



# EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

**Övertårneå hälsocentral**

Klinik

**Allmänmedicin**

Specialitet

**2018-11-07**

Datum

**Övertårneå**

Ort

**Fia-Lotta Axelsson Pipping och Ann Hovland-Tänneryd**

Inspektörer

## Styrkor

- Gedigen fullbemannad glesbygd VC med mycket goda förutsättningar för ST-läkare att lära sig allmänmedicin såsom det är tänkt. ST-läkarna är överlag nöjda.
- Stabil engagerad personal samt chef med modernt ledarskap där innovation och utveckling får ta plats.
- Handledare är erfarna och uppskattar handledningsuppdraget.
- ST-läkare delar HL patientlista vilket medför bra kontinuitet och tid till bra handledning.

## Svagheter

- Även om mycket fungerar just nu i praktiken så saknas det formell struktur för "dåliga tider" t ex hur tjänstgöringen planeras och bedöms på VC t ex. handledning/kompetensbedömning, hur planeras ledarskaps- och handledarskapsmoment?
- Det har hittills saknats årliga utvärderingar mellan Verksamhetschef, HL, SR och ST-läkare.
- Dokumentation av kompetensbedömningar och handledning delvis bristfällig. Verksamhetschef har ej haft inblick i sin roll i detta.
- ST behöver involveras mer i ledning av verksamhetens utvecklingsarbete och internutbildning, handledning av AT-läkare och studenter.
- Rutiner kring återkoppling från sidoutbildningar följs ej.

## Förbättringspotential

- Ledarskapskompetens; involvera ST-läkarna mer i verksamhetens utvecklings- och ansvarsområden från dag 1. Auskultera med chef och MR.
- Nyttja utbildningsplan i ST-forum mer för att skapa struktur för kompetensbedömning kring varje delmål och använd som ett levande verktyg i den fortlöpande handledningen. Även VC-placering bör preciseras vad den ska innehålla för att uppfylla delmål (kroniska diagnoser) - skapa en årsplanering. Tex en termin fokusera på diabetes och hjärtsvikt kontroller + teoretisk inläsning + case report, sit-in och undervisning för övriga. Nästa termin demens och astma/KOL etc. Detta för att lättare kunna "checka av" medicinska, ledarskaps- och handledarskapsmål i ett!
- Ge ST-läkarna ansvar för den interna utbildningen inkl vetenskapligt förhållningssätt, t ex läs veckans artikel/ABC i läkartidningen, träna på att nyttja databaser (uptodate) etc.
- Ge erfarna ST-läkare ansvar för AT-läkare och ge möjlighet för handledning under handledning t ex. "lilla kirurgin" där AT-läkare och ST-läkare får utvärdera varandras prestation.

# STRUKTUR

## A Verksamheten

Fullbemannad glesbygdvårdcentral med brett allmänmedicinskt uppdrag inklusive MVC, BVC, skolhälsovård, äldreboende, vårdavdelning och röntgen på plats. Ca 4 000 listade patienter.

### Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

### Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur specialiseringstjänstgöringen ska genomföras finns.
- Skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur specialiseringstjänstgöringen ska utvärderas finns.
- Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig.

### Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter följs.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

## B Medarbetarstab och interna kompetenser

2 ST-läkare, 4 specialisläkare. AT läkare. Stabil erfaren personalgrupp med engagerade handledare, Verksamhetschef och enhetschefer. Specialistsköterskor inom diabetes, astma/KOL, demens och inkontinens och aks. Handledarträffar saknas men på gång via SR.

## Föreskrift

- Samtliga huvudansvariga ST-handledare har specialistkompetens i avsedd specialitet.
- Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.
- Tillgång till specialistkompetent studierektor med handledarutbildning finns.
- Tillräckligt många läkare med relevant specialitet och kompetens finns för att alla ST ska få adekvat handledning.
- Tillräckligt många läkare och andra medarbetare med relevant kompetens finns för att instruktioner ska kunna ges.

## Allmänna råd

- Studierektorn har relevant specialistkompetens.

## Kvalitetsindikator

- Generella skriftliga instruktioner för ST-handledning finns.
- Regelbundna handledarträffar för ST-handledarna finns.
- Skriftlig uppdragsbeskrivning för SR finns.

## 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 och allmänna råd. Åtgärder krävs.

## C Lokaler och utrustning

VC som är glesbygdsutrustad inkl röntgen samt fiberlaryngoskop och dermatoskop med uppkopplingsmöjligheter mot andra vårdinstanser. Tillgång till databaser samt FoU-enhet via Luleå.

### **Föreskrift**

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

### **Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:**



Adekvat utrustning för diagnostik, utredning och behandling finns.

### **Kvalitetsindikator**



ST-läkarna har tillgång till funktionell arbetsplats.



Tillgång till IT-baserade kliniska beslutsstöd, sökbar vetenskaplig databas, stöd från bibliotek eller FoU-enhet finns.

### **Gradering**



A. Socialstyrelsens föreskrifter 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.

## **PROCESS**

### **D Tjänstgöringens uppläggning**

ST-läkare delar lista med HL. Alla ST-läkare har utbildningsplaner men endast kopplade till randningar och kurser. Det saknas mer specifikation över hur VC placeringens innehåll planeras och kopplas till lärandemetod och kompetensbedömning.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

### **Föreskrift**

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

### Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Det finns skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg.
- Jourtjänstgöring/beredskap uppfyller kraven i målbeskrivningen.

### Föreskrift

- Alla ST-läkare har individuellt utbildningsprogram som utgår från kraven i målbeskrivningen.
- Det individuella utbildningsprogrammet följs regelbundet upp och revideras vid behov i samråd med SR, HL och ST-läkaren.

### Allmänna råd

- SR bör utgöra en organisatorisk stödfunktion till verksamhetschef, handledare och ST-läkare.
- SR bör medverka till utarbetning av ST-läkarnas introduktionsprogram.
- SR bör ta del av verksamhetschefens och handledarens bedömning av ST-läkaren.

### Kvalitetsindikator

- Alla ST-läkare får introduktion till tjänstgöringen.
- Tillgång till individuella utbildningsprogram och handledning för de leg läkare utan specialistkompetens som arbetar vid enheten med siktet inställt på ST finns.
- Alla ST-läkare har lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter att uppnå målen i målbeskrivningen oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnicitet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

### 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 och allmänna råd. Åtgärder krävs.

## E Handledning och uppföljning

VC har ett gott utbildningsklimat med "öppna dörrar". Handledningen sker på avsatt tid och respekteras. Tiden används mestadels till kliniska frågor. Användning av bedömningsmallar sker sparsamt och sporadiskt. Struktur för planerad fortlöpande kompetensbedömningar utifrån delmål saknas. ST-läkare önskar mer frekvent strukturerad återkoppling. Rutin kring återkoppling från sidoutbildningar följs inte. Skriftlig åtgärdsplan för ST-läkare med svårigheter att uppnå delmål saknas. Verksamhetschef har behov av större inblick i ST-föreskrifter och ansvarsområden.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

### Föreskrift

- Handledningen utgår från det individuella utbildningsprogrammet.
- Det finns en utsedd huvudansvarig handledare för varje ST.
- ST-läkaren har tillgång till handledare under varje utbildningsperiod.
- Fortlöpande bedömning av ST-läkarens kompetensutveckling utifrån målbeskrivningen och utbildningsprogrammet görs under hela ST.
- Kontinuerlig bedömning utförs av verksamhetschef (motsvarande) och huvudsaklig handledare.
- Verksamhetschef (motsvarande) ansvarar för att den kontinuerliga bedömningen dokumenteras.

### Allmänna råd

- ST-läkaren bör, utöver handledning, få fortlöpande instruktioner.
- Handledningen är inplanerad i ordinarie tjänstgöringsschema.
- Den huvudansvariga handledaren tjänstgör där ST-läkaren huvudsakligen genomför sin specialiseringstjänstgöring.
- Handledarutbildningen bör omfatta handledning, pedagogik, metoder för bedömning, kommunikation och etik.
- Den fortlöpande bedömningen görs med på förhand kända och överenskomna metoder.
- Påvisade brister i ST-läkarens kompetens leder till en åtgärdsplan.
- Verksamhetschefen eller motsvarande håller regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkarna.



## Kvalitetsindikator

- ST-läkarnas sidutbildning följs upp.
- Varje enhet har en plan för hur ST-läkare som riskerar hamna i svårighet för att uppnå enskilda delmål, sin professionella utveckling generellt eller av personliga skäl, ska kunna hjälpas.

## 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 och allmänna råd. Åtgärder krävs.

## F Teoretisk utbildning

Gediget regionalt kursprogram samt god tillgång till externa kurser. Regelbunden ST-specifik utbildning varannan vecka. Läkarmöte en gång i veckan men ST-läkare har ej engagerats i intern undervisning för enhetens personal. Avsatt studietid finns men ST-läkarna kan behöva stöd kring disciplin att förvalta den på rätt sätt.

### Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

### Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras in i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkarna genomgår den teoretiska utbildning som definieras i det individuella utbildningsprogrammet.

### Föreskrift

- SR samordnar ST-läkarnas interna och externa utbildning.

## Allmänna råd

- Intern utbildning planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.
- Extern utbildning planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.
- Tid för regelbundna självstudier planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.

## Gradering

- A. 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

Förutsättningar för arbeten finns men struktur för- och fortlöpande bedömning av kompetens i kvalitetsutvecklings samt vetenskapligt förhållningssätt saknas.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

## Föreskrift

- Utbildning erbjuds för att uppnå ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt.
- Goda förutsättningar finns för genomförande av ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.
- ST-läkarnas kompetens i medicinsk vetenskap bedöms fortlöpande och återkoppling sker.
- ST-läkarna ges möjlighet att utveckla kunskap om och kompetens i kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.
- Goda förutsättningar finns för att genomföra, dokumentera och redovisa ett kvalitetsarbete.
- ST-läkarens kompetens i kvalitetsutveckling bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

## Kvalitetsindikator

- ST-läkares genomförda individuella arbeten publiceras eller presenteras vid vetenskapliga möten.
- Tillgång till ett välfungerande doktorandprogram finns.
- Enheten har regelbundna möten där medarbetare diskuterar och kritiskt granskar vetenskaplig litteratur.
- Minst ett, på enheten utfört, självständigt forskningsprojekt har publicerats i vetenskaplig tidskrift eller presenterats vid vetenskapligt möte de senaste två åren.

## Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter 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.

## H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

Ges möjlighet att utveckla arbetsledarkompetens via avd.rond, SÄBO rond och akutarbete på jour, men saknar struktur för kompetensbedömning och återkoppling. Verksamheten har flera utvecklings/kvalitetsprojekt, men ST-läkarna är sparsamt involverade i ledningen av dessa. Fortlöpande kompetensbedömning i kommunikation sker sporadiskt. Möjlighet att undervisa och handleda AT-läkare/studenterna finns men sker sporadiskt och formell struktur saknas.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

## Föreskrift

- ST-läkaren ges förutsättningar att utveckla ledarskapskompetens i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i ledarskapskompetens.
- ST-läkarens kompetens i ledarskap bedöms fortlöpande och med återkoppling.
- ST-läkaren ges förutsättningar att utveckla den kommunikativa kompetensen såväl muntligt som skriftligt i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.
- ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms och återkoppling sker.

## 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 inom- eller mellanprofessionell reflektion i grupp.

## Gradering

- A. 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.

# Handlingsplan

## Bilaga

SPUR – läkargranskad vidareutbildning vid Övertårneå hälsocentral 2018-11-07

Förbättringsområden för ST läkare vid Övertårneå hälsocentral

### D. Process

- ST-tjänstgöring görs enligt målbeskrivningen, nya enligt SOS fs 2015:8
- Individuell utbildningsplan görs inom 6 månader efter påbörjad ST-tjänstgöring
- Utbildningsplanen innehåller plan för hur målen nås med randningar på andra kliniker och plan hur hälsocentralplaceringen delas i fokusområden för att nå målbeskrivningens krav
- Utbildningsplanen följs upp regelbundet och under handledningarna, samt med 4 medsittningar/år
- Utbildningsplanen revideras vid behov, minst 1 gång/år
- Minst 1 gång/år har SR, HL, ST-läkare och VC uppföljningsmöte
- ST-läkaren får introduktion på HC innan kliniskt arbete påbörjas 1-5 dagar
- Legitimerad läkare utan specialistkompetens får en nämnd handledare och tillgång till schemalagd handledning minst en gång per månad.

### E. Handledning och uppföljning

- Handledningen utgår från det individuella utbildningsprogrammet som innehåller plan för hur målen nås med randningar på andra kliniker och plan hur hälsocentralplaceringen delas i fokusområden för att nå målbeskrivningens krav
- ST-läkare har en utsedd handledare med specialistkompetens och handledarutbildning. Vid sidoutbildning nämns en sidohandledare som ST-läkaren kontaktar innan randningen påbörjas.
- ST-läkaren skriver upp sina mål enligt målbeskrivningen för sidohandledaren för att sidohandledaren kan utvärdera om målen nås under sidotjänstgöringen.
- Handledaren och sidohandledaren kommunicerar under sidotjänstgöringen
- Vid behov förlängs sidotjänstgöringen om det krävs för att nå målen.
- ST-läkaren ansvarar för att bli bedömd minst en gång under sidotjänstgöringen med medsittning
- Bedömning enligt ST-forums bedömningsmallar görs 4 gånger/år och dokumenteras
- Handledningen är schemalagd och ST-läkaren och handledaren delar samma område
- Om bedömningen visar brister i ST-läkarens kompetens görs en åtgärdsplan omedelbart för att revidera utbildningsplanen: randning på bristande område, teoriutbildning eller träning under handledning
- ST-läkaren och VC har regelbundna utvecklingssamtal, minst 2x år

### G. Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete

- Utbildning ska genomföras för att uppnå ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt
- ST-läkaren ska genomföra ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer
- ST-läkarnas kompetens i medicinsk vetenskap ska bedömas fortlöpande och de ska få återkoppling. Detta genom att ST-läkare regelbundet, minst fyra gånger per år, ska

presentera och diskutera vetenskapliga artiklar till läkarkollegiet eller arbetsplatsen som helhet. Återkoppling ska ske i samband med detta. Artiklar kring specifika frågeställningar ska sökas via databaser.

- ST-läkarna ska ha möjlighet att utveckla kunskap om och kompetens i kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.
- Goda förutsättningar för att genomföra, dokumentera och redovisa ett kvalitetsarbete ska finnas.
- ST-läkarens kompetens i kvalitetsutveckling ska bedömas fortlöpande och återkoppling ska ske. Varje ST-läkare ska genomföra minst ett kvalitetsarbete per år. Arbetet ska presenteras för berörda yrkesgrupper på hälsocentralen och möjlighet för återkoppling ska ske. Handledaren ska också bedöma arbetet och godkänna det.

#### H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

- ST-läkaren ges möjlighet att utveckla arbetsledarkompetens i enlighet med målbeskrivningen.  
ST-läkaren har ett eget särskilt boende som ansvarsområde och är arbetsledare i det teamet.
- ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i ledarskapsprocessen genom att skugga VC och enhetscheferna på enheten.
- ST-läkaren ska få handleda AT-läkare och studenter när dessa finns på hälsocentralen.
- ST-läkarens kompetens i ledarskap bedöms fortlöpande och med återkoppling, t ex genom 360-graders bedömning som ska genomföras minst år 2 och år 4 under ST-utbildningen.
- ST-läkaren bereds möjlighet att delta i inom- eller mellanprofessionell reflektion i grupp.

Elisabeth Eero  
Verksamhetschef

Lucie Machova  
Studierektor

Emelie Jakobsson-Åhl  
ST-läkare