



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Oxbacken Familjeläkarmottagning

Klinik

Allmänmedicin

Specialitet

2019-04-02

Datum

Västerås

Ort

Fia-Lotta Axelsson Pipping och Ann Hovland-Tänneryd

Inspektörer

Styrkor

- I princip fullbemannad VC med allsidigt underlag och mycket goda förutsättningar för ST-läkare att lära sig allmänmedicin såsom det är tänkt. ST-läkarna är nöjda och vittnar om god stämning och gott utbildningsklimat.
- Stabil engagerad personal samt chef med modernt ledarskap där innovation och utveckling får ta plats. Lyckats vända ett dåligt läge för 6-7 år sedan till något riktigt bra.
- VC med "utbildningsfokus" - Erfaren handledare som brinner för uppdraget och med ordentligt avsatt tid för handledningen som ger trygghet och tillgänglighet.
- Gemensam internutbildning för alla utbildningsläkare + HL på VC 1 gång/vecka.
- ST-läkare involverade tidigt inom verksamhetens utvecklingsområden/ansvarsområde

Svagheter

- Även om mycket fungerar just nu i praktiken så saknas det formell struktur, t ex hur tjänstgöringen planeras och bedöms på VC samt hur planeras och struktureras bedömning av ledarskaps- och handledarskapsmoment?
- Utbildningsplaner saknar koppling mellan detaljerade delmål - lärandemoment - uppföljning/kompetensbedömning.
- Formaliserade kompetensbedömningar sker för sällan
- Det har hittills saknats årliga utvärderingar mellan VCh, HL, SR och ST-läkare.
- Dokumentation av kompetensbedömningar och handledning är bristfällig. VCh har ej haft inblick i sin roll i detta.

Förbättringspotential

- SR bör ta fram en regional uttolkning av målbeskrivning och mall för tjänstgöringen upplägg avseende VC-tjänstgöringen som underlag till en mer "användbar" utbildningsplan.
- Förbättra och nyttja utbildningsplan (enl ovan) som ett levande verktyg i handledningen för att skapa struktur för kompetensbedömning kring varje delmål. Även VC-placering bör preciseras vad den ska innehålla för att uppfylla delmål - skapa en årsplanering. T ex en termin fokusera på diabetes och hjärtsvikt; årskontroller + 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!
- Skapa en gemensam mapp där dokumentation sparas. ST-läkarna för "loggbok" över lärandemoment och kompetensbedömningar inkl. återkoppling (i ett worddok) så att handledaren "bara" behöver signera av, och även VCh kan kontrollera inför årsavstämning.
- Inför kompetensbedömning av andra specialister än bara handledaren samt specialistkollegium el. 360-bedömning åtminstone 1 gång/år.
- SR och VCh bör säkerställa (minst) en årsrapport från ST samt ett handledarutlåtande årligen som baseras på de fortlöpande kompetensbedömningarna och ev ett specialistkollegium.
- SR bör ta fram en regional uttolkning av målbeskrivning och mall för tjänstgöringens upplägg avseende VC-tjänstgöringen som underlag till en mer "användbar" utbildningsplan.

STRUKTUR

A Verksamheten

I princip fullbemannad vårdcentral med brett allmänmedicinskt uppdrag inklusive MVC, BVC, äldreboende, fysioterapi. Ca 15 000 listade patienter. Övergripande riktlinjer är enkla och tydliga.

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

8 ST-läkare, ca 6 specialisläkare. AT läkare. Erfaren chef och handledare (HL) där HL har 4 dgr/vecka avsatt för enbart handledning. Specialistsköterskor inom diabetes, astma/KOL, seniormottagning och inkontinens. Psykosocialt team.

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

Adekvat utrustning dock utan ögonmikroskop. (liberal remittering till ögonmottagning enligt överenskommelse inom regionen)

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 ansvarar för lista. utbildningsplaner endast kopplade till randningar och kurser. Det saknas mer specifikation över hur VC-placeringens innehåll planeras och kopplas till lärandemetod och kompetensbedömning. Regelbunden uppföljning av planen saknas, sker enbart sporadiskt inför t ex randningar. Lokal riktlinje för hur målbeskrivningen ska uttolkas och styrande dokument för tjänstgöringens upplägg saknas. SR saknar struktur för delgivning av- och tillgång till ST-läkarnas utbildningsplan/kompetensbedömning/ dokumentation.

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. Användning av bedömningsmallar sker sällan och sporadiskt. Struktur för planerad fortlöpande kompetensbedömningar utifrån delmål saknas. ST-läkare önskar mer frekvent strukturerad återkoppling. Skriftlig åtgärdsplan för ST-läkare med svårigheter finns och åtgärdsplaner skapas vid behov. Verksamhetschef säkerställer i nuläget inte att dokumentation kring kompetensutveckling äger rum och har behov av större inblick i ST-dokumenteringen 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. Utbildningsläkarna ansvarar för internutbildning en gång i veckan på rullande schema. Avsatt studietid finns.

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/återkoppling 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, SÄBO rond och akutarbete på jour, men saknar struktur för kompetensbedömning och återkoppling. Verksamheten har flera utvecklingsprojekt/ansvarsområden där ST-läkarna förväntas bidra. Fortlöpande kompetensbedömning i kommunikation sker sällan. Möjlighet att undervisa och handleda AT-läkare/studenter finns men sker sporadiskt och formell struktur för bedömning av handledarroll 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

Påvisade förbättringsområden efter SPUR inspektion

Datum och delagare	190506 Heike Nykvist/verksamhetschef Mikael Björkman/handledare, ST rektor Kjell Jansson Daniel Arsene/ST läkare
---------------------------	---

Nulägesbeskrivning/problem identifiering	<p>Förbättringsområden har påvisats under SPUR inspektionen vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saknas förmell struktur, ex hur tjänstgöringen planeras & bedöms på VC samt bedömning av planering & struktur av ledarskaps- och handledarskapsmoment. - Saknas planerad och strukturerad bedömning av ledarskaps- och handledarskapsmoment - Utbildningsplaner saknar koppling mellan detaljerade delmål – lärandemoment, uppföljning/ kompetensbedömning. - Formaliserade kompetensbedömningar sker för sällan. - Saknas årliga utvärderingar mellan VCh, HL, SR & ST läkare. - Bristfällig dokumentation av kompetensbedömningar & handledning. VCh har ingen inblick i sin roll i detta!
---	--

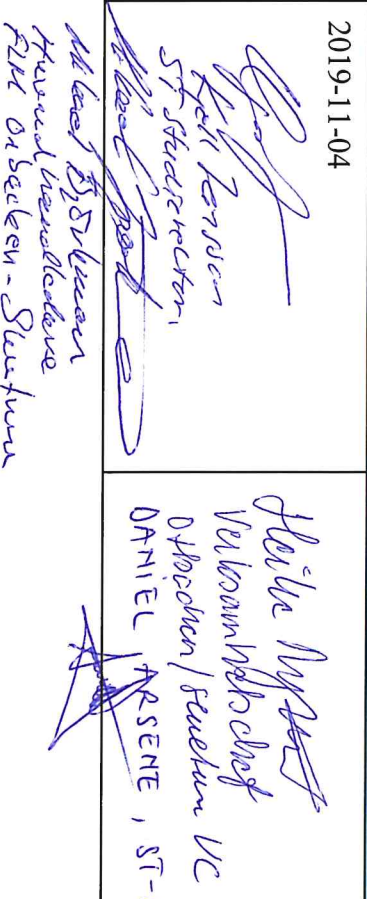
Mål	
------------	--

1)	Att ha tillgång till en lättolkad målbeskrivning och mall för ST tjänstgöringens upplägg för VC tjänstgöringen som underlag till en mer "användbar" utbildningsplan.
2)	Att nyttja utbildningsplanen som ett levande verktyg i handledningen för att skapa struktur för kompetensbedömning kring varje delmål.
3)	Att följa en årsplanering för VC placeringen för att lättare "checka" av medicinska, ledarskaps- och handledarskapsmål.
4)	Att spara dokumentationen i en gemensam mapp för ST läkarna för "loggbok" över lärandemoment & kompetensbedömningar inkl. återkoppling så att handledaren bara behöver signera av och även VCh kontrollerar inför årsavstämning.
5)	Att införa kompetensbedömningar av andra allmän specialister än bara handledaren.
6)	Att ST studierektor & VCh säkerställer en årsrapport från ST & ett handledarutlåtande årligen som baseras på de förtjäpande kompetensbedömningarna

Handlingsplan för att nå målet

Vad	Vem	När
- Ta fram en lättolkad målbeskrivning & mall för ST tjänstgöringen som är en mer "användbar" utbildningsplan.	SR, VCh, ST, HL	Hösten 2019
- Skapa en struktur för kompetensbedömning kring varje delmål.	SR, VCh, HL	Hösten 2019
- Checka av årsplaneringen av medicinska, ledarskaps- och handledarskapsmål.	VCh, HL	Hösten 2019
- Spara dokumentationen i en gemensam mapp för ST läkarna för "loggbok" över lärandemoment & kompetensbedömningar inkl. återkoppling så att handledaren bara behöver signera av och även VCh kontrollerar inför årsavstämning.	VCh, HL	Hösten 2019
- Införa kompetensbedömningar av andra allmän specialister än bara handledaren.	VCh	Hösten 2019
- Säkerställa en årsrapport från ST & ett handledarutlåtande årligen som baseras på de förtjäpande kompetensbedömningarna	VCh, HL	Hösten 2019

Framtida plan/utvärdering

2019-11-04	 <p>Heike Nykvist Verksamhetschef Daniel Arsene, ST-LÄKARE</p>
------------	--