



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Norrlands Universitetssjukhus

Klinik

Klinisk neurofysiologi

Specialitet

2019-09-24 – 2019-09-25

Datum

Umeå

Ort

Åsa Amandusson och Charlotte Sjöberg-Larsson

Inspektörer

Styrkor

- ST-läkarna över lag är väldigt nöjda med sin utbildning och klinikkens utbildningsklimat är positivt och vänligt. De får tillräckligt med tid för sitt arbete och de har en nära kontakt med handledare och övriga specialister.
- Studierektor är erfaren och väl insatt i exempelvis riktlinjer och målbeskrivning för ST-utbildningen.
- Det finns ett omfattande introduktionsprogram vilket ger ST-läkarna en strukturerad start på sin utbildning.
- Bra lokaler med modern ändamålsenlig utrustning.
- Allsidig verksamhet med brett och varierande sjukdomspanorama.

Svagheter

- Det finns skriftliga riktlinjer och uppdragsbeskrivningar men ansvarsfördelningen gällande upplägg, genomförande samt bedömning/utvärdering av ST-utbildningen är otydlig varför åtagandet för de olika aktörerna inte alltid har genomförts fullt ut. Kunskapen om hur målbeskrivningen skall uttolkas är delvis bristfällig.
- Individuellt utbildningsprogram utgående från målbeskrivningen inkluderande koppling mellan delmål, placering och bedömning saknas för en av ST-läkarna på kliniken och handledningen har därför heller inte kunnat utgå från ett sådant program.
- Huvudhandledarsamtalen är övervägande av ad hoc-karaktär och planeras ej in i ordinarie tjänstgöring regelbundet. Detta försvårar genomförandet av strukturerad och ändamålsenlig handledning utgående från målbeskrivningen.
- Undantaget specialistkollegium saknas en fortlöpande strukturerad och dokumenterad bedömning av ST-läkarnas kompetensutveckling utifrån målbeskrivning och utbildningsprogram. Kunskapen inom kliniken avseende bedömningsmallar och implementering av dessa är bristfällig.
- Det finns goda förutsättningar för genomförande av vetenskapligt arbete och kvalitetsutvecklingsarbete. I nuläget bedöms dock ej ST-läkarens kompetenser inom dessa områden fortlöpande och strukturerad, formaliserad återkoppling sker ej.

Förbättringspotential

- Ansvarsfördelningen gällande genomförande och uppföljning av ST-utbildningens olika moment bör förtydligas för samtliga aktörer. De uppdragsbeskrivningar och riktlinjer som finns bör gemensamt gås igenom så att inga oklarheter avseende ansvarsområden och åtaganden för VC, SR, HL och ST föreligger.
- Individuellt utbildningsprogram utgående från målbeskrivningen måste finnas för samtliga ST-läkare och koppling mellan delmål, placering och bedömning ska framgå.
- Handledarsamtal bör planeras in i ordinarie tjänstgöringsschema så att dessa kan ske ostört och strukturerat.
- Kunskapen om hur bedömning av ST-läkarnas kompetensutveckling utifrån målbeskrivningen skall ske, och för detta ändamål tillgängliga bedömningsinstrument, bör spridas inom läkarkollegiet. En plan för hur dessa bedömningsmetoder skall implementeras i den kliniska vardagen bör upprättas och en del moment kan initialt med fördel schemaläggas. En sådan strukturerad och dokumenterad fortlöpande progressionsbedömning bör ligga till grund för ett mer formaliserat förfarande vid de återkommande specialistkollegierna.
- ST-läkarnas kompetens i medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete bör bedömas fortlöpande och strukturerad dokumenterad återkoppling ges. Detta kan exempelvis ske i samband med regelbundna "Journal Clubs" och att ST-läkarna under handledning deltar i metodutvecklingsarbetet.
- Samtliga handledare och studierektor bör ha aktuell handledarutbildning inkluderande progressionsbedömning.

STRUKTUR

A Verksamheten

Det finns skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur ST-utbildningen skall genomföras och utvärderas. I dessa ingår ansvarsfördelning samt beskrivning av ST-processen och hur denna skall genomföras. Enligt studierektor är riktlinjerna under uppdatering.

Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig för att målbeskrivningens krav skall kunna uppfyllas på moderenheten.

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

Samtliga ST-handledare samt studierektor har specialistkompetens i klinisk neurofysiologi samt handledarutbildning. Dock har endast en av handledarna aktuell handledarutbildning som omfattar progressionsbedömning.

Det finns tillräckligt många specialisläkare och andra medarbetare för att ST ska få handledning och instruktioner i tillräcklig omfattning. Generella skriftliga instruktioner för handledning finns och handledarträffar hålls en gång per termin. Skriftlig uppdragsbeskrivning för SR finns.

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

Verksamheten har adekvat och modern utrustning, samtliga ST-läkare har tillgång till funktionell arbetsplats i eget rum eller delar rum med annan ST-läkare. Det finns tillgång till bibliotek på kliniken, IT-baserade beslutsstöd samt vetenskaplig databas.

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 för hur målbeskrivningen skall uttolkas samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg men kunskapen om dessa riktlinjer är bristfällig hos verksamhetschef samt delar av handledar-/ST-läkargruppen. En av ST-läkarna saknar individuellt utbildningsprogram utgående från målbeskrivning inkluderande koppling mellan delmål, placering och bedömning. Revision av ett sådant utbildningsprogram har således ej kunnat göras. För denna ST-läkare finns endast en enklare plan för genomförande avseende ffa kurser och sidoutbildningar samt muntlig överenskommelse angående övrig klinisk tjänstgöring inom verksamheten.

SR har utarbetat ett föredömligt introduktionsprogram för ST-läkarna och tar del av verksamhetschefens och handledarens bedömning av ST i samband med specialistkollegium. SR har god kunskap om ST-utbildningens målbeskrivning och krav och utgör en god organisatorisk stödfunktion men styrningen av ST-utbildningen skulle med fördel kunna vara mer tydlig och formaliserad. Enligt den lokala uppdragsbeskrivningen skall avsatt tid för studierektorsarbete vara schemalagd vilket ej är fallet men studierektorn upplevs som tillgänglig för frågor från handledare och ST.

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

ST-läkarna har en nära kontakt med sin huvudhandledare men handledarsamtalen är inte inplanerade i schemat utan sker ad hoc då tillfälle ges. Det finns från handledarhåll en önskan om mer tydlig struktur avseende handledningstillfällena. För en av ST-läkarna saknas individuellt utbildningsprogram kopplat till målbeskrivningen. ST-läkarna har tillgång till handledare även under sidoutbildningar. Avseende bedömningen av ST-läkarens kompetensutveckling utifrån målbeskrivning/utbildningsprogram sker detta formativt endast i form av specialistkollegium en gång per termin där verksamhetschef/avdelningschef deltar och tillsammans med handledare ansvarar för dokumentationen. Kollegierna föregås dock ej av en dokumenterad, strukturerad insamling av bedömningsdokument och är av mer informell karaktär. Övriga progressionsbedömningsmetoder används ej och kännedomen om dessa är bristfällig trots att flera mallar för sådan bedömning finns tillgängliga i klinikens utbildningsmaterial. Fortlöpande bedömning enligt förutbestämda metoder i löpande arbete utförs ej. Verksamhetschef håller regelbundna medarbetarsamtal. Vid påvisade brister i ST-läkarens kompetens har detta lett till en åtgärdsplan.

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

Teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras in i ST-läkarnas schema och det finns tillgång till så väl interna som externa utbildningstillfällen. Tid för självstudier finns avsatt i god utsträckning.

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

Det finns goda förutsättningar för genomförande av vetenskapligt arbete och kvalitetsutvecklingsarbete. I nuläget bedöms dock ej ST-läkarnas kompetenser inom dessa områden fortlöpande och strukturerad formaliserad återkoppling sker ej. Regelbundna möten av typen "Journal club" med diskussion och kritisk granskning av vetenskapliga artiklar saknas även om artiklar regelbundet och frikostigt tilldelas ST-läkarna för läsning på egen hand. Tillgång till välfungerande doktorandprogram finns.

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

Förutsättning att utveckla ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens ges och kontinuerlig handledning finns i det dagliga kliniska arbetet. Muntlig återkoppling ges men denna bör kompletteras med en mer formaliserad och dokumenterad återkoppling. ST-läkarna bereds möjlighet att undervisa och själva handleda under handledning även om detta hittills skett i begränsad omfattning då de är i början av sin ST-utbildning.

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.

Kommentarer och åtgärdsplan efter SPUR-inspektion vid Klinisk neurofysiologi, NHH-Centrum, Norrlands universitetssjukhus (2019-09-25/-26; med preliminär rapport 2019-10-14)

Vi tackar inspektörerna för en grundligt utförd granskning och rapport, och utnyttjar härmed vår möjlighet att inkomma med synpunkter på formuleringar i rapporten, samt att lämna information om de åtgärder som vidtagits för att förbättra de moment som särskilt kommenterats av inspektörerna.

Kommentarer avseende rapportens sammanfattande beskrivning

- "Det finns **skriftliga riktlinjer och uppdragsbeskrivningar** men ansvarsfördelningen gällande upplägg, genomförande samt bedömning/utvärdering av ST-utbildningen är otydlig, varför åtagandet [av] de olika aktörerna inte alltid har genomförts fullt ut."
"Kunskapen om hur **målbeskrivningen** skall uttolkas är delvis bristfällig."

(1) Förbättringar och aktuellt läge: Under 2019 har inom Region Västerbotten gjorts en och revision och omarbetning av den centrala instruktionen för genomförandet av ST-utbildningar (fastställd och utsänd 2019-10-02). Detta har ersatt det vid inspektionen gällande dokumentet, vilket ej var anpassat till de aktuella kraven i gällande författning, med en tydligare beskriven ansvarsfördelning mellan olika aktörer. Det har därmed också klarare relaterat till de förändrade kraven på handledarens och verksamhetschefens roll vid ST-utbildningen, som den formuleras i nu gällande författning. (Jfr **bilaga 1**)

Den nya ansvarsbeskrivningen kommer att gås igenom vid arbetsplatsträff och läkarmöte under januari/ februari 2020, tillsammans med verksamhetschef, avdelningschef och ST.

- **Ansvarsfördelningen** gällande genomförande och uppföljning av ST-utbildningens olika moment bör förtydligas för samtliga aktörer.

(2) Förbättringar och aktuellt läge: Region Västerbotten har under hösten utformat en standard för hur utbildningsplaner vid NUS ska formuleras, vilket tidigare saknats för ST och handledare. Detta dokument har sedan november 2019 nu införts vid Klinisk neurofysiologi som 'minimal standard'. ST-läkare och handledare har alla i uppdrag att senast 2020-01-31 lämna in sådant eller jämförbart dokument. Se även vidare pkt 4 nedan samt **bilaga 2**, som innehåller den nu aktuella formen för utbildningsplaner vid NUS, inkluderat för den av inspektörerna efterfrågade planen.

- **Handledarsamtal** bör planeras in i ordinarie tjänstgöringsschema så att dessa kan ske ostört och strukturerat.
- **Huvudhandledarsamtalen** är övervägande av ad hoc-karaktär och planeras ej in i ordinarie tjänstgöring regelbundet. Detta försvårar genomförandet av strukturerad och ändamålsenlig handledning utgående från målbeskrivningen.

(3) Förbättringar och aktuellt läge: Förutom för semesterplanering sker redan schemaläggning vid kliniken genom översiktlig personal-/verksamhetsplanering med minst tre månaders framförhållning. Detaljerad bemanningsplanering sker i samband med patientkallelser, 4–6 veckor före aktuell dag. 'Akut styrning av dagsprogram' sker vid dagliga morgonmöten. På grund av aktuell bemanningssituation för såväl läkare som BMA omöjliggörs en *detaljerad* schemaläggning med lång framförhållning för handledningssamtal och medsittning/utvärdering. För att tillgodose inspektörernas förslag kommer handledningssamtalen, med början 2020-02-01, att inplaneras till bestämda arbetsveckor med 4–6 veckors framförhållning under terminstid, och som senast vid den aktuella veckans måndagsmöte fastställs till datum och tid.

I enlighet med ovanstående punkter/genomgångar/schemaläggningar åläggs ST-läkarna och huvudhandledare att till schemaansvarig senast tre månader före terminens andra ST-kollegium lämna förslag på inplanerade bedömningstillfällen (1–2 per specialist). ST-läkaren samlar in bedömningsrapporter, varefter huvudhandledare gör en sammanställning till ST-kollegiet.

- **Individuellt utbildningsprogram** utgående från målbeskrivningen inkluderande koppling mellan delmål, placering och bedömning saknas för en av ST-läkarna på kliniken och handledningen har därför heller inte kunnat utgå från ett sådant program.
- Undantaget specialistkollegium **saknas en fortlöpande strukturerad och dokumenterad bedömning av ST-läkarnas kompetensutveckling** utifrån målbeskrivning och utbildningsprogram. Kunskapen inom kliniken avseende bedömningsmallar och implementering av dessa är bristfällig.
- **Kunskapen om hur bedömning av ST-läkarnas kompetensutveckling** utifrån målbeskrivningen skall ske, och för detta ändamål tillgängliga bedömningsinstrument, bör spridas inom läkarkollegiet. En plan för hur dessa bedömningsmetoder skall implementeras i den kliniska vardagen bör upprättas och en del moment kan initialt med fördel schemaläggas. En

sådan strukturerad och dokumenterad fortlöpande progressionsbedömning bör ligga till grund för ett mer formaliserat förfarande vid de återkommande specialistkollegierna.

(4) Förbättringar och aktuellt läge: Vid tiden för inspektionen fanns vid kliniken tre ST-läkare, där det för två av dessa rådde mycket speciella individuella omständigheter under 2018 och 2019, med åtföljande tjänstledigheter, sjukskrivningar eller anpassade tjänstgöringstider. Naturen av dessa omständigheter har varit av personliga och/eller familjära, och handläggningen har gjorts med sedvanlig individuell personalsekretess av avdelningschef och SR, samt med individuellt förtroende mellan ST och handledare. Förhållandena har dock inneburit att utbildningssituationen för dessa ST-läkare varit svåröverskådlig och svårplanerad för handledarna under de 12–18 månader som föregick inspektionen, där dessutom detaljer inte lämpat sig för öppen skriftlig dokumentation. Som inspektörerna noterat och även anger i sin rapport har dock uppföljningar under denna tid gjorts vid ordinarie ST-kollegier fyra ggr/år, vid samtliga tillfällen med närvaro av alla specialister, SR, VC, samt avdelningschef, varvid relevant information delgivits kollegiet av respektive handledare samt SR under sekretess. Detta belyser att det för ST-planering och uppföljning förevarit mycket speciella omständigheter före inspektionen. Eftersom inspektionsarbetet sker genom individuella enkäter och enskilda samtal mellan inspektörerna och berörda parter är det för undertecknade svårt att veta hur mycket av detaljerna i de rådande speciella omständigheterna som kunnat komma till inspektörernas kännedom vid själva besöket.

Den tredje ST-läkaren var vid inspektionen nyttillträdd, med ST-anställning inom annan region, men hade en utförlig utbildningsplan vid inspektionen, med omfattande medsittningsbedömningar inom områdena neurografier och EMG, som varit prioriterade som första utbildningsområden.

För ST-läkare inom Klinisk neurofysiologi, som är en självständig men liten specialitet med stora intra- och inter-regionala geografiska avstånd, efterlyser vi dock generella LIPUS-instruktioner avseende hur fördelning av kostnader samt ansvar för hur ST-utbildning och SPUR-inspektioner ska ske, liksom avseende hur ansvaret praktiskt fördelas mellan olika organisationer vid genomförandet av inspektioner som omfattar flera sjukhus/regioner.

- **Kunskapen om hur bedömning av ST-läkarnas kompetensutveckling** utifrån målbeskrivningen skall ske, och för detta ändamål tillgängliga bedömningsinstrument, bör spridas inom läkarkollegiet. En plan för hur dessa bedömningsmetoder skall implementeras i den kliniska vardagen bör upprättas och en del moment kan initialt med fördel schemaläggas. En sådan strukturerad och dokumenterad fortlöpande progressionsbedömning bör ligga till grund för ett mer formaliserat förfarande vid de återkommande specialistkollegierna.

(5) Förbättringar och aktuellt läge: Förutom för semesterplanering sker schemaläggning vid kliniken genom översiktlig personal-/verksamhetsplanering med minst tre månaders framförhållning. Detaljerad bemanningsplanering sker i samband med patientkallelser, 4–6 veckor före aktuell dag. 'Akut' styrning av dagsprogram sker vid dagliga morgonmöten. På grund av bemanningssituationen omöjliggörs detaljerad schemaläggning med lång framförhållning för handledningssamtal och medsittning/utvärdering.

För att tillgodose inspektörernas förslag kommer handledningssamtalen att schemaläggas till bestämd vecka under terminstid, med början 2020-02-01, när datum/tid för handledning, med början 2020-02-01, i normalfallet fastställs senast 4–6 veckors före avsedda veckor. I enlighet med ovanstående punkter/genomgångar/schemaläggning instrueras således ST-läkare och handledare att till schemaläggare senast tre månader före terminens andra ST-kollegium lämna förslag på inplanerade bedömningstillfällen (1–2 per specialist) och handledningssamtal. ST-läkaren samlar in bedömningsrapporterna, varefter huvudhandledare gör en sammanställning till ST-kollegiet. Kompletterande eller saknade moment i utbildningsplanerna kommer dock att vara införda av ST-läkare senast den 2020-01-31.

Schemaläggning av utbildningsmoment för vår ST-läkare från annan region görs redan halvårsvis, där fortlöpande bedömning görs dels i anslutning till EMG-konsultperioder 'på plats' på ST-läkarens hemsjukhus, och dels vid planerade tjänstgöringsveckor på plats vid NUS.

- Det finns goda förutsättningar för genomförande av **vetenskapligt arbete och kvalitetsutvecklingsarbete**. I nuläget bedöms dock ej ST-läkarens kompetenser inom dessa områden fortlöpande och strukturerat, formaliserad återkoppling sker ej.

(6) Förbättringar och aktuellt läge: Vår placering inom tillfälliga lokaler utanför neuro-ämnena har fjärmat våra ST-läkare från de vetenskapliga moment som redan arrangeras inom neurologi, neurokirurgi och neurorehabilitering av våra ämneskollegor inom neurovetenskaperna. För att omgående förbättra möjligheterna för ST att delta i och erhålla tvärvetenskaplig återkoppling vid de 'journal clubs', kliniska seminarier och forskningspresentationer som redan hålls inom den gemensamma stor-institutionen 'Klinisk vetenskap', sätts nu upp en digital informationsskärm för elektronisk annonsering av gemensamma aktiviteter inom forskning och klinik, för att därmed bättre informera ST om sådan FoU-verksamhet. Med början under våren ökas även det interna utbildningsschemat inom klinisk neurofysiologi med fler schemalagda 'journal clubs' och vetenskapliga metodseminarier, i enlighet med inspektörernas förslag.

Kommentarer beträffande specifika moment i rapporten

Detaljkommentarer; Struktur

B Medarbetare och interna kompetenser

- Kunskapen om hur **målbeskrivningen** skall uttolkas är delvis bristfällig. ST-handledare samt studierektor har specialistkompetens i klinisk neurofysiologi samt handledarutbildning. Dock har endast en av handledarna aktuell handledarutbildning som omfattar progressionsbedömning.
- Samtliga handledare och studierektor bör ha aktuell handledarutbildning inkluderande progressionsbedömning.

(7) Förbättringar och aktuellt läge: Vi anser att dessa formuleringar som generell beskrivning för handledarkompetensen är missvisande, då den baseras på tillfälliga förhållanden i enlighet med vad som beskrivits ovan (se pkt 3). Av klinikens nuvarande sex specialister har fyra genomgått regionens centrala handledarutbildning, som omfattar handledning, pedagogik, metoder för bedömning, (inkluderat progressionsbedömning), kommunikation och etik. En specialist (tillika SR) har arbetat med pedagogisk målformulering, inkluderat progressionsbedömning, inom det nuvarande läkarutbildningsprogrammet vid Umeå universitet, har deltagit i utredning och formulering av målbeskrivningar för gemensamma ämnesövergripande ST-kurser i Socialstyrelsens regi, samt deltar i medicinska fakultetens vid UmU pågående arbete med formulering av kursmålen vid UmU inför den kommande 6-åriga läkarutbildningen. De två handledare vid kliniken som har äldre utbildning är fem år kommer dessutom att enligt tidigare planering delta i en sjukhusgemensam uppdateringsutbildning av ST-handledare under mars 2020.

Vi anser därför att klinikens handledarkapacitet och handledarkompetens totalt sett är väl tillgodosedd.

Jfr även pkt 2,3 och 4.

Detaljkommentarer; Process

D Tjänstgöringens uppläggning

(8) Förbättringar och aktuellt läge:

”Det finns skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen skall uttolkas samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg men kunskapen om dessa riktlinjer är bristfällig hos verksamhetschef samt delar av handledar-/ST-läkargruppen.”

Se ovan pkt (1)

”En av ST-läkarna saknar individuellt utbildningsprogram utgående från målbeskrivning inkluderande koppling mellan delmål, placering och bedömning. Revision av ett sådant utbildningsprogram har således ej kunnat göras. För denna ST-läkare finns endast en enklare plan för genomförande avseende ffa kurser och sidutbildningar samt muntlig överenskommelse angående övrig klinisk tjänstgöring inom verksamheten.”

Se ovan pkt 2,3 och 4, samt bilaga 2

”Enligt den lokala uppdragsbeskrivningen skall avsatt tid för studierektorsarbete vara schemalagd vilket ej är fallet men studierektorn upplevs som tillgänglig för frågor från handledare och ST.”

(9) Förbättringar och aktuellt läge: Den administrativa tiden för SR har nu inkluderats i den kliniska tjänstgöring som ingår i studierektorns åtagande inom ramen för kombinationstjänsten (100% statlig tjänst, varav 1/3 klinisk tjänstgöring).

Detaljkommentarer; Struktur

EHandledning och uppföljning

(10) Förbättringar och aktuellt läge:

”... **handledarsamtalen** är inte inplanerade i schemat utan sker ad hoc då tillfälle ges.”

Se ovan pkt 3.

”... **från handledarhåll** en önskan om mer tydlig struktur avseende handledningstillfällena.”

Se ovan pkt 1.

”För **en av ST-läkarna** saknas individuellt utbildningsprogram kopplat till målbeskrivningen”.

Se ovan pkt 2 och 4

”... **bedömningen av ST-läkarens kompetensutveckling** [sker] formativt endast i form av specialistkollegium en gång per termin där verksamhetschef/avdelningschef deltar och tillsammans med handledare ansvarar för dokumentationen.”

- **Notera** att under 2018 och 2019 hölls specialistkollegium 2 ggr/termin, dvs 4 ggr årligen, mot bakgrund av de speciella förhållanden som har förelegat för två av ST (jfr ovan pkt 2,3 och 4). Fr.o.m. HT-19 omformas nu istället de två kollegierna till ett handledarmöte (för uppdatering av handledningsarbetet) och ett ST-kollegium För bedömning).

”... föregås dock ej av en dokumenterad, strukturerad insamling av bedömningsdokument...”

”... kännedomen om [progressionsbedömningsmetoder] är bristfällig trots att flera mallar för sådan bedömning finns tillgängliga i klinikens utbildningsmaterial.”

”Fortlöpande bedömning enligt förutbestämda metoder i löpande arbete utförs ej.”

Se ovanstående stycke, samt pkt 3, 4 och 5.

SAMMANFATTNINGSVIS anser vi att bedömningen av ST-läkarnas progression ST hittills i högsta grad kunnat ske enligt ett, efter rådande förhållanden, rimligt och utförligt sätt, med återkommande bedömning via såväl handledare, övriga specialister som ansvariga chefspersoner, och genom täta uppföljningar både med individuella samtal och speciella ST-kollegier. Vi uppfattar det därmed som en mycket olycklig formulering av inspektörerna att berörda ST inte skulle ha haft ett utbildningsprogram och att utbildningen inte följts upp, när i stället detaljerna i såväl planering som uppföljning i högsta grad följts upp, om än mer i form av personalvårdsärenden! Att vid inspektionen bedöma detta arbete som på en nivå ”D” är inte korrekt, även om vi har förståelse för att den underliggande situationen inte varit möjlig för inspektörerna att fullt ut sätta sig in i på den tid som funnits tillgänglig.

G Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete

”Det finns goda förutsättningar för genomförande av vetenskapligt arbete och kvalitetsutvecklingsarbete. I nuläget bedöms dock ej ST-läkarnas kompetenser inom dessa områden fortlöpande och strukturerad formaliserad återkoppling sker ej. Regelbundna möten av typen ’Journal club’ med diskussion och kritisk granskning av vetenskapliga artiklar saknas även om artiklar regelbundet och frikostigt tilldelas ST-läkarna för läsning på egen hand.”.

(11) Förbättring och aktuellt läge: Vi har noterat att SOSFS 2015:8 med tillämpningsföreskrifter inte innehåller tydliga riktlinjer för hur formaliserad och strukturerad bedömning av dessa moment förväntas kunna genomföras. Så snart mer utförliga beskrivningar av detta kommer att finnas tillgängliga, liksom dokument för bedömning av progression inom momenten, införs detta bland våra bedömningsmallar och rutiner.

I praktisk tillämpning föreligger även oklarheter om mot vilka mål ST-utbildningen inom dessa områden ska syfta, med okända eller överlappande grundläggande mål gentemot läkarnas grundutbildning respektive i forskarutbildning. För mer avancerade mål finns för ST vid institutionen ett detaljerat forskarutbildningsprogram. Vid Klinisk neurofysiologi finns sedan tidigare en möjlighet för ST att delta seminarieverksamhet inom såväl basala som kliniska neurovetenskaper, och detta samarbete kommer att fördjupas, liksom en lokalt utökad verksamhet med t.ex. ’journal clubs’. (Jfr även pkt 6.)

Inom Region Västerbotten har dessa målområden särskilt noterats vid utformningen av de centralt givna kurserna i ledarskap och kommunikation (”LEKA-utbildning”) samt i Vetenskapsmetodik, där dessa kurser över 1–2 terminer även innehåller bedömning av progressionen hos deltagarna. Samtliga ST-läkare hade vid inspektionen genomgått LEKA-utbildningen.

Erik Nordh
Studierektor
Klinik neurofysiologi, NUS

Marianne Spångberg
Avdelningschef
Klinik neurofysiologi, NUS

Hans Lindsten
Verksamhetschef
NHH-centrum, NUS