



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

VC Värmdö

Klinik

Allmänmedicin

Specialitet

2025-03-27

Datum

Sebastian Schoots och Tommy Bromander

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Välbemannad etablerad vårdenhet som löpande utbildat ST-läkare
- Trevligt och familjärt intryck
- Bra och överensstämmande enkätsvar mellan handledare och ST-läkare
- Kontinuerligt fokus på kvalitetetsarbete med klinisk inriktning

Svagheter

- Trångt i vissa rum och i korridor
- Avsaknad av öronmikroskop. Möjligheter till gyn-undersökning och rekto- proktoskopi begränsade

Förbättringspotential

- Mer skriftlig feedback och återkoppling till ST-läkare
- Följ de egna lokala riktlinjerna för kompetensvärdering och utveckling av ST på Värmdö VC och använd digital 360/MSF (multisourcexefeedback).

STRUKTUR

A Verksamheten

Väletablerad läkarledd vårdcentral sedan 2009 med ca 8000 listade patienter. Skriftliga riktlinjer för ST finns. BVC genomförs i samarbete med närliggande vårdenhet.

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

Fullbemannad enhet. Här arbetar specialister i allmänmedicin, ST-läkare och AT-läkare. Verksamhetschefen är läkare och kliniskt verksam.

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

Redan vid föregående SPUR 2019 beskrevs vårdcentralens lokaler som "trånga men mysiga". Utbyggnad har skett till vad som är möjligt och om vi förstått riktigt finns listningsstopp pga att möjligheter att ytterligare växa fysiskt är uttömda. Det är idag konsensus att enheter som utbildar ST-läkare ska ha tillgång till öronmikroskop, vilket saknas. Det ska också finnas möjlighet till gyn undersökning och rektoskopi, som på Värmdö VC är begränsade.

Handlingsplan inkommen. Gradering D kvarstår.

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

Regionala och lokala skriftliga riktlinjer för ST finns. Formerna för jour och beredskap hanteras på regional nivå och i Stockholm deltar inte alla ST i jourverksamhet och beredskap utanför vårdcentralen. Det finns möjlighet att randa sig på någon av närankuterna, men inte alla ST gör sådan randning. Vårdcentralen Värmdö har en akutliknande mottagning dagtid där ST deltar och på vårdcentralen finns akutfall i tillräcklig omfattning.

Individuella utbildningsplaner finns utgående från målbeskrivningen. Överenskomna metoder för kompetensbedömning bör tydligare framgå i dessa. SR har tagit ansvar för återkommande revidering och kallar ST, handledare och verksamhetschef. Årsrapport och handledarutlåtande utförs.

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.

EHandledning och kompetensbedömning

Individuell handledning sker 1 h per vecka. Medsittning med minicex genomförs men kan göras mer återkommande. Verksamhetschefen använder i första hand årsrapporter och handledarutlåtande som dokumentation av kompetensbedömningar. Vi rekommenderar att det kompletteras med MSF/360, vilket också står i enhetens egna riktlinjer för kompetensbedömning. Mitt-i-ST genomförs som obligatoriskt moment för ST-läkare i SLSO.

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 sidoutbildning 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

SoS föreskrift, allmänna råd och kvalitetsindikatorer följs.

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

Kliniskt kvalitetsarbete uppfattas vara en aktiv verksamhet på Värmdö VC. ST-läkare deltar. Presentationer genomförs. Journal club/motsvarande förekommer främst vid ST-läkarnas basgruppsmöten. Vetenskapliga arbeten och kurs hålls på central nivå via KVA/VESTA.

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

Kurs i ledarskap och kommunikation erbjuds. Via Praktikertjänst finns dessutom ytterligare möjligheter i området. ST-läkare har möjlighet att handleda AT-läkare. Sker genom så kallad "handledning på handledning.

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.

C. Lokaler och utrustning

Utrustning för diagnostik, utredning och behandling är adekvat.

Planerad åtgärd

Man påpekar i rapporten att öronmikroskop saknas samt att möjlighet till gyn undersökning och rektoskopi är begränsade. Med tanke på ett stort utbud utav remitteringsinstanser inom Öron-näsa-hals i Stockholmregionen (inklusive möjlighet att boka akuttider efter telefonkontakt) har vi inte sett att ett angeläget behov av öronmikroskop finns i vår kliniska vardag. Begränsad lokalyta gör att vi inte kan avvärja ett fysiskt utrymme för att skapa förutsättningar för att undersökning med öronmikroskop kan genomföras på ett adekvat sätt. Praktiska kunskaper inkluderande handhavande av öronmikroskop kan tillgodoses genom sidotjänstgöring på ÖNH-mottagning, tjänstgöring på akut/närakut eller på en annan vårdcentral (utanför storstadsområde) vilket ska förtydligas i ST-läkarnas utbildningsplaner. Möjligheter till gyn undersökning samt rektoskopi finns men kräver viss planering/förberedelse som att bygga upp en gynstol (vi har en brits som är anpassad till det), plocka fram utrustning för rektoskopi (då vi inte har ett särskilt rum avsett för det) m m. Vidare har SPUR-inspektörer identifierat några förbättringsområden: 1. Det saknas rutiner som, utöver extern granskning, anger hur kvaliteten i ST utbildningen kontinuerligt ska utvärderas och säkerställas. Vi ska gå genom och säkerställa att lokala rutiner om hur och när medsittningar görs. Genomgångar skall göras vid medarbetarsamtal med verksamhetschefen eller/och under årsmöten med studierektor. Utbildningsplaner ska revideras minst 2 gånger per år (under handledningstimme). Specialistkollegium skall mötas åtminstone en gång per termin för att säkerställa att rutiner följs. 2. 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 ej tillgång till individuella utbildningsprogram och handledning i enlighet med ST. I vår region har vi krav på att IUP upprättas av ST läkare senast 6 mån efter påbörjad ST. Enligt SoS krav ska det finnas utbildningsplan om läkare är anställd under ST liknande formater (vikariat). De flesta har en planering redan från början dock väldigt få har det skriftligt. Det blir ännu viktigare vid MB 2021. I många regioner finns det krav på att IUP ska finnas redan under vikariat. Förslag: alla läkare som vikarierar inför ST får sin personliga handledare och ges möjlighet att upprätta IUP. 3. ST-läkarnas sidoutbildning följs ej upp. Vi ska gå genom och säkerställa att lokala rutiner om hur och när ST-läkarnas sidoutbildningar finns och följs upp. "Hemvändardagar" är redan ett forum för ST-läkare och handledare för att följa upp sidoutbildningar men bör formaliseras och dokumenteras. Efter en sidoutbildning skall en ST-läkare presentera utvärdering på APT- eller läkarmöte. 4. Enheten har regelbundna

möten där medarbetare diskuterar och kritiskt granskar vetenskaplig litteratur.
Diskussioner kring vetenskapliga artiklar kan bli ett inslag i läkarmöten som hölls en gång per vecka.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

ST-läkarnas utbildningsplaner skall gås genom regelbundet och minimum två gånger per år.

Ansvarig för genomförandet

Verksamhetschef i samråd med handledare

Datum för uppföljning

Årligen

Ansvarig för uppföljningen

Verksamhetschef