



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Nacka Geriatrik

Klinik

Geriatrik

Specialitet

2022-04-25 – 2022-04-26

Datum

Nacka

Ort

Simina Gherman och Åsa Boström

Inspektörer

Styrkor

- Bra utbildningsklimat och gott kollegialt stöd på en trivsamt arbetsplats
- Engagerad studierektor som är lättillgänglig
- Allsidig verksamhet med brett sjukdomspanorama
- Hemvändardagar

Svagheter

- Strukturerad återkoppling på handledning och kommunikativ kompetens görs i begränsad omfattning
- Strukturerad återkoppling på läkarnas ledarskapsutveckling sker i ringa omfattning
- Sidotjänstgöringen följs inte alltid upp
- Vetenskapliga arbetet planeras in sent under ST och stödet under detta arbete är begränsat
- ST-läkarexpedition saknas

Förbättringspotential

- Vidareutveckla befintliga individuella utbildningsplaner och förtydliga dessa skriftligt genom att utgå från tankegången "delmål-metod -utvärderingssätt"
- Använd befintliga kompetensutvärderingsinstrument i större omfattning i ert vardagliga arbete mini-cex, DOPS, Case Based Discussion mm.
- Låt ST-läkarna utveckla sin ledarskapskompetens i vardagen genom att tex leda läkarmöten, APT, samt få inblick i ledningens vardagsarbete
- Låt ST-läkaren genomföra muntliga presentationer samt undervisa och få strukturerad återkoppling på detta
- Se över om specialisternas handledarutbildningen behöver uppdateras
- Följ upp sidoplaceringarna i ökad omfattning. Precisera gärna i STÖK blanketten vilka delmål som förväntas få praktisera i de olika sidoplaceringarna tex på medicin placeringen SÖS
- Se över möjlighet att kritisk granska vetenskapliga artiklar
- Uppmuntra alla ST läkare att skriva årlig rapport till studierektorn
- Tydliggör i schemat ST-läkarnas självstudietid och planera in i schemat de seminarier som studierektorn organisationen anordnar.
- Se över möjlighet till ST-läkarexpedition med tillräckligt antal datorer för att ST-läkarna skall kunna använda under utbildningsperioden
- Ge ST-läkarna ökat vetenskapligt stöd för att genomföra sitt vetenskapliga arbete bl.a. med att få tillgång till relevant journaldata mm
- Se över möjlighet att studierektor kan besöka kliniken mer än 2 ggr/år tex kunna delta vi specialistkollegier.
- Se över möjlighet till handledarträffar några ggr per år
- Se till att läkarnas internutbildning 1 tim per vecka inte påverkar läkarnas lunchrast.

STRUKTUR

A Verksamheten

Capio Geriatrik Nacka bedriver geriatrisk vård på uppdrag av Region Stockholm. Kliniken har fyra vårdavdelningar med allmängeriatrik och rehabiliteringsprofil. Antalet vårdplatser är 68. Läkarbemanningen på varje avdelning består av en överläkare och två till tre underläkare. Kliniken har även en geriatrisk mottagning där utredning av kognitiva sjukdomar genomförs. Kliniken har tätt samarbete med en specialiserad palliativ vårdavdelning och med ASIH teamet. Ca 50% av patienterna som vårdas på geriatriska avdelningarna kommer på remiss, de övriga 50% kommer från akutmottagningen, med ambulans direkt från hemmet eller SÄBO eller skickas in från närakuten. Kliniken har dygnet runt intagning. Under 2021 har kliniken haft ca 2600 vårdtillfälle. Medelvårdtiden är ca 6.6 dygn. ST läkarna deltar i klinikens primärjour. Jourlinjen är gemensam med ASIH och den specialiserade palliativa avdelningen. Det ingår även en avdelning för hemlösa i Stockholm. På kliniken vårdas patienter med många olika diagnoser, många sköra, multisjuka äldre.

Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur specialiseringstjänstgöringen ska genomföras finns.
- Skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur specialiseringstjänstgöringen ska utvärderas finns.
- Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter följs.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

B Medarbetarstab och interna kompetenser

Kliniken har 8 specialistläkare i geriatrik varav 1 är disputerad och 7 ST läkare. En av specialisterna har även i internmedicinsk specialistkompetens. Det finns en verksamhetschef och en läkarchef. Kliniken har 4 ST handledare, alla med specialistkompetens i geriatrik. En av handledarna har särskilt, övergripande ansvar för ST läkarna. Det finns en studierektor på 25% som har ansvar för 40 ST läkare på 5 olika geriatriska kliniker i Stockholm. Studierektorn är specialist i geriatrik. På kliniken tjänstgör även vikarierande underläkare samt randande ST läkare från andra specialiteter. Läkarestudenter finns placerade på kliniken två veckor per år.

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 bedrivs på avdelningar med rymliga lokaler med adekvat utrustning. På avdelningar finns läkarexpeditioner med tillräckligt många arbetsplatser utrustade med datorer. Det finns dock inget ST läkarrum och ST läkarna har inga egna datorer. Det finns ett rum med 3 datorer, rum som kan bokas och användas av all personal. Det finns ett jourrum som är bra rustat, dator finns. Röntgen och laboratoriet finns under kontorstid men saknas övrig tid.

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

När ST läkaren börjar sin ST tjänstgöring upprättas en utbildningsplan/ ST kontrakt. I denna framgår tjänstgöringen på geriatriken samt sidoplaceringar/randningar. På handledarsamtalen diskuteras kopplingen mellan de olika kliniska placeringar och kurser och uppfyllelse av delmålen. Kopplingen mellan hur delmålen ska uppnås under de olika placeringar bör framgå i en individuell utbildningsplan. Det finns en skriftlig introduktion för alla nyanställda läkare men ingen special introduktion för just ST läkare, vilket vore önskvärt. Man planerar in tjänstgöringen på geriatriken så att ST läkaren är tillbaka på geriatriska kliniken de sista 6 månaderna i slutet av sin ST och kan då tränas i rollen som specialist och bakjour. I tjänstgöringen ingår vetenskapligt och förbättringsarbete. Det vetenskapliga arbetet borde startas tidigare under ST tjänstgöringen än det görs i dag. Jourtjänstgöring ingår. Tid för självstudier ges, dock inplaneras det inte i schemat. ST läkarna deltar i intern och extern utbildning.

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

Utbildnings- och arbetsklimatet är gott och det kollegiala stödet i det dagliga kliniska arbetet är bra. ST-läkarna på kliniken har ett gott samarbete. Specialistkollegier genomförs årligen med återkoppling. ST-läkarna uppmanas att skicka årlig rapport till studierektorn vilket inte alltid görs. Studierektorn har möte i grupp med handledare och ST-läkarna 2 ggr per år på kliniken, men deltar ej i specialistkollegierna. Bedömning med på förhand kända kompetensbedömningsmetoder sker i begränsad omfattning med Sit-in, 360 graders och måste vidareutvecklas. Studierektorn har inga handledarträffar men möjlighet till uppdaterade handledarutbildningen finns via studierektorsorganisationen. Medarbetarsamtal har till alldeles nyligen genomförts ej. Sidotjänstgöringar följs inte alltid upp vilket bör förbättras. Åtgärder krävs

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. Intern utbildning för samtliga läkare finns att tillgå en timme per vecka lunchtid. Studierektorerna i Stockholm arrangerar ST-seminarium 4 halv dagar per termin, där intyg ges. På grund av klinisk tjänstgöring har ST-läkarna inte alltid möjlighet att delta. Dessa seminarier tider bör därför schemaläggas. Avsatt tid för självstudier är motsvarande 1 dag per månad samt 1 vecka per år. För att möjliggöra att lästiden kan tas ut bör detta tydliggöras i schemat. ST-läkarna har möjligheter att delta i nationella möten bl.a YGS.

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

Samtliga ST läkare får möjlighet att gå kurs i medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete via FOUU Stockholms sjukhem. ST-läkarna genomför ett vetenskapligt arbete som presenteras på kliniken. Tio veckor är avsatta för detta arbete. ST-läkarna upplever ett begränsat stöd från kliniken att tillhandahålla textjournaldata för dessa arbeten samt ser vissa svårigheter med få stöd från vetenskaplig handledare. De vetenskapliga projekten påbörjas ofta sent under ST. Kritisk granskning av vetenskapliga artiklar "Journal club" sker ej. Alla ST-läkare genomför ett kvalitetsarbete. 1 disputerad specialist finns på kliniken. Kliniken har de senaste 2 åren deltagit i vetenskapliga projekt som är publicerade kring bl.a Covid-19 hos äldre. Ingen aktiv egen forskning bedrivs på kliniken.

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 genomgår kurser som omfattar delmål A och B. ST-läkarna får leda avdelningsronder och teamronder, men får i begränsad omfattning strukturerad återkoppling på detta. ST-läkarna får tillfälle att handleda läkarstudenter och underläkare men strukturerad återkoppling på detta sker sparsamt. Tillfälle ges i begränsad omfattning till muntliga presentationer och att undervisa. Strukturerad återkoppling på detta 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

- 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 Capio Geriatrik Nacka

Bakgrund

En extern kvalitetsgranskning av specialisttjänstgöring (SPUR-granskning) genomfördes för specialiteten Geriatrik 25-26 april 2021 på Capio Geriatrik Nacka. I granskningen lyfter man flertalet styrkor såsom bra utbildningsklimat, gott kollegialt stöd på en trivsamt arbetsplats, engagerad och lättillgänglig studierektor, allsidig verksamhet samt hemvårdardagar men också förbättringsmöjligheter.

Vid granskningen noterades brister kring klinikens fortlöpande bedömning och återkoppling kring medicinsk vetenskap och förbättringsarbeten, samt brister i kontinuerlig handledning i ledarskap och kommunikativa förmåga samt strukturerad återkoppling på detta under hela ST. Åtgärdsplan på dessa punkter krävs för att Socialstyrelsens föreskrifter ska följas.

Mål

Målet med åtgärdsplanen är att förbättra ST-läkarnas möjligheter till att få återkoppling inom områdena medicinsk vetenskap, förbättringsarbeten, ledarskap och kommunikativ förmåga i samverkan mellan ST-läkare, verksamhetschef, studierektor där handledare och övriga medarbetare på kliniken är en viktig resurs.

Målet är vidare att stimulera till fortsatt dialog mellan verksamhetschef, ST-läkare, studierektor och handledare kring fortsatt förbättringar kring ST-läkarnas utbildningssituation med utgångspunkt från Socialstyrelsens föreskrifter och aktuell SPUR-granskning.

Aktuella mål uppdelat på de olika delmålen framgår av bilaga 1.

Implementering

Resultatet av SPUR- inspektionen har delgivits läkargruppen under maj-22. Åtgärdsplanen kommer att gå igenom i ledningsgruppen efter sommaren-22. Redan nu är flera förbättringar implementerade såsom ökad användning av validerade skattningsinstrument i dagligt arbete.

Uppföljning

Åtgärder följs upp och utvärderas under ST-möte hösten-22 då verksamhetschef och studierektor deltar. Likaså implementeras delar av handlingsplanen vid framtida ST- kollegium.

Tidsplan

Implementering: försommar och höst 2022

Uppföljning och utvärdering: Vinter och vår 2022

Ansvariga

Ansvarig för implementering av åtgärdsplan: Verksamhetschef och ST-läkare i samverkan

Ansvarig för utvärdering och uppföljning: Verksamhetschef, ST-läkare och studierektor i samverkan

Peter Johnson

Verksamhetschef

Thomas Bergman
ST- läkare i Geriatrik

Cario Geriatrik Nacka AB
Lasarettvägen 4
131 83 Nacka

Ulrika Sjödin
ST- studierektor i Geriatrik
Region Stockholm

