



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Uddevalla sjukhus

Klinik

Reumatologi

Specialitet

2023-03-23

Datum

Uddevalla

Ort

Annika Teleman och Jan Cedergren

Inspektörer

Föreskrift

Styrkor

- Ändamålsenliga lokaler med god tillgång till mottagningsrum
- God tillgång till dagliga instruktioner
- Vilja till förändring hos ledning och ST-läkare
- Medicinjour endast under medicinplaceringen

Svagheter

- Bristande struktur kring introduktion, Utbildning och individuella utbildningsprogram
- Brister i kontinuerlig kompetensutvärdering
- Inga, för reumatologi, uppdaterade riktlinjer för genomförande och utvärdering av ST
- Svag bemanning på specialistsidan
- ST-läkarna deltar idag inte i konsultverksamhet och begränsat i remissgranskning
- 2 ultraljudsapparater kan tyckas i minsta laget när ST-läkarna börjat lära sig det.
- Ingen internutbildning i reumatologi

Förbättringspotential

- Skapa lokala riktlinjer för hur ST i reumatologi ska genomföras och utvärderas. Studierektor skulle kunna göra det tillsammans med ST-läkarna för att göra innehållet känt för ST-läkarna och mer förankrat i kliniken.
- Skapa individuella utbildningsplaner (IUP) baserade på målbeskrivningen inkluderande lärande- och utvärderingsmetoder. ST-läkarna bör dock vara de som fyller/arbetar med IUP och dess olika delar med hjälp av handledare och studierektor. IUP är ett levande dokument där ST löpande för in nya data.
- Det framgår inte av utbildningskontrakten enligt vilken förordning ST-läkarna går sin utbildning och det var oklart för ST-läkarna. Detta bör klargöras.
- Skapa internutbildning gärna med hjälp av ST-läkarna
- Nyttillträdd studierektor kan behöva mer tid initialt för att skapa struktur, hjälpa till med framtagande av IUP och dokument.
- Erbjud ST-läkarna att delta i handledd konsultverksamhet och remissgranskning
- Hitta fler tillfällen för utvärdering av ST-läkarnas olika kompetenser och dokumentera det.
- Ledningsuppdrag för ST-läkarna
- Ta tillvara ST-läkarnas engagemang i förbättringsarbete
- Handledarträffar för handledare

STRUKTUR

A Verksamheten

Upptagningsområdet är drygt 300 000 invånare. Patientstocken består av ca 4000 pat. Det inkom 1222 remisser 2022 varav drygt 50% brevbesvaredes. Vårdgarantin på 90 dagar klarades inte under 2022 till mer än 60 % men har ökat till ca 80% under detta år. Återbesöken släpar efter. 2022 gjordes 458 nybesök och 3041 återbesök till läkare. Tillgång till paramedicinsk personal finns via paramedicinska enheten (fysioterapeut, arbetsterapeut och kurator). Infusionsenhet finns. Sjuksköterskemottagning har under våren -23 återstartats. Enheten har inga egna vårdplatser. Tillgång till övernattningsenhet finns. Dagvård såväl i grupp som enskilt erbjuds. Reumakirurgi bedrivs på sjukhuset. Gemensam bedömningar med reumaortoped ca 4 ggr per år. Det finns också formaliserat samarbete med hudkliniken via Teams 4 ggr per år och med ögonkliniken en gång per månad. Röntgenrund 1 gång per vecka. Konsultfunktion finns för primärvården ett par tim per dag vardagar (telefon) och för övriga sjukhuset på arbetstid. Vid inspektionen förevisas Regionala riktlinjer från 2012 som inte omfattar förordningar för de på kliniken pågående ST-utbildningarna.

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

Det finns 5 specialister och 4 ST-läkare. De fem specialisterna motsvarar just nu ca 3,5 heltidstjänst. En av specialisterna (80%) har en beviljad tjänstledighet som snart börjar, vilket betyder en knapphet på specialistsidan med risk för att handledning och instruktioner kan komma att påverkas.

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

Det finns 2 ultraljudsapparater vilket har bedömts tillräcklig för närvarande då ST-läkarna inte kommit igång att använda dem. På sikt kommer fler att behövas enligt vår bedömning. Nagelbandsmikroskop finns men ingen använder det och nytt kommer att beställas som motsvarar den utbildning som några gått.

Föreskrift

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

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- A. Adekvat utrustning för diagnostik, utredning och behandling finns.

Kvalitetsindikator

- A. ST-läkarna har tillgång till funktionell arbetsplats.
- B. 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 regionövergripande riktlinjer för hur ST ska genomföras och utvärderas men de är förlegade (från 2012) och inte anpassade för specifikt reumatologi och lokala förhållanden. Alla har övergripande periodplaner för utbildningen men i övrigt utgår de individuella utbildningsplanerna (IUP) inte från målbeskrivningen med beskrivning av lärandemetoder och utvärderingsinstrument/metoder. Ett välfungerande IUP är ett levande dokument för fortlöpande bedömningen av progress av ST-läkaren kompetenser. Det underlättar också om t.ex byte av handledare sker, för att lättare få en överblick av hur lång ST-läkaren kommit i sin utbildning. I enkäter och intervjuer framkommer att ST-läkarna inte erhållit introduktion enligt egna riktlinjer.

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

Eftersom det inte finns adekvata IUP kan handledningen inte heller utgå från dessa. Handledningen har på enheten under perioder varit bristfällig men fungerar nu bra. Under sidoutbildning har det vid tillfälle funnits utsedd handledare men ingen handledning under placeringen. Det har funnit brister i strukturerad bedömning och återkoppling av ST-läkarnas kompetens även om nära samarbete/handledning/instruktioner gör att man tycker sig ha en bra uppfattning om var ST-läkaren står. Återkoppling till ST-läkaren är dock viktig för att öka kompetens på aktuellt område och ta tillvara individens utvecklingspotential. Tidigare verksamhetsansvarig var inte läkare och uppföljningen av ST läkarna har inte fungerat. Nyttillträdd läkarchef (6 mån) har både insyn och förändringsvilja så man kan förvänta sig att den kontinuerliga bedömningen kommer att förbättras. Metoder för utvärdering som medsittning, 360 och specialistkollegium har börjat användas men behöver struktureras och schemaläggas. Uppföljning av sidoutbildning har skett vid enstaka tillfällen men behöver systematiseras.

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 sidoutbildning följs upp.
- Varje enhet har en plan för hur ST-läkare som riskerar hamna i svårighet för att uppnå enskilda delmål, sin professionella utveckling generellt eller av personliga skäl, ska kunna hjälpas.

Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.

F Teoretisk utbildning

Kurser planeras in enligt målbeskrivning och ST läkarna deltar i regional ST utbildning i reumatologi. Internt deltar man i Medicinskt forum där huvuddelen inte är reumatologiskt inriktad. Vi saknar intern utbildning i reumatologi och man kan tänka sig att ST läkarna själva skulle kunna organisera och leda detta.

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

Enligt muntligt besked gör alla ST-läkare sin utbildning enligt föreskrifter från 2015. För det enskilda arbetet enligt vetenskapliga principer förlitar man sig helt på universitetssjukhuset i Göteborg och att det startas under sidoutbildning där. Något samarbete mellan enheterna för att diskutera lämpligt projekt finns inte. Det finns journal club där vetenskapliga artiklar diskuteras. Kontinuerlig utvärdering av ST-läkarnas vetenskapliga kompetens görs inte på enheten eller vid handledning.

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

Det finns på enheten ingen struktur för hur utveckling av ledarskap ska erbjudas eller bedömas. Det bedöms finnas förutsättningar att utveckla det. ST-läkarna har många möjligheter att träna kommunikativ kompetens och har fått återkoppling på det (tex sit- ins) men inte givits direkt handledning. (T.ex efter en sit-in med återkoppling tränat på det som man reflekterat över och sedan utvärderat det på nytt).

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 Reumatologienheten Uddevalla Sjukhus.

Struktur

A – verksamheten

Gradering	D - brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs
Åtgärd	Lokal utbildningsplan skrivits (var god se bifogat dokument), regiongemensamma ST-riktlinjer uppdateras centralt just nu
Tidsplan	Regiongemensamma ST-riktlinjer förväntas vara färdiga hösten 2023

Process

D – tjänstgöringens uppläggning

Gradering	D - brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs
Åtgärd	Lokal utbildningsplan skrivits, mall för IUP uppdaterats och utökats (var god se bifogat exempel). Revidering av IUP är förankrat i lokala utbildningsplanen. Introduktion till tjänstgöring på reumatologen och NU-sjukvården finns som ett dokument under ständigt revidering. Vi har lokalt skapat ett dokument för tjänstgöring mål för ST i allmänmedicin och övrig specialitet. (Se bifogat dokument)
Tidsplan	gjord

E – handledning och uppföljning

Gradering	D - brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs
Åtgärd	Mall IUP uppdaterats, fortlöpande bedömning av ST-läkaren förankrat delvis i den lokala utbildningsplanen, samt i IUP. Ansvarsfördelning omskriven i den lokala utbildningsplanen. Dessutom är VCs alt läkarchefs ansvar definierat i form av årlig uppföljning av dokumentationen och signerat IUP. Dokument angående uppföljning av sidotjänstgöring har skrivits. Dokument avseende feedback av sidotjänstgöring har tagits fram (se bifogat dokument).
Tidsplan	gjord

F – teoretisk utbildning

Gradering	C - Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
Åtgärd	Intern utbildning har reviderats och generellt omskrivits i den lokala utbildningsplanen som gäller som mall till utformande av IUP. Se under <u>Utbildning till specialist inom reumatologi NU-sjukvården, praktiskt</u>
Tidsplan	gjord

G – medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete

Gradering	D - brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs
Åtgärd	Samarbete med såväl Reumatologen SU, som lokala FoU-enheten och biblioteket Högskolan i Väst. Planerat för presentation av forskningsarbete för läkargruppen, samt Västsvenska Reumatologvetenskapliga möte i Göteborg 2024. Dokument skapades avseende kvalitetsarbete, se bifogat dokument.
Tidsplan	December 2023 – februari 2024.

H – ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

Gradering	D - brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs
Åtgärd	Från vecka 39 har ST-läkarna schemalagda tillfällen att handleda studenter under närvaro av handledare. Undervisning av andra yrkeskategorier planeras från september 2023, under handledning. ST-läkarna planeras att vara med i ledningsmöte en gång per termin. VC alt. läkarchefen ser till att ST-läkaren kan leda arbetsgrupper utifrån enhetens behov. Multiprofessionell reflektionsgrupp har skapats via NU-sjukvården
Tidsplan	September 2023



Jonel Pasula

Verksamhetschef/Läkarchef



Paulina Sijtsma

Studierektor



Josefin Björklin

ST-läkare

Uddevalla den 19 september 2023.