



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Hälsocentral Gilleberget

Klinik

Allmänmedicin

Specialitet

2022-05-12

Datum

Sundsvall

Ort

Ann Hovland-Tänneryd och Fia Pipping

Inspektörer

Styrkor

- VC med mkt goda förutsättning för att kunna lära sig allmänmedicin som det är tänkt - varierat uppdrag, bra lokaler och utrustning, sidoverksamheter i form av familjecentral och rehab.
- VC med gott rykte bland utbildningsläkare som söker sig aktivt till VC. ST-läkarna upplever gott utbildningsklimat.
- Engagerade erfarna handledare som lägger ner mer arbete på handledning än förväntat.
- Kunnig och engagerad ledning som har insikt i brister och uppvisar tydlig förändringsvilja. Versamhetschef som basar över fler VC som ger goda möjligheter till gemensam utbildningsstruktur och utbyte/samarbete mellan enheter.
- Bra övergripande rutiner och utbildningsstruktur i regionen. Engagerad SR som påbörjat ett stort förbättringsarbete.

Svagheter

- Enheten har många utbildningsläkare men är ännu ej profilerad som utbildningsVC; dvs att verksamheten har en tydlig målbild i sin verksamhetsplan om hur ST-utbildning ska bedrivas lokalt inkl. formell struktur för introduktionsschema, regelbunden kompetensbedömning, internutbildning, teamarbeten, förbättringsarbeten, handleda under handledning, årsavstämningar ST + HL +VCh osv.
- Avsaknad av formell struktur för internutbildning.
- Det individuella utbildningsprogrammet saknar beskrivning hur delmål skall tillgodogöras avseende utbildningsaktiviteter (exkl kurser och randningar) och kompetensbedömningar/återkoppling.
- Avsaknad av regelbunden revidering och avstämning av kompetensutveckling samt utbildningsprogram mellan SR, ST och HL.
- Det saknas utvecklingsmöjligheter för handledare t ex handledarträffar.
- Generell bemanningsbrist präglar utbildningskulturen negativt, bl a då handledarnas listning är inte anpassad för att kunna utföra sitt uppdrag som handledare på ett optimalt sätt. Handledare saknar avsatt tid för ST-adm.
- SR saknar individuell uppdragsbeskrivning.

Förbättringspotential

- Revidera utbildningsplanerna; specificera hur ni ska uppnå delmålen utifrån utbildningsaktiviteter t ex folksjukdomar. Utifrån detta, skapa ett årshjul på detaljnivå inkl t ex fokusområden/patienttyper, internutbildning, förbättringsarbeten och hur allt ska kompetensbedömmas. T ex År X; fokus på diabetes, hjärtsvikt, astma/kol År Y; fokus på demens, endokrinologi, ortopedmedicin etc. I varje fokusområde ingår det att läsa på teori, undervisa kollegor, uppdatera rutiner i dessa områden och ev teamronda med ssk. Förankra årshjulet mellan HC-ledning, HL, ST-läkare och resten av personal. Basera den strukturerade handledningen utifrån årshjulet och säkerställ årsavstämning t ex via ett utökat medarbetarsamtal där HL är med på en del.
- Säkerställ strukturerade kompetensbedömningar på fast avsatt tid, låt HL bedöma varandras ST-läkare, ev grupphandledning. Låt även andra kompetenser bedöma ST (enhetschefer, sköterskor, BVC-läkare - HL instruerar vilket fokus bedömningen ska ha och samlar in och återkopplar, ST dokumenterar!). Nyttja ST-kollegium och 360. Nyttja fortlöpande bedömningar som sker i vardagliga arbetet t ex bedömningsmott/akumott - kom överens om vad som är fokus för dagen t ex rapportering enl SBAR, beslutsförmåga, problemställning, arbetsledning ssk osv. Ge sammanfattande återkoppling sista 5-10 min av mott (ST dokumenterar).
- Låt utsedd ST-läkare ansvara för program och innehåll för internutbildning som del av sin målbeskrivning.
- SR: Tillse handledarträffar 1-2 ggr/termin samt årliga avstämningar med HL +ST.
- Chefer och HL bör vara kunskapsbärare avseende ST-utbildningens utformning och kraven som ställs på ST-läkarna. Nyttja SR samt befintliga stöddokument t ex SFAMS tolkning av målbeskrivning mm. Ansvarsförhållanden som tydliggörs i ST-kontraktet behöver omsättas i praktiken, dvs att Chefer efterfrågar dokumentation och kompetensbedömningar men även driver och arbetsleder deltagande i teamarbeten, fortlöpande förbättringsarbeten osv.
- Värna HLs arbetsmiljö genom att reducera/anpassa listning/uppdrag t ex genom att ha en gemensam patientlistansvar för HL, 2 st ST + AT i ett "team", kontinuiteten bibehålls då inom "teamet". Alt att HL delar lista med ST, alt att låta flera ST dela lista med varandra. Alla alt handlar om att minska belastning på HL, frigöra tid för handledning och minska sårbarhet när ST randar sig. Avsätt fast tid för ST-adm.

STRUKTUR

A Verksamheten

Hälsocentral med brett allmänmedicinskt uppdrag inklusive MVC, BVC, äldreboende, familjecentral och rehab. Ca 11000 listade patienter. Gemensamt områdesansvar för jourverksamhet.

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

2 allmänspecialister på 1,5 heltid. 4 ST-läkare. AT-läkare ca 4 st. Verksamhetschef och enhetschef. Specialistsköterskor inom diabetes. Psykolog och kurator. Samlokaliserade med fysioterapeut och arbetsterapeut samt familjecentral inkl BVC, MVC socialtjänst samt förskolesamordnare. Studierektor nytilträd sedan ca 1 år med uppdrag för 49 ST-läkare. Skriftlig uppdragsbeskrivning för SR saknas. Tydliga riktlinjer och checklistor finns på en delad digital plattform. Handledarträffar för handledare saknas.

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

Adekvat utrustad HC för att bedriva allmänmedicin.

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

ST-läkare har egen patientlista och delar akutansvar. Det finns övergripande riktlinjer kring utbildningsprogram angående randningar och kurser. Båda ST-läkare har övergripande utbildningsprogram men saknar individuellt utbildningsprogram över hur delmålens innehåll planeras och kopplas till utbildningsaktivitet och kompetensbedömning på hälsocentralen. Uppföljning av utbildningsprogrammet sker inte regelmässigt mellan ST och HL. Det saknas rutin för regelbunden avstämning och revidering av utbildningsprogrammet mellan SR, Verksamhetschef, HL och ST-läkare. Generella skriftliga rutiner för hur tjänstgöringens upplägg finns men de är inte anpassade för Primärvården. SR har startsamtal och uppföljning efter 6 månader.

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

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 mål-beskrivningen 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

Handledningen sker på regelbunden avsatt tid. Vedertagna metoder för kompetensbedömningar, t ex ST-kollegium samt mini-CEX, används sällan och sporadiskt. Struktur för att handledningens innehåll över tid, samt att planerade fortlöpande kompetensbedömningar regelbundet stäms av mot det individuella utbildningsprogrammet, saknas. Tillgång till klinisk instruktioner från allmänmedicinsk kompetens tillgodoses ffa genom utsedd funktion "Dagens Doktor". Skriftlig lokal formell åtgärdsplan för ST-läkare med svårigheter att uppnå delmål saknas. Överrapportering från sidoutbildningar brister. HC-ledning saknar inblick i dokumentation avseende kompetensutveckling. Det saknas en formell delegering från Verksamhetschef till Enhetschef avseende uppgifter rörande kvalitetssäkring av ST-utbildningen. Bristande uppföljning av sidoutbildning.

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

ST-läkare upplever ett gott utbildningsklimat tack vare engagerade HL. Saknar internutbildning. Gediget regionalt kursprogram samt god tillgång till externa kurser. Regelbunden ST-specifik utbildning. Avsatt studietid finns.

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

Förutsättningar för arbeten finns men struktur för kontinuerlig kompetensbedömning och återkoppling saknas. Enheten har nyligen påbörjat regelbundna remissgenomgångar, men saknar struktur för formell kontinuerlig bedömning utifrån ett vetenskapligt förhållningssätt. Regionen har en FoU-enhet men strukturellt samarbete med Primärvården saknas.

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

- 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.
- 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 ges möjlighet till arbetsledning i akutteam och under jourtid samt SÄBO-ronder. ST-läkarna saknar egna ansvarsområden i praktiken. Struktur för formaliserad återkoppling samt kompetensbedömning avseende ledarskap-pedagogik-handledarskap saknas. Fortlöpande kompetensbedömning i kommunikation saknas på HC men ingår som del i konsultationskurs under första året. ST-läkare turas om att ansvara för introduktion och handledning av studenter och ges stöd i detta under sin egen handledningstid, men formell struktur för bedömning och återkoppling saknas. ST-läkare bereds möjlighet att delta i FQ-grupper via familjeläkardagar.

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.

ÖVERGRIPANDE ÅTGÄRDSPLAN EFTER SPUR-INSPEKTION I RVN, 12-13/5 2022

Granskade enheter: HC Gilleberget

Enheten HC Gilleberget och HC Centrum har resonerat och beslutat att detta också får bli handlingsplan för HC Gilleberget. Arbetsgruppen kommer arbeta enligt plan där HC Gilleberget brister. Chefer, handledare och ST-läkare tyckte denna plan var heltäckande och har inga flera åtgärdsförslag.

Sammanställning av resultat från granskningen samt föreslagna åtgärder.

Förkortningar: SR= Studierektor. VC= Verksamhetschef. HL= Handledare. ST= ST-läkare. ÖSR= Övergripande studierektor. ELUF= Enheten för läkares utbildning och fortbildning. VVV= Vårdval Västernorrland.

A. Verksamheten

Godkänt på samtliga enheter. Åtgärder gentemot SPUR ej nödvändiga.

B. Medarbetarstab och interna kompetenser

Godkänt på samtliga enheter men ej högsta betyg. För att få full poäng krävs regelbundna handledarträffar samt en skriftlig uppdragsbeskrivning för SR.

Åtgärd	Ansvarig	Start	Mål	När	Uppföljning
1. Införa regelbundna handledarträffar. Ambition initialt 1 ggn/termin.	SR	HT 2022	Genomfört en handledarträff. Utvärdera förändringsbehov. Planerat för ytterligare träff/ar VT - 23.	Dec 22	Centralt (ELUF-ÖSR, SR).
2. Skriftlig uppdragsbeskrivning för SR.	ÖSR	HT 2022	Finns en uppdragsbeskrivning.	Dec 22	Centralt (ELUF-ÖSR, SR)

C. Lokaler och utrustning

Godkänt på samtliga enheter. Åtgärder gentemot SPUR ej nödvändiga.

D. Tjänstgöringens upplägg

Samtliga enheter underkända och åtgärder krävs.

I princip samma bedömning hos samtliga men det finns små skillnader (i praktiken gör jag dock bedömningen att det är samma).

Under föreskrift brister:

- 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-läkare.

Under detta brister:

- SR bör ta del av verksamhetschefens och handledarens bedömning av ST-läkaren.

Kommentar:

Här finns stora brister och mycket att arbeta med. Samtliga parter behöver en bättre insikt i, kännedom om och förståelse för målbeskrivningen och vad det innebär att göra en ST i allmänmedicin. Ansvarsfördelningen, vem som ska göra vad framgår tydligt i dokumentet ST-kontrakt. Innehållet i och innebörden av målbeskrivning och ST-kontrakt måste tydliggöras och lyftas fram. Dokumentationen av ST-utbildningen har stora brister. Planering och uppföljning av utbildningen brister. Likaså sker inte en regelbunden strukturerad kompetensbedömning. Vi

behöver även hitta en struktur för att säkerställa att information kring utbildningsplan och kompetensbedömning delges samtliga aktörer regelbundet (ST, HL, VC, SR).

Det går inte att förändra från en dag till en annan utan det kommer att behövas ett kontinuerligt arbete med fortlöpande uppföljning. Viktigt därför att det införs en grundstruktur som säkerställer att detta blir av kontinuerligt. I och med centraliseringen av fördelning av sidotjänstgöringsplatser så öppnas goda förutsättningar för detta.

Schemat för vilka sidotjänstgöringar som tilldelas respektive ST-läkare kommande år släpps på hösten innan. Utifrån detta är det lämpligt att planera årsrapport, handledarutlåtande, uppdatering/avstämning av IUP, detaljplanering av kommande år samt medarbetarsamtal i nov-dec årligen.

ST-läkarna har ett utbildningsprogram med ett innehåll som lever upp till det som regionala dokument rekommenderar. Det är inte en kronologisk utbildningsplan helt men innehåller de bitar (kurser, sidotjänstgöringar och andra större obligatoriska moment) som ska hinnas med under en ST i allmänmedicin samt lyfter fram handledning, studietid och bedömningsinstrument, varför det i RVN (där förutsättningarna för detaljplanering för de kommande 5 åren inte finns) får motsvara en kronologisk utbildningsplan (IUP kronologisk). Bitarna ur denna får detaljplaneras på årsbasis utifrån tilldelat schema för sidotjänstgöringar.

Det saknas individuella utbildningsprogram som utgår från kraven i målbeskrivningen. Sannolikt beror detta på att vi lever kvar i det gamla och det saknas en allmän känsla och förståelse för vikten av strukturerad individuell planering utifrån målbeskrivningen. Detta gäller framför allt den stora del av ST-utbildningen som genomförs under själva primärvårdsplaceringen. Det kan inte likställas med att utbildningen är dålig men den saknar struktur. Strukturen är viktig för att säkerställa att ST-läkarna ges möjlighet att fördjupa sig i varje kompetensområde som lyfts fram i målbeskrivningen och som motsvarar vad som krävs av en specialistkompetent läkare vid specialistansökan. Frågorna: vad har du som ST-läkare gjort för att lära dig denna kompetens och hur vet du som handledare att din ST har den här kompetensen ska kunna besvaras.

För att komma underlätta förståelsen för och arbetet med detta är tanken att lyfta fram ett dokument centralt som motsvarar en mall för individuella utbildningsprogram som utgår från kraven i målbeskrivningen. Detta dokument kan sedan bearbetas och utvecklas ytterligare av SR, HL och ST och motsvara basen för en utbildningsplan som utgår i delmålen (IUP delmål).

Dessa 2 individuella dokument: IUP kronologisk och IUP delmål används sedan vid årsplaneringen. Utifrån vilka sidotjänstgöringar som tilldelats detaljplaneras det kommande året. Kurser. Ämnesområden/teman som ska avhandlas under primärvårdsplaceringen. Hur handledningstid och studietid skall användas (ämnen, förberedelser, planering). Hur kompetens skall följas upp (bedömningsinstrument).

Åtgärd	Ansvarig	Start	När	Mål	Uppföljning
3. Säkerställa att tid avsätts för ST och HL vid den egna enheten för att sammanställa årsrapport, handledarutlåtande, uppdatering av IUP samt detaljplanering av kommande år.	VC	HT 2022	Årligen (nov-dec)	Regelbunden uppföljning och uppdatering av ST-utbildningen genomförs. Kompetensutveckling delges regelbundet samtliga berörda aktörer.	SR + VC I samband med årligt avstämningsmöte (jan-feb). Mätvärde: vilka punkter har uppnåtts.
4. Sammanställ årsrapport och delge HL samt SR.	ST	HT 2022	Årligen (nov-dec)		
5. Sammanställ årligt handledarutlåtande och delge ST samt SR.	HL	HT 2022	Årligen (nov-dec)	ST-utbildningens kvalitet på individnivå höjs.	
6. Uppdatera IUP samt detaljplanera kommande år. Skall delges SR och VC.	ST + HL	HT 2022	Årligen (nov-dec)	Eventuella kompetensbrister eller problem identifieras tidigare vilket ger mer tid för åtgärder.	
7. Medarbetarsamtal utifrån ST-utbildning, ta del av årsrapport, handledarutlåtande och kommande detaljplanering.	VC	HT 2022	Årligen (dec-jan)	Fokus på hur kraven i målbeskrivningen skall uppnås under tjänstgöringen i PV.	
8. Avsätt tid för enskilt avstämningsmöte ST-HL-SR. Genomgång årsredovisning/planering. Samordnas enhetsvis (samma dag).	VC	VT 2023	Årligen (jan-feb)		
9. Central mall för individuellt utbildningsprogram relaterat till delmål (RVN).	SR (+HL)	HT 2022	Regelbunden revidering och diskussion fortlöpande vid handledarträffar efter behov.	ST-läkarnas utbildningsplan utgår från målbeskrivningen. Mer strukturerad ST-utbildning.	SR + HL + ST I samband med årligt avstämningsmöte (jan-feb). Mätvärde: vilka delmål, hur de ska uppfyllas och kompetensvärderas framgår av årsplanering.

E.Handledning

Samtliga enheter underkända och åtgärder krävs.

I princip samma bedömning hos samtliga men det finns små skillnader (i praktiken gör jag dock bedömningen att det är samma).

Under föreskrifter brister:

- Handledningen utgår från det individuella utbildningsprogrammet.
- 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.

Under allmänna råd brister:

- Den fortlöpande bedömningen görs med på förhand kända och överenskomna metoder.
- Verksamhetschefen eller motsvarande håller regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkarna.

Utöver detta brister:

- 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.

Kommentar:

Mycket av bristerna här kommer vi åt via de åtgärder som planeras för att korrigera brister under punkt D (Tjänstgöringens upplägg). Ytterligare åtgärder planeras för att lyfta fram och förtydliga vikten av validerade bedömningsinstrument. Det behövs en skriftlig plan för hur ST som brister ska hanteras. Utöver detta en formalisering och ett tydliggörande av vem som har utbildningsansvaret för ST-utbildningen vid respektive primärvårdsenhet.

Åtgärd	Ansvarig	Start	När	Mål	Uppföljning
10. Avsatt tid för årliga Specialistkollegium där SR deltar (vb. komb. m. 360') på varje primärvårdsenhet.	VC	HT 2022	Årligen (årshjul)	Regelbundna, årliga specialistkollegium.	I samband med årligt avstämningsmöte (jan-feb).
11. Utbildning/genomgång bedömningsinstrument för HL.	SR	HT 2022/ VT 2023	Vid handledarträff.	Lyfta fram vikten av nyttjandet. Efterhöra behov av ytterligare utbildning och i så fall planera för detta. Öka kunskap, minska motstånd.	Centralt (ELUF-ÖSR, SR).
12. Utbildning/genomgång bedömningsinstrument för ST.	SR	HT 2022/ VT 2023	Vid ST-seminarie-/er.	Genomgång av vilka bedömningsinstrument som finns och hur de går till. Öka kunskap, minska motstånd.	Centralt (ELUF-ÖSR, SR).
13. Verksamhetschef håller regelbundna utvecklingssamtal med ST.	VC	HT 2022	1 gång per år utöver årligt medarbetarsamtal (i samband med årsplanering).	Regelbundna utvecklingssamtal VC-ST.	I samband med årligt avstämningsmöte (jan-feb).
14. Övergripande, skriftlig plan för hur ST som brister skall hanteras. Detta gäller även gentemot sidotjänstgöringsklinikerna.	SR	HT 2022	Klart under 2022.	Dokument finns.	Centralt (ELUF-ÖSR, SR).
15. Lokal (för enheten) skriftlig plan för hur ST som brister skall hanteras.	VC	HT 2022	Klart under 2022.	Dokument finns.	I samband med årligt avstämningsmöte (jan-feb).
16. Skriftlig utvärdering i samband med sidotjänstgöringar. ST-klinik och klinik-ST.	SR + ST	VT 2023	Fortlöpande i samband med sidotjänstgöringar	Utveckla innehåll på sidotjänstgöringarna. Återkoppling från sidotjänstgöringar till ST och HL (skriftlig bedömning).	Årligt möte SR-SR kliniker. I samband med årligt avstämningsmöte (jan-feb).
17. Specificerat antal och typ av bedömningsinstrument som minimum ska genomföras under sidotjänstgöring	SR (spec.) ST (genomf.)	VT 2023	Fortlöpande i samband med sidotjänstgöringar	Återkoppling från sidotjänstgöringar till ST och HL (skriftlig kompetensbedömning).	Årligt möte SR-SR kliniker. I samband med årligt avstämningsmöte (jan-feb).
18. Ta fram ett dokument som specificerar vem som har utbildningsansvaret på respektive primärvårdsenhet (formalisera om/då verksamhetschef delegerat detta till enhetschef)	SR VC (vid byte)	HT 2022	Dokument klart 2022. I bruk från 2023.	Klar-/tydliggöra vem som är ansvarig för ST-utbildningen (formell kontaktperson).	I samband med uppstart av ny ST på enheten. I samband med chefsbyte. I samband med årligt avstämningsmöte (jan-feb).

F. Teoretisk utbildning

Godkänt på samtliga enheter men åtgärd rekommenderas.

Samtliga brister på punkten angående internutbildning (samt att den inte finns i IUP).

- Enheter med ST-läkare ska ha upplägg för internutbildning (som anpassas efter enhetens förutsättningar).

Åtgärd	Ansvarig	Start	När	Mål	Uppföljning
19. Inför och upprätthåll möjligheten till internutbildning (utifrån enhetens förutsättningar)	VC	HT 2022	Införs under 2023	Ramschema finns för internutbildning.	I samband med årligt avstämningsmöte (jan-feb).
20. Planera, förbered och genomför internutbildning (utifrån IUP delmål och årsplanering).	HL + ST	HT 2022- VT 2023	Införs under 2023	Internutbildning med strukturerat innehåll.	I samband med årligt avstämningsmöte (jan-feb).

G. Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete

Samtliga enheter är underkända och åtgärder krävs.

Under föreskrifter brister:

- ST-läkarnas kompetens i medicinsk vetenskap bedöms fortlöpande och återkoppling sker.
- ST-läkarens kompetens i kvalitetsutveckling bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

Kommentar:

Brister under föreskrifter vilket kräver åtgärder. Känslan är att vi har en påtagligt svag kultur inom primärvården avseende dessa punkter. På sikt behöver vi ett mer riktat arbete centralt för att lyfta fram, möjliggöra och stötta forskning inom primärvård. Det vi kan göra nu är att lyfta fram och betona vikten av medicinsk vetenskap samt kvalitetsutveckling med ökad kvalitet lokalt (kvalitetsarbeten med bättre struktur och enligt vedertagna former för kvalitetsarbete). Det finns inga allmänna råd. Under kvalitetsindikatorer uppfylls inga kriterier (4 st) av någon enhet. 2 av dessa bedöms mycket svåra att göra något åt: 1) Tillgång till ett välfungerande doktorandprogram finns samt 2) Minst ett, på enheten utfört, självständigt forskningsprojekt har publicerats i en vetenskaplig tidskrift eller presenterats vid vetenskapligt möte de senaste två åren. De 2 andra borde vi kunna verka för: 1) ST-läkarens genomförda individuella arbeten publiceras eller presenteras vid vetenskapliga möten samt 2) Enheten har regelbundna möten där medarbetare diskuterar och kritiskt granskar vetenskaplig litteratur.

Åtgärd	Ansvarig	Start	När	Mål	Uppföljning
21. Möjliggör schemalagd tid för regelbundna remissgenomgångar vid respektive enhet.	VC	HT 2022	Införs under 2023	Kunna genomföra gemensamma remissgenomgångar.	I samband med årligt avstämningsmöte (jan-feb).
22. Genomför remissgenomgångar. Koppla till lokala behandlingslinjer och vetenskapligt stöd. Dokumentera och utvärdera deltagande avseende ST.	HL + ST			Utifrån inkomna remisser genomföra en bedömning baserad på lokala behandlingslinjer och medicinsk vetenskap.	
23. Förespråka, uppmontra, möjliggör och genomför Specialistexamen.	HL + VC + ST	HT 2022	Kontinuerligt	Säkerställa kvalitet och kompetens samt utifrån åtgärds punkt presentera vetenskapligt arbete (del av specialistexamen).	I samband med årligt avstämningsmöte (jan-feb).
24. Delegera och involvera aktivt ST-läkarna i kvalitetsarbete. Avsätt arbetstid för arbete och kontinuerlig utvärdering.	VC	HT 2022	Kontinuerligt	Ett ökat kontinuerligt deltagande i, dokumentation av och kompetensbedömning av ST-läkarnas arbete med kvalitetsutveckling.	I samband med årligt avstämningsmöte (jan-feb).
25. Kontinuerligt engagera sig, genomföra och dokumentera kvalitetsarbete på den egna arbetsplatsen.	ST			(detta således i mindre eller större projekt utöver det individuella kvalitetsarbetet till SoS)	
26. Kontinuerligt utvärdera ST-läkarens kvalitetsarbete på den egna arbetsplatsen.	HL				
27. Upprätta en struktur för genomförandet av regelbundna journal-clubs för ST-läkare, inkluderat feedback/kompetensbedömning skriftligt.	SR (ELUF)	HT 2022	Uppstart under 2023	Strukturerat riktat arbete för att öka vetenskaplig kompetens och samtidigt bedöma densamma.	Centralt (ELUF-ÖSR, SR).

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

Samtliga enheter är underkända och åtgärder krävs.

I princip samma bedömning hos samtliga men det finns små skillnader (i praktiken gör jag dock bedömningen att det är samma).

Under föreskrifter brister:

- ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i ledarskapskompetens.

- ST-läkarens kompetens i ledarskap bedöms fortlöpande med återkoppling.
- ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.
- ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms och återkoppling sker.

Under allmänna råd brister:

- ST-läkaren bereds möjlighet att handleda under handledning.
- ST-läkaren bereds möjlighet att själv handleda under handledning.
- ST-läkaren bereds möjlighet att delta i inom- eller mellanprofessionell reflektion i grupp.

Åtgärd	Ansvarig	Start	När	Mål	Uppföljning
28. Möjliggör och säkerställ att ST-läkarna leder teamarbete utifrån enhetens förutsättningar (exv. SÄBO, diabetes, BVC).	VC (HL samråd)	HT 2022	Uppstart omgående senast VT 2023.	Fortlöpande bedömning, återkoppling och dokumentation av:	I samband med årligt avstämningsmöte (jan-feb).
29. Säkerställ formaliserad bedömning (från relevanta personer) av ledarskap under teamarbetet. Handledare måste ges möjlighet att delta/ta del av denna.	VC (HL samråd)	HT 2022	Uppstart omgående senast VT 2023.	<ul style="list-style-type: none"> ● Ledarskapskompetens ● Kommunikativ kompetens ● Pedagogisk kompetens ● Handledning 	
30. Tillse att fördela ansvarsområden till ST-läkaren och ge en skriftlig, formaliserad bedömning/återkoppling på arbetet.	VC (HL samråd)	HT 2022	Uppstart omgående senast VT 2023.	samt kontinuerlig handledning i desamma.	
31. Tillse att ST-läkaren får formaliserad kompetensbedömning och återkoppling i samband med internutbildning (föreläsning). Skriftligt och muntligt.	VC, HL	HT 2022	Uppstart omgående senast VT 2023.		
32. ST-läkarna involveras i lokal utbildning av BT/AT-läkarna (föreläser för BT/AT under primärvårdsblocket, rullande schema). Kompetens återkopplas skriftligt (utvärdering).	SR (ELUF)	HT 2022	Uppstart VT 2023.		
33. ST-läkarna måste ges möjlighet att handleda studenter och/eller AT/BT-läkare. Säkerställ avsatt tid för formell återkoppling på handledningen (där även handledare kan delta) samt att ST-läkaren får tid avsatt för att handleda.	VC (HL samråd)	HT 2022	Uppstart omgående senast VT 2023.		
34. Efter avslutad konsultationskurs regelbundet, internt genomföra videoinspelningar av patientkonsultationer med fokus på konsultationen. Med fördel involvera utbildningsläkare.	VC HL ST	HT 2022	Uppstart omgående senast VT 2023.		
35. Säkerställ (efterfråga) att du som ST-läkare får muntlig och skriftlig formell återkoppling på ledarskap, pedagogik och handledning. Samla dokumentation.	ST	HT 2022	Omgående		

Övrigt

Ytterligare planerade åtgärder för att höja kvalitén på ST-utbildningen.

Åtgärd	Ansvarig	Tidsplan	Uppföljning
36. Upprätta ett dokument ST i allmänmedicin i RVN (version av RVNs övergripande dokument men för primärvården). Samla all relevant information kring ST i allmänmedicin i RVN på samma plats. Inkludera: <ul style="list-style-type: none"> - Riktlinje för antal bedömningsinstrument per år/termin. - Innehåll handledning. - Dokumentation (hur, vad, var). 	SR	Påbörjas.	Centralt (ELUF-ÖSR, SR).
37. Regelbundna möten/info SR-verksamhetschefer (stående punkt på LOV).	SR (ELUF, VVV)		
38. Skriftlig mall/checklista för vad introsamtalet innehåller.	SR		

39. Uppstartsträffar för nya ST-läkare (och handledare). Fokus dokumentation, ST-forum och IUP delmål.	SR		
40. Samordning av anställningsförfarandet av ny ST.	SR (ELUF, VVV)		
41. Checklista (årlig) för kvalitetskriterier.	SR		

Sammanfattning

Totalt föreslås 41 åtgärder. En del av dessa (15 st) är övergripande och det ligger på ett centralt ansvar (SR). Andra måste anpassas till lokala förutsättningar vid respektive enhet (24 st). För dessa bifogas en separat åtgärdsplan som utformats av respektive enhet och närmare beskriver lokal plan för införande, eventuell anpassning, tidsplanering och lokal utvärdering.

Tidsplan uppföljning

Centrala punkter kommer att följas upp vid ett möte i augusti 2022 för arbetsfördelning samt i nov-dec 2022 för utvärdering och lägesrapport. Därefter fortlöpande årligen avseende de punkter som behöver uppdatering och genomgång. Resultat och lägesrapport kommer att delges enheterna i samband med avstämningsmöte i jan-feb 2023.

Tidsplanering för de enskilda enheterna (lokala åtgärder) ansvarar enheten (VC) själv för. Vi planerar ett gemensamt avstämningsmöte i jan-feb 2023 (ett möte per enhet) då vi går igenom samtliga punkter och utvärderar aktuellt läge. Detta möte inkluderar SR, VC, HL och ST (samtliga involverade i åtgärdsprogrammet). Därefter fortlöpande årliga möten med samma stående punkter (kan revideras vid behov) för att säkerställa och upprätthålla förbättringsarbetet.

I samband med detta möte planeras även en genomgång av kvalitetskriterierna och att dessa uppfylls. Vid avsteg från kvalitetskriterierna skall en skriftlig plan upprättas mellan SR och VC för att enheten ska få fortsatt utbetald ersättning för ST-läkare från VVV.

9 månader efter SPUR-granskningen (dvs feb-mar 2023) ska (i enighet med lokal riktlinje) verksamhetschef och/eller enhetschef (den som har utbildningsansvaret) på den granskade enheten formulera en skriftlig rapport om vilka förändringar som genomförts och om några ytterligare åtgärder behöver vidtas. Resultatet av uppföljningen skall delges SR samt ÖSR.

Verksamhetschef Dan Näslund

220920

.....

Studierektor Heidi Lecoq

.....

ST-läkare Julijana Gosevska

.....