



# EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

**Centralsjukhuset Kristianstad**

Klinik

**Hud- och könssjukdomar**

Specialitet

**2021-09-22 – 2021-09-23**

Datum

**Kristianstad**

Ort

**Lill-Marie Persson och Andrea Wahlberg**

Inspektörer

## Styrkor

- Verksamheten har ett brett och allsidigt sjukdomspanorama
- Hög kompetens i läkarstaben
- Mycket ändamålsenliga och välutrustade lokaler
- Lättillgänglig handledning under mottagningsarbete
- God stämning och högt i tak
- Goda möjligheter att delta i interna utbildningar och externa kurser
- Engagerade handledare
- Stor patientgenomströmning med möjlighet att se många kliniska fall
- Korta väntetider
- Tid för administrativt arbete och egna studier upplevs som tillräcklig
- Patientvisningar regelbundet
- Journal club förekommer regelbundet med engagemang av samtliga kollegor
- Optimal logistik för mottagningsarbetet.
- God bemanning både vad gäller läkare och övrig personal.

## Svagheter

- Ytterst knapphändiga individuella utbildningsprogram.
- Ingen skriftlig eller kontinuerlig feedback på kliniskt arbete (text in eller mini-cex), ledarskap, kommunikativ kompetens eller handledning förekommer, trots goda förutsättningar i regionens ST-dokument
- Vissa brister vad gäller regelbunden dokumentation av handledartillfällen
- Möjlighet till att handleda under handledning finns men tas ej tillvara.
- Ingen aktiv forskning bedrivs på kliniken
- Regelbunden patientintensiv mottagning ställer höga krav på ST-läkarens prestationsförmåga.
- Ingen på förhand bestämd handlingsplan finns att tillgå vid tecken på brister i ST-läkarens kompetensutveckling.

## Förbättringspotential

- Skriftlig dokumentation av handledarsamtal i förhållande till delmål i målbeskrivningen kan förbättras
- Vedertagna metoder för bedömning och kompetensutveckling skall användas
- Kontinuerlig återkoppling i ledarskap och handledning skall ske under hela ST-utbildningen och tillfällen till att praktisera ledarskap bör tas tillvara
- Schemaläggning av fortbildningstid och handledning skulle kunna innebära tydligare upplägg av dessa moment.
- Möjlighet till handledning under handledning bör tas tillvara, och feed back ges både muntligt och skriftligt vid sådana tillfällen
- Åtgärdsplan vad gäller handläggning av eventuella brister i ST-läkares kompetensutveckling bör tas fram i skriftlig form.

# STRUKTUR

## A Verksamheten

Hudkliniken Centralsjukhuset i Kristianstad ingår organisatoriskt i SSNO Skåne sjukhus nordost, en del av Region Skåne. Kliniken drivs inom vårdval. Upptagningsområdet består av ca 300 000 invånare. Kliniken har ingen slutenvård. Antal läkarbesök 2020 16 636. Antal besök övriga vårdgivare 2065. Antal remisser 2020: 6234 varav 10% returneras. Både dermatologi och venereologi bedrivs inom kliniken. Patientgenomströmningen är hög men pga optimal logistik ges möjlighet till effektivitet. För närvarande har kliniken 2 veckors väntetid. Verksamheten är allsidig och innebär ett brett sjukdomspanorama. Ingen satellitverksamhet eller multidisciplinära mottagningar förekommer. Goda förutsättningar finns för att kunna bedriva en ST-läkarutbildning av hög kvalitet finns.

### 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

På kliniken finns totalt 28 medarbetare, varav 7 specialister varav en timanställd, samt 4 st-läkare. En kurator är anställd på kliniken, 12 sjuksköterskor/undersköterskor arbetar på kliniken, samt 4 läkarsekreterare. Under mottagningsarbetet finns alltid en specialist tillgänglig för fortlöpande klinisk handledning, samt en sköterska/usk tillgänglig för handräckning, samt omvårdnad och logistik för patienterna. Mycket engagerade huvudhandledare för varje ST-läkare.

## 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

Samtliga läkare har tillgång till egen expedition, alla har egen dator. Verksamhetens bedrivs i ändamålsenliga, rymliga och välutrustade lokaler. Stort antal undersökningsrum underlättar mottagningsarbetet. På mottagningen finns tillgång till ljusbehandling i form av UVB, PUVA-behandling samt badbehandling. Mottagningen inrymmer rum för behandling av bensår. Fem välutrustade operationssalar finns i lokalerna, rum för STI-mottagning med gyn-stol finns. Epikutantester sättes, men begränsas till standard-test och dentaltest, ej övriga yrkesdermatologiska testmöjligheter. Klinikbibliotek med facklitteratur finns, IT-baserad lättillgänglig databas finns tillgänglig.

### 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

De individuella utbildningsprogrammen är mycket knapphändiga. Ett tydligare uppdrag vad gäller akuta hudpatienter och telefonförfrågningar från andra kliniker och vårdcentraler skulle vara av värde för bredd i utbildningen. Det finns övergripande utförliga riktlinjer för ST-utbildningen på regional nivå av god kvalitet. Introduktionsprogram för nyanställd läkare på kliniken finns. Det ges goda möjligheter att handlägga patienter med varierande dermatologiska och venerologiska diagnoser. Det finns tumörmottagning med möjlighet till kirurgi, kryoterapi och currettage vid ett och samma besök. . Patologironder hålls en gång i månaden. Verksamhetschefen har utvecklingssamtal med ST-läkarna årligen. Det finns möjlighet till studietid varje vecka. Varje ST-läkare har en utsedd huvudhandledare och veckovis handledning planeras in av handledare och st-läkare tillsammans. Gott utbildningsklimat. Att fråga om råd i den kliniska vardagen uppmuntras.

### 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

Under hela st-tiden finns på varenda mottagningspass en till ST-läkarens mottagning knuten specialist. Både ST-läkaren och specialisten har färre mottagningstider under passet för att möjliggöra handledning. Trots detta är mottagningen mycket patientintensiv för ST-läkaren, som får möjlighet att bedöma stort antal patienter. God förutsättning finns för specialistkollegium med utvärdering av alla ST-läkare då samtliga specialister handleder samtliga ST-läkare, dock tillvaratas detta inte rutinmässigt. Endast muntlig bedömning av ST-läkaren sker av verksamhetschef och huvudhandledare, dock kontinuerligt genom ST. Validerade bedömningsinstrument av god kvalitet finns tillgängliga regionalt men används ej. Dock finns aktiv muntlig återkoppling och stort engagemang i handledningen från specialisterna. Handledarträffar med fokus på ST-läkarnas kompetensutveckling finns ej. Sidoutbildning uppföljs till viss mån. Det saknas åtgärdsplan för hantering av ev brister i ST-läkarens kompetensutveckling.

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

Det mycket knapphändiga utbildningsprogrammet specificerar de kurser som behövs för uppfyllelse av delmål. Tid för självstudier finns regelbundet tillgängligt en gång per vecka, men är inte tydligt schemalagd eller tidsbestämd. Teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras enligt målbeskrivningen.

### 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

Alla ST-läkare deltar i kurser i vetenskapligt förhållningssätt. Viss tid planeras för vetenskapligt arbete, och tid avsättes för utförande av kvalitets- och förbättringsarbete. Dessa redovisas på kliniken och återkoppling sker muntligen. Läkarna turas om att hålla i journal club varannan vecka och utvärdering sker via mall. På kliniken finns ingen disputerad kollega. Ingen aktiv forskning sker på kliniken. Ingen publikation i vetenskaplig tidskrift har skett från klinikens sida de senaste två åren.

### 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-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande vid handledarsamtal, men endast muntligt. Dock framgår att tydligt engagemang finns. Inomprofessionella tillfällen till reflektion förekommer regelbundet bla i form av "poesidiskussioner" i förhållande till det egna måendet och situationen. Möjlighet till handledning under handledning av ST-läkare från vårdcentraler eller övrig personal på hudkliniken tillvaratas inte. ST-läkarna får föreläsa för övriga kollegor och får då muntlig feed-back, men ej skriftlig utifrån validerade instrument.

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 FÖR ST-LÄKARE SOM RISKERAR ATT INTE UPPNÅ MÅLEN, HUDKLINIKEN  
KRISTANSTAD**

Vid anställning av ST-läkare ska verksamhetschef, studierektor och handledare minimera risken för att denna situation ska uppstå. Det görs bland annat genom:

- Noggrann lägesanalys av ST-läkarens behov vid start.
- Gemensam målbild ST/handledare/studierektor
- God introduktion
- Avsatt tid för handledning
- Kontinuerlig, strukturerad bedömning av ST-läkaren och av handledaren. T.ex. ST-kollegium.
- Medsittning i kliniska situationer

**Aktiviteter när det står klart att ST-läkaren riskerar att inte uppnå målen:**

- Studierektorn och verksamhetschefen involveras.
- ST, handledare och studierektor gör en analys för att identifiera problemet. Är det utbildningsmiljön som kräver åtgärder eller är det ST-läkaren själv?
- Individuella åtgärder planeras och dokumenteras. Följs upp av verksamhetschef, studierektor.
- Vid behov involveras annan kompetens som t.ex. företagshälsovård, HR, fackliga företrädare, Socialstyrelsen.
- Beslut tas om ST-tjänstgöringen behöver förlängas, provas på annat ställe eller ska avslutas.

Verksamhetschef

Studierektor

Lars-Erik Wirestrand

Frida Röseler

SPUR inspektion Kristianstad Hudklinik 210922

E: Handlingsplan för Handledning och Uppföljning

Efter SPUR inspektionen har samtliga ST-läkare tillsammans med handledare sett över sina Utbildningsplaner. Utbildningsplanen ska uppdateras 1 gång om året vid möte med ST-läkare, handledare och studierektor.

Vi har ett fungerande handledningsschema för den kliniska vardagen. Vi kan dock bli bättre på sit-in med skriftlig återkoppling, och det arbetet har redan påbörjats. Standardiserade bedömningsmallar finns tillgängliga på ST-hemsidan på vårt intranät. Vi har efter SPUR inspektionen haft ett möte då samtliga handledare och ST-läkare medverkade. Under mötet gick vi igenom dessa mallar MINI-CEX, CBD och DOPS, samt instruktionerna till dem. Vi har även kopierat upp mallarna i pappersform och lagt i vår gemensamma info/instruktions-hylla, detta för att underlätta. Målet är att alla ST-läkare ska göra 6 sit-in per år. ST-läkare har ansvar för att den skriftliga feedbacken dokumenteras.

360 gradersbedömning och specialistkollegium kommer att genomföras något år in på ST och i slutet av ST-utbildningen. Dessa kommer att schemaläggas så att alla handledare kan medverka.

Bifogar åtgärdsplan för hur eventuella brister i ST-läkarens kompetens ska hanteras.

Kristianstad 211222

Verksamhetschef

ST-läkare

Lars-Erik Wirestrand

Elisabeth Hammar

Studierektor

Frida Röseler

## SPUR- inspektion Hudkliniken Kristianstad 210922

### H: Ledarskapskompetens och kommunikation

Vid SPUR-inspektionen framkom brister i bedömningen av ST-läkarnas Ledarskap och Kommunikation. Bedömning görs kontinuerligt i ST-läkarens arbete vid mottagningen, men dokumenteras inte skriftligt. Vi har ökat antalet Sit-In med bedömning efter standardiserade bedömningsmallar. Vid dessa tillfällen bedöms ST-läkarens kommunikation med patienter, anhöriga och personal och dokumenteras, likaså ST-läkarens ledarskap i sitt mottagningsarbete.

Vi har sedan SPUR-inspektionen diskuterat handledning under handledning, och lagt om schema för de ST-läkare som är i slutet av sin ST-utbildning. De kommer att vara handledare åt ST-läkare som är tidigare i utbildningen. ST-läkaren som handleder kommer regelbundet få återkoppling av specialistläkare/ handledare, samt under mottagningsarbete som alltid ha tillgång till specialistläkare vid frågor.

Feed-back efter muntliga presentationer för kollegor kommer att göras både muntligt och skriftligt utifrån validerade instrument.

Kristianstad 211222

Verksamhetschef

ST-läkare

Lars-Erik Wirestrand

Elisabeth Hammar

Studirektor

Frida Röseler



