



## SAMMANFATTANDE BEDÖMNING ST-SPUR-granskning

Granskningsdatum: **2018-05-25**

**Laholmshälsan**  
Klinik

**Laholm**  
Ort

Fredrik Svensson  
Inspektörer

Anna Nilsson

### **Gradering**

- A Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetskriterier 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 och allmänna råd. Åtgärder krävs.

## STRUKTUR

### A Verksamheten

Vårdcentral med 1 900 listade patienter med smalt befolkningsunderlag. BVC, MVC särskilt boende och sjukgymnastik saknas på enheten. Skriftliga riktlinjer för hur ST skall genomföras finns. En ST läkare samt två specialister tjänstgör på enheten. Sjukgymnastik samt BVC via avtal.

- |   |   |                                     |
|---|---|-------------------------------------|
| A | Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetskriterier är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. | <input type="checkbox"/>            |
| B | Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C | Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.        | <input type="checkbox"/>            |
| D | Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.                 | <input type="checkbox"/>            |

### B Medarbetarstab och interna kompetenser

God specialistbemanning på enheten och tillräckligt med handledning och instruktioner dagligdags finnes.

- |   |   |                                     |
|---|---|-------------------------------------|
| A | Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetskriterier är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. | <input type="checkbox"/>            |
| B | Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C | Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.        | <input type="checkbox"/>            |
| D | Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.                 | <input type="checkbox"/>            |

### C Lokaler och utrustning

Luftiga lokaler med adekvat utrustning i form av ögon samt öronmikroskop samt dermstoskop. Bibliotekstjänst saknas. ST läkare är hänvisad till gratis tjänster för informations inhämtande. Gynstol saknas.

- |   |   |                          |
|---|---|--------------------------|
| A | Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetskriterier är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. | <input type="checkbox"/> |
|---|---|--------------------------|

- |   |  |                                     |
|---|--|-------------------------------------|
| B | Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.  | <input checked="" type="checkbox"/> |
| C | Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas. | <input type="checkbox"/>            |
| D | Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.          | <input type="checkbox"/>            |

## PROCESS

### D Tjänstgöringens uppläggning

ST läkare har inte utbildningsprogram enligt målbeskrivningen vilket är ett krav. Individuella utbildningsprogram följs inte upp och revideras regelbundet. Jour finns i tillräcklig omfattning. Handlingsplan inkommit, se bilaga. Gradering ändrad till C.

- |   |  |                                     |
|---|--|-------------------------------------|
| A | Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitets-kriterier är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. | <input type="checkbox"/>            |
| B | Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.  | <input type="checkbox"/>            |
| C | Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.         | <input checked="" type="checkbox"/> |
| D | Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.                  | <input type="checkbox"/>            |

### EHandledning och uppföljning

Regelbunden handledning finnes i schemat men dessa dokumenteras ej och följs ej upp. Kompetensutveckling med vedertagna kompetens värderingsinstrument såsom Sit in 360 grader gör ej.

- |   |  |                                     |
|---|--|-------------------------------------|
| A | Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitets-kriterier är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. | <input type="checkbox"/>            |
| B | Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.  | <input type="checkbox"/>            |
| C | Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.         | <input checked="" type="checkbox"/> |
| D | Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.                  | <input type="checkbox"/>            |

## F Teoretisk utbildning

Struktur för internutbildning på enheten finns ej. Externutbildning samordnas av studierektor enligt målbeskrivningen. Kurser planeras in i tjänstgöringen i tillräcklig omfattning.

- A Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitets-kriterier 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 och allmänna råd. Åtgärder krävs.

## G Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete

Begränsade förutsättning finns för genomförande av vetenskapligt arbete på enheten.Handledning finnes i tillräcklig omfattning för kvalitetsarbete enligt målbeskrivningen. Struktur för återkoppling av detta kvalitetsarbete samt vetenskapligt arbete saknas. Svårt att få till vetenskaplig handledning för vetenskapliga projektet.

- A Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitets-kriterier 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 och allmänna råd. Åtgärder krävs.

## H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

Ledarskapskurs finns. Enheten saknar för närvarande AT läkare eller läkarstudent som ST läkarna kan handleda. ST läkaren skulle kunna ges möjlighet att utveckla handledarskapskompetens genom tjänstgöring på enhet där AT läkare eller läkarstudenter finns där träning i handledning under handledning med återkoppling kan övas. Handledning och återkoppling med Sit in eller video filmning används ej.

- A Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitets-kriterier 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 och allmänna råd. Åtgärder krävs.

## Styrkor

- Välutrustad liten VC med gott utbildningsklimat.
- Goda möjligheter till daglig återkoppling.
- God teknisk utrustning
- Två erfarna specialister på plats.

## Svagheter

- Liten enhet med 1 900 listade patienter där patient underlaget riskerar bli för ensidigt.
- Särskilt boende, MVC samt BVC saknas på enheten men kan fås via underleverantörer.
- Begränsade möjligheter att handleda under handledning på enheten då AT läkare eller läkarstudenter ej tjänstgör på enheten.
- Möjlighet till ledarskaps ST saknas i regionen
- Trångt till sidoutbildningarna inom slutenvården vilken riskerar försena specialistexamen.
- MVC saknas i hälsovalet i regionen.

## Förbättringspotential

- Skapa struktur för årlig kompetensutvecklingsbedömning med återkoppling. Årsrapport med hjälp av studierektor.
- Utveckla bibliotekstjänst med hjälp av Medibas eller motsvarande.
- Komma igång med strukturerad utvärdering, Sitin 360 grader eller motsvarande. Mitt i ST?
- Planera in strukturerad internutbildning i schemat.
- ST läkare kan leda läkarmöte samt skugga verksamhetschef som led i ledarskapsutbildning.
- Skapa struktur för regelbundna handledarträffar via studierektorn
- Dokumentera kompetensutvecklings tillfällen samt handledning.
- Enheten planerar att montera ihop en gynstol så att gynekologisk undersökning kan göras på enheten.

## Bilaga

Återkoppling på sammanfattande bedömning ST-SPUR-granskning 2018-05-25

Med anledning av granskningsprotokoll har nedan förbättring genomförts/planerats.

### D. Tjänstgöringens uppläggning

Vi går igenom ST-forum – använder denna för dokumentation. Möte med studierektor har skett tillsammans med verksamhetschef 2018-09-13 varvid kompetensutveckling/STY-planen har förtydligats.

Vi dokumenterar utvecklingsplanen – kurs, st-träffar, handledning, ST-block (inbokade/kvarstår), läkemedelskommitté/Strama, intern utbildning ( typ MI), VC-möte mm . Har tillsammans med studierektor och verksamhetschef gjort en uppskattning kring när ST-läkaren bör vara klar med sin tjänstgöring och grovplanerat samtliga randningar och utbildning både avseende skall/bör. Planen revideras kontinuerligt tillsammans med handledare samt 1 ggr/årigen tills med verksamhetschef/handledare/ev Studierektor.

### E.Handledning och uppföljning

1. ST-läkare dokumenterar varje handledningstillfälle- under mötet, i enlighet med nedan

- Datum
- Patient
- Problemställning
- Alternativa strategier
- Reflektion
- Revidering/uppföljning
- Övrigt

2. Planerat införande av vedertagna värderingsinstrument

Genomgång av videoinspelning – genomfört

Sit in minst 2 ggr/termin - påbörjat

360 grader 1 gång per år (innan årsskiftet)

3. Medarbetarsamtal sker kontinuerligt med verksamhetschef

### H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

1. Skugga verksamhetschef (bl a genom deltagande i verksamhetschefsmöte samt dialogmöte med regionala företrädare). Inplanerat och läggs in utbildningsplanen.

2. Delta vid regional kvalitetsrevision, läkemedelskommittén, utredning av ev avvikelser mm

3. Ansvara för tematräffar med medicinsk personal inkl läkare. Tematräffarna (1 ggr/månad) innebär att granska befintlig verksamhet, rutiner och handhavande,



kompetensnivå på de aktuella områdena och leda till förbättringsåtgärder liksom höjd kompetensnivå för samtliga.

4. Ansvara för förslag för verksamheten relevanta förbättringsområde (t ex läkemedelsförskrivning, antibiotika mm)

4. Efter relevant ST-block tjänstgöra inom relevanta fält (hem för vård av boende, MVC, BVC) via våra underleverantörer eller samverkanspartners. Inlagda i utbildningsplanen.

Förbättringsidéer efter SPUR revision

- Bibliotekstjänst Medibas – ST läkare testar under en period av 30 dagar och bedömer relevans av denna tjänst.
- Strukturerad utvärdering med hjälp av föreslagna metoder inledd
- Strukturerad intern-utbildning planerad i enlighet med ovan (se tematräffar) samt deltar/håller i för verksamheten planerade internutbildningar
- ST läkare skuggar verksamhetschef och leder läkarmöten enligt ovan
- Har regelbundna handledarträffar med studierektor (påbörjat)
- Dokumenterar handledning och kompetensutveckling enligt ovan samt genom att använda ST-forum mer konsekvent
- Gynstol monteras.

Laholm 2018-09-14