



# **EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring**

**Bergnäsets hälsocentral**

Klinik

**Allmänmedicin**

Specialitet

**2019-02-19**

Datum

**Luleå**

Ort

**Henrik Nord och Tommy Bromander**

Inspektörer

## Styrkor

- Handledning sker schemalagt, studietid finns.
- Aktiv läkargrupp. Allmänmedicinsk rond 4 ggr/v och FQ grupp var 14:e dag.
- Hög tillgänglighet för ST till klinisk instruktion i det löpande patientarbetet.
- Extern kompetensvärdering i form av Mitt i ST uppmuntras.
- Tydliga dokument och riktlinjer finns på vårdgivarnivå för hur ST ska genomföras i Region Norrbotten.
- SR har en aktiv roll och har bidragit till goda förutsättningar för ST utbildning av hög kvalitet.

## Svagheter

- Avsaknad av riktlinjer på verksamhetsnivå (HC Bergnäset) som stöd till hur ST ska genomföras, medicinsk kompetens bedömas och med vilka metoder, samt hur det ska dokumenteras. Det gäller även handlednings- och ledarskapsmål och introduktionsprogram
- Formella kompetensbedömningar och medsittning görs inte rutinmässigt. Bedömningsinstrument används endast begränsat.

## Förbättringspotential

- Enligt dokument "Rutin för specialiseringstjänstgöringen för läkare i Region Norrbotten" åligger det verksamhetschef att det finns dokumenterade rutiner ( ej tydligt definierat i SOSFS 2015:8 men i enlighet med SPUR kvalitetskriterier) för hur ST ska genomföras på verksamhetsnivå (Bergnäsets HC). Dokumenterade rutiner saknas idag. När sådant dokument tas fram i ålagd åtgärdsplan rekommenderas att den bygger på de riktlinjer SR utarbetat på vårdgivarnivå. Vi föreslår att det i HC Bergnäsets skriftliga rutiner dokumenteras: hur ST ska genomföras, hur ST läkarens kompetens ska bedömas och med vilka metoder. Hur kompetensbedömningen ska dokumenteras och på vilket sätt återkoppling ska ske. Vidare hur handledningstid och lästid planeras och rutiner för medsittning. Plan för årlig revidering av utbildningsplan. Introduktion till det kliniska arbetet och jour/PVJ tjänstgöring. Vidare att det framgår hur ledarskap- och handledarmålen ska nås, hur dessa ska bedömas, dokumenteras och återkopplas till ST läkaren. I ett dokument som beskriver ST tjänstgöring på Bergnäsets HC ska riktlinjer finnas hur en åtgärdsplan kan se ut när ST riskerar att inte motsvara målbeskrivningens krav. Vi rekommenderar också att det tydliggörs vad som i SOSFS 2015:8 åligger verksamhetschef och vad som delegeras till huvudhandledare eller annan specialist. Med en plan enligt ovan kan vi inte se några hinder för att Bergnäsets HC fortsatt ska ha en ST tjänstgöring av god kvalitet.

# STRUKTUR

## A Verksamheten

Knappt 9 000 listade patienter med ett blandat upptagningsområde. Området beskrivs som ett av de mer välmående i Luleå. Hälsocentralen ansvarar för BVC, MVC, SÄBO. Här finns psykiatri SSK och sjukgymnastik. HC Bergnäset delar verksamhetschef med fyra andra hälsocentraler i Luleå södra. På hälsocentralen finns en relativt nytillträdd enhetschef med visst delegerat ansvar. Enhetschefen har sedan hon tillträdde fokuserat på arbetsmiljö och relationer.

### 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.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

## B Medarbetarstab och interna kompetenser

Bergnäsets HC är inte fullbemannad och använder långtids stafettläkare men betecknar läkargruppen som stabil. ST bereds möjlighet att arbeta med kontinuitet och har en egen patientlista och arbetar främst med egna patienter förutom under dagjour.

## 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

Ändamålsenliga lokaler. Adekvat utrustning. ST har eget arbetsrum med brits. Tillgång till biblioteksstöd.

### Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring 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.

### 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

Utbildningsplan finns och revidering sker återkommande. ST har lästid. SR organiserar ST träffar varannan vecka. Jourtjänstgöring ingår. Schemalagd handledning genomförs varje vecka. ST har egen patientlista.

### 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 målbeskrivningen 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

Handledning sker schemalagt. Medsittning genomförs endast i begränsad omfattning. Kompetensvärdering sker löpande men inte strukturerat och metod för dokumentation saknas. Tilldelning av handledare under sidotjg har inte alltid fungerat fullt ut. (Barn). Revidering sker ej med verksamhetschef utan med handledare och SR. Enhetschef har för avsikt att genomföra utvecklingssamtal med ST men det har ännu inte genomförts. Handledaren är erfaren och på individplan ges en god handledning, men strukturellt finns brister. Se förslag på åtgärdsplan.

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 sidutbildning 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

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 terminsteman som återkommer.

### 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

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 Bergnäset bedömer och återkopplar ST läkares medicinska vetenskapliga kompetens, men 4 dagar i veckan genomförs så kallad allmänmedicinsk rond där patientfall presenteras. Var 14:e dag har man dessutom en FQ grupp. 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.

## 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.

## H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

Konsultationskurs enligt Kalymnos modellen genomförs. Likaså ledarskaps- och handledarkurs. Utöver det framkommer ingen tydlig plan för hur ST på HC Bergnäset ska uppfylla delmålen för ledarskap och handledning. Nedanstående bedömning innehåller viss osäkerhet, men vårt intryck är att strukturerat program för hur praktisk ledarskap- och handledarkompetens ska utvecklas och bedömas hos ST, samt återkopplas och dokumenteras saknas. Trots att relationen mellan ST och handledare är god och välfungerande menar vi att brister finns på ett strukturellt plan. Se förslag på åtgärds plan.

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.

LIPUS AB  
Box 5610  
114 86 STOCKHOLM

## Handlingsplan – åtgärder vidtagna vid Bergnäsets hälsocentral för att uppfylla SPUR-granskning

### Organisation:

Förtydligande av ansvar och organisation vid Bergnäsets hälsocentral:

Primärvården Luleå har åtta hälsocentraler och två verksamhetschefer, en för norra området (Råneå hc, Björkskatans hc, Mjölkkuddens hc, Gammelstads hc) och en för södra området (Bergnäsets hc, Stadsvikens hc, Örnäsets hc, Hertsöns hc). På varje hälsocentral finns hälsocentralschefer som har ett delegerat ansvar för att:

Se till att specialiseringstjänstgöringen på enheten håller en hög kvalitet och att det finns ett gott utbildningsklimat. Hälsocentralschefen ansvarar för att:

- det finns dokumenterade rutiner för hur specialiseringstjänstgöringen ska organiseras inom verksamheten
- varje ST-läkare har en utsedd handledare och tillgång till en studierektor och att dessa har den kompetens som beskrivs i socialstyrelsens föreskrifter och i denna rutin.
- Att ett ST-kontrakt upprättas för varje ST-läkare
- Att ST-läkarna upprättar individuella utbildningsprogram i enlighet med målbeskrivningarna i samråd med handledare och studierektor, samt att dessa följs upp regelbundet och revideras vid behov
- Teoretiska utbildningsmoment och kurser i enlighet med målbeskrivningens krav planeras in i utbildningsprogrammet. ST-läkaren ska beviljas ledigt för kurser som handledare och ST-läkare tillsammans bedömer att ST-läkaren ska gå. Vid tveksamhet ska studierektor tillfrågas om kursens relevans. Här inkluderas de seminarier och läsutbildningar som studierektorerna organiserar, SK-kurser, annan studiebesöks-, auskultations- och kursverksamhet. Observera att vissa av kurserna och momenten är obligatoriska.
- Vid planeringen av ST-läkarens tjänstgöring ska hänsyn tas till erfarenhetsgrad. ST-läkaren ska erbjudas möjlighet att ha längre tid per patient än motsvarande specialist. Schema läggs upp i samråd med ST-läkare, handledare och hälsocentralschef.
- ST-läkarens kompetensutveckling regelbundet bedöms utifrån målbeskrivningen och utbildningsprogrammet
- det avsätts tid för intern och extern utbildning, egen studietid, handledarsamtal och bedömning av ST-läkarens

kompetensutveckling, kvalitets- och utvecklingsarbete, samt ett skriftligt arbete enligt vetenskapliga principer

- vidta åtgärder för att stötta ST-läkaren om det skulle finnas brister i dennas kompetensutveckling
- det genomförs externa inspektioner minst vart 5:e år
- ha regelbundna träffar med studierektor minst 1-2 gånger per år för att stämna av hur ST-organisationen fungerar
- ha årliga utvecklingssamtal/medarbetarsamtal med ST-läkarna
- I de fall verksamhetschef eller hälsocentralschef ej är läkare skall förutom handledaren utses en allmänspecialist på enheten som också gör en bedömning att ST-målen är uppfyllda.

#### Handledning och uppföljning:

Kontinuerlig bedömning av kompetensutveckling ska göras av hälsocentralschef, handledare och av hälsocentralschefen utsedd allmänspecialist vid hälsocentralen. Detta göras enligt följande:

- Via handledningstillfällen där minst en timme/vecka schemaläggs. Dokumentationen av handledningen görs av ST-läkaren men hälsocentralschefen har ansvar att följa upp att detta görs.
- Via medarbetarsamtal/utvecklingssamtal som rutinmässigt sker en gång/år eller oftare vid behov. Medarbetarsamtal/utvecklingssamtal ansvarar hälsocentralschefen för. Dokumentationen av dessa samtal ansvarar hälsocentralschefen för.
- En gång per termin har de ordinarie allmänspecialisterna vid hälsocentralen avstämning där man går igenom ST-läkarnas utveckling. Tid för detta avsätts cirka 1 tim/ST-läkare.

Vid påvisade brister i ST-läkarens kompetens så upprättas individuell handlingsplan/åtgärdsplan tillsammans med berörd ST-läkare, handledaren och hälsocentralschefen.

Vid sidotjänstgöring har hälsocentralschefen vid Bergnäsets hc ansvar att följa upp att handledningen har fungerat och att uppsatta mål vid sidotjänstgöringen möjliggjorts.

De bedömningsverktyg som används framgår nedan:

## Bedömningsverktyg

### Bedömning av kliniska färdigheter

- ▶ [Videospelad konsultation/Medsittning](#)
- ▶ [Introduktion till videospelad konsultation/Medsittning](#)
- ▶ [Bedömning av kliniska färdigheter \(Mini-CEX\)](#)
- ▶ [Introduktion till bedömning av kliniska färdigheter](#)
- ▶ [Fallbaserad diskussion \(CBD\)](#)
- ▶ [Introduktion till fallbaserad diskussion](#)
- ▶ [Bedömning av rond](#)
- ▶ [Introduktion till rondmall](#)

### Bedömning av praktiska färdigheter

- ▶ [Bedömning av praktiska färdigheter \(DOPS\)](#)
- ▶ [Instruktion till bedömning av praktiska färdigheter](#)
- ▶ [Utvärdering av operation](#)

### Övergripande kunskapsbedömningar

- ▶ [360-gradersbedömning via ST-forum](#)
- ▶ [Specialistkollegium, äldre variant](#) Finns som webenkät, kontakta din studierektor
- ▶ [Specialistkollegium, nyare variant](#) Finns som webenkät, kontakta din studierektor
- ▶ [Övergripande bedömning av underläkare](#)
- ▶ [Bedömning av a-del mål och b1](#)
- ▶ [Etik-mini-CEX](#)

### Utvärdering efter sidoutbildning

- ▶ [Inför sidotjänstgöring](#)

### Ledarskap och kommunikationskompetens:

ST-läkare vid Bergnäsets hälsocentral ska dels leda ronder vid särskilda boenden under handledning med kontinuerlig återkoppling avseende ledarskapskompetens, leda team alternativt utvecklingsarbeten på hälsocentralen samt skugga/följa med sin hälsocentralschef för att få en inblick i vad ledarskap på en hälsocentral innebär. Förutom detta ska ST-läkare handleda kandidater och AT-läkare under handledning.

Kompetensbedömningar dokumenteras av ST-läkaren och utvecklingen följs av handledaren samt av hälsocentralschef eller om denne inte är läkare av motsvarande utsedd specialist i allmänmedicin. Viktigt är dock att individuella mål vad gäller ledarskapskompetensen tas fram i samråd med handledare och ST-läkare.

ST-läkaren deltar i reflektionsgrupp, dels på Bergnäsets hälsocentral där avsatt tid för detta finns för hela läkargruppen varje vecka samt deltar ST-läkaren i ST-läkargruppen tillsammans med studierektor där detta ingår.

Vetenskapliga arbeten ska presenteras på arbetsplatsträffar vid hälsocentralen samt i sin ST-grupp tillsammans med studierektor.

Doktorandprogram finns via FoU-enheten, Region Norrbotten.

Tjänstgöringens upplägg:

Tillgång till individuella utbildningsprogram för leg läk på enheten finns (inför ST), se bilaga.

Bergnäsets hälsocentral följer Regionens riktlinjer vad gäller specialisttjänstgöring, se bilaga.

Luleå 2019-05-16

Camilla Brännström

Verksamhetschef

Primärvården Luleå

Susanne Lindquist

Hälsocentralschef

Bergnäsets hälsocentral

Mikael Bellander

Medicinskt ledningsansvarig/handledare

Bergnäsets hälsocentral

Anna Beck

ST-Studierektor

Primärvården Luleå/Boden