



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Akademiska Sjukhuset

Klinik

Palliativ medicin

Specialitet

2025-09-08 – 2025-09-10

Datum

Uppsala

Ort

Carl Magnus Edenbrandt och Per Fürst

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Verksamhet med specialiserad hemsjukvård (ASH), specialiserad palliativ vårdavdelning (SPVA), palliativ mottagning och konsultverksamhet.
- Engagerade studierektor/handledare och ST-läkare.
- Studierektor är docent och ST-läkaren är med. dr. vilket ger goda förutsättningar för att uppnå ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt i verksamheten.
- Ändamålsenliga lokaler, utrustning och tillgång till möten på distans.

Svagheter

- Alltför få specialistläkare i palliativ medicin för att kunna ge ST-läkaren kontinuerlig handledning, bedömning och återkoppling.
- I utbildningsprogrammet saknas koppling mellan delmål, planerade utbildningsaktiviteter, bedömningsmetoder och dokumentation, avseende både klinisk tjänstgöring och utbildningar.
- Det saknas strukturerad och kontinuerlig bedömning och återkoppling av ST-läkarens kompetens i ledarskap, kommunikation, undervisning och handledning.
- Verksamheten kan ej erbjuda erfarenhet av jour-/beredskapstjänstgöring.

Förbättringspotential

- Sträva efter fler specialister i palliativ medicin/handledare för att kunna tillgodose behovet av handledning och instruktioner. Svårigheterna att rekrytera specialistläkare i palliativ medicin till verksamheten behöver genomlysas och åtgärdas.
- Utveckla arbetet med IUP enligt strukturen delmål-planerad utbildningsaktivitet-bedömning/återkoppling-dokumentation och att handledare och ST-läkare arbetar i samma dokument.
- För att uppnå bättre struktur för kompetensbedömningarna rekommenderas att man använder fler bedömningsinstrument och fler regelbundna bedömningar.
- Sträva efter att införa regelbunden och strukturerad återkoppling av ST-läkarens kompetens i ledarskap, kommunikation, undervisning och handledning.
- Inför rutiner som, utöver extern granskning, anger hur kvaliteten i ST-utbildningen kontinuerligt ska utvärderas och säkerställas.

STRUKTUR

A Verksamheten

Den specialiserade palliativa vården i Region Uppsala, exklusive Enköping, bedrivs av Palliativt Centrum Uppsala, som tillhör verksamhetsområde Blod- och Tumörsjukdomar. Verksamheten i Uppsala består av två team för avancerad sjukvård i hemmet (ASH), en specialiserad palliativ vårdavdelning (SPVA), palliativ mottagning och palliativ konsultverksamhet. I Tierp finns ett ASH team och en palliativ mottagning. I Enköping finns motsvarande vård i egen verksamhet, där benämnd LAH, vilken inte ingår i denna SPUR-inspektion.

Uppsala län omfattar 408 000 invånare i de 8 kommunerna Heby, Håbo, Uppsala, Älvkarleby, Knivsta, Enköping, Tierp och Östhammar, med tätorter och glesbygd.

Verksamhetens målgrupp är vuxna och barn med behov av specialiserad palliativ vård oavsett ålder och diagnos samt stöd till närstående. Patienterna har huvudsakligen obotlig cancersjukdom, men även andra obotliga sjukdomar vars symtom eller livssituation bedöms behöva specialiserad palliativ vård. Barn med behov av specialiserad palliativ vård ingår i uppdraget i samarbete med Barnkliniken i regionen.

Palliativt Centrum har för närvarande 6 platser på palliativ vårdavdelning (SPVA), och 50-55 patienter i hemsjukvården (ASH). Medarbetarna är fördelade på 5 läkare på heltid, 2 läkare på timmar, 45 sjuksköterskor, 4 undersköterskor, 1 kurator, 1 fysioterapeut, 1 arbetsterapeut samt tillgång till sjukhuspräst.

Palliativt Centrum har arbetstid mellan kl 08-17 vardagar. Onkologkliniken bakjour har telefonjour kvällar, nätter, lördag, söndag samt helgdagar.

Verksamheten finns tillgänglig för läkarkonsultation till sjukhuset, primärvården och kommunerna. Man har regelbundna ronder med kirurgkliniken, neurologkliniken och smärtläkare.

Inom Palliativt Centrum i Region Uppsala har man sedan februari 2024 en ST-läkare.

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

Inom Palliativt Centrum arbetar 7 läkare, med varierande tjänstgöringsgrad, motsvarande 5,5 heltidstjänster. Läkarna arbetar inom hemsjukvården (ASH), palliativ vårdavdelning (SPVA), palliativ mottagning och konsultverksamhet.

Läkarna har grundspecialiteterna internmedicin, onkologi, kirurgi och akutmedicin. Två läkare är specialister i palliativ medicin och har gått aktuell handledarutbildning. En läkare är leg. läkare utan specialitet.

Verksamhetschefen är onkolog och ansvarig för 4 sektioner, vilka är hematologi, onkologi, endokrinonkologi och palliativ medicin. Sektionschefen för Palliativt Centrum är specialist i internmedicin, algologi och palliativ medicin. Studierektorn/handledaren är specialist i onkologi, nuklearmedicin och palliativ medicin, docent och handledarutbildad. ST-läkaren är med.dr. i kirurgi.

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

Alla läkare har tillgång till funktionell arbetsplats med egen mobiltelefon och dator. Bristfällig distansaccess för att kunna arbeta vid hembesök. ST-läkaren delar rum med läkarkollega.

Det finns utrustning för diagnostik, utredning och behandling, t ex ultraljudsapparat för bruk i patienternas hem. Tillräckligt antal arbetsbilar finns.

Det finns möjligheter till ostörda samtal med patienter och närstående på enheten. Möjlighet finns till digitala möten och utbildningar.

Det finns tillgång till regional 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:



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

Lokalt introduktionsprogram till tjänstgöringen och checklista finns.

Verksamheten tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas och styrande dokument för tjänstgöringens upplägg, vilka dock inte är kända av de som arbetar inom organisationen.

ST-läkaren har ett skriftligt individuellt utbildningsprogram (IUP) utgående från en nationell mall. I utbildningsprogrammet saknas koppling mellan delmål, planerade utbildningsaktiviteter, bedömningsmetoder och dokumentation.

Det individuella utbildningsprogrammet ska revideras två gånger per år, vilket ej dokumenterats.

Internutbildning förekommer i begränsad omfattning, som mest 30 min varannan vecka. Det finns goda förutsättningar för att delta i C-kurser. ST-läkaren har tid för självstudier motsvarande 2 tim/vecka, vilket ej är inplanerat i IUP eller i schema.

ST-läkaren deltar ej i jour-/beredskapstjänstgöring.

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.

EHandledning och kompetensbedömning

Det finns en huvudansvarig handledare för ST-läkaren. Handledaren är specialist i palliativ medicin och har aktuell handledarutbildning.

Handledning planeras i schemat med 30 minuter varannan vecka.

Handledningen utgår bara delvis från det individuella utbildningsprogrammet och målbeskrivningen för specialiteten.

ST-läkaren dokumenterar delvis handledningen.

Det finns regiongemensamma rutiner för regelbundna kompetensbedömningar av ST-läkaren. Dessa rekommenderar minst fyra enskilda bedömningar per år och specialistkollegium eller 360 graders bedömning tre gånger under läkarens ST. Två enskilda bedömningar av pedagogisk kompetens och en 360 graders bedömning har utförts.

Sektionschefen planerar att hålla årligt utvecklingssamtal med ST-läkaren.

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 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

Externa utbildningsaktiviteter planeras in i det skriftliga individuella utbildningsprogrammet för ST-läkaren, men inte de interna.

Intern utbildning är planerad till 30 minuter varannan vecka, där alla personalkategorier deltar.

Extern utbildning: ST-läkaren deltar i C-kurs under 2024-2025.

ST läkaren har haft möjlighet att närvara vid den nationella konferensen i palliativ vård 2024.

ST-läkaren har tid för självstudier motsvarande 2 tim/vecka, men den är ej inplanerat i IUP eller schema.

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 är med.dr. och har utfört vetenskapliga arbeten inom tidigare grundspecialitet.

ST-läkaren har utfört ett kvalitetsarbete, ett PM om "Introduktion av nya läkare på Palliativt Centrum".

Det finns inte tillgång till regelbundna möten där ST-läkaren får diskutera och granska vetenskapliga artiklar, exempelvis i form av journal club.

Studierektorn har de senaste två åren publicerat 4 artiklar.

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 teamronder både i hemsjukvården och i slutenvården. Bedömning och återkoppling av ledarskapskompetens sker sporadiskt och utan övergripande struktur.

ST-läkaren får viss handledning i kommunikativ kompetens. Strukturerad bedömning och återkoppling av ST-läkarens kommunikativa kompetens har inte utförts och dokumenterats.

ST-läkaren deltar i handledning av auskultande och sidoutbildande ST-läkare. Kontinuerlig bedömning och återkoppling på handledning sker inte strukturerat.

ST-läkaren deltar i såväl intern som extern undervisning. Bedömning och återkoppling av pedagogisk kompetens har utförts.

Teamhandledning, reflektion i grupp, finns ej.

Det finns möjlighet att auskultera hos chefer och ledare inom organisationen.

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.

A. Verksamheten

Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig.

Planerad åtgärd

Palliativt centrum saknar egen jour/beredskapstjänstgöring, övriga bitar täckta för att göra utbildningen allsidig. Planerade åtgärder: Kliniktjänstgöring vid annan enhet, exv. Ersta ASIH alternativt Stockholms sjukhem eller motsvarande, alternativt annan klinik inom regionen, inkluderas i utbildningsplanen, och där skall klinisk tjänstgöring och jour-/beredskapstjänstgöring ingå. Enheten har som mål att så snart som möjligt införa egen beredskapslinje. Kvaliteten i tjänstgöringen säkras genom både intern och extern granskning, båda dessa granskningar utförda under 2025.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Maj 2026

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef, för närvarande Henrik Olivero-Reinius . Elmars Borins, sektionschef.

Datum för uppföljning

Uppföljning varje år, samt vid revidering av individuell utbildningsplan. Först december 2026.

Ansvarig för uppföljningen

Stefan Bergström, studierektor

B. Medarbetarstab och interna kompetenser

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

Planerad åtgärd

I dagsläget finns en handledare till en ST-läkare, vilket motsvarar behovet. På sikt behöver ett flertal medarbetare rekryteras för att kunna bedriva en välfungerande verksamhet, samt en fullvärdig utbildning. Antalet handledare behöver utökas, då målsättningen är att dels rekrytera nya specialister, men även nya ST-läkare. Nuvarande ST-läkare blir färdig 2026, och beräknas då kunna ingå i handledargruppen efter sedvanlig handledarutbildning. På plats finns förutom aktuell handledare en läkare som är specialist i palliativ medicin, som är handledarutbildad och tillgänglig som handledare.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Mars 2026

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef, för närvarande Henrik Olivero-Reinius. Elmars Borins, sektionschef.

Datum för uppföljning

Uppföljning varje år, samt vid anställning av nya ST-läkare och specialister. Först mars 2027

Ansvarig för uppföljningen

Stefan Bergström, studierektor

B. Medarbetarstab och interna kompetenser

Det finns tillgång till medarbetare som kan ge nödvändiga instruktioner.

Planerad åtgärd

Rekrytering av nya medarbetare. Processen är pågående och mycket högt prioriterad, en ny medarbetare har börjat på deltid, och 2 nya specialistläkare är rekryterade, och kommer att starta sin tjänstgöring dels i december -25, dels i januari 2026. Ytterligare rekryteringar är planerade, och målet är att fler specialistkompetenta läkare kan knytas till enheten. Färdiga specialister kommer att erbjudas handledarutbildning, med enligt sjukhusgemensam rutin för handledare årligen återkommande tid för utbildning/uppdatering, kompetensutveckling.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Maj 2026

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef, för närvarande Henrik Olivero-Reinius. Elmars Borins, sektionschef.

Datum för uppföljning

Uppföljning varje år, först september 2026

Ansvarig för uppföljningen

Stefan Bergström, studierektor

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

Sjukhusgemensamt dokument daterat 2025-09-11 finns med riktlinjer, och ett verksamhetsbaserat dokument med skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen skall uttolkas finns (enligt SOSFS 2015:8 samt HSLF-FS 2021:8). Detta dokument länkar även till SFPM:s riktlinje-dokument. Dokumentet har implementerats och tydliggjorts av studierektor för verksamhetschef, enhetschef och ST-läkare vid personligt möte. Information om dessa dokument ges vid nyanställning av läkare.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

November 2025

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef, för närvarande Henrik Olivero-Reinius. Stefan Bergström studierektor.

Datum för uppföljning

Uppföljning varje år, och varje gång ST-läkare nyanställs och individuell utbildningsplan upprättas, alternativt revideras. Först mars 2026.

Ansvarig för uppföljningen

Stefan Bergström, studierektor

D. Tjänstgöringens upplägg

Jourtjänstgöring/beredskap utgör en adekvat del av tjänstgöringen.

Planerad åtgärd

Palliativt centrum saknar egen jour/beredskapstjänstgöring, jour/beredskap sköts av onkologbakjouren. Planerade åtgärder: Kliniktjänstgöring vid annan enhet, exv. Ersta ASIH alternativt Stockholms sjukhem, alternativt annan klinik inom regionen, inkluderas i utbildningsplanen, och där skall klinisk tjänstgöring och jourtjänstgöring ingå. På sikt bör egen beredskapslinje införas.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Maj 2026

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef, för närvarande Henrik Olivero-Reinius. Elmars Borins, sektionschef.

Datum för uppföljning

Uppföljning varje år, samt vid revidering av individuell utbildningsplan. Först december 2026.

Ansvarig för uppföljningen

Stefan Bergström, studierektor

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

Varje ST läkare har individuellt utbildningsprogram. Detta har reviderats regelbundet avseende kurser(planerade och genomgångna), samt olika tjänstgöringar. Efter SPUR inspektionen har den individuella utbildningsplanen reviderats grundligt, planerade metoder för lärande har kompletterats, hur detta lärande skall dokumenteras, vilka utvärderingsinstrument som skall användas har lagts in i utbildningsplanen, och vem som ansvarar för utvärderingar (enligt SOSFS 2015:8 samt HSLF-FS 2021:8). Tid för självstudier finns inlagda i individuella utbildningsplanen, samt tid för interna utbildningsaktiviteter. Läkare som siktar på att fullgöra ST inom specialiteten skall vid anställning erhålla individuellt utbildningsprogram.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

November 2025

Ansvarig för genomförandet

Stefan Bergström, studierektor och handledare. Verksamhetschef, för närvarande Henrik Olivero-Reinius.

Datum för uppföljning

Uppföljning varje år, samt vid varje revidering av individuell utbildningsplan, samt vid anställning av läkare som kan komma ifråga för ST utbildning. Först mars 2026.

Ansvarig för uppföljningen

Stefan Bergström, studierektor

D. Tjänstgöringens upplägg

Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.

Planerad åtgärd

ST läkare har individuellt utbildningsprogram. Detta revideras regelbundet. Avseende kurser(planerad och genomgångna), samt olika tjänstgöringar är detta kontinuerligt genomfört. Efter SPUR inspektionen har den individuella utbildningsplanen reviderats grundligt och justerats enligt SOSFS 2015:8 samt HSLF-FS 2021:8. Hela utbildningsprogrammet, samt de olika delarna följs upp regelbundet vid handledarträffar samt vid återkommande genomgång med studierektor.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Januari 2026

Ansvarig för genomförandet

Stefan Bergström, studierektor och handledare, Verksamhetschef, för närvarande Henrik Olivero-Reinius.

Datum för uppföljning

Uppföljning varje år, samt vid varje revidering av individuell utbildningsplan. Först oktober 2026.

Ansvarig för uppföljningen

Stefan Bergström, studierektor

E. Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Det individuella utbildningsprogrammet är noggrant reviderat, kompletterat och omarbetat. Detta används som utgångspunkt för samtliga handledningstillfällen. Alla handledningstillfällen finns tydligt dokumenterade i kronologisk ordning. Ett flertal falldiskussioner (CBD) finns dokumenterade, 360 grader finns dokumenterat, liksom specialistkollegium. Efter SPUR inspektion har flera Mini-CEX (medsittning) genomförts och dokumenterats utifrån individuella utbildningsplanen.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

December 2025

Ansvarig för genomförandet

Stefan Bergström, studierektor. Verksamhetschef, för närvarande Henrik Olivero-Reinius.

Datum för uppföljning

Uppföljning varje år, samt vid varje revidering av individuell utbildningsplan. Först mars 2026.

Ansvarig för uppföljningen

Stefan Bergström, studierektor

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Det individuella utbildningsprogrammet är noggrant reviderat enligt SOSFS 2015:8 samt HSLF-FS 2021:8. Kompetensutvecklingen bedöms via falldiskussioner (CBD) som dokumenteras, även via 360 grader som dokumenteras, liksom specialistkollegium. Mini-CEX (medsittning) genomförs regelbundet och dokumenteras utifrån målbeskrivningen och individuella utbildningsplanen.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

December 2025

Ansvarig för genomförandet

Stefan Bergström studierektor. Verksamhetschef, för närvarande Henrik Olivero-Reinius.

Datum för uppföljning

Uppföljning varje år, samt vid varje revidering av individuell utbildningsplan. Först mars 2026.

Ansvarig för uppföljningen

Stefan Bergström, studierektor

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

Bedömningsmallar används enligt sjukhusgemensamma rutiner. Bedömning görs framförallt med specialistkollegium, 360 grader, CBD och Mini-CEX. Samtliga dessa bedömningar dokumenteras, och dokumentationen sparas i den individuella utbildningsplanen. På enheten används den individuella utbildningsplan som utarbetats av SFPM. Även samtliga handledningstillfällen dokumenteras och sparas i den individuella utbildningsplanen. Utvecklingssamtal hålls årsvis med ST läkarna av verksamhetschef/sektionschef. Sjukhusgemensam rutin finns för hur ST sidoutbildning följs upp.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

December 2025

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef, för närvarande Henrik Olivero-Reinius. Elmars Borins, sektionschef. Stefan Bergström, studierektor.

Datum för uppföljning

Uppföljning varje år, samt vid varje revidering av individuell utbildningsplan. Först mars 2026.

Ansvarig för uppföljningen

Stefan Bergström, studierektor

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

Medicinska ledarskapet bedöms bl.a. vid medsittning, då även annan personal deltar- exempelvis hembesök tillsammans med sjuksköterska, fysioterapeut eller kurator. Samarbete, ledarskap och förmågan att se teamet styrkor och svagheter bedöms. Dokumenteras i form av Mini-CEX, med således skriftlig, men även muntlig feed-back, inte bara från handledare utan även från andra deltagare i teamet. Ledarskapet bedöms således i det dagliga arbetet, företrädesvis av handledare annars av vederbörande ersättare. Även bedömning via 360 grader, med bedömningar från flera olika personer, olika yrkeskategorier. Även viktig del i specialistkollegium att värdera det medicinska ledarskapet.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Mars 2026

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef, för närvarande Henrik Olivero-Reinius. Elmars Borins, sektionschef. Stefan Bergström studierektor.

Datum för uppföljning

Uppföljning varje år, samt vid varje revidering av individuell utbildningsplan. Först oktober 2026.

Ansvarig för uppföljningen

Stefan Bergström, studierektor

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

Planerad åtgärd

Kommunikativ kompetens bedöms vid medsittning, då även annan personal deltar- exempelvis hembesök tillsammans med sjuksköterska, fysioterapeut eller kurator. Även närstående deltar. Kommunikation med patient, närstående och teamets medarbetare värderas och bedöms. Förmågan att skapa en tillitsfull atmosfär vid mötet värderas. Dokumenteras i form av Mini-CEX, med således skriftlig, men även muntlig feed-back, inte bara från handledare utan även från andra deltagare i teamet. Även utvärdering i samband med ingrepp (DOPS), och mera sammantaget med 360 grader. Kommunikativ kompetens diskuteras och bedöms även vid specialistkollegium.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

December 2025

Ansvarig för genomförandet

Stefan Bergström studierektor. Verksamhetschef, för närvarande Henrik Olivero-Reinius. Elmars Borins, sektionschef.

Datum för uppföljning

Uppföljning varje år, samt vid varje revidering av individuell utbildningsplan. Först mars 2026.

Ansvarig för uppföljningen

Stefan Bergström, studierektor

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

ST läkare skall aktivt delta och handleda AT respektive BT läkare, men även läkarstudenter på Termin 8, sjuksköterskestudenter samt randande ST-läkare. Handledningen sker på ASH teamen, på vårdavdelning, palliativ mottagning och i rollen som konsultläkare.

Handledningstillfällena skall följas upp av handledaren, eller vederbörande ersättare, återkoppling skall ges muntligt direkt, eller vid planerade handledningstillfällen, samt även via 360 grader och specialistkollegium.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Mars 2026

Ansvarig för genomförandet

Stefan Bergström studierektor. Verksamhetschef, för närvarande Henrik Olivero-Reinius .
Elmars Borins, sektionschef.

Datum för uppföljning

Uppföljning varje år, samt vid varje revidering av individuell utbildningsplan. Först september 2026.

Ansvarig för uppföljningen

Stefan Bergström, studierektor