



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Centrallasarettet Växjö

Klinik

Palliativ medicin

Specialitet

2025-10-07

Datum

Växjö

Ort

Åsa Dahlström Johansson och Marie Svahn

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Engagerad studierektor, handledare och ST-läkare. Vänlig, inkluderande stämning och mycket bra utbildningsklimat.
- God tillgång till specialistläkare i palliativ medicin med handledarutbildning. Enheten fullbemannad.
- Välstrukturerat dokumentstöd för ST-utbildningen både på regional och lokal nivå.
- Valfungerande och lättillgänglig huvudhandledning och klinisk handledning.
- Ändamålsenliga lokaler, god utrustning.

Svagheter

- Verksamheten saknar vårdplatser och jourverksamhet
- Individuell utbildningsplan inte fullständig och arbetet med IUP ej fullt implementerad
- Det saknas strukturerad bedömning och återkoppling av ST-läkarens kompetens i handledning.

Förbättringspotential

- Utveckla arbetet med IUP.
- Sträva efter att införa regelbunden och strukturerad bedömning och återkoppling av ST-läkarens kompetens i handledning.
- Planering för kontinuerligt deltagande i enhetens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.
- Ökad tid för studierektorsuppdraget
- Sträva efter att kontinuerligt ha en ST-läkare för att tillgodose framtida behov av specialister. I nuläget goda möjligheter för handledning och utbildning.

STRUKTUR

A Verksamheten

Palliativa teamet i Kronoberg bedriver specialiserad palliativ vård och tillhör organisatoriskt onkologkliniken. Verksamheten har två arbetsteam , ett utgående från Växjö och ett från Ljungby. Upptagningsområdet har ca 200 000 invånare och innefattar både tätort och glesbygd. Ingående kommuner: Växjö, Ljungby, Alvesta, Lessebo, Markaryd, Tingsryd, Uppvidinge och Älmhult ,

Verksamhetens målgrupp är vuxna över 18 år med behov av specialiserad palliativ vård oavsett diagnos ex obotlig cancersjukdom, progredierande neurologisk sjukdom, kronisk hjärtsvikt, njursvikt, KOL i slutskedet. Diagnoser, förutom maligna sjukdomar och ALS, har inkluderats i verksamheten sedan ca 1 år tillbaka , och utgör i nuläget ca 5% av inskrivna patienter. Vårdplatser för specialiserad palliativ vård finns ej. I Växjö är 30-50 patienter inskrivna och i Ljungby 15-20 patienter. Medelvårdtid 70 dagar.

Konsultfunktion finns tillgänglig dagtid vardagar med möjlighet till stöd till alla vårdgivare som behandlar eller vårdar malign smärta samt andra palliativa vårdbehov. Man ger råd per telefon och kan också göra konsultbesök på slutenvårdsavdelningar. I Växjö deltar man regelbundet i ronder på olika slutenvårdsavdelningar. Man följer patienterna både i hemmet och på korttidsplats/SÄBO. I samtliga kommuner finns korttidsplatser med palliativ inriktning.

Verksamheten har ett utbildningsansvar och samverkar med Palliativt centrum i kompetenshöjande insatser till Region Kronoberg och länets kommuner.

De anställda är fördelade på 7 läkare, 11 sjuksköterskor, varav 3 är specialistsjuksköterskor i palliativ vård. Kurator är ej anställd under enheten utan kommer från central kuratorsenhet på sjukhusen. Dietist finns ej i teamen men sjukhusdietist kan vid behov konsulteras. Man har nära samarbete med kommunal hemsjukvård där sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter inkopplas. Nära samarbete med sjukhuskyrkan. I nuläget i finns en ST-läkare. Man har utbildat flera ST-läkare senaste åren.

Arbetstider är 8.00-16.30. Jourverksamhet finns inte. Under jourtid ansvarar respektive hemmaklinik för patienten med möjlighet till telefonrådgivning. Vid behov av slutenvård läggs patienten in på sin hemklinik.

Palliativ mottagning finns ej.

För att kompensera avsaknad av specialiserad palliativ slutenvård/hospice samt jour får ST-läkaren tjänstgöra i annan region i 3 månader i enlighet med rekommendationer från SFPM.

Intern granskning av kvalitet på ST-utbildningen har inte genomförts (ex STINS)

Palliativt centrum finns på Linneuniversitetet. Verksamheten är riktad mot kompetenshöjning i allmän palliativ vård och är en självständig enhet.

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

Inom den palliativa verksamheten i Kronoberg arbetar 7 läkare med varierande tjänstgöringsgrad, motsvarande 3,6 heltidstjänster i Växjö och 1,6 tjänster i Ljungby. Fem av läkarna är specialister i palliativ medicin och har gått aktuell handledarutbildning. En ST-läkare i palliativ medicin. Samtliga läkartjänster är besatta.

Läkarna arbetar i palliativt team och i konsultfunktion.

Läkarna har grundspecialiteterna allmänmedicin, internmedicin, onkologi, hematologi, kirurgi, kärlkirurgi och neurologi. En läkare är disputerad och forskningsaktiv.

Verksamhetschefen är sjuksköterska och är även chef för onkologkliniken. Medicinskt ledningsansvarig läkare finns.

Studierektorn är specialist i palliativ medicin, handledarutbildad och har 5 % i tid avsatt för uppdraget.

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, egen mobiltelefon och dator, inklusive distansaccess för att kunna arbeta/studera på annan plats.

ST-läkaren har egen arbetsplats och delar rum med sin huvudhandledare.

Det finns utrustning för diagnostik, utredning och behandling, t ex ultraljudsapparat, bladderscan. Man har möjlighet för inläggning av Picc-line och kvarliggande buk- och pleuradrän både på mottagning och i hemmet.

Tillräckligt antal arbetsbilar finns. Det finns möjlighet till ostörda samtal med patienter och närstående på enheterna.

Vid behov av mottagningsrum kan onkologens lokaler användas.

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 finns, nyligen upprättat. Check-lista för nyanställda finns.

Både regionövergripande och lokala skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas och styrande dokument för tjänstgöringens upplägg finns. Dessa är delvis kända av de som arbetar inom organisationen. Rutin som beskriver problem vid handledning eller då ST-läkaren har problem att uppnå målen finns men är inte fullt ut kända.

ST-läkaren har ett skriftligt individuellt utbildningsprogram (IUP) utgående från en nationell mall. I utbildningsprogrammet finns koppling mellan delmål, planerade utbildningsaktiviteter och bedömningsmetoder. ST-läkaren startade sin kliniska tjänstgöring 2024, men IUP upprättades först i maj 2025. Det individuella utbildningsprogrammet skall enligt riktlinjer revideras två gånger per år, vilket ännu ej är fullt implementat. Vad gäller c-mål har man gjort en god planering men i övrigt är IUP ofullständigt ifyllt. Dokumentation vad gäller handledning och bedömning finns i fristående dokument.

Sidotjänstgöring på onkologen planerad och även kortare auskultationer, tex radiologi. Rutin för utvärdering finns.

Det finns goda förutsättningar att delta i interna och externa utbildningar, inklusive C-kurser. Tid för självstudier enligt riktlinjer 4 timmar/vecka men är inte schemalagd och har inte alltid utnyttjats till självstudier.

ST-läkarna deltar inte någon beredsskapsjour.

Då man inte har egna slutenvårdsplatser planeras tjänstgöring under 3 månader på annan ort där slutenvård / hospice finns och under denna period skall ST-läkaren också delta i jourverksamhet.

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. Handledaren är specialist i palliativ medicin och har aktuell handledarutbildning.

God tillgång till specialister i palliativ medicin i verksamheten. Klinisk handledning lättillgänglig och välfungerande. Huvudhandledning en gång / månad. IUP nyligen upprättad. Handledningen planeras utgå från det individuella utbildningsprogrammet och målbeskrivningen för specialiteten. ST-läkaren ska dokumentera handledningen.

Det finns regiongemensamma rutiner för regelbundna kompetensbedömningar av ST-läkarna, minst sex bedömningar per år.

Av bedömningsinstrument har man använt mini-CEX och DOPS. Specialistkollegium planeras en gång årligen men ännu inte genomfört för nuvarande ST-läkare.

Rutin för utvärdering av sidotjänstgöring finns.

Verksamhetschefen håller årligt utvecklingssamtal med ST-läkaren.

Dokument som stöd vid problem i handledningen eller när ST-läkaren riskerar att inte nå målen finns men inte känt av alla

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

Teoretiska utbildningsmoment, som interna och externa utbildningsaktiviteter, planeras in i det skriftliga individuella utbildningsprogrammet för ST-läkaren. Internutbildning på palliativ enheten en gång/ vecka, gemensam för hela teamen. Journal Club har nyligen initierats. Gemensam fortbildning för ST-läkarna på onkologkliniken och palliativa teamet en gång/månad där ST läkarna själva föreläser. Internutbildningen är inte kopplad till Socialstyrelsens delmål.

ST läkaren planeras delta vid den nationella konferensen i palliativ vård.

ST-läkaren påbörjar hösten 2025 den svenska specialistkursen (C-kurs).

Tid för självstudier enligt riktlinjer 4 timmar/vecka, inte schemlagt och i praktiken studietid 1-2 timmar /vecka.

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 har utfört vetenskapligt arbete inom tidigare grundspecialitet.

Huvudhandledaren är disputerad och forskningsaktiv.

3 vetenskapliga forskningsprojekt från enheten har publicerats eller presenterats på vetenskapliga möten senaste 2 åren.

Det finns tillgång till regelbundna möten där ST-läkaren tillsammans med övriga kollegor diskuterar och granskar vetenskapliga artiklar.

ST-läkaren har varit något involverad i enhetens kvalitets och patientsäkerhetsarbete men inte på något strukturerat sätt och inte planerat i IUP.

Regional forskningsenhet finns som en del i regionens verksamhet för kontinuerlig kunskapsutveckling. Region Kronoberg har tillsammans med Linnéuniversitetet en samarbetsöverenskommelse (utvidgning av samarbetsavtal)

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-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. Bedömning och återkoppling av ledarskapskompetens sker.

Strukturerad bedömning och återkoppling av ST-läkarnas kommunikativa kompetens har utförts.

ST-läkarna deltar i handledning av auskultande ST-läkare och planeras delta i handledning av sidoutbildande ST-läkare. Strukturerad återkoppling sker inte kontinuerligt.

ST-läkarna utövar såväl intern som extern undervisning. Bedömning och återkoppling av pedagogisk kompetens sker.

Gemensam reflektion i grupp för hela teamen med extern handledning två gånger / termin.

Etiska diskussioner planeras. (IUP)

Auskultation vid möte med klinikens ledningsgrupp uppmuntras men ännu inte genomfört.

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.

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

Vi har gått igenom hela IUP uppifrån och ned med särskilt fokus på A- och B-mål. Avseende många av dessa bedömer vi att de är väl täckta med tanke på ST-läkarens nyligen genomförda grundläggande ST-utbildning (till specialist i allmänmedicin), men för ett flertal av A- och B-målen har vi också preciserat ytterligare utbildningsaktiviteter som vi bedömer som nödvändiga för att ST-läkaren ska nå den högra kompetens som är nödvändig. Se uppdaterad IUP

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Redan genomfört (se uppdaterad IUP)

Ansvarig för genomförandet

Joar Björk (huvudhandledare)

Datum för uppföljning

15 april

Ansvarig för uppföljningen

Joar Björk (huvudhandledare)

D. Tjänstgöringens upplägg

Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.

Planerad åtgärd

Vi har nu tydligare stavat ut i IUP att denna ska uppföljas och revideras regelbundet, två gånger per år, ca 15 oktober och 15 april. Se uppdaterad IUP, FÖRSTA FLIKEN

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Redan genomfört

Ansvarig för genomförandet

Joar Björk (huvudhandledare)

Datum för uppföljning

15 april

Ansvarig för uppföljningen

Joar Björk (huvudhandledare)

E.Handledning och kompetensbedömning

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

Planerad åtgärd

Vi har arbetat igenom hela Utbildningsprogrammet och bedömer att med samtliga förtydliganden och uppdateringar utgör det en god grund för handledning

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Redan gjort

Ansvarig för genomförandet

Joar Björk (huvudhandledare)

Datum för uppföljning

15 april

Ansvarig för uppföljningen

Joar Björk (huvudhandledare)

G. Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

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

Planerad åtgärd

ST-läkaren har åtagit sig att genomföra internt utvecklingsarbete "Ultraljud inom palliativ hemsjukvård" vilket innebär att han uppdaterar klinikens rutiner för ultraljudsundersökningar i hemmet gentemot best practise samt internutbildar läkarkollegorna i ultraljudsundersökning. Handledaren kommer att utvärdera detta tillsammans med regionens enhet för förbättringsarbeten. Se också uppdaterad IUP, delmål A4.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

31 dec 2027

Ansvarig för genomförandet

Joar Björk (huvudhandledare)

Datum för uppföljning

15 april 2026

Ansvarig för uppföljningen

Joar Björk (huvudhandledare)

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

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

Planerad åtgärd

ST-läkaren kommer redan under 2026 att ta ansvar för enhetens utåtriktade utbildningsverksamhet visavi AT-läkare (under handledning av huvudhandledaren, som också kommer att närvara vid utbildningstillfällena och därför kunna ge återkoppling till ST-läkaren avseende hans pedagogiska färdigheter). Vidare kommer ST-läkaren under 2026 att vara handledare för en randande ST-läkare som kommer till oss (med huvudhandledaren som metodstöd). Se också IUP delmål A1.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

31 dec 2027

Ansvarig för genomförandet

Joar Björk (huvudhandledare)

Datum för uppföljning

15 april 2026

Ansvarig för uppföljningen

Joar Björk (huvudhandledare)