



# EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

**Aleris Närsjukvård ASIH/SPSV Nord**  
Klinik

**Palliativ medicin**  
Specialitet

**2024-05-30**  
Datum

**Åsa Dahlström Johansson och Marie Svahn**  
Inspektörer

**SOSFS 2015:8**  
Föreskrift

## Styrkor

- Engagerad klinik med positiv och vänlig stämning, gott utbildningsklimat.
- Verksamheten har en väl utbyggd ASIH och slutenvårdsverksamhet och samtliga läkartjänster besatta. Stor bredd på läkarnas grundspecialiteter.
- Engagerad studierektor och läkarchef som inlett ett omfattande arbete att strukturera upp och förbättra ST-utbildningen.
- Regelbunden extern reflektiv handledning.
- Goda möjligheter till sidotjänstgöring.

## Svagheter

- Detaljerat individuellt utbildningsprogram utgående från delmål saknas.
- Upparbetad struktur för uppföljning/ bedömning och återkoppling av ledarskapskompetens och pedagogisk kompetens saknas.
- Konsultverksamhet endast i ringa omfattning.
- Bedömningsinstrument har ej börjat användas. Specialistkollegium har ej förekommit.
- ST-läkarna tjänstgör oftast som ensam läkare i teamet vilket gör att det är begränsade möjligheter för gemensamma bedömningar och användande av bedömningsinstrument.

## Förbättringspotential

- Börja använda bedömningsinstrument och införa specialistkollegium. Upprätta struktur för återkoppling till ST-läkaren.
- Att aktivt använda SFPM:s Svensk läroplan i palliativ medicin samt upprätta individuella utbildningsprogram (Excelark, SFPM).
- Förbättra möjligheter till klinisk handledning på plats genom mindre ensamarbete.
- Öka antalet ST-tjänster så att alla redan anställda specialistläkare samt nyanställda erbjuds individuellt utbildningsprogram med sikte på specialistkompetens i palliativ medicin.
- Kontinuerligt använda biblioteksservice och implementera Journal club.

# STRUKTUR

## A Verksamheten

Aleris Palliativa verksamhetsområde Nord består av - ASIH (Avancerad sjukvård i hemmet) 6 team med totalt ca 280 patienter inskrivna - SPSV (Specialiserad palliativ slutenvård); en vårdavdelning med 16 vårdplatser på Lidingö.

Verksamheten leds av verksamhetschef och i ledningsgruppen finns 2 biträdande verksamhetschefer och en medicinskt ansvarig läkare. Verksamheten har regionuppdrag och får remisser från sjukhus och primärvård.

Här vårdas patienter med olika allvarliga sjukdomar, tex tumörsjukdomar, hematologiska sjukdomar, hjärtsvikt, KOL och neurologiska sjukdomar. Ca 40 % av patienterna i öppenvård är inte i ett palliativt sjukdomsskede utan anslutna under en period. Ca 60 % av patienterna är i ett palliativt sjukdomsskede, både tidig och sen fas. Under 2023 vårdades 61 patienter hemma till livets slut. I slutenvården är merparten patienter i ett palliativt sjukdomsskede. Ett fåtal geriatriska patienter kan också beredas plats. Under 2023 avled 131 patienter på avdelningen.

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

ASIH ger vård i hemmet dygnet runt alla dagar i veckan. Konsultverksamhet finns för telefonrådgivning till andra vårdgivare framförallt förfrågningar kring remisser men sällan medicinska frågor. Till slutenvården kan man komma antingen från hemmet eller från andra slutenvårdsenheter. Medelvårdtid är 22 dagar.

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

Omfattande styrande dokument hur ST-utbildning planeras och följs upp finns nyligen upprättade, ännu inte fullt implementerade.

### **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 10 personer varav 4 specialister i palliativ medicin, 1 ST-läkare, 5 läkare med annan specialitet, varierande antal underläkare och 5 timanställda läkare. 2 läkare är disputerade. En och samma person är studierektor, läkarchef och medicinskt ansvarig läkare. Läkarnas grundspecialiteter är geriatrik, allmänmedicin, hematologi, gynekologi/obstetrik, onkologi, anesthesiologi/intensivvård och kirurgi. Periodvis finns ST-läkare från andra specialiteter för sidotjänstgöring.

Via regionövergripande studierektorer finns regelbunden utbildning/kompetensutveckling för handledare.

Ytterligare 2 läkare kommer i närtid att få ST- utbildningsprogram, kontrakt är precis upprättade.

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 och sit-in är begränsade. I plan inför 2024-2025 har man som mål att det i de flesta team skall finnas 2 ansvariga specialist 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

ST-läkaren 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 via Region Stockholm men detta är inte känt bland alla medarbetare. FoU-enhet finns ej.

### 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

Ett omfattande arbete att strukturera och förbättra ST-utbildningen har startat senaste året sedan studierektor tillsattes. Styrande dokument hur ST-utbildning planeras och följs upp finns. Bra introduktionprogram med både skriftlig information/checklista och strukturerad introduktion på de olika enheterna. Både styrande dokument och introduktionsprogram nyligen upprättade och ännu helt fullt implementerade. Man utgår från SoS målbeskrivning men refererar ej till SFPM:s läroplan och rekommendationer för utbildningsplan. Man har inlett arbete via styrande dokument med individuell utbildningsplan, men ST-läkaren har ännu inget utbildningsprogram där det framkommer hur varje enskilt delmål ska uppfyllas och utvärderas. ST-läkaren går Svenska specialistkursen i palliativ medicin. ST-läkaren tjänstgör ca 6 månader på vårdavdelning och resterande tid inom ASIH. Möjlighet till sidotjänstgöring under 2-3 månader finns. ST-läkaren redovisar på läkarmöte efter kurser. Läkarmöten/internutbildning en gång/vecka med varierande teman och tid för diskussioner med aktivt deltagande av ST-läkarna. Inläsningstid enligt riktlinjer 1 dag/månad. Beredskapsjour ingår för ST-läkare och man har namngiven bakjour första månaderna. Rutiner för utvärdering av ST-läkares kompetens finns men man har inte börjat använda bedömningsinstrument ännu.

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 ST-läkaren. Handledare har aktuell handledarutbildning. ST-läkaren har nyss fått ny handledare och man planerar handledarsamtal 1 gång/månad, schemalagt.

Regionalt samarbete via regionala studierektorer med gemensamma utbildningar, etiskt forum mm.Handledningstillfällen har hittills ej dokumenteras. Man har inte börjat använda bedömningsinstrument. Specialistkollegium har inte förekommit.

Årligt medarbetarsamtal med läkarchef och 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

Läkarmöten en gång/vecka där samtliga läkare deltar. Varannan vecka utbildning och varannan vecka möte med möjlighet att diskutera fall både utifrån medicinskt och etiskt perspektiv.

ST-läkaren går Svenska specialistkursen i palliativ medicin.

I övrigt erbjuds möjlighet att delta i andra kurser via ex Palliativt kunskapscentrum.

Schemalagd tid för självstudier en dag / månad.

Individuellt utbildningsprogram saknas.

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:

- 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

I de fall det finns 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-läkaren deltar fortlöpande i klinikens kvalitets och patientsäkerhetsarbete. Regelbundna möten med diskussion av vetenskaplig litteratur, ex Journal Club, finns ej.

### 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 leder ofta teamronder både inom ASIH och slutenvård men återkoppling sker inte på något strukturerat sätt. Det förekommer ej medsittning av handledare eller specialistläkare som ger återkoppling på medicinskt ledarskap och multiprofessionellt samarbete. Enheten har regelbunden extern reflektiv handledning där ST-läkaren deltar. ST-läkaren har möjlighet att undervisa men strukturerad återkoppling sker inte. ST-läkaren ges möjlighet att handleda läkare under sidotjänstgöring men strukturerad återkoppling sker inte. Kommunikationsförmåga bedöms av handledare och verksamhetsledning.

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

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 medarbetare som kan ge nödvändiga instruktioner.

### Planerad åtgärd

Verksamheten är i en rekryteringsprocess och vi har i dagsläget anställt ytterligare en färdig palliativ specialist och en specialistläkare med tidigare erfarenhet av ASIH. Ännu en läkare kommer inom kort att rekryteras. Vi har då fem läkare med palliativ specialistkompetens, ytterligare två som planeras vara färdiga vid årsskiftet, och ännu en som planeras vara klar vid årsskiftet 2025/26. Förtätningen av läkarna i våra team sker alltså i nuläget och möjliggör till ökat stöd på plats. Sit-ins och gemensamma bedömningar är sedan tidigare inplanerade tillsammans med handledaren.

### Datum när åtgärden ska vara genomförd

2024-11-30

### Ansvarig för genomförandet

Johan Forssell

### Datum för uppföljning

2025-01-10

### Ansvarig för uppföljningen

Therese Lindberg

## 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**

Verksamheten har implementerat en målbeskrivningsmall så att ST-läkarna lättare ska kunna registrera utbildningsaktiviteter för att uppfylla kompetenskraven i målbeskrivningen.

### **Datum när åtgärden ska vara genomförd**

2024-10-31

### **Ansvarig för genomförandet**

Johan Forssell

### **Datum för uppföljning**

2025-11-30

### **Ansvarig för uppföljningen**

Therese Lindberg

## **D. Tjänstgöringens upplägg**

Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.

### **Planerad åtgärd**

ST-läkarna har tillsammans med handledare ansvar för att utbildningsplanen är relevant under utbildningens gång. Verksamheten tillser att schemalagda handledningstillfällen ger möjlighet till uppföljning och revidering vid behov. Den lokala studierektorn är behjälplig vid behov.

### **Datum när åtgärden ska vara genomförd**

2024-11-30

### **Ansvarig för genomförandet**

Johan Forssell

### **Datum för uppföljning**

2025-01-10

### **Ansvarig för uppföljningen**

Therese Lindberg

## E.Handledning och kompetensbedömning

Varje ST-läkare ges kontinuerligt handledning i form av stöd och vägledning med utgångspunkt i det individuella utbildningsprogrammet.

### **Planerad åtgärd**

Verksamheten tillser att det finns schemalagda handledningstillfällen som ger möjlighet till stöd och vägledning. Den lokala studierektorn är behjälplig vid behov.

### **Datum när åtgärden ska vara genomförd**

2024-10-31

### **Ansvarig för genomförandet**

Johan Forssell

### **Datum för uppföljning**

2025-11-30

### **Ansvarig för uppföljningen**

Therese Lindberg

## E.Handledning och kompetensbedömning

Den huvudansvariga handledaren bedömer ST-läkarens kompetensutveckling kontinuerligt, med utgångspunkt i målbeskrivningen för specialiteten och det individuella utbildningsprogrammet.

### **Planerad åtgärd**

Verksamheten schemalägger kontinuerligt tillfällen för att kunna använda godkända bedömningsmetoder för bedömning av ST-läkarens kompetens enligt följande: CBD, medsittning, DOPS, 360 grader och specialistkollegium.

### **Datum när åtgärden ska vara genomförd**

2024-11-30

### **Ansvarig för genomförandet**

Johan Forssell

### **Datum för uppföljning**

2025-01-10

### **Ansvarig för uppföljningen**

Therese Lindberg

## **F. Teoretisk utbildning**

Teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras in i enlighet med målbeskrivningen och individuella utbildningsprogrammet.

### **Planerad åtgärd**

Verksamheten implementerar ett individuellt utbildningsprogram där utbildningsmoment och kurser ingår.

### **Datum när åtgärden ska vara genomförd**

2024-10-31

### **Ansvarig för genomförandet**

Johan Forssell

### **Datum för uppföljning**

2025-11-30

### **Ansvarig för uppföljningen**

Therese Lindberg

## F. Teoretisk utbildning

ST-läkarna genomgår den utbildning som planerats i enlighet med målbeskrivningen och det individuella utbildningsprogrammet.

### **Planerad åtgärd**

ST-läkare och handledare tillser att programmet genomförs och följs upp kontinuerligt. Den lokala studierektorn är behjälpligt vid behov.

### **Datum när åtgärden ska vara genomförd**

2024-10-31

### **Ansvarig för genomförandet**

Johan Forssell

### **Datum för uppföljning**

2025-11-30

### **Ansvarig för uppföljningen**

Therese Lindberg

## H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

### **Planerad åtgärd**

Medsittningar med både mer erfarna kollegor och även med handledare planeras in regelbundet. Detta gällande både patientmöten men även i teamarbetet. Dessa utvärderas i samband med handledning och specialistkollegium.

### **Datum när åtgärden ska vara genomförd**

2024-11-30

### **Ansvarig för genomförandet**

Johan Forssell

### **Datum för uppföljning**

2025-01-10

### **Ansvarig för uppföljningen**

Therese Lindberg

## H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

### **Planerad åtgärd**

ST-läkaren ska undervisa läkargruppen och teamen om något relevant ämne. Detta utvärderas av handledare och kollegor i ett specialistkollegium.

### **Datum när åtgärden ska vara genomförd**

2024-11-30

### **Ansvarig för genomförandet**

Johan Forssell

### **Datum för uppföljning**

2025-01-10

### **Ansvarig för uppföljningen**

Therese Lindberg

## H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

### **Planerad åtgärd**

Vid handledning av läkare under sidotjänstgöring får mer erfaren kollega som jobbar jämte ST-läkaren utvärdera och återkoppla.

### **Datum när åtgärden ska vara genomförd**

2024-11-30

### **Ansvarig för genomförandet**

Johan Forssell

### **Datum för uppföljning**

2025-01-10

### **Ansvarig för uppföljningen**

Therese Lindberg