



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

LäkarGruppen

Klinik

Allmänmedicin

Specialitet

2019-04-02

Datum

Västerås

Ort

Fia-Lotta Axelsson Pipping och Ann Hovland-Tånneryd

Inspektörer

Styrkor

- Vällbemannad och välfungerande VC med mycket goda förutsättningar för ST-läkare att lära sig allmänmedicin. ST-läkarna är nöjda. Stabil engagerad personal samt chef, och handledare som är erfarna och uppskattar handledningsuppdraget.
- Bra stämning och utbildningsklimat med "högt i tak".
- Bra uppstyrd ST-specifik utbildning regionalt
- Bra tradition med internutbildning på arbetsplatsen där ST-läkarna tillåts ta mycket ansvar.

Svagheter

- Det saknas formell struktur för hur tjänstgöringen planeras och bedöms på VC, dvs handledning/kompetensbedömning, samt hur ledarskaps- och handledarskapsmoment planeras och bedöms.
- Utbildningsplanen saknar tydlig koppling mellan detaljerade delmål - lärandemoment - uppföljning/kompetensbedömning.
- Det har hittills saknats årliga utvärderingar mellan VCh, HL, SR och ST-läkare.
- Dokumentation av kompetensbedömningar och handledning har delvis bristfällig. VCh har ej säkerställt detta.

Förbättringspotential

- Ledarskapskompetens/kvalitetsarbeten; involvera alla ST-läkarna tidigare i verksamhetens utvecklings- och ansvarsområden, även under år 1. Detta grundlägger en tydligare tillhörighet till verksamheten och sporrar samtidigt medicinsk kunskap. Återkoppla efter överenskommelse. T ex medicinska ansvarsområden där ST sköter uppdatering rutiner och undervisning. Auskultera med chef/MAL.
- SR bör ta fram en regional uttolkning av målbeskrivning och mall för tjänstgöringen upplägg avseende VC-tjänstgöringen som underlag till en mer "användbar" utbildningsplan.
- SR och Vch bör säkerställa (minst) en årsrapport från ST samt ett handledarutlåtande årligen som baseras på de fortlöpande kompetensbedömningarna och ev. ett specialistkollegium.
- Nyttja utbildningsplan (enl ovan) som ett levande verktyg i den fortlöpande handledningen. Skapa en årsplanering för VC-tjänstgöring utifrån utbildningsplanen; t ex en termin fokusera på diabetes och hjärtsvikt kontroller + teoretisk inläsning + case report, mini-cex 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 erfarna ST-läkare ansvar för AT-läkare med möjlighet för handledning under handledning t ex. "lilla kirurgin" (el andra teman) där AT läkare och ST-läkare får utvärdera varandras prestation.
- Skapa en "delad" mapp (HL, ST, SR och Vch har behörighet) 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.

STRUKTUR

A Verksamheten

Fullbemannad urban vårdcentral i privat regi med brett allmänmedicinskt uppdrag. Ca 15 000 listade patienter. Övergripande riktlinjer är heltäckande 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, 8,8 heltids specialistläkartjänster. 2 AT läkare. Stabil erfaren personalgrupp med god kontinuitet och rutinerade handledare. VCh är läkare med klinisk tjänst och tillika handledare. Specialistsköterskor inom diabetes, astma/KOL och inkontinens. Psykosocialt team. Avtal med fysioterapi annorstädes.

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 med tillräcklig allmänmedicinsk utrustning, dock saknas ögonmikroskop.

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

Alla ST-läkare har utbildningsplaner men oftast kopplade till randningar och kurser. Det saknas mer specifikation över hur VC-placeringens innehåll planeras och kopplas till lärandemetod och kompetensbedömning. Det saknas regionala riktlinjer om hur målbeskrivning ska uttolkas och planering kring tjänstgöringens upplägg, ffa kring VC-placeringen. SR saknar struktur kring regelbunden uppföljning av bedömning av ST och utbildningsplaner.

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.

EHandledning och uppföljning

VC har ett gott utbildningsklimat med "öppna dörrar".Handledningen sker på avsatt tid och respekteras.Handledningen sker utifrån STs behov och handledarnas rutin snarare än utbildningsplanen. Användning av bedömningsmallar sker sparsamt och sporadiskt. Struktur för planerad fortlöpande formella kompetensbedömningar utifrån delmål saknas. ST-läkare önskar mer frekvent strukturerad återkoppling. Vch har gott förtroende för- och följer STs utveckling genom fortlöpande muntlig avstämning med HL snarare än formella uppföljningar. Inte alla ST hade medarbetarsamtal förra året.

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.
- Fortløpande 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

Gediget regionalt kursprogram samt god tillgång till externa kurser. Regelbunden ST-specifik utbildning varannan vecka. Läkarmöte en gång i veckan och ST-läkare engageras i intern undervisning för enhetens personal. 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

Goda 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

ST-läkarna 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, nyttjas ffa under sista året av ST om möjligt. Fortlöpande kompetensbedömning i kommunikation sker sporadiskt via sit-in. Möjlighet att undervisa och handleda AT-läkare/studenter finns men sker sporadiskt och formel 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 Läkargruppen enligt SPUR-inspektion 2019.

Process

D. Tjänstgöringens upplägg

”Det finns skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg”.

Åtgärd: SR (studierektor) tar fram en regional uttolkning av målbeskrivningen och mall för tjänstgöringens upplägg avseende VC-tjänstgöringen som underlag till utbildningsplan.

”Det individuella utbildningsprogrammet följs regelbundet upp och revideras vid behov i samråd med SR, HL (handledare) och ST-läkaren”.

Åtgärd: Det individuella utbildningsprogrammet följs upp efter varje sidotjänstgöring samt under basplaceringen enligt överenskommelse med handledare. Första handledningstimmen efter avslutad sidotjänstgöring går man tillsammans igenom i vilken grad mål och delmål fastställs. I samråd med handledare ansvarar ST-läkaren för att erforderliga intyg finns och är påskrivna. Avstämning görs mot det fasta programmet. ST-läkaren får vid behov i uppgift att till nästa handledningstillfälle inkomma med förslag på komplettering för att uppnå målen i de fall det behövs. Efter detta görs vid behov förslag för hur Utbildningsprogrammet kan revideras vid handledningstillfälle. Stäms sedan av med SR. Ansvaret för uppföljningen åvilar ST-läkaren som led i dennes ledarskapsutveckling.

”SR bör ta del av verksamhetschefens och handledarens bedömning av ST-läkaren.

Åtgärd: SR tar del av verksamhetschefens och handledarens bedömning av ST-läkare vid årligt vid årligt uppföljningsbesök på vårdcentralen.

E.Handledning och uppföljning

”Handledningen utgår från det individuella utbildningsprogrammet”.

”Fortlöpande bedömning av ST-läkarens kompetensutveckling utifrån målbeskrivning och utbildningsprogrammet görs under hela ST”.

”Verksamhetschefen (motsvarande) ansvarar för att den kontinuerliga bedömningen dokumenteras”.

”Den fortlöpande bedömningen görs med på förhand kända och överenskomna metoder”.

Åtgärd: ST och HL utarbetar en handledningsplan utifrån målbeskrivningen. Den kan ex. innehålla teman för handledningssamtal, perioder med diagnosgrupper, tekniska färdigheter, hembesök, SÄBO ronder mm. Som stöd finns generell instruktion kring ST-handledning för Läkargruppen. ST dokumenterar fortlöpande handledningens innehåll och genomförda bedömningar.

Metoder och verktyg för fortlöpande kompetensutveckling anges i utbildningsprogrammet. Rekommenderade metoder och verktyg finns beskrivna på Regionens hemsida för ST allmänmedicin.

Kompetensbedömning via sit-in (medsittningsprotokoll, MINI-CEX) utförs två gånger/termin. Förutom dessa en så kallad 360-gradersbedömning minst två gånger under ST samt bedömningar av journalföring och praktisk kompetens (mindre operation, gynekologisk undersökning, rektoskopi,

öronmikroskopering mm) i samband med handledning. Minst årligen görs bedömning även via verksamhetschef och avstämning av kompetensutveckling med SR. Ansvaret för att bedömningar kommer tillstånd åvilar ST-läkarens som led i dennes ledarskapsutveckling och verksamhetschefen ansvarar för att den dokumenteras.

”Verksamhetschef eller motsvarande håller regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkarna”.

Åtgärd: Årligen i perioden januari-februari hålls utvecklingssamtal med ST-läkaren.

Utvecklingssamtalet hålls av verksamhetsansvarig. Under utvecklingssamtalet stäms av hur det går i förhållande till den individuella utvecklingsplanen. En översiktlig genomgång av ST-periodens fortlöpande. ST-läkaren ges chans att ta upp problem eller förbättringsmöjligheter i den personliga handledningssituationen

G. Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete

”ST-läkarnas kompetens i medicinsk vetenskap bedöms fortlöpande och återkoppling sker”.

Åtgärd: ST-läkaren ges möjlighet att vid kollegiala möten och personalutbildningar presentera vetenskapliga artiklar och handledaren återkopplar sin bedömning vid efterföljande handledning.

” ST-läkarens kompetens i kvalitetsutveckling bedöms fortlöpande och återkoppling sker”.

Åtgärd: ST deltar i det kontinuerliga kvalitetsarbetet och får under handledning genomföra egna sådana ex. revidering eller upprättande av nya rutiner. ST-läkaren deltar i detta syfte i minst en fortlöpande grupp, tex diabetisgruppen, demensgrupp osv. Dessa rutinhanteringsgrupper sker multiprofessionellt i små team på LäkarGruppen. ST-läkaren skall i minst en grupp ha en sammankallande funktion, likt en ordförande och ansvara för dokumentation och revision. Ett av dessa skall redovisas och dokumenteras i ST-portföljen. Bedömning och återkoppling av dessa ansvarar HL eller verksamhetschef för och dokumenteras av ST.

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

” ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i ledarskapskompetens”.

” ST-läkarens kompetens i ledarskap bedöms fortlöpande och med återkoppling”.

Åtgärd: ST-läkaren ges möjlighet att utveckla ledarskapskompetens genom att bl.a. leda sig själv i sin egen kompetensutveckling, samt under handledning leda SÄBO-ronder, leda APT och utvecklingsarbeten (se punkt G) på mottagningen samt följa verksamhetschefen i dennes verksamhetsledning. ST-läkaren skall få återkoppling av verksamhetschef och handledare på utvecklingen av sin ledarskapskompetens.

” ST-läkaren bereds möjlighet att delta i inom eller mellanprofessionell reflektion i grupp”.

Åtgärd: ST-läkaren ges möjlighet i att delta i av SR organiserade inomprofessionella diskussionsgrupper.



Boris Klanger
Verksamhetschef
LäkarGruppen



Saodat Rahimova
Specialist i allmänmedicin
LäkarGruppen



Mauricio Sosa
ST-läkare
LäkarGruppen



Kjell Jansson
Studierektor
Region Västmanland