



# EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

**Universitetssjukhuset Örebro**

Klinik

**Geriatrik**

Specialitet

**2024-02-29 – 2024-03-01**

Datum

**Örebro**

Ort

**Peter Johnson och Lydia Holmdahl**

Inspektörer

**SOSFS 2015:8**

Föreskrift

## Styrkor

- Klinik med bred kompetens inom specialistkåren
- Chefer och handledare är lättillgängliga och mycket engagerade
- Allsidig verksamhet med mycket brett sjukdomspanorama
- Mycket engagerad studierektor
- Klinik med god arbetsmiljö och nära kollegialt samarbete

## Svagheter

- Avsaknad av strokerehab inom verksamheten
- Studierektor ingår inte i ledningsgruppen
- Introduktionsprogram finns, men tillämpas i ringa grad
- Det finns utrymme för mer dialog mellan handledare under externa placeringar
- Externa utbildningar neddragna på grund av besparingar (gäller dock inte SK-kurser)
- Strukturerade bedömningsinstrument kan användas i ökad utsträckning
- Handledarsamtal dokumenteras inte

## Förbättringspotential

- Dokumentation av handledarsamtal
- Implementera en bättre introduktion för nyanställda
- Adjungera studierektor till ledningsgruppen
- Strukturera kommunikation mellan huvudhandledare och handledare på randningsklinik
- Använd strukturerade bedömningsinstrument i ökad utsträckning

# STRUKTUR

## A Verksamheten

Geriatriska kliniken USÖ bedriver en mycket mångsidig verksamhet bestående av tre vårdavdelningar med inriktning kognitiva sjukdomar (10 vpl), specialiserad palliativ vård (12 vpl) samt sköra äldre (14 vpl). Medelvårdtiden är mellan 10 och 13,8 dagar på de tre avdelningarna. Man bemannar även ett kommunalt korttidsboende om 62 vpl med läkare och fysioterapeuter kontorstid.

Öppenvård bedrivs i form av kognitiv mottagning inkl. BPSD-team, ASIH, Geriatriskt öppenvårdsteam med verksamhet på sjukhusmottagning samt i patientens hem. Slutligen finns ett mobilt närsjukvårdsteam och en protesmottagning för amputerade. Sammanlagt har man drygt 12 000 öppenvårdskontakter/år.

Jourverksamheten omfattar de tre vårdavdelningarna på sjukhuset samt ASIH och bedrivs i form av beredskap fram till kl. 22. På helger rondar primär- och bakjouravdelningarna.

### Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

### Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Det finns skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur verksamhetens specialiseringstjänstgöring ska genomföras.
- Vårdgivaren tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur bedömning av ST-läkarens kompetens ska göras.
- Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig.

### Kvalitetsindikator

- Det finns rutiner som, utöver extern granskning, anger hur kvaliteten i ST-utbildningen kontinuerligt ska utvärderas och säkerställas.

## Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd 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.

## B Medarbetarstab och interna kompetenser

Kliniken har 12 specialister. Fördelningen är fem med specialistbevis i geriatrik, en geriatrik/allmänmedicin samt en geriatrik/palliativ medicin. Övriga fem har specialistbevis i internmedicin, onkologi, allmänmedicin, internmedicin/kardiologi samt internmedicin/allmänmedicin.

Man har 12 ST-läkare. Fyra av dessa har annan specialitet sedan tidigare. En legitimerad UI vikarierar i väntan på ST. För övrigt tjänstgör flera UI utan leg. Fyra medarbetare är disputerade, varav två är läkare.

### Föreskrift

- Den huvudansvariga handledaren har ett bevis om specialistkompetens i avsedd specialitet.
- Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.
- Övriga handledare är legitimerade läkare med relevant specialistkompetens.
- Det finns tillgång till specialistkompetent studierektor, som har genomgått handledarutbildning.
- Det finns tillgång till handledare i en omfattning som motsvarar behovet av handledning.
- Det finns tillgång till medarbetare som kan ge nödvändiga instruktioner.

### Allmänna råd

- Studierektor har relevant specialistkompetens.

## Kvalitetsindikator

- Det finns generella skriftliga instruktioner för hur handledningen av ST-läkare ska gå till.
- Handledarna ges minst en gång per år möjlighet till utbildning/uppdatering/kompetensutveckling inom området.
- Det finns skriftlig uppdragsbeskrivning för studierektorn.

## 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. Åtgärder krävs.

## C Lokaler och utrustning

Verksamheten bedrivs på avdelningar med fina lokaler som har adekvat utrustning för diagnostik, utredningar och behandlingar. På avdelningarna finns väl utrustade läkarexpeditioner, dock föreligger viss brist på datorer då man tar emot läkarstuderande. På klinikens administrationsplan, avskild från avdelningarna, finns det välutrustade ST-expeditioner med flera datorer och möjlighet att förvara tillhörigheter. Det finns bra bibliotek på Campus med hjälp vid exempelvis litteratursökning. Regionen erbjuder välfungerande sökbar vetenskaplig databas.

### Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

### Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

- Utrustning för diagnostik, utredning och behandling är adekvat.
- Utrustning för mottagningsverksamhet, möten och behandlingskonferens på distans är adekvat.

## Kvalitetsindikator

- ST-läkarna har tillgång till funktionell arbetsplats.
- Det finns tillgång till relevanta IT-baserade kliniska beslutsstöd, sökbar vetenskaplig databas samt stöd från bibliotek eller FoU-enhet under hela specialiseringstjänstgöringen.

## Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

# PROCESS

## D Tjänstgöringens upplägg

Målbeskrivningen är känd av verksamhetschef, studierektor, handledare och ST-läkare. Det finns inga skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska tolkas och utvärderas. När ST-läkaren anställs upprättas en utbildningsplan/ST-kontrakt under startseminarium. I kontraktet framgår tjänstgöringen på geriatriken samt sidoplaceringar/randningar och de kurser som är obligatoriska. Utbildningsplanen följs regelbundet och revideras vid behov.

Kliniken har introduktionsprogram för ST läkare som tillämpas i låg grad. Tid för självstudier schemalägges en dag per månad. ST-läkarna deltar i veckovisa interna utbildningar. Externa utbildningar utgörs endast av SK-kurser.

### Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

### Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

- Verksamheten tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas, samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg. Dessa ska vara kända och användas.
- Jourtjänstgöring/beredskap utgör en adekvat del av tjänstgöringen.
- Alla ST-läkare har lika rättigheter, skyldigheter och möjlighet att uppnå målen i målbeskrivningen oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

## Föreskrift

- Verksamhetschefen på det tjänstgöringsställe där en ST-läkare genomför sin huvudsakliga tjänstgöring har det övergripande ansvaret för ST-läkarens ST-utbildning.
- Den ansvariga verksamhetschefen ansvarar för att det för varje ST-läkare tas fram ett individuellt utbildningsprogram och att det för varje ST-läkare utses en huvudansvarig handledare.
- Varje ST-läkare har ett utbildningsprogram som utgår från målbeskrivningen och som omfattar de utbildningsaktiviteter som behövs för att uppfylla kompetenskraven i målbeskrivningen.
- Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.
- Studierektorn samordnar ST-läkarnas interna och externa utbildningsaktiviteter.

## Allmänna råd

- Studierektorn är en organisatorisk stödfunktion till verksamhetschef, handledare och ST-läkare.
- I studierektorns arbetsuppgifter ingår att ansvara för att utarbeta introduktionsprogram för ST-läkarna.
- Studierektorn tar del av kompetensbedömningarna.

## Kvalitetsindikator

- Alla ST-läkare får introduktion till tjänstgöringen.
- Leg läkare som arbetar vid enheten med sikte på ST och som avslutat sin BT och/eller BT-läkare som påbörjat sin ST med BT vid enheten har tillgång till individuella utbildningsprogram och handledning i enlighet med ST.

## 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. Åtgärder krävs.



## E Handledning och kompetensbedömning

Utbildnings- och arbetsklimatet är mycket gott. Det kollegiala stödet i det dagliga kliniska arbetet är mycket gott.Handledarsamtalen sker vid behov, men dokumenteras i otillräcklig omfattning. Strukturerade kompetensutvecklingsinstrument, som 360 graders, mini-cex och CBD, används sparsamt. ST-kollegium genomförs årligen. Det finns tydliga skriftliga rutiner för hur handledning ska genomföras. Det finns brister i kommunikationen mellan huvudhandledare och handledare vid sidotjänstgöring på annan klinik.

### Föreskrift

- Varje ST-läkare ges kontinuerligt handledning i form av stöd och vägledning med utgångspunkt i det individuella utbildningsprogrammet.
- Det finns en utsedd huvudansvarig handledare för varje ST-läkare.
- Varje ST-läkare har tillgång till en handledare för varje del av tjänstgöringen.
- Den huvudansvariga handledaren bedömer ST-läkarens kompetensutveckling kontinuerligt, med utgångspunkt i målbeskrivningen för specialiteten och det individuella utbildningsprogrammet.
- Det finns fastställda rutiner för bedömningar av ST-läkarens kompetens.
- Verksamheten har rutiner för hur den kontinuerliga bedömningen dokumenteras (För ST enligt 2015:8 är verksamhetschef ansvarig enligt ovan)

## Allmänna råd

- ST-läkaren bör, utöver handledning, få fortlöpande instruktioner, samt återkoppling från de som har gett instruktionerna.
- Handledningen är inplanerad i den ordinarie tjänstgöringen för huvudansvarig handledare och ST-läkare.
- Den huvudansvariga handledaren tjänstgör vid det tjänstgöringsställe där ST-läkaren genomför sin huvudsakliga specialiseringstjänstgöring. Om så inte är fallet ska vårdgivaren på något annat sätt säkerställa att huvudhandledaren är tillgänglig för handledning och även i övrigt har förutsättningar att utföra sitt uppdrag.
- Varje handledare har genomgått handledarutbildning som tillgodoser kraven enligt föreskriften.
- Om det finns en risk för att en ST-läkare inte kommer att uppfylla kompetenskraven bör det leda till en åtgärdsplan. En åtgärdsplan bör omfatta justeringar i det individuella utbildningsprogrammet, förändringar i vårdgivarens utbildningsinsatser eller tydligare krav på ST-läkarens insatser.
- Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.
- Verksamhetschefen eller motsvarande håller regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkarna.

## Kvalitetsindikator

- ST-läkarnas sidutbildning följs upp.

## 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. Åtgärder krävs.

## F Teoretisk utbildning

Utbildningsmoment och kurser planeras in enligt målbeskrivningen. Avsatt tid för självstudier schemalägges en dag per månad. Extern utbildning utgöres av SK-kurser. Intern teoretisk utbildning är schemalagd varje vecka för alla läkare på kliniken, ST-läkarna deltar regelmässigt. Innehållet i dessa är inte direkt planerat utifrån målbeskrivningen för uppfyllelse av C-målen i geriatrik.

### Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

### Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

- Teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras in i enlighet med målbeskrivningen och individuella utbildningsprogrammet.
- ST-läkarna genomgår den utbildning som planerats i enlighet med målbeskrivningen och det individuella utbildningsprogrammet.

### Allmänna råd

- Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerade interna utbildningsaktiviteter.
- Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerade externa utbildningsaktiviteter.
- Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerad tid för självstudier.

### Kvalitetsindikator

- Den teoretiska interna utbildningen är systematiskt uppbyggd med koppling till Socialstyrelsens delmål.

### 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. Åtgärder krävs.

## G Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Samtliga ST-läkare ges möjlighet att gå två veckors grundläggande kurs i medicinsk vetenskapsmetodik, i regionens regi. Valfungerande doktorandprogram finns. ST-läkarna genomför ett vetenskapligt arbete. En disputerad sjukgymnast tjänstgör på kliniken som FoU- ansvarig. Journal club förekommer inte. Alla ST-läkare genomför ett kvalitetsarbete.

ST-läkarnas kompetens i medicinsk vetenskap bedöms ej fortlöpande med återkoppling, men man planerar att ST-läkare framöver ska föreläsa i högre omfattning.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan för åtgärder. Graderingen är ändrad till C.

### Föreskrift

- ST-läkarens kompetens inom medicinsk vetenskap bedöms utifrån kunskap kring vetenskapliga metoder och forskningsetiska principer.
- ST-läkaren bedöms utifrån förmågan att kunna kritiskt granska och värdera vetenskaplig information, samt i sitt arbete ta ansvar för att omsätta och tillämpa denna kunskap.
- ST-läkaren deltar i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i sådan utsträckning att förutsättningar för delmåluppfyllelse föreligger.
- Utbildning erbjuds för att uppnå ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt.
- Det finns goda förutsättningar för genomförande av ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.
- Det finns goda förutsättningar för att genomföra, dokumentera och redovisa ett kvalitetsarbete.

### Allmänna råd

- ST-läkaren ges möjlighet till utbildning inom patientsäkerhetsarbete och systematiskt kvalitetsarbete.

## Kvalitetsindikatorer

- Under det senaste året har av ST-läkare genomförda arbeten publicerats och/eller presenterats (av ST-läkaren) vid vetenskapliga/professionella sammankomster.
- Det finns tillgång till ett välfungerande doktorandprogram.
- Enheten har regelbundna möten där medarbetare diskuterar och kritiskt granskar vetenskaplig litteratur.

## 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. Åtgärder krävs.

## H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarna genomgår kurser som omfattar delmål a och b i regionens regi. ST-läkarna får leda avdelningsronder och teamronder. ST-läkarna ges rikliga tillfällen att handleda läkarstudenter.

ST-läkarnas kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker. ST-läkarna bedöms och får återkoppling, även angående handledning av vik. underläkare. Möjlighet att delta i reflektionsgrupp saknas. Handledning på handledning saknas och behöver utvecklas. Åtgärder krävs.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan för åtgärder. Graderingen är ändrad till C.

## Föreskrift

- ST-läkaren ges förutsättningar att kontinuerligt utveckla ledarskapskompetens i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkaren bedöms kontinuerligt i medicinskt ledarskap och multiprofessionellt samarbete och återkoppling sker.
- ST-läkaren genomgår utbildning i hälso- och sjukvårdens förutsättningar i enlighet med målbeskrivning.
- ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.
- ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.
- ST-läkaren bereds möjlighet att planera och genomföra undervisning.
- ST-läkarens kompetens i undervisning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.
- ST-läkaren bereds möjlighet att handleda medarbetare och studenter.
- ST-läkarens kompetens i handledning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.

## 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 reflektion i grupp i enlighet med målbeskrivningen.

## Kvalitetsindikatorer

- Det finns möjlighet att auskultera hos chefer och ledare inom organisationen.

## 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. Åtgärder krävs.



# HANDLINGSPLAN

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med följande handlingsplan.

## G. Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

ST-läkaren bedöms utifrån förmågan att kunna kritiskt granska och värdera vetenskaplig information, samt i sitt arbete ta ansvar för att omsätta och tillämpa denna kunskap.

### Planerad åtgärd

Kliniken kommer att införa Journal club 1 gång/månad, där disputerad kollega (fysioterapeut med hög vetenskaplig kompetens) kommer att närvara som stöd tills dess att kollegiet successivt tar över artikelgranskningen helt självständigt. Samtliga läkarkollegor på kliniken är tänkta att medverka. Bedömning av ST-läkares presentation görs formativt.

### Datum när åtgärden ska vara genomförd

Redan påbörjad. Fortsätter fortlöpande och tills vidare.

### Ansvarig för genomförandet

Johannes Modin Prag, studierektor och Chariklia Lempessi, läkarchef

### Datum för uppföljning

Första uppföljningen i oktober 2024. Därefter 2 ggr/år eller vid behov.

### Ansvarig för uppföljningen

Johannes Modin Prag, studierektor, Chariklia Lempessi, läkarchef och Anja Hadström ST-läkare

## H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarens kompetens i undervisning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.



## **Planerad åtgärd**

Planerad åtgärd 1 Införande av utbildningsrond 1gång/månad där ST-läkaren undervisar det tvärprofessionella teamet inom området relevanta ämnen. ST-läkaren utvärderas med formativa bedömningar som exempelvis 360-graders bedömning eller Mini-CEX. Utöver detta ska handledning på handledning införas, där ST-läkaren bedöms likt ovan formativt 2-3 gånger/termin. Planerad åtgärd 2 Införande av auskultation hos verksamhetschef och/eller områdeschef som planeras i varje ST-läkare individuella utbildningsplan och placeringsschema. En dag under ST-perioden.

## **Datum när åtgärden ska vara genomförd**

Start i september 2024.

## **Ansvarig för genomförandet**

Johannes Modin Prag, studierektor och Anja Hadström ST-läkare

## **Datum för uppföljning**

Åtgärd 1: Första uppföljningen i september 2024. Därefter löpande Åtgärd 2: Första uppföljningen i september 2025. Därefter löpande

## **Ansvarig för uppföljningen**

Johannes Modin Prag, studierektor Anja Hadström, ST-läkare