



## OM SPUR-GRANSKNING

### INNEHÅLL

Inledning – sid 1

Om granskningsbesöket – sid 2-4

- Bedömningsområden
- Material från kliniken
- Exempel på schema

Om checklisten – sid 5

Checklista SPUR-granskning – sid 5

Handlingsplan vid gradering D – sid 11

# SPUR-granskning – information till kliniken

## Inledning – vad är SPUR?

- SPUR är läkarledd verksamhet för extern granskning av utbildningskvaliteten för ST-läkare. Enligt Socialstyrelsens krav ska kvaliteten i specialiseringstjänstgöringen granskas och utvärderas av en extern aktör, det bör ske vart femte år.
- Granskningen utgår från kraven i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2015:8 och/eller HSLF-FS 2021:8) samt från specialitetsföreningarnas kvalitetsindikatorer för god utbildning.
- Granskningen genomförs av två inspektörer, varav minst en är från aktuell specialitetsförening. Inspektörerna har utbildats av Lipus.
- I regel granskas en klinik under en till två dagar.
- Syftet med att granska enligt SPUR-modellen är dels att säkerställa att klinikkens ST-läkare får en utbildning av hög kvalitet, dels att hjälpa vårdgivaren att hitta förbättringsmöjligheter i utbildningen.

Granskningen kan ses som en process i sju steg:

- 1. Upptstartsfasen:** Datum bokas. Kliniken laddar upp kontaktlista (med personuppgifter) och annat material i Lipus digitala verktyg Lobbyn (se avsnittet Material från kliniken nedan). Syftet med dokumenten är att inspektörerna i förväg ska skaffa sig en uppfattning om klinikkens storlek, patientunderlag, med mera. Det är också bra att läsa på vad en SPUR-granskning går ut på samt börja arbeta med checklisten (se sida 5)
- 2. Enkätfasen:** Samtliga deltagare i granskningen (ST-läkare, deras handledare, studierektor och verksamhetschef) svarar på en elektronisk enkät.
- 3. Granskningsbesöket:** Två SPUR-inspektörer besöker kliniken. De genomför intervjuer med ST-läkare (kan ske gruppvis), handledare (kan ske gruppvis), studierektor och verksamhetschef/enhetschef, samt tittar på lokaler och utrustning. I avsnittet *Om granskningsbesöket* finns ett exempel på hur ett schema kan se ut, men observera att det slutgiltiga schema utarbetas i samarbete mellan inspektörer och den enhet som ska granskas.
- 4. Den första avrapporteringen:** Granskningsbesöket avslutas med att inspektörerna genomför en preliminär avrapportering samt en gemensam diskussion om förbättringsåtgärder.
- 5. Preliminär rapport:** Inom två veckor efter granskningsbesöket får kliniken inspektörernas preliminära rapport. Kliniken har då två veckor på sig att återkoppla med synpunkter och korrigerande av eventuella faktafel.
- 6. Slutgiltig rapport:** Inspektörerna utarbetar definitiv rapport, med bedömningar inlagda. Rapporten sammanställs och mejlas till kliniken. *Om kliniken brister i följsamhet till föreskriften på en eller flera punkter – och därmed får gradering D – har denna möjlighet att inkomma med handlingsplan inom tre månader efter att man fått sin rapport. Efter godkänd handlingsplan kan sedan graderingen höjas till ett C innan publicering.*
- 7. Intyg och publicering av rapport:** Kliniken får ett intyg på genomförd granskning och den färdiga rapporten publiceras på Lipus hemsida, [lipus.se](http://lipus.se).

## Om granskningsbesöket

### Bedömningsområden

Vid besöket bedöms följande områden (se exempel på kriterier för respektive område i kursiv stil). Den fullständiga checklistan återfinns på sidan 5.

- A. Verksamheten.** *Är den allsidig? Inkluderar den jour?*
- B. Medarbetarstab och interna kompetenser.** *Har enheten läkare med relevant specialistkompetens? Har handledarna genomgått handledarutbildning?*
- C. Lokaler och utrustning.** *Är de moderna och ändamålsenliga?*
- D. Tjänstgöringens uppläggning.** *Finns individuella utbildningsprogram?*
- E.Handledning och uppföljning.** *Har alla ST-läkare en personlig handledare? Genomförs handledningen regelbundet?*
- F. Teoretisk utbildning.** *Erbjuds ett tillräckligt antal kurser? Finns regelbunden internutbildning? Finns schemalagd tid för självstudier?*
- G. Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete.** *Erbjuds utbildning i vetenskapligt förhållningssätt? Förekommer samarbete med forskande enhet? Genomför ST-läkare ett vetenskapligt arbete?*
- H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens.** *Ges handledning i kommunikationsfärdighet?*

Den sammanfattade bedömningen består av två delar.

I den första delen listar inspektörerna klinikens styrkor och svagheter som utbildande enhet, samt anger var förbättringspotentialen ligger och ger förslag på hur man kan arbeta vidare.

I den andra delen adresseras följsamheten till föreskriften. Här summerar inspektörerna efter granskningen sina bedömningar per rubrik enligt områdena ovan (A till H) i dokumentet "Sammanfattande bedömning".

Varje område graderas från A till D, med följande betydelse:

- A.** Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetskriterier 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.

**OBS! Ett D markerar endast följsamhet till föreskriften i just det området och är inte ett betyg på enhetens utbildning som helhet.**

I checklistan (sid. 5) är punkterna indelade i "Föreskrift", "Allmänna råd" och "Kvalitetsindikatorer". Föreskrifter och Allmänna råd kommer både från SOSFS 2015:8 och från HSLF-FS 2021:8. Kvalitetsindikatorerna är SPUR-modellens tilläggs punkter för god utbildning. Om samtliga punkter i huvudsak uppfylls resulterar

detta i omdömet A. Brister i följsamhet till föreskrift på en eller flera punkter leder alltid till graderingen D.

Om man brister i följsamhet till föreskriften och därmed får gradering D har kliniken möjlighet att inkomma med handlingsplan inom tre månader efter att man fått sin rapport. Efter godkänd handlingsplan kan sedan graderingen höjas till ett C innan publicering.

I de fall kliniken bedriver utbildning både enligt SOSFS 2015:8 och HSLF-FS 2021:8 års föreskrifter bedöms följsamheten i förhållande till båda. Det innebär att det finns två graderingsrutor i den sammanfattade bedömningen bredvid varandra, en för följsamheten till SOSFS 2015:8 och en för följsamheten till HSLF-FS 2021:8.

### **Material från kliniken (laddas upp i Lobbyn)**

Inför er granskning kommer ni att få tillgång till en digital lobby, ett verktyg där ni laddar upp nedanstående dokument samt får till all information ni behöver kring er granskning. Länkar för åtkomst till Lobbyn kommer ni få i god tid innan granskning, dock tidigast när datum för granskning är bokad.

I lobbyn laddar ni upp följande:

- **Kontaktlista** (*laddas upp senast åtta veckor före granskningsbesöket*)  
En lista över namn på deltagare med e-postadresser och roller. Deltagare är verksamhetschef, studierektor (-er), handledare och ST-läkare. Lipus tillhandahåller en mall i det digitala verktyget Lobbyn, där dessa uppgifter skrivs in och sedan laddas upp. Det är viktigt att det är just i denna mall vi får uppgifterna, då den används för att sända ut den elektroniska enkäten.
- **Övrigt material** (*laddas upp senast fyra veckor före granskningsbesöket*)
  - Dokumentet "Skriftlig information från verksamheten" (Laddas ner från Lobbyn och fylls i av kliniken)
  - Instruktion för handledning
  - Verksamhetens senaste verksamhets-/patientsäkerhets-/årsberättelse
  - Introduktionsprogram för nyanställda läkare
  - Riktlinjer från vårdgivaren hur ST ska genomföras och utvärderas
  - Ett exempel på ett individuell ST-utbildningsprogram, aidentifierad. Samtliga individuella ST-utbildningsprogram bör vara tillgängliga vid granskningsbesöket
  - Uppdragsbeskrivning för studierektorn
  - Läkarstaben: förteckning över läkare, med uppgift om specialitet, specialist sedan hur länge, akademiska meriter och tjänsteomfattning
  - Beskrivning av intern och extern utbildning (fallpresentationer, gemensam artikelgranskning, med mera)
  - Beskrivning över vanligaste diagnoser
  - Tillgängliga webbplatser och litteratur (då det är relevant)
  - Eventuellt annat material som enheten anser vara av intresse för granskningen

### Exempel på schema

Observera att schemat kan variera avsevärt mellan specialiteterna och påverkas av flera olika faktorer – hur många ST det finns på kliniken, hur dags inspektörerna planerar anlända på morgonen, om det finns ett morgonmöte som inspektörerna ska ansluta till. Ibland startar granskningen vid lunch eftersom det passar bäst både för kliniken och inspektörerna. Det är därför omöjligt att ha ett gemensamt schema för alla granskningar. Nedan ser ni ett förslag på hur schemat kan se ut. Det slutgiltiga schemat utarbetas alltid av aktuella inspektörer i samråd med enhet som ska granskas.

### Exempel på dagsschema vid SPUR-inspektion

Cirkatider	Dag 1	Dag 2
08:00		Klinikens morgonmöte. Redovisning och diskussion om svagheter, styrkor och förbättringspotential.
09:00	Ankomst	Eventuell komplettering av information.
10:00	Samtal med studierektor och verksamhetschef.	Inspektörernas överläggning och avslut.
11:00	Rundvandring. Lokaler och utrustning.	
12:00	Lunch, gärna med klinikledning och handledare	Avslutning dag 2.
13:00	Samtal med ST-läkare	
14:30	Kaffepaus	
15:00	Samtal med handledare	
16:00	Inspektörerna överlägger i enrum. Diskussion med klinikledning angående första intryck, i korthet och vad som kommer att redovisas på morgonmötet dag 2.	
17:00	Avslutning dag 1.	

## Om checklistan

SPUR-modellen är ett kvalitetsgranskningsinstrument där inspektörerna tittar på följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt kvalitetsindikatorer framtagna av SPUR och specialitetsföreningarna. Detta sker med hjälp av checklistan nedan. Observera att vissa punkter i checklistan inte är ordagrann text från föreskriften utan SPUR-modellens tolkning av föreskriften.

Checklistan är giltig för både SOSFS 2015:8 och HSLF-FS 2021:8 och följsamheten i förhållande till båda dessa föreskrifter kommer kunna bedömas. I de fall en punkt i checklistan endast gäller *en* utav föreskrifterna kommer detta framgå tydligt. I graderingen kommer det också framgå vilken utav föreskrifterna graderingen avser. Granskningen bedömer endast följsamheten till den föreskrift man utbildar efter på kliniken.

Brister i följsamhet till föreskriften på en eller flera punkter leder till gradering D. Vid en sådan gradering har kliniken möjlighet att inkomma med handlingsplan inom tre månader efter att man fått sin rapport. Efter godkänd handlingsplan kan sedan graderingen höjas till ett C innan publicering.

## Checklista SPUR-kvalitetsgranskning

### A. Verksamheten

#### **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:**

1. Det finns skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur verksamhetens specialiseringstjänstgöring ska genomföras som säkerställer en hög och jämn kvalitet i specialiseringstjänstgöringen.
2. Vårdgivaren tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur bedömning av ST-läkarens kompetens ska göras.
3. Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig (patientsammansättning, sjukdomspanorama mm) för att målbeskrivningens krav ska kunna uppfyllas.

#### **Kvalitetsindikator**

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

### B. Medarbetarstab och interna kompetenser

#### **Föreskrift**

1. Den huvudansvariga handledaren har ett bevis om specialistkompetens i den specialitet som ST-läkaren avser att uppnå.
2. Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.
3. Övriga handledare är legitimerade läkare med relevant specialistkompetens.

4. Det finns tillgång till en specialistkompetent studierektor, som har genomgått handledarutbildning enligt HSLF-FS 2021:8. (För ST enligt 2015:8 gäller handledarutbildning enligt denna föreskrift)
5. Det finns tillgång till handledare i en omfattning som motsvarar behovet av handledning.
6. Det finns tillgång till medarbetare som kan ge nödvändiga instruktioner om verksamhetsspecifika tekniker och tillvägagångssätt.

### **Allmänna råd**

7. Studierektorn har relevant specialistkompetens.

### **Kvalitetsindikatorer**

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

## **C. Lokaler och utrustning**

### **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:**

1. Utrustningen för diagnostik, utredning och behandling är adekvat.
2. Utrustningen för mottagningsverksamhet, möten och behandlingskonferens på distans är adekvat.

### **Kvalitetsindikatorer**

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

## **D. Tjänstgöringens uppläggning**

### **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:**

1. Verksamheten tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas, samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg. Dessa ska vara kända och användas.
2. Jourtjänstgöring/beredskap utgör en adekvat del av tjänstgöringen.

3. Alla ST-läkare har lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter att uppnå målen i målbeskrivningen oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder. (Lag om diskriminering 2014:958)

#### **Föreskrift**

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

#### **Allmänna råd**

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

#### **Kvalitetsindikatorer**

12. Alla ST-läkare får introduktion till tjänstgöringen.
13. Legitimerade 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.

### **E.Handledning och uppföljning**

#### **Föreskrift**

1. Varje ST-läkare ska kontinuerligt ges handledning i form av stöd och vägledning med utgångspunkt i det individuella utbildningsprogrammet.
2. En huvudansvarig handledare finns utsedd för varje ST-läkare.
3. Varje ST-läkare har tillgång till en handledare för varje del av tjänstgöringen.
4. Den huvudansvariga handledaren bedömer ST-läkarens kompetensutveckling kontinuerligt, med utgångspunkt i målbeskrivningen för specialiteten och det individuella utbildningsprogrammet.  
För ST enligt 2015:8 ska även verksamhetschef bedöma ST-läkaren enligt ovan.
5. Fastställda rutiner för bedömningar av ST-läkarens kompetens finns.



6. Verksamheten har rutiner för hur den kontinuerliga bedömningen dokumenteras. För ST enligt 2015:8 är verksamhetschef ansvarig enligt ovan.

**Föreskrift (endast 2021)**

7. Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.

**Allmänna råd**

8. Utöver handledning ska ST-läkaren fortlöpande få instruktioner, samt återkoppling från de som har gett instruktionerna.
9. Handledningen planeras in i den ordinarie tjänstgöringen för huvudansvarig handledare och ST-läkare.
10. 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.
11. Varje handledare har genomgått handledarutbildning som tillgodoser kraven enligt föreskriften.
12. Om det finns 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.

**Allmänna råd (endast 2015)**

13. Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens. Enligt 2015:8 är detta ett allmänt råd. Ett underkännande endast på denna punkt ger i det fallet således inte ett D.
14. Verksamhetschefen eller motsvarande håller regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkarna.

**Kvalitetsindikatorer**

15. ST-läkarnas sidoutbildning följs upp.

**F. Teoretisk utbildning**

**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:**

1. Teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras in i enlighet med målbeskrivningen och individuella utbildningsprogrammet.

2. ST-läkarna genomgår den utbildning som planerats i enlighet med målbeskrivningen och det individuella utbildningsprogrammet.

#### **Allmänna råd**

3. Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerade interna utbildningsaktiviteter.
4. Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerade externa utbildningsaktiviteter.
5. Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerad tid för självstudier.

#### **Kvalitetsindikatorer**

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

### **G. Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete**

#### **Föreskrift**

1. ST-läkarens kompetens inom medicinsk vetenskap bedöms utifrån kunskap kring vetenskapliga metoder och forskningsetiska principer.
2. ST-läkarens kompetens bedöms utifrån förmågan att kunna kritiskt granska och värdera vetenskaplig information, samt i sitt arbete ta ansvar för att omsätta och tillämpa denna kunskap.
3. ST-läkaren deltar i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i sådan utsträckning att förutsättningar för delmåluppfyllelse föreligger.

#### **Föreskrift (endast 2015)**

4. Utbildning erbjuds för att uppnå ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt.
5. Det finns goda förutsättningar för genomförande av ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.
6. Det finns goda förutsättningar för att genomföra, dokumentera och redovisa ett kvalitetsarbete.

#### **Allmänna råd**

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

#### **Kvalitetsindikatorer**

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

#### **Kvalitetsindikatorer (endast 2021)**

11. ST-läkaren ges möjlighet att medverka i forskningsprojekt under arbetstid.

## **H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens**

### ***Föreskrift***

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

### ***Allmänna råd***

10. ST-läkaren bereds möjlighet att undervisa under handledning.
11. ST-läkaren bereds möjlighet att själv handleda under handledning.
12. ST-läkare bereds möjlighet att delta i reflektion i grupp i enlighet med målbeskrivningen.

### ***Kvalitetsindikatorer***

13. Det finns möjlighet att auskultera hos chefer och ledare inom organisationer.

## Handlingsplan vid gradering D

När inspektörerna bedömer gradering D på ett eller flera områden, det vill säga att brister i uppfyllande av Socialstyrelsens föreskrifter påvisats och att åtgärder krävs, finns möjlighet för verksamheten att i en skriftlig handlingsplan redovisa eventuella förbättringsåtgärder som har påbörjats efter granskningen.

Handlingsplan skickas till Lipus senast tre månader efter att verksamhetschef mottagit slutgiltig rapport. Det är därefter inspektörer som tar beslut kring om gradering kan justeras från D till C.

Lipus tillhandahåller ingen mall för handlingsplan. De poster som en sådan bör innehålla är:

- Vilken brist i föreskrift som ska åtgärdas och med vilken insats.
- När i tid detta ska ske
- Att det finns medel avsatta för ändamålet (ekonomiska, organisatoriska, personella, eller andra).
- Vem/vilka som ansvarar över genomförande.
- Hur insatsen ska följas upp/utvärderas.