



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Falu Lasarett

Klinik

Reumatologi

Specialitet

2018-11-13 – 2018-11-13

Datum

Falun

Ort

Annika Teleman och Christine Bengtsson

Inspektörer

Styrkor

- Ytterst välfungerande klinik med stabil bemanning, korta beslutsvägar och utmärkt handledning. Detta blir inte helt synligt i bedömningen pga avsaknad av vissa föreskrivna dokument
- Bred reumatologisk kompetens
- God vetenskaplig kompetens
- Alla läkare ansvarar för att bevaka och rapportera från var sin vetenskaplig tidskrift
- Positivt utbildningsklimat
- God trivsel på arbetsplatsen. Alla förefaller samverka i arbetet att fortsätta utveckla verksamheten med bibehållen hög medicinsk kvalitet
- God kontroll på medicinska utfallsmått och väntelistor
- Inga/korta väntetider
- Lokalernas utformning främjar samarbete
- God återkoppling i handledning/ledarskap/kommunikation för ST-läkaren
- Kliniken stöder ledarskapsutbildningar för läkare (t ex RULe)

Svagheter

- Individuellt utbildningsprogram utgående från målbeskrivningen saknas •••
- Begränsad regiontjänstgöring (3 mån)
- Inga handledarträffar förekommer på kliniken eller sjukhuset
- Ingen intern ST-utbildning finns på kliniken och relativt glest regionalt. Sammantaget har ST-läkaren relativt begränsad tillgång till reumatologiska utbildningar på ST-nivå

Förbättringspotential

- Ta fram individuell utbildningsplan i enlighet med kraven i målbeskrivningen
- Stimulera till deltagande i regional och nationell ST-utbildning i reumatologi även ur nätverkssynvinkel
- Riktade placeringar vid universitetssjukhus

STRUKTUR

A Verksamheten

Kliniken har en allsidig verksamhet omfattande alla huvudgrupper av reumatiska tillstånd. Ett fåtal patienter remitteras till Universitetskliniker. Verksamheten är centraliserad till Falun, inga primärvårdskonsulter förekommer. Slutenvårdsavdelningen stängdes september 2018. Den har ersatts med Reumatologisk utredningsavdelning (REDA), med boende på patient hotell. Poliklinisk rehabilitering i grupp eller individuellt bedrivs i form av 3 hela veckor alternativt 1-3 dagar/vecka i flexibelt antal veckor. Sammanlagt blir 30-35 pat /år föremål för rehabiliteringen. Artritinformationsdag för ff a nydebuterade genomförs 4 ggr/år. Reumatologkonsult finns dagtid och ansvarar för ineliggande patienter på sjukhuset samt telefon konsultationer från andra sjukhus och vårdcentraler i regionen. Upptagningsområdet är ca 280 000 invånare. Patientstocken består av ca 2940 patienter. Under 2017 utfördes 969 nybesök och 5399 återbesök samt 1329 besök till injektionsmottagning. Vissa återbesök, 210 stycken, har ersättas av "distans återbesök" (tel kontakt med föregående provtagning och PER registrering). Under 2016 inkom ca 1600 remisser varav ca 40% brevbesvarades. Uppfyllandet av vårdgarantin för nybesök klaras, flertalet inom två månad. Återbesök skedde i flertalet fall inom planerat måldatum under 2017. Det utfördes totalt 2146 sjukvårdande behandlingar, 465 sjuksköterskebesök och 1476 infusionsbehandlingar. SRQ används kontinuerligt med hög täckningsgrad. Det saknas skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur ST ska genomföras och utvärderas för att säkerställa en hög och jämn kvalitet i specialisttjänstgöringen. Genom kompletterande tjänstgöring på regionenhet kan målbeskrivningen uppfyllas. Det finns goda möjligheter att uppnå utbildningsmålen för ST-läkare oavsett kön, etnicitet, religion eller annan trosuppfattning. Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med kompletteringar. 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:

- 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.
- 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

Det finns 7 specialister varav en dubbelspecialist i internmedicin. Två specialister varav en pensionerad är disputerade. Det finns tillräckligt många specialister för att dagliga instruktioner skall kunna ges. Två ST-läkare varav en föräldraledig är anställda vid kliniken. Ytterligare en ST-tjänst är budgeterad. Handledaren har genomgått handledarutbildning. Den lokala studierektorn har reumatologisk kompetens och det finns en skriftlig uppdragsbeskrivning. Regional studierektor i reumatologi finns i Uppsala. Det finns skriftlig instruktion om hur handledningen ska genomföras och utvärderas. Det finns inga handledarträffar för ST-handledare.

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

Den reumatologiska öppenvården bedrivs samlat och i ändamålsenliga lokaler. Det finns 9+1 mottagningsrum. PER-stationer samt flera i-pads finns. Läkarna har egna arbetsrum som även fungerar som mottagningsrum. Det finns två ultraljudsapparater samt nagelbandsmikroskop. Alla specialister har ultraljudsutbildning (via Abbvie) och ultraljud används i daglig rutin. Det finns god tillgång till bibliotekstjänst och tidskrifter via nätet. UpToDate finns.

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

Vårdgivaren saknar vissa styrdokument för hur ST ska genomföras och utvärderas. Det finns skriftligt introduktionsprogram. Det finns en skriftlig beskrivning av verksamheten för nyanställda. Jourtjänstgöring på medicinkliniken ingår under sidoutbildning och är i övrigt frivillig. Remissbedömningen görs av den som har ansvar för REDA där även ST-läkaren är placerad. ST-kontrakt och tidsschema för de olika tjänstgöringarna finns (översiktsplan). Däremot finns inte skriftliga utbildningsprogram som utgår från målbeskrivningen och plan för hur målen ska uppnås. Avsaknaden av utbildningsprogram gör att den sammantagna bedömningen av tjänstgöringens uppläggning måste åtgärdas (D) även om handledning och instruktioner av ST-läkare i övrigt fungerar utmärkt. Kopplingen mellan delmål-placering-bedömning är viktig (Föreskrift). Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med kompletteringar. 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 mål-beskrivningen 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

Handledningen utgår inte från ett individuellt utbildningsprogram då idag sådant saknas (föreskrift). Handledning är inplanerad i ordinarie tjänstgöringsschema. Dokumentation av handledningssamtal görs av ST-läkaren. Fortlöpande bedömning av ST-läkarens kompetens görs och dokumenteras. Det finns ST-kollegium vid reumatologisektionen med skriftlig dokumentation och feed-back till ST-läkaren. ST-läkaren har utsedd handledare. Under nuvarande sidoutbildning finns ännu ingen utsedd handledare (föreskrift). Sit-ins och medsittning (även omvänd) görs. Bedömningen görs med på förhand kända och överenskomna metoder. ST skriver det årliga diagnostiska provet och har haft genomgång med handledare. Kompetens/utvecklingsamtal med läkarchef genomförs och dokumenteras en gång per år. Plan och systematisk beredskap att fånga upp ST-läkare som riskerar hamna i svårigheter finns ej. Dock har sådana problem hanterats väl i praktiken. Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med kompletteringar. 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 sidoutbildning 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

Inställningen till teoretisk utbildning är positiv. ST-läkaren har 4 timmars schemalagd tid var annan vecka för egna studier. Tiden kan inte alltid fredas från administrativt arbete. Utbildningsmoment och kurser genomförs i enlighet med målbeskrivningen. Ingen intern ST-utbildning i reumatologi finns, men 1-2 ggr/ termin? på sjukhuset. ST-läkaren har möjlighet att delta i de nationella ST-dagarna . ST-läkaren har erbjudits men deltar ej i EULAR-online utbildningen. Det finns regelbunden intern utbildning på kliniken där man refererar kurser och möten. ST-läkaren har möjlighet att delta i regional ST-utbildning X ggr/år. Kliniken har journal clubs en gång/mån. Varje läkare inklusive ST ansvarar för att bevaka och rapportera en tidskrift (kontinuerligt).

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

Eget arbete enligt vetenskapliga principer har utförts och skall presenteras på vetenskapligt möte. Kvalitetsarbete har ännu inte på börjats. Patientsäkerhetsarbete (föreskrift)? Under de senaste 2 åren har två, på enheten utförda forskningsprojekt, publicerats.

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

H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkaren har möjlighet att i vardagen utveckla ledarskapskompetens genom avdelningsarbete (fram till sept 2018) och arbete på utredningsavdelningen mm. Likaså finns många tillfällen att öva kommunikativ kompetens, vid mottagningsarbete, journalskrivning och föreläsningar.Handledning av såväl läkarstudenter, AT-läkare och läkare under sidoutbildning görs av ST-läkaren. ST-läkaren har vissa administrativa uppdrag (schemaplanering). Återkoppling av såväl ledarskap, kommunikation, handledning och administrativ kompetens sker.

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.