



# EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

**Länssjukhuset Ryhov**

Klinik

**Geriatrisk**

Specialitet

**2021-04-12 – 2021-04-13**

Datum

**Jönköping**

Ort

**Undis Englund och Peter Johnson**

Inspektörer

## Styrkor

- Engagerad verksamhetschef och studierektor
- Studierektor ingår i klinikens ledningsgrupp
- Gott utbildningsklimat
- ST-läkarna ges möjlighet att delta i interna och externa kurser och möten
- ST-läkare handleder studenter, AT-läkare och vikarierande underläkare
- Hemvändardagar
- Geriatriska kliniken är en självständig verksamhet
- Vetenskaplig kompetens finns vid kliniken

## Svagheter

- Få slutenvårdsplatser där bl.a. ortopedgeriatriska platser saknas vilket kan medföra att tjänstgöringen ej blir tillräckligt allsidig för att uppfylla målen
- Återkoppling på ledarskap, handledning och kommunikativ förmåga med kända metoder görs i ringa omfattning
- Handledarsamtalen dokumenteras inte regelbundet av alla ST-läkare
- Äldrepsykiatri finns ej i Jönköping vilket ger små möjligheter att hantera äldrepsykiatriska patienter för den som ej har möjlighet till sidotjänstgöring på annan ort
- Risk för ytterligare begränsning av patientmixen när bentäthetsmätningarna skall flyttas från kliniken
- Begränsade möjligheter att handlägga patienter vid särskilt boende
- Minskat uppdrag för geriatriska kliniken inger oro angående geriatrikens roll i framtiden.

## Förbättringspotential

- Alla ST-läkare dokumenterar handledarsamtalen
- Planera in sidutbildning som kompenserar för brist på ortopedgeriatriska patienter
- ST-läkarna bör ha en personlig arbetsplats
- Utbildningsprogram för ST-läkarna kan utvecklas mer med exempelvis tjänstgöringar och kursers kopplingar till delmålen
- Ökad tillgänglighet till handläggning av patienter vid särskilt boende
- Regelbundna handledarträffar för deras utbildning och kompetensutveckling
- Ge kontinuerlig handledning i ledarskap, ST-läkarens handledningsförmåga och kommunikativa förmåga samt ge strukturerad återkoppling på detta under hela ST
- Inför kontinuerlig bedömning och återkoppling av ST-läkarens kompetens i vetenskap och kvalitetsarbete
- Ge ST-läkarna möjlighet att delta i inom- eller mellanprofessionell reflektion i grupp.
- ST- läkare bör ges möjlighet att auskultera hos Verksamhetschef
- Mall för åtgärdsplan i syfte att justera utbildningsplanen i händelse av brister hos ST-läkare

# STRUKTUR

## A Verksamheten

Geriatriska kliniken på Länssjukhuset Ryhov är specialiserad på Äldres behov och sjukdomar. Kliniken arbetar personcentrerat, tvärprofessionellt och teambaserat. Man har ett tätt och väletablerat samarbete med primärvård och kommuner, t.ex via BPSD- team. Kliniken består av en geriatrisk akutvårdsavdelning (GAVA) om 18 vårdplatser samt geriatrisk mottagning inkluderande minnesmottagning, BPSD- team, osteoporosmottagning, parkinsonmottagning samt protesmottagning för benamputerade äldre. Efter tidigare flytt av ortopedgeriatrik och strokevård till andra kliniker har patientmixen förändrats. Alla ST-läkare har inte planerat tjänstgöring inom ortopedgeriatrik varvid tjänstgöringen ej blir tillräckligt allsidig för att uppfylla målen. Åtgärder krävs.

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:

- 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

Kliniken har 5 specialister varav tre är dubbel/trippel-specialister (allmänmedicin, neurologi, kardiologi, lungmedicin och internmedicin). En av dessa är disputerad. Tre handledare med specialistkompetens i Geriatrik och handledarutbildning delar på 5 ST- läkare. En studierektor på 20% ansvarar för klinikerna på Ryhov, Eksjö och Värnamo.

### 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

Granskningen genomfördes digitalt. Kontroll av lokaler och utrustning gjordes med hjälp av filmklipp, bilder och/eller videosamtal.

Kliniken bedrivs i adekvata och ändamålsenliga lokaler. ST- läkarna har f.n. tillgång till egen dator och skrivbord men ingen egen arbetsplats i egentlig bemärkelse. Fackbibliotek och sökbar vetenskaplig databas finns att tillgå. Granskningen är genomförd med digital teknik varvid lokalerna ej har kunnat inspekteras.

### 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 uppläggnig

Tjänstgöringen planeras så att målbeskrivningen kan uppfyllas. Individuella utbildningsplaner finns och uppdateras löpande. ST- läkaren ingår i respektive jourlinjer under randning samt i beredskapsjour GAVA fram till 22 vardagar samt helger under geriatrikplacering.

### 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

Utbildningsklimatet är mycket gott. Handledningen utgår från den individuella utbildningsplanen. Vid randning schemaläggs hemvändardagar 1 dag/4veckor. Specialistkollegium genomförs med skriftlig mall 1x/år och återkopplas. Sidoutbildning följs upp bara till del med handledare på annan klinik. ST-läkaren dokumenterar inte alltid efter handledningssamtal. Verksamhetschefen har årliga utvecklingssamtal med ST- läkarna. Handledarsamtalen schemalägges ej. Mall för åtgärdsplan vid specifika svårigheter hos ST-läkaren saknas. Åtgärder rekommenderas.



## 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

Utbildningsmoment och kurser planeras in enligt målbeskrivningen. Internutbildning för samtliga läkare sker varje vecka. ST-läkarna ges möjlighet att ansvara för utbildningstillfällen. ST-läkarna ges möjlighet att även delta i medicinklinikens internutbildning. Några gånger per år erbjuds gemensam utbildning för ST-läkarna inom regionen. Tid för självstudier är ej schemalagd. Möjlighet att delta i nationella och internationell möten finns och uppmuntras från ledningen.

### 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

Ett regionövergripande kursprogram inom de allmänna kompetenserna (ST-ab) som även innefattar kursmålen i vetenskapligt förhållningssätt ger förutsättningar för att genomföra ett vetenskapligt arbete (10v) samt kvalitetsarbete (2v). Det finns goda möjligheter till forskning och anslutning till doktorandprogram. För närvarande bedriver ingen ST-läkare forskning. Fortlöpande bedömning av ST-läkarens kompetens i medicinsk vetenskap och kvalitetsutveckling sker inte. Kritisk granskning av vetenskaplig litteratur genom t.ex. "journal clubs" sker ej. Åtgärder krävs.

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-läkare genomgår kurser som omfattar samtliga delar av målbeskrivnings delmål A och B. ST-läkare handleder studenter, AT-läkare och vikarierande underläkare. Återkoppling på ST-läkarens handledningsförmåga sker i begränsad utsträckning. I arbetet ges ST-läkaren möjlighet att leda ronder och teamarbete men strukturerad återkoppling sker ej. ST-läkaren ges möjlighet att föreläsa. Återkoppling på ledarskap och kommunikativ förmåga sker endast i ringa omfattning och ej med kända strukturerade metoder. Åtgärder krävs.

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.

## Åtgärdsplan efter SPUR-granskning av Geriatriska kliniken, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping

### Bakgrund:

En extern kvalitetsgranskning av specialisttjänstgöring (SPUR-granskning) genomfördes vid geriatriska kliniken, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping 2021-04-12—13. Vid granskningen lyftes ett flertal styrkor, men också förbättringsmöjligheter och brister, där vissa granskade områden kräver åtgärder för att Socialstyrelsens föreskrifter skall följas.

Med anledning av anmärkningar som behöver åtgärdas inom nedanstående huvudområden har därför vid Geriatriska kliniken upprättats följande åtgärdsplan som vi är överens om:

### A: Verksamheten

Klinikens målsättning har redan tidigare varit att alla ST-läkare skall fullgöra tjänstgöring inom ortopedisk rehabilitering på ortopediska kliniken vilket är tänkt att ske genom att följa på ortopediska kliniken anställd geriatriker. Denna ambition är uttryckt i verksamhetslokala riktlinjer sedan tidigare, men vid SPUR-inspektionen identifierades att detta missats i enskilda fall.

#### Åtgärder:

1. Formuleringen i verksamhetslokala riktlinjer har ytterligare förtydligats.
2. Berörda tjänstgöringsplaner har justerats.
3. En diskussion med ortopedkliniken om närmare samarbete har inletts. Ett sådant samarbete kan innebära ett utökat läkar-åtagande från geriatriska kliniken och i förlängningen också naturligare tillgång till klinisk tjänstgöring inom ortopedisk rehabilitering för klinikens ST-läkare.

G: Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete

Identifierade brister gäller fortlöpande bedömning av ST-läkarens kompetens inom dessa områden och avsaknad av "Journal Club" inom kliniken.

Åtgärder:

1. Regelbunden Journal Club (JC) inrättas, minst 3 ggr per termin.
  - Ansvar för planering av JC läggs på klinikens ST-läkare, och alternerar mellan dessa på årlig basis.
  - Närvaro vid JC är obligatorisk för ST-läkare i geriatrik som är i tjänst, klinikens övriga läkare erbjuds närvara i mån av intresse och tid
  - Varje ST-läkare genomför minst en presentation vid JC per år
  - Vid JC deltar normalt disputerad kollega (kan vid behov ersättas av senior/erfaren icke-disputerad kollega) vars uppgift är att lyssna in ansvarig ST-läkares presentation och ST-läkargruppens vetenskapliga resonemang.
  - Varje JC avslutas med att närvarande disputerad (eller senior) kollega ger återkoppling gällande presentationen och gruppens vetenskapliga resonemang.
2. Alla ST-läkare skall under sin ST delta i kontinuerligt förbättringsarbete på kliniken (utöver det egna förbättringsarbete som ingår i ST-utbildningen). Engagemanget utvärderas vid årligt medarbetarsamtal med verksamhetschef.
3. Både "medicinsk vetenskap" och "kvalitetsarbete" lyfts också in som extrarader att utvärderas separat vid återkommande specialistläkarkollegium (för vilket det finns rutin)

H: Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

Identifierade brister gäller avsaknad av eller brister i återkoppling och handledning vad gäller ledarskapskompetens och kommunikativ förmåga.

Åtgärder:

1. ST-läkare som är placerad på GAVA respektive klinikens mottagning skall efter en introduktionsperiod själv kunna leda ronder respektive teamgenomgångar under närvaro av specialistkompetent kollega. Efter sådana ronder eller team är det specialistkompetent kollegas uppgift att ge feedback på rond/team-upplägg. Återkopplingen skall ske i strukturerad skriftlig form minst 1 gång årligen. ST-läkare skall själv tillse att sådan

strukturerad återkoppling erhålls. Mallen utvärdering kliniskt ledarskap (*bilaga 1*) används.

2. Klinikens ST-läkare skall under sin placering vid geriatrika kliniken leda typfallsgenomgång med läkarstudenter placerade vid kliniken minst tre gånger under sin ST. Detta skall ske i närvaro av specialistkompetens kollega som ger feedback efter sådan genomgång. ST-läkaren skall själv efterfråga denna återkoppling.
3. ST-läkare skall regelbundet delta vid klinikens internutbildningstillfällen med muntliga presentationer, t ex med återkoppling efter genomförda kurser, konferensdeltagande eller för genomgång av nya eller aktuella behandlingsrutiner inom något område. 1 gång per år skall ST-läkaren av specialistkompetent kollega inhämta strukturerad skriftlig återkoppling på genomförandet. Mall för återkoppling efter muntlig presentation (*bilaga 2*) används.
4. ”Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens” lyfts in som extrarad att utvärderas separat vid återkommande specialistläkarkollegium (för vilket det finns rutin).

### **Implementering och uppföljning**

Denna åtgärdsplan presenteras för klinikens läkargrupp vid första arbetsplatsträff efter semesterperioden (preliminärt 2021-08-31) och samtliga åtgärder införs omedelbart härefter. Uppföljning sker sedan kontinuerligt vid läkargruppens arbetsplatsträffar under den stående punkt studierektorsfrågor samt vid regiongemensam ST-akademi (ST-läkarna i geriatriks regelbundna möte med studierektor).

Jönköping 2021-08-16

Indira Liesto  
Verksamhetschef

Björn Westerlind  
Studierektor

Henne Starby  
ST-läkare, facklig företrädare