning

Ansvarig för uppföljningen

D. Tjänstgöringens upplägg

Varje ST-läkare har ett utbildningsprogram som utgår från målbeskrivningen och som omfattar de utbildningsaktiviteter som behövs för att uppfylla kompetenskraven i målbeskrivningen.

Planerad åtgärd

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Ansvarig för genomförandet

Datum för uppföljning

Ansvarig för uppföljningen

E.Handledning och kompetensbedömning

Verksamheten har rutiner för hur den kontinuerliga bedömningen dokumenteras (För ST enligt 2015:8 är verksamhetschef ansvarig enligt ovan)

Planerad åtgärd

Vi har rutiner för hur bedömningen ska dokumenteras och förvaras i ST-läkarens utbildningspärm. För varje ST-läkare upprättas en individuell utbildningsplan som utgår från målbeskrivningar (ändrade dokument till korrekt förordning SOSF 2015:8) och SFPM läroplan. Denna revideras årligen tillsammans med ST-läkare, handledare och studierektor. Studierektor är sammankallande. ST-läkare har alltid tillgång till sin handledare på distans dagligen samt fysiskt vid behov, utöver redan planerade handledningstillfällen. För bedömning av ST-läkarens kompetens används bedömningsinstrument Mini-CEX.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Augusti 2024

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef Ann-Sofie Kaiheden, bitr. verksamhetschef Samrawit Shishay Hadgu och studierektor Barbara Annfält

Datum för uppföljning

Oktober 2024

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef Ann-Sofie Kaiheden, bitr. verksamhetschef Samrawit Shishay Hadgu och studierektor Barbara Annfält

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Handledare bedömer och återkopplar ST-läkarens medicinska ledarskap under de tillfällen som handledare är på plats kliniskt samt vid övrig handledning och uppföljning. Enhetschef bedömer och återkopplar samarbetet i det multiprofessionella teamet efter genomgången teamrund och genom regelbundna samtal samt vid medarbetarsamtal. Bedömning och uppföljning görs även vid specialistkollegium.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Kontinuerligt

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef Ann-Sofie Kaiheden, bitr. verksamhetschef Samrawit Shishay Hadgu

Datum för uppföljning

Kontinuerligt

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef Ann-Sofie Kaiheden, bitr. verksamhetschef Samrawit Shishay Hadgu

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

Planerad åtgärd

ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande med handledare på plats kliniskt samt genom regelbundna bedömningar med enhetschef efter genomgången teamrund. Bedömning och uppföljning görs även vid specialistkollegium.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Kontinuerligt

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef Ann-Sofie Kaiheden, bitr. verksamhetschef Samrawit Shishay Hadgu

Datum för uppföljning

Kontinuerligt

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef Ann-Sofie Kaiheden, bitr. verksamhetschef Samrawit Shishay Hadgu

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

ST-läkarens kompetens i undervisning bedöms av handledare och enhetschef på plats vid tillfällen då ST-läkare är planerade att undervisa i samband med läkarmöten samt på enskild enhet. ST-läkaren bedöms även av handledare och enhetschef regelbundet vid undervisning och handledning av underläkare. Bedömning och uppföljning görs även vid specialistkollegium.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Kontinuerligt

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef Ann-Sofie Kaiheden, bitr. verksamhetschef Samrawit Shishay Hadgu

Datum för uppföljning

Kontinuerligt

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef Ann-Sofie Kaiheden, bitr. verksamhetschef Samrawit Shishay Hadgu

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Handledare bedömer och återkopplar ST-läkarens ledarskapskompetens och kommunikativa kompetens under de tillfällen som handledare är på plats kliniskt samt vid övrig handledning och uppföljning. Enhetschef bedömer och återkopplar ST-läkarens ledarskapskompetens och kommunikativa kompetens efter genomgången teamrund och genom regelbundna samtal samt vid medarbetarsamtal. Bedömning och uppföljning görs även vid specialistkollegium.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Kontinuerligt

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef Ann-Sofie Kaiheden, bitr. verksamhetschef Samrawit Shishay Hadgu

Datum för uppföljning

Kontinuerligt

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef Ann-Sofie Kaiheden, bitr. verksamhetschef Samrawit Shishay Hadgu