



# EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

**Sandens hälsocentral**  
Klinik

**Allmänmedicin**  
Specialitet

**2019-02-18**  
Datum

**Boden**  
Ort

Henrik Nord och Tommy Bromander  
Inspektörer

**Lipus** 

## Styrkor

- Tydligt allmänmedicinskt ledarskap från erfaren verksamhetschef som är väl förankrad i verksamheten.
- Kontinuitet i läkargruppen där en av handledarna arbetat på Sanden HC sedan starten 1992
- Inarbetat arbetssätt med hög tillgänglighet i en öppen mottagning där patienter har lärt sig hur man kan komma i kontakt med "sin doktor".
- Vårdgivarnivå: kunnig, engagerad SR som får tydligt erkännande för sitt professionella arbete. Fullständiga och tydliga skriftliga riktlinjer från vårdgivare hur ST ska genomföras i region Norrbotten.

## Svagheter

- Vanligtvis finns på de flesta VC/HC i landet en administrativ halvdag i veckan om man arbetar heltid. ST och SR påpekar att tid för administrativt arbete inte schemaläggs i den omfattning som man upplever skulle behövas. Det innebär risk för att den lästid ST har delvis åtgår till administrativt arbete. I enkäten framkommer att ST upplever att möjlighet till lästid/självstudier på arbetstid inte fullt tillgodoses.
- Kontinuiteten upplevs som god hos specialister men ST upplever att de får "gå runt på andras listor". Möjlighet till arbete med kontinuitet är ett av delmålen i målbeskrivningen.
- Dokumenterade kompetensbedömningar görs inte på ett strukturerat sätt med i förväg överenskomna metoder.

## Förbättringspotential

- Verksamhetschef rekommenderas med stöd av SR och de övergripande riktlinjer som finns på regionnivå, utarbeta en skriftlig plan för hur ST ska genomföras, hur kompetensbedömningar ska ske och dokumenteras liksom på samma sätt ST läkares kompetens avseende handledning och ledarskap ska bedömas, dokumenteras och återkopplas. I och med det kan handledningen bli mer formaliserad vilket efterfrågas av handledargruppen på HC Sanden.
- ST läkares möjlighet att handleda under handledning kan utvecklas.
- På vårdgivarnivå rekommenderas att överväga hurvida SR fortsatt ska ansvara för årliga revideringar av ST läkares utbildningsplan, vilket i första hand åligger verksamhetschef.

## STRUKTUR

### A Verksamheten

HC Sandens mottagningsarbete kännetecknas av att man i många år haft ett system med öppen mottagning 4 dagar i veckan. Hälsocentralen har 11 500 listade patienter och här tjänstgör 5 allmänspecialister och 5 ST. Man ansvarar för en blandad mottagning, SÄBO, BVC och MVC.

#### Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiserings-tjänstgöring 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.

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

### B Medarbetarstab och interna kompetenser

Tre handledarutbildade specialister. Bred allmänmedicinsk verksamhet med bland annat astma/KOL mottagning, kurator och KBT terapeut. 24 timmars BT. Sjukgymnastik. Verksamhetschefen är allmänläkare och erfaren. Hälsocentralen har en läkarkollega som varit med sedan starten 1992. Ingen disputerad läkare på Sanden HC

#### 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.

- |          |  |                                     |
|----------|--|-------------------------------------|
| <b>A</b> | Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetskriterier är uppfyllda men enstaka undantag kan förekomma. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>B</b> | Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.  | <input type="checkbox"/>            |
| <b>C</b> | Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.       | <input type="checkbox"/>            |
| <b>D</b> | Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.                | <input type="checkbox"/>            |

## C Lokaler och utrustning

Hälsocentralen är byggd 1992. ST har egna rum. Man är välutrustade med ÖNH mikroskop, ögon mikroskop, rum för gyn och rekt. Det är dock trångt och delvis slitet. Akutrummet kunde vara mer ändamålsenligt. Planer för utbyggnad finns.

#### Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiserings-tjänstgöring 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.

- |          |   |                                     |
|----------|---|-------------------------------------|
| <b>A</b> | Socialstyrelsens föreskrifter följs. Övriga kvalitetskriterier är uppfyllda men enstaka undantag kan förekomma. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>B</b> | Socialstyrelsens föreskrifter följs.  | <input type="checkbox"/>            |
| <b>D</b> | Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.                | <input type="checkbox"/>            |

## PROCESS

### D Tjänstgöringens uppläggning

Samtliga ST har utbildningsplan. Fungerande struktur för sidotjänstgöringar som ST själva bokar, vilket dock delvis upplevs som administrativ belastning av ST. Gemensamma ST träffar som SR ansvarar för. Vissa svårigheter att få lästid då tid för administration på HC upplevs i underkant med sista bokningsbara läkartid 15.30 och all administration sker efter det. Arbete på primärvårdsjour ingår. Mot slutet av ST genomförs beredskapsjour med handledning .

#### Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiserings-tjänstgöring 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 målbeskrivningen oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnicitet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

- 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 och allmänna råd. Åtgärder krävs.

### E Handledning och uppföljning

Handledning sker motsvarande en timme per vecka. Det finns från vårdgivare riktlinjer hur handledning kan läggas upp liksom förslag på kompetensbedömningsmetoder. Handledningen på HC Sanden har fokus på tillgänglighet till klinisk instruktion snarare än strukturerad feedback och bedömda medsittningar. Det innebär att kontinuerlig bedömning inte görs strukturerat av verksamhetschef och handledare men man upplever själva att hälsocentralens öppna kultur innebär att brister snabbt synliggörs och kan kommuniceras. Dokumentation av den kontinuerliga bedömningen sker inte till fullo i den omfattning som avses.

### 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.

- |          |  |                                     |
|----------|--|-------------------------------------|
| <b>A</b> | Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetskriterier är uppfyllda men enstaka undantag kan förekomma. | <input type="checkbox"/>            |
| <b>B</b> | Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.  | <input type="checkbox"/>            |
| <b>C</b> | Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.       | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>D</b> | Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.                | <input type="checkbox"/>            |

## F Teoretisk utbildning

Fullständigt program för a och b- liksom c kurser erbjuds från vårdgivare. Tillgången till teoretisk utbildning och kurser upplevs som god. SR ansvarar för ST träffar en halvdag varannan vecka och sex stycken rullande halvårslånga teman som återkommer.

### Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiserings-tjänstgöring 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.

- 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

I region Norrbotten finns fem disputerade vetenskapliga handledare. I samband med FoU kursen kan vetenskaplig handledare tilldelas. Det är oklart i vilken omfattning man på HC Sanden bedömer och återkopplar medicinsk vetenskaplig kompetens? På en övergripande nivå kan man dock säga att föreskrifter uppfylls med FoU kurs och tillgång till vetenskapliga handledare som bedömer och godkänner vetenskapliga arbeten. Möjlighet att presentera sitt vetenskapliga och/eller kvalitetsarbete ges vid de terminsavslutningar SR håller. Det är dock inte obligatoriskt.

### 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.

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

## H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

Ledarskap- och handledarkurs genomförs. Exempel på aktivt ledarskap ges från verksamhetschefen som är allmänläkare. Exempel på aktivt ledarskap från ST är det teamarbete som bedrivs i hemsjukvårdens arbetslag. De tankar som finns hos handledargruppen hur ST själva ska få träna och utvärderas på handledarskap är inte helt kända för ST. ST läkarna upplever inte att det finns en plan för delmålen ledarskap och handledning.

### 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.

- 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.