



# EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

**Norrlands Universitetssjukhus**

Klinik

**Reumatologi**

Specialitet

**2019-05-21 – 2019-05-22**

Datum

**Umeå**

Ort

**Lovisa Leifsdottir och Jan Cedergren**

Inspektörer

## Styrkor

- Erfaren läkargrupp med god sammanhållning och där man hjälps åt
- Stor akademi och hög forskningsaktivitet
- Goda möjligheter till teoretisk utbildning för ST-läkare
- Inga medicinjourer under reumatologitjänstgöring

## Svagheter

- Avsaknad av utbildningsplaner för ST läkarna
- Avsaknad av återkoppling och dokumentation avseende ledarskap
- För lite avsatt tid för studierektorsarbete
- ST läkarna kan få fler administrativa uppdrag
- Kliniken behöver fler ultraljudsapparater

## Förbättringspotential

- Strukturen kring ST utbildningen behöver formaliseras med styrande dokument kring hur ST utbildningen ska bedrivas och kontinuerligt utvärderas, samt att utbildningsplaner behöver skapas och användas vid handledning och utvärdering.
- Moment rörande ledarskap finns i tillräcklig omfattning men man behöver hitta former för utvärdering, återkoppling och dokumentation
- Studierektor behöver ha utökad arbetstid för sitt uppdrag
- Fler ultraljudsapparater
- Regelbundna handledarträffar

# STRUKTUR

## A Verksamheten

Kliniken har en allsidig verksamhet och behandlar alla typer av artritssjukdomar samt systemiska inflammatoriska sjukdomar. Huvudverksamheten finns på Norrlands Universitetssjukhus i Umeå men det finns också patientmottagning i Skellefteå och Lycksele några dagar i veckan. Totalt har kliniken 56 medarbetare, var av 12 specialistläkare och 3 ST läkare. Kliniken har regionansvar för reumatologin i norra sjukvårdsregionen och tar emot patienter från regionen i behov av regionvård. Kliniken har ingen egen slutenvård men delar specialistvårdsavdelning med njurmedicin och lungmedicin och möjlighet finns att lägga in reuma patienter vid behov för utredning och behandling som då sköts av reumatologen. Sedan ett år finns det även poliklinisk utredningsavdelning för patienter i behov av snabb utredning av komplexa sjukdomar utan inläggningsbehov. På mottagningen finns 6 undersökningsrum och ett rum avsatt för ledinjektioner. Det finns alltid en konsult ansvarig överläkare som svarar telefonkonsultationer, bedömer remisser och verkar som stöd för ST läkare och andra underläkare. Patientstocken är ca 4200 patienter och år 2018 utfördes 4919 läkarbesök i Umeå, 445 i Skellefteå och 269 i Lycksele. Dagsjukvård finns för läkemedelsbehandling med t.ex biologiska läkemedel med 6 liggplatser eller behandlingsstolar. Rehabilitering bedrivs i klinikens regi i Umeå samt Lycksele. Lokaler är gamla och inte ändamålsenliga med kliniken spridd över flera våningsplan.

### 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

Kliniken har 12 specialistläkare och en stark akademisk anknytning med 10 disputerade specialister, varav 3 professorer och 2 docenter. Det finns 3 ST läkare, varav en är disputerad. Till hösten blir en ST läkare färdig specialist och 2 nya ST läkare skall börja under detta året. Regelbundna handledarträffar har man inte inlett.

### 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

Lokaler är gamla, något slitna och inte ändamålsenliga. Kliniken är spridd över 6 våningsplan. Endast en nyare ultraljudsapparat finns vilket är i underkant. På mottagningen finns mikroskop som underlättar diagnos t.ex. av kristallartriter. Övrig provtagning ligger centralt, utanför Reumatologens lokaler. Alla läkare har en egen arbetsplats med dator och telefon och det finns god tillgång till IT baserad klinisk beslutstöd och vetenskapliga tidskrifter.

### 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

Det finns skriftliga riktlinjer hur målbeskrivningen skall uttolkas samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg. ST läkarna har ST kontrakt men ett individuellt utbildningsprogram utifrån målbeskrivningens delmål finns inte. Uppföljning och revidering av ett individuellt utbildningsprogram sker därför inte.

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 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

I grunden välfungerande med god tillgång till erfarna och utbildade handledare, schemalagd handledningstid, regelbundna specialistkollegium och uppföljning av sidoutbildningar. Bristen ligger i avsaknad av strukturerade utbildningsplaner som grund för handledning och fortlöpande kompetensutvärdering. Verksamhetschef behöver också tillse att de kontinuerliga bedömningarna dokumenteras. För ett framtida högsta betyg skulle man också behöva upprätta en plan för hur ST läkare som hamnar i svårigheter ska kunna hjälpas.

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

Kliniken har hög nivå på den teoretiska utbildningen inklusive journal clubs och schemalagd inläsningstid. ST läkarna får gå de kurser som krävs och genomgår teoretisk utbildning i enlighet med målbeskrivningen, men individuella utbildningsprogram saknas. Studierektor samordnar interna och externa utbildningar.

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:

- 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

Mycket goda förutsättningar avseende medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete med stor akademi och hög forskningsaktivitet. ST-läkarna får gå regionövergripande utbildningar (LEKA) i de allmänna kompetenserna. En av ST-läkarna är redan disputerad. ST-läkarna skulle kunna ges fler administrativa uppdrag för att ge idéer och infallsvinklar till kvalitets- och utvecklingsarbeten.

## 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

Kommunikativ kompetens utvärderas vid handledning, medsittningar och genomgång av journalanteckningar. ST läkarna tränas i ledarskap genom ronder, patientdragningar vid möten och handledning av studenter och randande läkare. Återkoppling, handledning och fortlöpande kompetensutvärdering av ledarskap sker dock inte.

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 EFTER SPUR-INSPEKTION REUMATOLOGISKA KLINIKEN, VÄSTERBOTTEN 190521-22

### STRUKTUR

#### A Verksamheten: (D)

Efter SPUR inspektionen har vi haft kontakt med Övergripande ST-studierektor, Helena Hetta vid FOU-staben. Det framkommer då att FOU-staben redan innan SPUR-inspektionen genomfördes hade inskickat de övergripande styrande dokumenten till Lipus (detta som del i förberedelserna inför SPUR), dvs inspektörerna hade redan tillgång till dessa dokument innan inspektionen gjordes. Dvs – en felaktig bedömning är gjord av inspektörerna redan från början och vi förutsätter därför att detta korrigeras. De båda kryssen som saknas på A ska alltså kryssas i, då det styrande dokumentet från arbetsgivaren finns om hur ST ska genomföras och utvärderas. Texten under A måste skrivas om avseende detta och även första kommentaren under förbättringsåtgärder. Vi kommer således inte att göra någon handlingsplan då styrande dokument redan finns som inspektörerna har missat att ta del av.

Dessa styrande dokument/riktlinjerna finns alltså tillgängliga i Region Västerbottens ledningssystem och följs av reumatologiska kliniken, Västerbotten.

### PROCESS

#### D: Tjänstgöringens uppläggning (D);

Efter SPUR-inspektionen har vi upprättat en rutin där individuellt utbildningsprogram för alla klinikens ST-läkare upprättas inom 6 månader efter anställning. Detta saknades hos en av ST-läkarna som varit anställd på kliniken sedan maj - 2018 i väntan på att få ett ST-block, som hen senare fick januari 2020. Den andra ST-läkaren som går enligt SOSFS 2015:8 hade varit anställd i 4 veckor innan inspektionen, men vi bedömde trots ST-läkarens korta anställningstid att hen kunde få delta i inspektionen. Vi tycker att SPUR-inspektionen kom vid en bra tidpunkt då vi under 2019 anställt 4 nya ST-läkare och att vi nu anpassat vår ST-utbildning till målbeskrivningen SOSFS 2015:8. Den tredje ST-läkare som fanns vid kliniken vid tidpunkten för inspektionen har gått enligt målbeskrivningen SOSFS 2008:17 och är nu färdig specialist.

2019-09-24 har Region Västerbotten tagit fram anvisningar för upprättande av individuellt utbildningsprogram, se bilaga 1 och 2. Vi har därefter anpassat de individuella utbildningsprogrammen i enlighet med målbeskrivningen (SOSFS 2015:8), se exempel i oidentifierat individuellt utbildningsprogram, bilaga 3. I nuläget finns specifika hänvisningar till målbeskrivningen för specialistövergripande delmål, a och b. Vad gäller de specialitetsspecifika c-delmålen kommer ett kvalitetsarbete att genomföras av en av klinikens ST-läkare i januari 2020 och detta ska implementeras i övriga ST-läkarens individuella utbildningsprogram senast 2020-03-01. I klinikens rutiner ingår också, vilket framgår ur bilaga 1, att det individuella utbildningsprogrammet utvärderas minst årligen och revideras vid behov.

#### E: HANDLEDNING OCH UPPFÖLJNING (D)

Efter SPUR-inspektionen har vi upprättat en rutin där individuellt utbildningsprogram för alla klinikens ST-läkare upprättas inom 6 månader efter anställning. Detta i enlighet med

målbeskrivningen (SOSFS 2015:8) vad gäller specialistövergripande och specialistspecifika delmål ingår (se bilaga 1 och 2, samt under punkt D ovan).

I klinikens rutin ingår att verksamhetschefen ansvarar för att den kontinuerliga bedömningen av ST-läkaren dokumenteras. Vi har också infört en ny rutin med "mitt-ST-samtal" efter 2,5 år, där verksamhetschef, handledare, ST-studierektor och ST-läkare träffas.

En checklista för ST-läkarutbildning och bedömning av ST-läkaren kompetens vid Reumatologiska kliniken, Västerbotten har också upprättats (bilaga 4).

Region Västerbottens handledarinstruktioner är också uppdaterade och bifogas (bilaga 5).

Om det i samband med handledning, från medarbetare, under specialistkollegium eller under mitt-ST-samtalet framkommer brister i ST-läkarens kompetens ska en individuell åtgärdsplan snarast upprättas. Detta gäller även ST-läkare som riskerar hamna i eller har hamnat i svårigheter. Olika verktyg finns tillgängliga för detta, t ex "360 grader". Åtgärder som kan bli aktuella är att förlänga ST-utbildningen, extra sidotjänstgöring och extra utbildningsinsatser. Om ST-läkare hamnar i svårigheter tillämpas de rutiner som finns tillgängliga för klinikens samtliga medarbetare, t ex vid företagshälsan.

#### F: TEORETISK UTBILDNING (D)

Genom att vi nu har upprättat ett individuellt utbildningsprogram för ST-läkarna enligt målbeskrivningen SOSFS 2015:8 så förtydligas också hänvisningar till a, b och c-målen för ST-läkarens teoretiska utbildning.

I det individuella utbildningsprogrammet (se ovan), finns inkluderat en planering för intern utbildning, extern utbildning och tid för regelbundna självstudier och därmed utvärderas också dessa årligen och vid behov.

#### H: LEDARSKAPSKOMPETENS OCH KOMMUNIKATIV KOMPETENS (D)

ST-läkarna leder redan idag ronder på vårdavdelningen med handledare, man undervisar randande ST-läkare, läkarstuderande och man deltar i klinikens undervisning för kollegor och övrig personal. För att ge återkoppling och feedback till ST-läkarna har rutinerna stramats upp och feedback ges enligt strukturerade utvärderingsmallar, se bifogad checklista (bilaga 4).

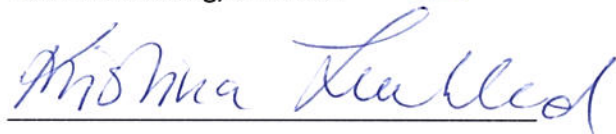
Umeå 2019-12-12



Helena Lundberg, ST-läkare



Lena Innala, ST-studierektor



Kristina Juneblad, Verksamhetschef

Reumatologiska kliniken, Västerbotten