

# Läkarnas specialiseringstjänstgöring i Region Gävleborg

Rapport  
Maj 2017



## Lipus förord

Läkarnas institut för professionell utveckling i sjukvården (Lipus AB) har på uppdrag av Region Gävleborg genomfört en granskning av specialiseringstjänstgöringen för läkare (ST) inom regionen. Granskningen har skett dels genom inspektioner av kvaliteten på ST på enskilda kliniker och hälsocentraler enligt den så kallade SPUR-modellen, dels genom en analys av regionens övergripande styrningen och organiseringen av ST.

Denna rapport sammanfattar resultaten från den övergripande analysen. Resultatet av de enskilda klinik- och hälsocentralsinspektionerna finns tillgängliga på Lipus hemsida ([www.lipus.se](http://www.lipus.se)).

Analysen genomfördes av utredarna Petter Borna, specialist i barn- och ungdomsmedicin, ST-studierektor och SPUR-inspektör samt Hanna Frydén, psykolog och doktorand inom läkares vidareutbildning. En referensgrupp bestående av Gösta Eliasson, SPUR-samordnare SFAM och ledamot i SPUREX, Per Henrik Nilsson, hälso- och sjukvårdsdirektör i Region Kronoberg och Ulf Sundberg, tidigare utredare vid regionövergripande ST-analys, har varit rådgivande i arbetet.

Stockholm 19 maj 2017 Anna Nyzell, vd för Lipus

## Innehåll

Lipus förord.....	1
Sammanfattning .....	3
Kapitel 1. Bakgrund .....	6
Uppdraget .....	6
Vad är en SPUR-inspektion? .....	6
Rapportens upplägg .....	7
Kapitel 2: Metod.....	8
SPUR-inspektioner .....	8
Intervjuer.....	9
Dokument .....	10
Kapitel 3: Region Gävleborg.....	10
Kort information om regionen.....	10
Region Gävleborgs organisation .....	11
Specialiseringstjänstgöring i Region Gävleborg .....	12
Kapitel 4. Resultat .....	14
Inspektionsresultat.....	16
Intervjuer.....	23
Kapitel 5: Slutsatser.....	25
Kvaliteten på ST i Gävleborg .....	25
Centrala förbättringsområden .....	27
Bilagor.....	31
Bilaga 1: Inspekterade enheter .....	31
Bilaga 2: Intervjupersoner .....	33
Bilaga 3: Granskade dokument.....	34

## Sammanfattning

Region Gävleborg har genomfört en övergripande analys av läkarnas specialiseringstjänstgöring (ST) vilken baseras på resultatet från inspektioner av enheter som bedriver ST, så kallade SPUR-inspektioner, intervjuer och analys av dokument. Det övergripande målet har varit att ta reda på hur regionen stödjer utbildningen av nya specialistläkare och att identifiera områden för förbättring.

Sammanfattningsvis visar resultatet att ST i Region Gävleborg över lag följer Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för läkares specialiseringstjänstgöring, men att kvaliteten på ST varierar mellan olika verksamheter.

Styrkor som identifierats är en hög medvetenhet på olika ledningsnivåer om STs strategiska betydelse för personalförsörjningen. Utbildningsorganisationen arbetar aktivt för att attrahera och rekrytera utbildningsläkare; till exempel genom att erbjuda högkvalitativ kursverksamhet, forskningsmöjligheter samt en utbildningsvårdcentral för ST. Samarbeten och kommunikation inom utbildningsorganisationen är välfungerande. Det finns utformade styrdokument för att säkra kvaliteten i ST. Verksamhetens allsidighet, lokaler och utrustning samt teoretiska utbildning får generellt bra omdömen vid SPUR-inspektionerna. Trots bemanningsproblem inom primärvården visar resultatet att kvaliteten på ST generellt är god där, även om det finns undantag från detta. Därav går det att dra slutsatsen att man inom primärvården har nycklar till att skapa en bra struktur ST, exempelvis fredad tid för handledning.

Utmaningar inom ST är regionens svårigheter med läkarbemanning, vilket i dagsläget får konsekvenser inom flera specialiteter. Andelen utbildningsläkare kontra specialister är hög, vilket resulterar i brist på handledare och kollegor med särskild specialistkompetens. Att den centrala styrningen av ST framförallt gäller antal ST-tjänster upplevs i vissa fall problematiskt då antalet inte alltid överensstämmer med behoven. En annan utmaning gäller samarbete mellan utbildningsorganisation och linjeorganisation, där det finns möjligheter att arbeta mer åt samma håll. Resultaten från SPUR-inspektionerna visar att områden där utbildningsenheterna generellt fungerar sämre är introduktion, bedömning av ST-läkarnas kompetens samt lärande och återkoppling inom så kallat allmänna kompetenser. Det finns också vissa logistiska och kvalitetsmässiga problem med sidotjänstgöring, vilket kan göra att effektiviteten av sidotjänstgöring blir suboptimal.

Vi anser att regionen har möjlighet att förbättra förutsättningarna för ST genom att fokusera på följande fem förbättringsområden:

1. Samverkan mellan utbildnings- och linjeorganisation

Vi rekommenderar:

- 1.1 Att ST-studierektorerna rutinmässigt och kontinuerligt är adjungerade till ledningsgruppen i verksamheten. Ett alternativ till detta är regelbundna avstämningsmöten mellan studierektor och verksamhetschef och vårdenhetschef. I ledningsgrupp eller i avstämningsmöten är det

viktigt att ST frågor rapporteras och diskuteras minst en gång per termin, bland annat i samband med verksamhetsberättelse. Övergripande studierektor bör på samma sätt vara adjungerad i hälso- och sjukvårdsledningsgruppen.

1.2 Att ST-läkarnas chef, eller den som verksamhetschefen har utsett som ansvarig för kompetensbedömningen i enlighet med §4 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd kring läkares specialiseringstjänstgöring, är närvarande vid de specialistkollegier som genomförs.

1.3 Att det utformas en uppdragsbeskrivning för övergripande studierektor. Övergripande studierektor ska ha ett tydligt övergripande och uppföljande uppdrag med tydliggjorda befogenheter, och uppdragsbeskrivningen bör vara kongruent med ST-studierektorernas och ST-samordnarnas uppdragsbeskrivningar.

1.4 Att ST-samordnarrollen på utvecklingsavdelningen förtydligas gentemot linjeorganisationen som resursperson för ST-frågor och förstudierektorn med direktkontakt in i de utbildande enheterna.

1.5 Att terminologin kring sk ST-block ändras exempelvis till ST-tjänster, för att ge ökad tydlighet i kommunikationen kring tjänsterna.

## 2. Säkerställa att bemanningsproblem inte påverkar ST

Vi rekommenderar:

2.1 Att möjligheterna att utnyttja specialistkompetenta läkare på annat sätt i utbildningen genom att växla arbetssätt ses över. Detta kan vara att använda grupphandledning i ökad omfattning, att få specialister och/eller pensionerade specialister att ha en mer handledande funktion och att öka ST-läkarnas ansvar i likhet med som sker på utbildningshälsocentralerna. Det kan också gälla att annan yrkesgrupp administrerar delar av nuvarande studierektorsuppgifterna liksom utökat administrativt stöd för specialistläkarna.

2.2 Att en genomgång av samtliga möjligheter för sidotjänstgöring utförs för att utröna vilka fler enheter som går att utnyttja för sidotjänstgöring.

2.3 Att ytterligare ett kliniskt träningscentrum inrättas i Hudiksvall för att komplettera behoven av sidotjänstgöring.

2.4 Att en struktur för instruktion på distans ses över.

## 3. Uppföljning av kvaliteten på ST

Vi rekommenderar:

3.1. Att det genomförs en kvalitetsuppföljningsmodell med ett mindre antal ”trafikljus”, förslagsvis utifrån de kvalitetsmått som finns i budgetanvisningen (se sid 13). Dessa sammanställs i verksamheten av studierektor och verksamhetschef, för att vidare rapporteras till övergripande studierektor. Data presenteras lämpligen som öppen jämförelse i hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp samt i utbildningsrådet. Utifrån denna kan strategiska mål som studierektorerna ska arbeta med i sina verksamheter väljas ut. Vi förordar att regionen ej kopplar styrningen till ekonomiska medel. De faktorer som följs upp bör vara kongruenta med regionens riktlinjer för ST, bland annat uppföljningsmått på i vilken mån en tjänstgöring uppfyllt uppsatta mål.

#### 4. Stöd till kompetensbedömning och återkoppling

Vi rekommenderar:

- 4.1. Att övergripande studierektor i samarbete med ST-studierektorerna utarbetar en övergripande struktur för bedömning av ST-kompetens i regionen, vilken sedan implementeras av ST-studierektorerna utifrån specialitetsspecifika behov. Denna bör innehålla metoder för bedömning för såväl enstaka bedömningstillfällen (tex medsittning) som metoder för bedömning av ST-läkarens övergripande kompetensnivå (tex ST-kollegium).
- 4.2. Att kompetensen inom bedömning höjs i regionen, exempelvis genom att se över innehållet i handledarutbildningar för handledare och ST-läkare samt genom informationsinsatser till chefer inom verksamheten.
- 4.3. Att regionledningen inkluderar bedömning och återkoppling på kompetens som en del av kvalitetsuppföljningen. Detta behöver inte inkludera endast strukturerade metoder, utan en regelbunden återkoppling i vardagen är väl så viktig.

#### 5. Utbyte av välfungerande exempel mellan utbildningsenheter

Vi rekommenderar:

- 5.1. Att en samordnarroll används för planering av sidotjänstgöring inom både slutenvård och primärvård.
- 5.2. Att kvaliteten i sidotjänstgöringarna förbättras genom att
  - en rutin införs att kontakt tas mellan aktuella studierektorer (eller ST-ansvarig beroende på hur kliniken organiserat sidotjänstgöringarna) för att klargöra målen och uppföljningen av sidotjänstgöringarna, ett förtydligande kring hur handledningen kommer att gå till i praktiken.
  - en rutinemässig användning av formulär med specifikation av ST-läkarens lärandemål inför sidoutbildning samt med möjlighet för ST-läkaren att efter avslutad tjänstgöring ge återkoppling på utbildningens kvalitet.
- 5.3. Att de goda erfarenheterna från utbildningshälsocentralen används för att skapa ytterligare utbildningsnav i ST.
- 5.4. Att modeller från välfungerande introduktioner delas mellan olika verksamheter.
- 5.5. Att de utbildningsenheter som saknar studierektor på samma plats, har en lokal samordnare som har kontakt med studierektorn.

# Kapitel 1. Bakgrund

## Uppdraget

På uppdrag från Region Gävleborgs regionledning har Lipus utöver inspektionerna av de utbildande enheterna genomfört en övergripande analys av ST ur ett organisatoriskt perspektiv. Uppdraget har varit att analysera hur organisationen stödjer utbildningen av nya specialistläkare och därmed också den framtida kompetensförsörjningen. Utifrån resultatet kan ledningen se mönster som är gemensamma för hela regionen eller svårigheter som går att härröra till organisatoriska dilemman och utifrån detta ta strategiskt viktiga beslut. Studierektorer inom regionen får också större möjlighet att förstå och utveckla ST på den egna enheten.

Den övergripande analysen baserades dels på resultatet från inspektioner av enheter som bedriver ST, så kallade SPUR-inspektioner, dels på intervjuer och analys av dokument.

Centrala frågor som analysen har haft som syfte att besvara har varit vilken central styrning som finns av ST idag, hur ST följs upp samt om vi kan identifiera områden över hela regionen där den centrala styrningen bör stärkas. Styrning var här definierat som att organisera och koordinera aktiviteter för att uppnå mål.<sup>1</sup>

## Vad är en SPUR-inspektion?

Som en del i LIPUS uppdrag ligger att utveckla, samordna och administrera så kallade SPUR-inspektioner, vilka genomförs i nära samarbete med specialitetsföreningar och sektioner inom Sveriges läkarförbund. En SPUR-inspektion granskar kvaliteten i läkares vidareutbildning avseende struktur och process. Inspektionen består av en digitaliserad enkätundersökning som sänds till alla ST-läkare, handledare, studierektorer och verksamhetschefer samt ett besök av ett inspektörsteam med läkare utsedda av den aktuella specialitetsföreningen. Åtta aspekter av ST, så kallade huvudrubriker, granskas utifrån en checklista som grundar sig på Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd för specialiseringstjänstgöring.<sup>2</sup> Huvudområdena rör ST:s struktur (A-C) samt process (D-G).

### Huvudrubriker vid SPUR-inspektion

A Verksamhetens allsidighet. Är de utbildande enheternas verksamhet så allsidig så att målbeskrivningens krav kan uppfyllas?

B Medarbetarstab och interna kompetenser. Är de utbildande enheternas läkarstab och övriga interna kompetenser av adekvat storlek och sammansättning så att målbeskrivningens krav kan uppfyllas?

---

<sup>1</sup> Business Dictionary. <http://www.businessdictionary.com/definition/management.html/> (Hämtad 2017-02-20).

<sup>2</sup> SOSFS 2015:8. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkares specialiseringstjänstgöring.*

C Lokaler och utrustning. Är de utbildande enheternas lokaler och utrustning av den omfattning och standard som krävs för att ge en god vidareutbildningsmiljö?

D Tjänstgöringens uppläggning. Är tjänstgöringens uppläggning sådan att målbeskrivningens krav kan uppfyllas?

EHandledning och uppföljning. Är handledning och uppföljning sådan att målbeskrivningens krav kan uppfyllas?

F Teoretisk utbildning. Är den teoretiska utbildningen sådan att målbeskrivningens krav kan uppfyllas?

G Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete. Finns förutsättningar att utveckla kompetens och färdighet inom medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete så att målbeskrivningen kan uppfyllas?

H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens. Finns förutsättningar att utveckla kompetens och färdighet i ledarskap och kommunikation?

Varje huvudrubrik bedöms utifrån en gradering i fyra steg:

- 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 och allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer.
- D Flera allvarliga brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd

Resultaten sammanfattas i en skriftlig rapport. Granskningen har fokus på formativ granskning och ska ge verksamheten hjälp att förbättras.<sup>3</sup>

## Rapportens upplägg

Först beskrivs hur analysen av ST har gått till, följt av en presentation av hälso- och sjukvårdsorganisationen i Region Gävleborg, med tyngdpunkt på ST- och studierektorsorganisationen. Sedan följer resultatet bestående av en sammanställning av resultaten från de olika klinik/hälsocentrals-inspektionerna följt av resultat från intervjuerna. I det avslutande kapitlet sammanfattas styrkor och förbättringspotential och landar i fem rekommendationer för fortsatt utveckling av ST inom Region Gävleborg.

---

<sup>3</sup> LIPUS. <http://www.lipus.se/www/templates/page.cfm?sid=259> (Hämtad 2017-02-20)



## Kapitel 2: Metod

### SPUR-inspektioner

Rapporten grundar sig på data från de sammanlagt 54 SPUR-inspektioner som genomfördes under 2016. Dessa var fördelade enligt tabell 1 nedan. Se bilaga 1 för hela listan för inspekterade enheter.

Tabell 1: Antal SPUR-inspektioner i Region Gävleborg 2016.

	Gästrikland	Hälsingland
Division medicin-psykiatri	7	2
Division operation	6,5*	5,5*
Division primärvård	11	9
Division diagnostik	4	1
Privata hälsocentraler	6	1
Privat övrig utbildningsenhet	0	1
Total	34,5	19,5

\*En inspektion gällde en klinik med verksamhet i både Hudiksvall och Gävle. Övriga länsövergripande kliniker inspekterades med en inspektion på vardera orten.

### Sammanfattande bedömning

Data från inspektionerna bestod dels av sammanfattande bedömningar från de inspektioner som genomförts, dels av de enkätsvar som låg till grund för inspektionerna. Inspektionen summeras i en gradering av kvaliteten på ST på skala A-D. För att kunna utföra beräkningar gjordes denna skala om till siffror:

<u>Gradering</u>	<u>Poäng</u>
A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetskriterier är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.	4
B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.	3
C. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer.	2
D. Flera allvarliga brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd.	1

En analys av resultatet gjordes sedan utifrån följande dimensioner:

- Resultatet för hela regionen
- Hela regionen uppdelat i fyra divisioner
- Hälsingland/Gästrikland uppdelat på fyra divisioner
- Hälsingland/Gästrikland uppdelat på slutenvård och primärvård

Graderingen A-D som i denna analys konverterades till poäng, är en av flera delar i en SPUR-inspektion. I övrigt ingår en beskrivning av verksamheten för respektive huvudrubrik, samt en summering av styrkor, svagheter och förbättringsmöjligheter. Därför granskades texterna i samtliga rapporter för att skapa en djupare förståelse för det statistiska materialet och för att

identifiera mönster. Vid läsning av resultatdelen bör det finnas en förståelse för att marginella poängskillnader inte nödvändigtvis indikerar en kvalitetsskillnad.

### Enkäter

Inför SPUR-inspektion besvarar ST-läkare, handledare, verksamhetschef samt studierektor en enkät. Besvarade enkäter i Gävleborg var 652 stycken, varav 301 ST-läkare.

För att skapa en ytterligare förståelse för resultatet från SPUR-inspektionerna och se mönster inom regionen, analyserades dessa på två sätt.

Först lästes sammanställningarna av ST-läkarnas enkätresultat och ST-läkarnas fria kommentar. Utredarna markerade svar som gav djupare förståelse för inspektionsresultaten. Sedan valdes ett antal enkätfrågor ut för djupare analys. Dessa rörde områden som enligt inspektionerna kunde förbättras samt ST-läkarnas helhetsbedömning av sin ST.

### **Intervjuer**

I samråd med övergripande studierektor identifierades ett antal funktioner som hade information om ST som var av vikt för utredarna. Sammanlagt genomfördes 19 intervjuer med 26 personer som hade nedanstående funktioner inom regionen:

Regiondirektör
Hälso- och sjukvårdsdirektör
HR-direktör
Övergripande studierektor
Ekonomidirektör
HR-strateg
Controller
Avdelningschef utvecklingsavdelningen
ST-samordnare utvecklingsavdelningen
Chef hälsovalskontoret
Divisionschefer
Verksamhetschefer
Studierektorer
Chef och medarbetare CFUG

Se bilaga 2 för en fullständig lista på intervjupersonerna. Intervjuerna var semistrukturerade och rörde sig i dialogform kring ett antal teman:

1. Din egen roll i förhållande till ST
2. Organisationen för ST
3. Styrsystemen för ST
4. Synpunkter på ST utifrån ditt perspektiv
5. Faktorer som påverkar kvaliteten på ST
6. Din vision för ST i framtiden

Vilka teman som fokuserades på under intervjuerna skilde sig något åt beroende på intervjupersonens funktion. Utredarna antecknade stödord under intervjuernas gång.

Anteckningarnas renskrevs i efterhand samt sammanställdes och summerades sedan under respektive tema.

## Dokument

Dokument som på något sätt har bäring på ST identifierades av övergripande studierektor i samråd med utredarna. De bidrog till en bakgrundsförståelse av regionens ST i samband med intervjuerna samt till kapitel 3 om regionen. Se bilaga 3 för en fullständig lista på dokumenten. Förutom organisationens dokument, tog utredarna del av resultatet från den inspektion av sidotjänstgöring av primärvård som genomfördes parallellt med denna övergripande ST-analys.<sup>4</sup>

## Kapitel 3: Region Gävleborg

### Kort information om regionen

Region Gävleborg bildades den 1 januari 2015 som en sammanslagning av landstinget och regionförbundet i Gävleborgs län. Regionen består av landskapen Gästrikland och Hälsingland, i vilka de två största orterna är Gävle respektive Hudiksvall.

Figur 1: Karta över Region Gävleborg



Invånarantalet inom regionen är 270 000 personer. Genomströmningen på akutmottagningarna på de två största sjukhusen var 2016 ca 42 600 personer i Gävle och ca 23 200 i Hudiksvall. Regionens budget för hela verksamheten låg 2017 på 8,8 miljarder varav hälso- och sjukvårdsnämnden 5,7 miljarder.<sup>5</sup> Hälsovalet, som finansierar privat vård, var budgeterad till 1,4 miljarder. 6 500 personer arbetar inom regionen och av dessa är 750 läkare varav 310 ST läkare (av vilka 75 inom allmänmedicin) och ca 70 AT-läkare.

<sup>4</sup> LIPUS. 2017. Övergripande synpunkter på sidoutbildningen i Gävleborg  
<sup>5</sup> Budget 2017 och ekonomisk plan 2018-2019

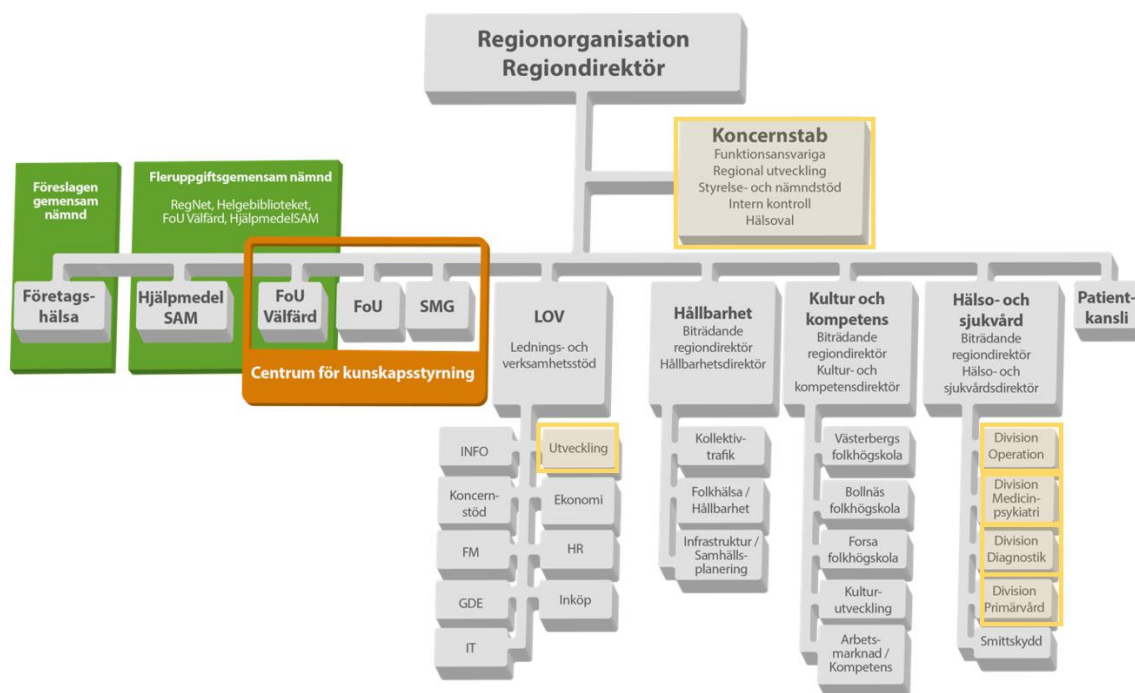
Enligt en studie från 2012 är dimensioneringen av antalet ST-läkare i primärvården inom region Gävleborg låg i relation till befolkningen och andelen vårdcentraler som har ST-läkare är lägre än genomsnittet i Sverige.<sup>6</sup> Motsvarande undersökningar finns inte för övriga specialiteter.

## Region Gävleborgs organisation

Region Gävleborg är en politiskt styrd organisation med regionfullmäktige som den högsta beslutande politiska församlingen. Verksamheten leds sedan av koncernledningen utifrån den budget och de mål som beslutats av regionfullmäktige. Koncernledningen leds av regiondirektören och består av funktioner med koncernövergripande ansvar inom olika områden såsom övergripande studierektor, ett antal strategiska kompetenser samt cheferna för divisionerna inom hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvården bedrivs i huvudsak inom divisionerna Operation, Medicin-psykiatri, Diagnostik och Primärvård vilka leds av två divisionschefer. Divisionerna är i sin tur uppdelade i verksamhetsområden och vårdenheter. Lednings- och verksamhetsstöd (LOV) erbjuder alla verksamheter i regionen ett antal stödtjänster, vilket bland annat inbegriper stöd till läkarutbildning under utvecklingsavdelningen.<sup>7</sup>

Figur 2: Regionens organisation med gul markering för ST-relevanta delar.<sup>8</sup>



<sup>6</sup> Sveriges läkarförbund. 2012. *Primärvårdens läkarbemanning. Öppna jämförelser mellan landsting och driftsformer av primärvårdens försörjning av specialistläkare*

<sup>7</sup> Region Gävleborg. 2012. *Tjänsteområde utvecklingsavdelningen*

<sup>8</sup> Region Gävleborg. 2017. Region Gävleborg 2017 ST-utbildningen (Power point)

## Specialiseringstjänstgöring i Region Gävleborg

De sammanlagt 310 ST-läkarna finns på akutsjukhusen Gävle och Hudiksvall liksom på sjukhuset i Bollnäs som drivs av Aleris samt vid offentliga och privata hälsocentraler i Gästrikland och Hälsingland. Regionen erbjuder kurser för a- och b- målen i egen regi. Alla ST-läkare har ett individuellt utbildningskonto som ska täcka obligatoriska kurser. I samarbete med Uppsala universitet finns möjlighet att genomföra sin ST parallellt med doktorandstudier genom att Centrum för utbildning och forskning betalar 50 % av lönen i åtta år.

### ST-organisationen

2008 togs beslut om den aktuella organisationen för läkarutbildningen.<sup>9</sup> En ny funktion i form av en övergripande studierektor inrättades, med ansvar för samtliga läkarutbildningar (grundutbildning/AT/ST), organisatoriskt placerad under HR-direktören. Inom respektive specialitet skulle det finnas länsövergripande ST-studierektorer. Det togs också beslut om att det skulle finnas studierektorer på divisionsnivå. Administrativt stöd skulle enligt beslutet finnas på HR-avdelning inom lednings- och verksamhetsstöd (LOV).

I nuläget har regionen avstått från divisionsövergripande studierektor och länsövergripande ST-studierektorer finns i några men inte alla specialiteter. I specialiteter där det inte finns länsövergripande studierektor finns istället en studierektor för Gävle och en för Hudiksvall. För ST-läkarna i primärvård finns två studierektorer uppdelade på landskap. Dessa personer är anställda på den egna hälsocentralen men den del av lönen som rör studierektorsuppdraget finansieras centralt.

Administrativt stöd – ST-samordnarna – befinner sig i dag inom läkarutbildningsorganisationen (utvecklingsavdelningen, inom LOV). Tidigare fanns administrativt stöd inom HR.

Under utvecklingsavdelningen ligger även Kliniskt träningscentrum och hjärt- och lungräddning (KTC/HLR) som erbjuder ST-läkarna och övrig vårdpersonal praktiska träningsmöjligheter.

Regionen erbjuder s k ledarskaps- ST, som innebär att vissa ST-läkare genomgår en förlängd ST med fokus på ledarskap. Detta program organiseras av HR i koncernledningen.

Centrum för forskning och utveckling (CFUG) erbjuder i samverkan med Uppsala universitet ett program för ST-läkarnas genomförande av de skriftliga arbetena enligt vetenskapliga principer.

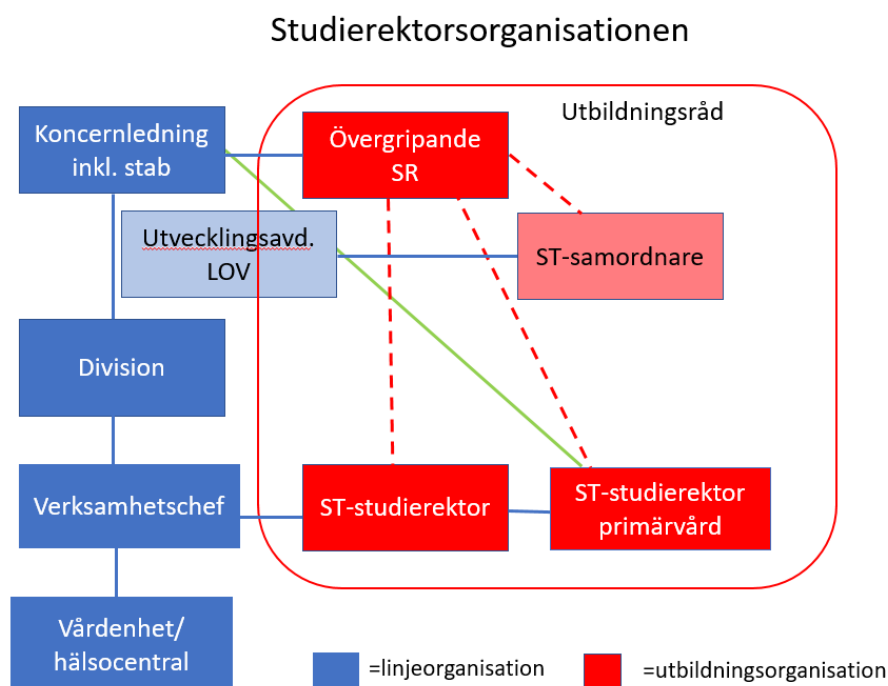
Forum för diskussion är regionens utbildningsråd som träffas 6 gånger per år. I detta deltar övergripande studierektor, ST-studierektorer, HR-direktör, ST-samordnare samt deras chef, avdelningschefen för utvecklingsavdelningen.

---

<sup>9</sup> Organisation för läkarutbildningen i Landstinget Gävleborg (2008). Beslut i hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp HSL

Nedan visas utredarnas tolkning av studierektorsorganisationen.

Figur 3. Studierektorsorganisationen i region Gävleborg.



De blå delarna visar linjeorganisationen och den röda utbildningsorganisationen. ST-studierektorerna är sålunda organisatoriskt placerade i den egna verksamheten, men driver utbildningsfrågor tillsammans med övergripande studierektor. Det gröna strecket symboliserar finansieringen av studierektorerna i primärvård. ST-samordnarna är organisatoriskt placerade på utvecklingsavdelningen som befinner sig på annan plats i organisationen, därav en avvikande färg.

### Finansiering av ST

Ett centralt begrepp för region Gävleborgs finansiering av ST är så kallade ST-block. ST-block som begrepp användes i tidigare regelverk för ST för att beteckna de tidsbegränsade anställningar som användes under ST. I regionen används ST-block ur ett budgetperspektiv för att proportionellt fördela ST-budgeten mellan divisionerna. ST finansieras sålunda genom att regionledningen avsätter pengar för ST-block. Utifrån detta beslutar Hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp om antalet ST-block samt dess fördelning till respektive division och specialitet. Enligt budgetanvisningen för 2017, ligger bedömt behov, utbildningskapacitet och möjlighet att anställa till grund för beslutet. Utbildningskapacitet, det vill säga hur många ST som enheten kan ha med bibehållen utbildningskvalitet, bedöms av ST-studierektor och verksamhetschef och sammanställs av övergripande studierektor.

Ersättningen är i form av en schablonersättning som är 59 600 kr inom primärvård och psykiatri och 54 500 kr per månad för ST inom övriga specialiteter. Det reella budgetbeloppet bygger sedan på att ST-läkarna som grupp är frånvarande ca 20 % av arbetstiden. För att förtydliga kan man se det som att i realiteten får man pengar för fyra ST-läkare men kan

anställa fem ST-läkare. Därutöver bekostar regionen en ersättning (utbildningskonto) för i första hand obligatoriska kurser på 22 500 kronor per ST-läkare och år.<sup>10</sup> Lönekostnaderna och utbildningskonto för ST inom privat verksamhet kommer från centrala medel.

Enligt regionens budgetanvisning för 2017, utgår ersättning för ST-block enbart då de gällande kraven på ST-utbildningen uppfylls. Exempel på kvalitetskrav på ST-utbildningen är att alla ST-läkare har planerat och regelbundet återkommande handledning, regelbundet får sin kompetensutveckling bedömd och återkopplad liksom ges möjlighet att genomgå sina obligatoriska kurser.

## Kapitel 4. Resultat

### Inspektionsresultat

Nedan följer en sammanställning av resultatet för Region Gävleborg utifrån nedanstående parametrar:

4.1 Resultatet för hela regionen

4.2 Hela regionen uppdelat i fyra divisioner

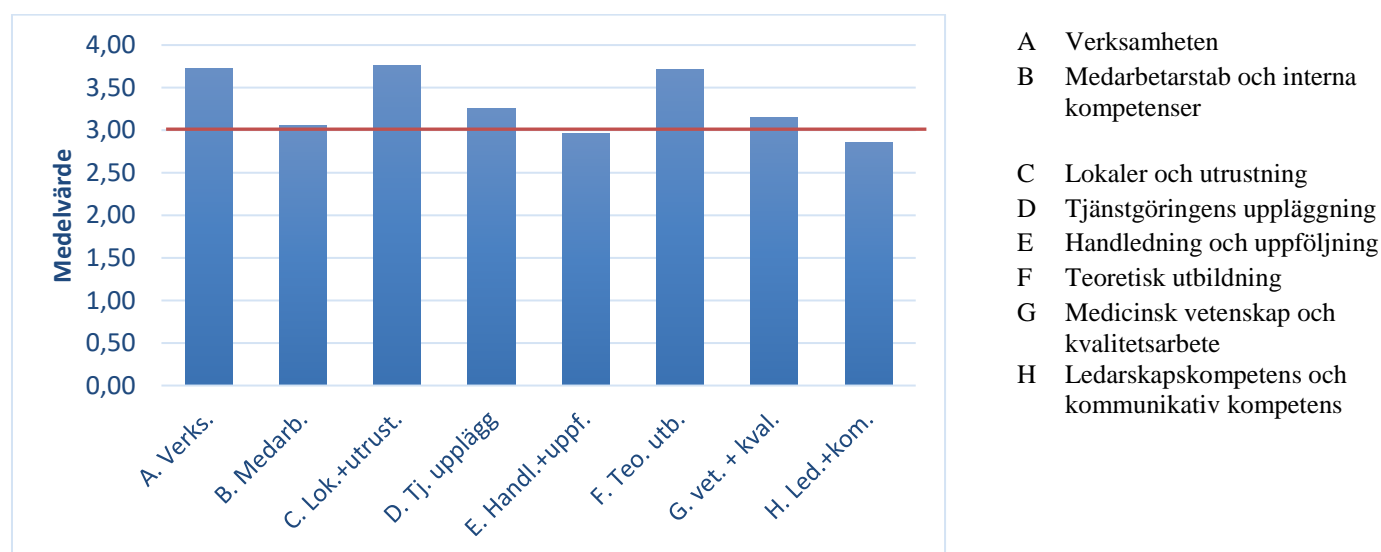
4.3 Hälsingland/Gästrikland uppdelat på fyra divisioner

4.4 Hälsingland/Gästrikland uppdelat på slutenvård och primärvård

#### 4.1 Resultatet för hela regionen

Resultatet för samtliga 54 SPUR-inspektioner analyserades för att hitta generella trender inom regionen.

Figur 4: Resultatet för samtliga genomförda inspektioner per huvudrubrik A-H. Det röda strecket visar tre poäng vilket är graderingen vid SPUR-inspektion då Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd är uppfyllda.



<sup>10</sup> Budgetanvisning – 2017 års budget

	A	B	C	D	E	F	G	H
Medelvärden	3,73	3,05	3,76	3,26	2,96	3,72	3,15	2,85
Standardavvikelse	0,70	0,89	0,66	0,86	0,89	0,66	0,60	0,89

Resultatet visar att ST på en övergripande nivå uppfyller Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, med handledning och uppföljning (E) och ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens (H) marginellt under. Standardavvikelsen visar hur mycket medelvärdena varierar mellan utbildningsenheterna och en högre standardavvikelse indikerar sålunda att det finns enheter där detta fungerar såväl bättre som sämre än vad medelvärdet visar.

Tre huvudområden har bedömts vara särskilt starka: verksamhetens allsidighet, lokaler och utrustning samt teoretisk utbildning. Handledning och uppföljning samt ledarskaps- och kommunikativ kompetens har förutom lägre medelvärde, och också högre standardavvikelse. Även medarbetarstab och interna kompetenser (B) har en standardavvikelse som visar att det finns utbildande enheter där Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd inte följs.

Vad gäller ledarskap och kommunikation, specificeras i enkäterna att ST-läkarna ansåg att möjligheterna att utveckla den kommunikativa förmågan var relativt bra (75% svarar att detta fungerar bra), medan träning, bedömning och återkoppling av ledarskapskompetens hade stora möjligheter till förbättring (40% svarar att detta fungerar bra). I enkäterna förtydligas även att huvudområdet medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete främst brister vad gäller bedömning och återkoppling på denna del av kompetensen (63 % respektive 56 % svarar att deras kompetens bedöms och återkopplas). Andelen som svarar att de genomför/har genomfört/kommer att genomföra ett skriftligt arbete enligt vetenskapliga principer är däremot 95 % och samma siffra för kvalitetsarbete är 74 %.

I enkäten ska ST-läkarna nämna 1–3 områden som skulle förbättra utbildningen påtagligt. Det vanligaste området är tillgången till specialister och handledning. Kommenterarna gäller såväl antal specialister som utbildningsklimatet på enheterna.

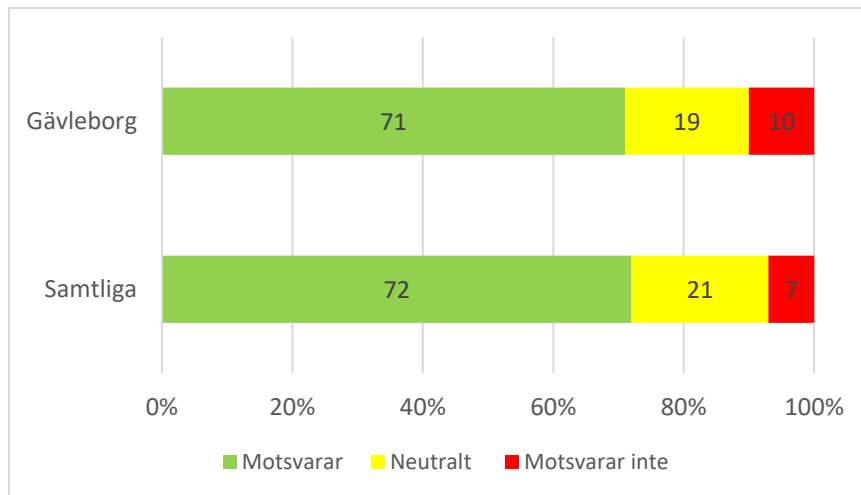
*”Fler fast anställda specialister”*

*”Större engagemang hos specialisterna att vilja handleda. Det är inte ST-läkarens roll och ansvar att hitta handledare. Handledaren ska vara utsedd av chefen då det ingår i ens arbetsuppgifter som specialist.”*

För att få en generell bild av hur ST-läkarna skattade sin tjänstgöring och hur detta förhåller sig till verksamheter i andra delar av landet, gjordes en jämförelse mellan svaren om ST-läkarens helhetsbedömning av sin tjänstgöring mellan Gävleborg och samtliga enkätsvar som kommit till LIPUS 2016 (189 stycken varav Gävleborg 54 inspektioner).

Figur 5. ST-läkarens svar på frågan för Gävleborg respektive för samtliga enkäter 2016. ”Gör en helhetsbedömning av ST-utbildningen. Vad är din bedömning av kvaliteten i ST jämfört med dina förväntningar?”



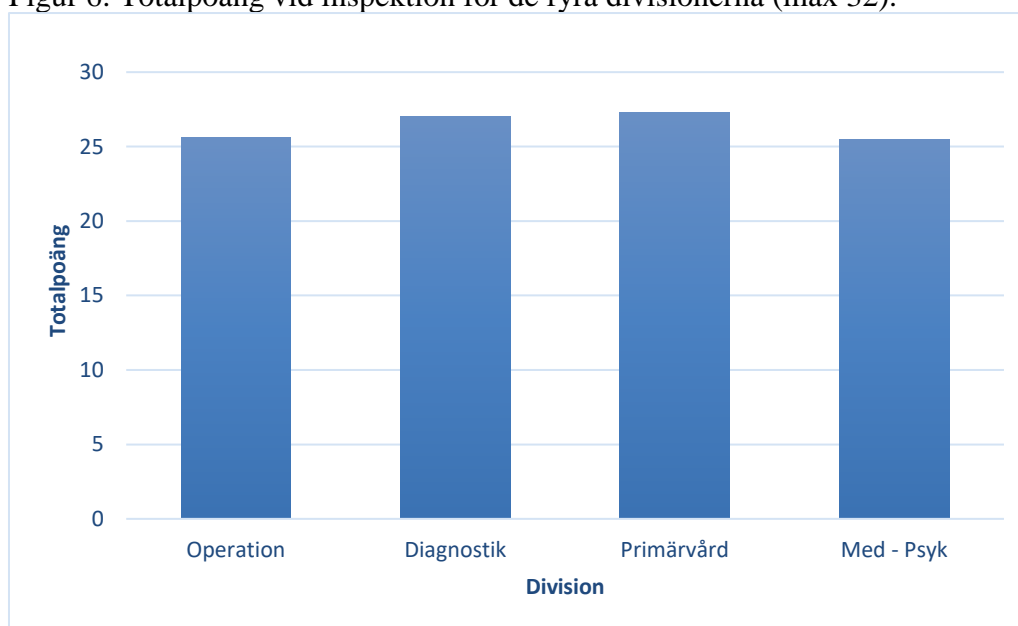


Gävleborgs resultat är i paritet med det totala materialet, där drygt 70% anser att kvaliteten överensstämmer med de förväntningar man hade.

#### 4.2 Hela regionen uppdelat i fyra divisioner

Resultatet från inspektionerna i division operation, diagnostik, primärvård samt medicin-psykiatri är sammanställt dels utifrån det totala poängmedelvärdet för inspektionerna (dvs medelvärdet för klinikkens sammanslagna poäng där högsta möjliga totalvärde är 32), dels utifrån en uppdelning på de olika huvudområdena. Notera att ST hos privata vårdgivare inte ingår i divisionerna.

Figur 6: Totalpoäng vid inspektion för de fyra divisionerna (max 32).

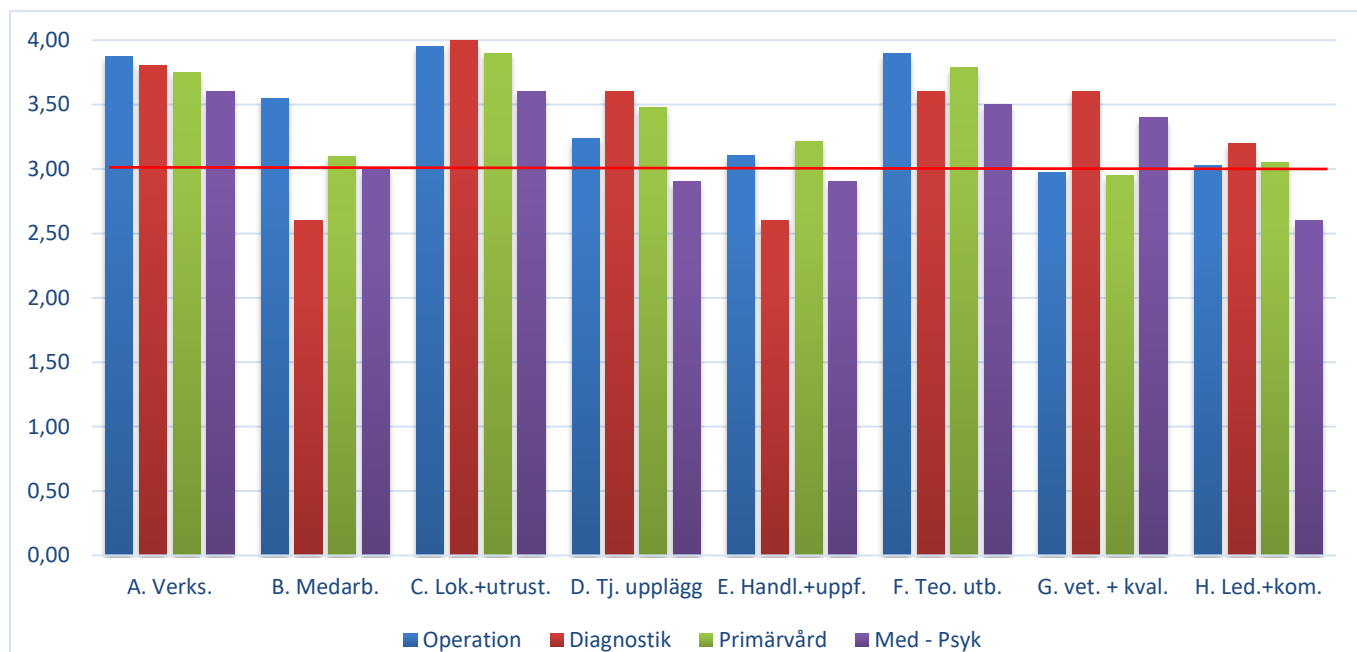


	Operation	Diagnostik	Primärvård	Medicin-Psykiatri
Medelvärde	25,58	27,00	27,26	25,50
Standardavvikelse	2,72	2,10	3,26	2,38

Det finns inga större skillnader mellan medelvärdena för divisionernas totalpoäng. Dock visar standardavvikelsen att kvaliteten inom olika utbildningsenheter inom respektive division skiljer sig åt och att variationerna är särskilt tydliga inom division primärvård.

Vid en närmare analys av resultatet per huvudrubrik finns skillnader på divisionsnivå mellan olika huvudrubriker

Figur 7: Medelvärde och standardavvikelse(SD) för divisioner per huvudrubrik A-H. Det röda strecket visar graderingen då Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd är uppfyllda.



		A.	B.	C.	D.	E.	F.	G.	H.
Operation	Medel	3,88	3,55	3,95	3,24	3,11	3,89	2,97	3,03
	SD	0,43	0,76	0,64	0,72	0,86	0,76	0,37	0,62
Diagnostik	Medel	3,80	2,60	4,00	3,60	2,60	3,60	3,60	3,20
	SD	0,40	0,49	0,00	0,49	0,49	0,49	0,49	0,75
Primärvård	Medel	3,75	3,10	3,90	3,47	3,21	3,79	2,95	3,05
	SD	0,62	0,94	0,30	0,75	0,89	0,41	0,51	1,00
Med – Psy	Medel	3,60	3,00	3,60	2,90	2,90	3,50	3,40	2,60
	SD	0,66	0,63	0,49	0,70	0,54	0,50	0,49	0,66

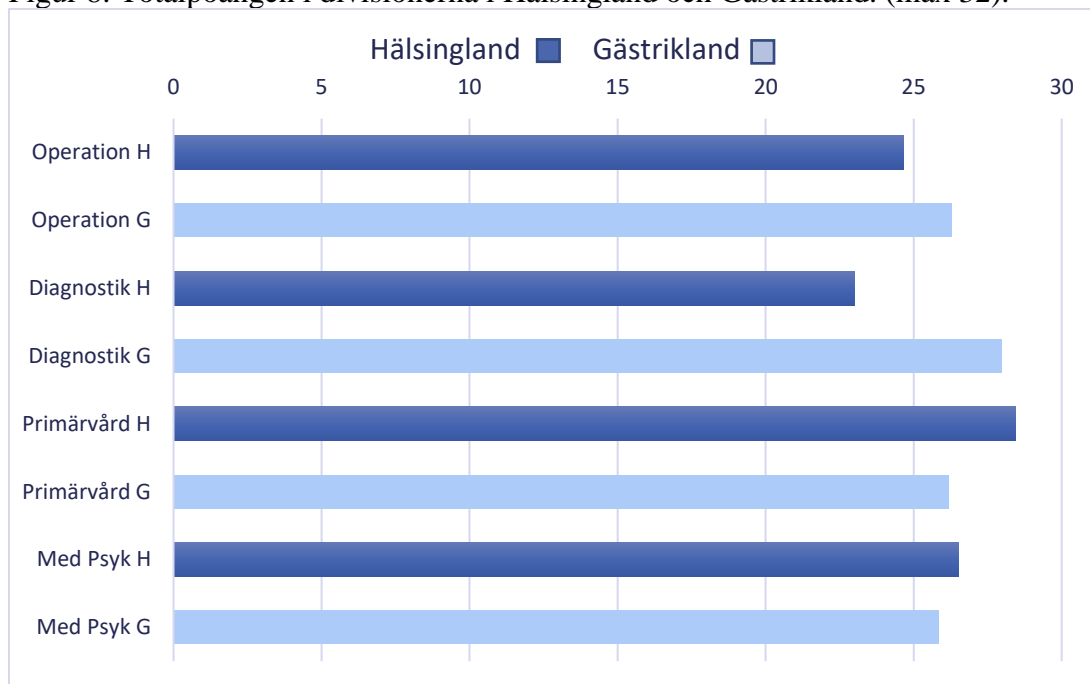
Verksamhetens allsidighet, lokaler och utrustning samt teoretisk utbildning är fortsatt generellt höga.Handledning och uppföljning samt ledarskap och kommunikativ kompetens har störst förbättringspotential. Divisionen medicin och psykiatri har ett lägre medelvärde än övriga vad gäller ledarskap och kommunikation, liksom kring tjänstgöringens uppläggning. Division diagnostik har ett lägre medelvärde vad gäller medarbetarstab och handledning och uppföljning än övriga.

En jämförelse gjordes på samma sätt mellan offentliga och privata vårdcentraler. Denna visade endast marginella skillnader.

#### 4.3 Hälsingland/Gästrikland uppdelat på fyra divisioner

Inspektionsresultatet från de fyra divisionerna uppdelat på landskap, analyserades på samma sätt dels utifrån det totala poängmedelvärdet för inspektionerna (dvs medelvärdet för klinikens sammanslagna poäng där högsta möjliga totalvärde är 32), dels utifrån en uppdelning på de olika huvudområdena. Notera att privata utbildande enheter inte ingår i divisionerna. Sålunda finns inte intermedicin i Bollnäs samt privata vårdcentraler med.

Figur 8: Totalpoängen i divisionerna i Hälsingland och Gästrikland. (max 32).



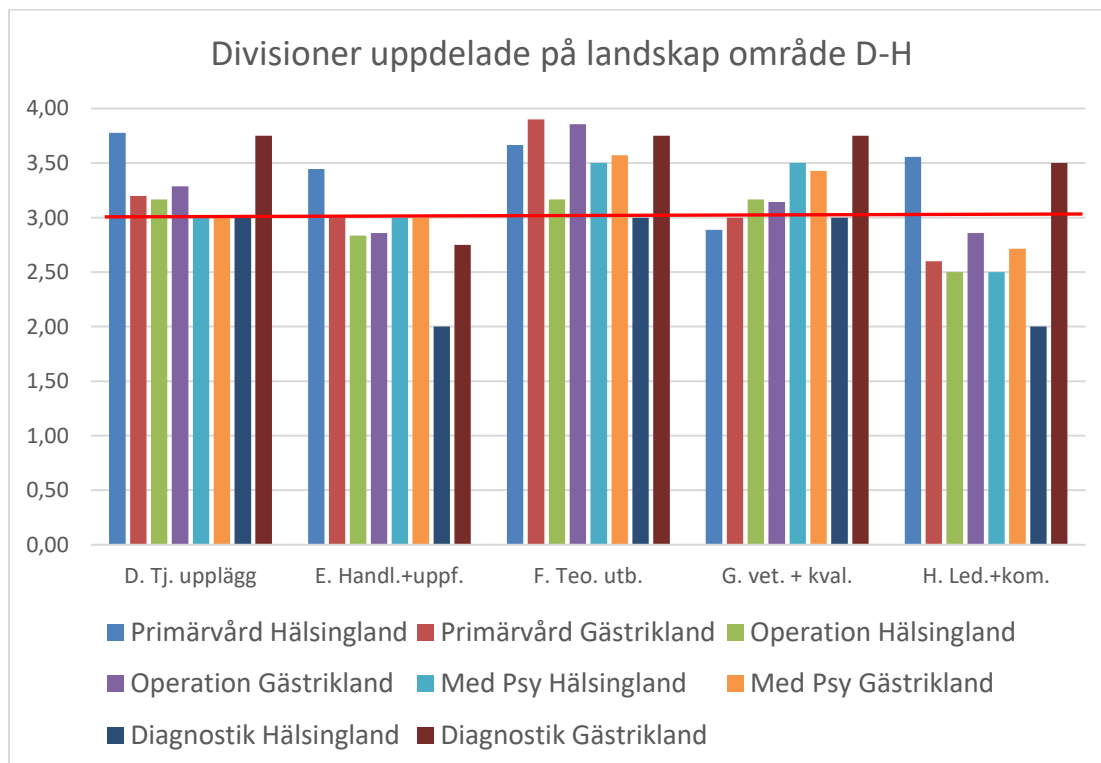
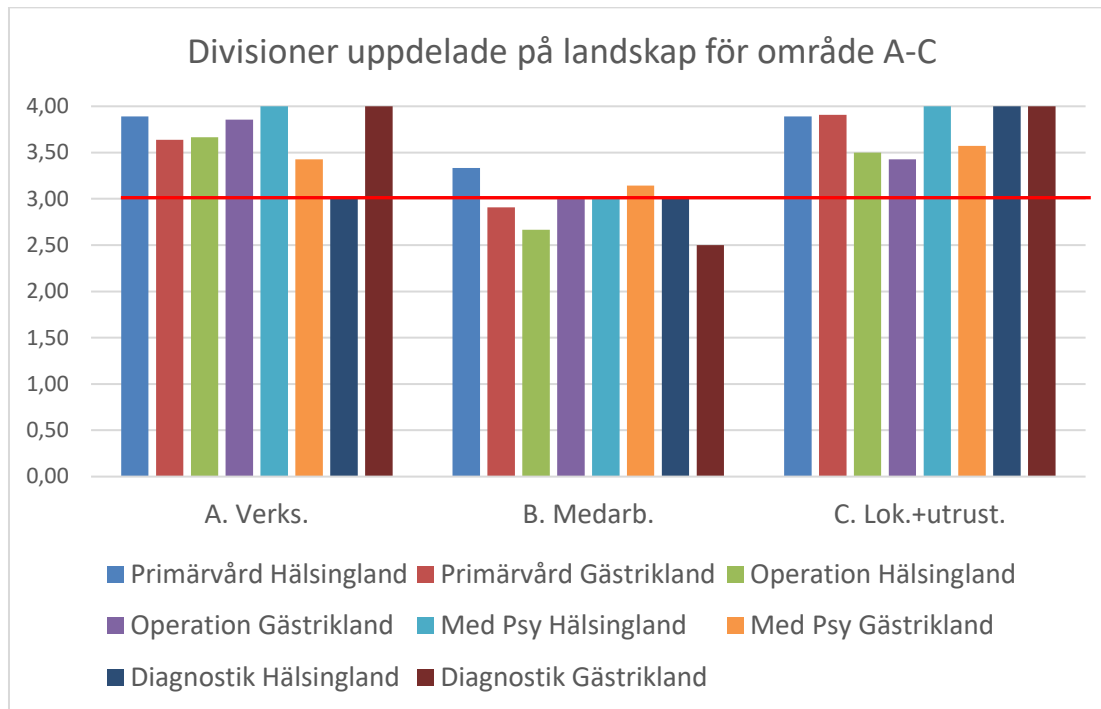
	Operation H	Operation G	Diagnostik H	Diagnostik G	Primärvård H	Primärvård G	Med Psyk H	Med Psyk G
Medel	24,67	26,29	23,00	28,00	28,44	26,2	26,50	25,86
SD	2,43	2,55	*	0,70	3,59	2,48	0,50	2,17
Antal**	6	7	1	4	9	11	2	7

\* Ingen standardavvikelse då bara en inspektion ingick. \*\* Antal utbildande enheter som inkluderas.

Divisionerna uppdelade på Hälsingland samt Gästrikland visar att primärvården i Hälsingland har den högsta totalpoängen, men också den största standardavvikelsen. Detta förklaras dels av att det finns hälsocentraler med några lägre graderingar, dels av att det finns många utbildande enheter i denna division. Jämnast hög kvalitet har Division Diagnostik i Gästrikland.

Resultatet för huvudområdena A-H för respektive division uppdelat på landskap visar att det finns flera goda exempel inom organisationen, se figur 9. Exempelvis tyder resultatet på att ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens fungerar väl inom division diagnostik i Gästrikland samt division primärvård i Hälsingland.

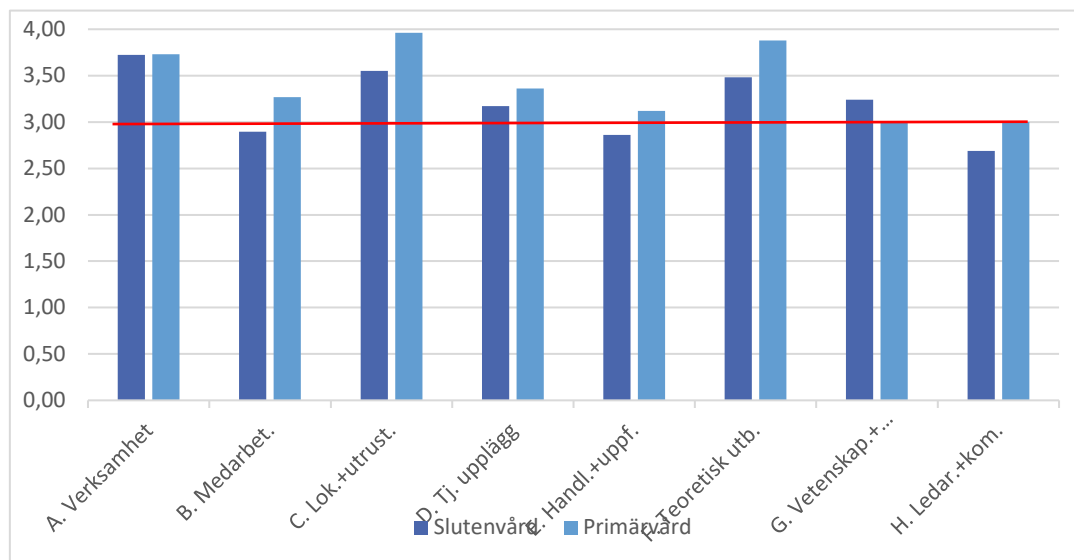
Figur 9. Medelvärde för divisioner och landskap per huvudrubrik A-H. Det röda strecket visar graderingen då Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd är uppfyllda.



#### 4.4 Resultatet uppdelat på primärvård och slutenvård uppdelade på Hälsingland och Gästrikland.

Först gjordes en jämförelse för hela sluten- och primärvården gällandes huvudrubrik A-H. I denna ingår samtliga utbildande enheter, såväl offentliga som privata.

Figur 10. Medelvärde och standardavvikelse för slutenvård respektive primärvård i regionen, rubrik A-H.

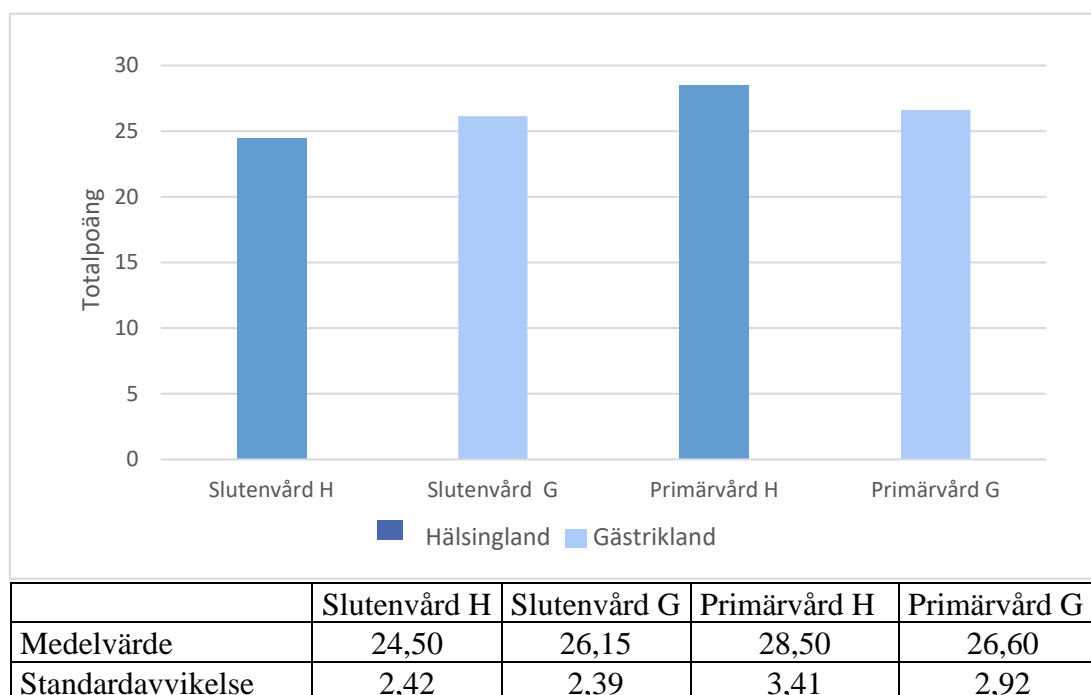


	A.	B.	C.	D.	E.	F.	G.	H.
Slutenvård M	3,72	2,90	3,55	3,17	2,86	3,48	3,24	2,69
Standardavvikelse	0,52	0,66	0,56	0,70	0,68	0,62	0,57	0,70
Primärvård M	3,73	3,27	3,96	3,36	3,12	3,88	3,00	3,00
Standardavvikelse	0,65	0,94	0,19	0,84	0,99	0,32	0,40	1,02

Jämförelsen visar att primärvården generellt har något högre medelvärde än slutenvården, vetenskap och kvalitetsarbete undantagen. I primärvården är också skillnaderna som störst, framförallt inom medarbetarstab och interna kompetenser, handledning och uppföljning samt ledarskap och kommunikativ kompetens. Nivån på den vetenskapliga delen ligger generellt något lägre för primärvården vilket kan vara påverkat av att vissa av kraven i bedömningskriterierna för SPUR inte annat än undantagsvis kan ställas på primärvårdsenheter.

Vidare gjordes en jämförelse av totalpoängen från inspektionerna.

Figur 11. Totalpoäng för slutenvård och primärvård i Hälsingland respektive Gästrikland (max 32).

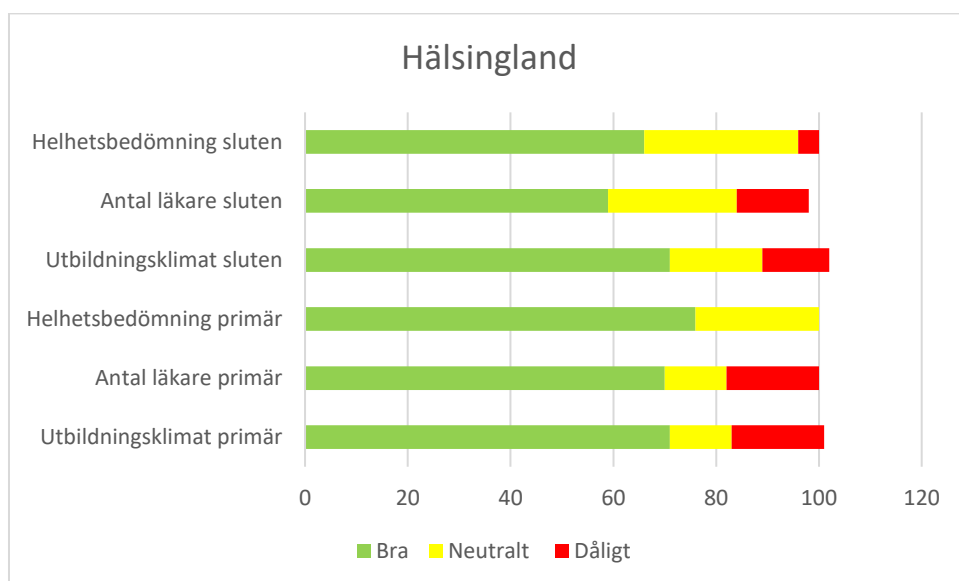
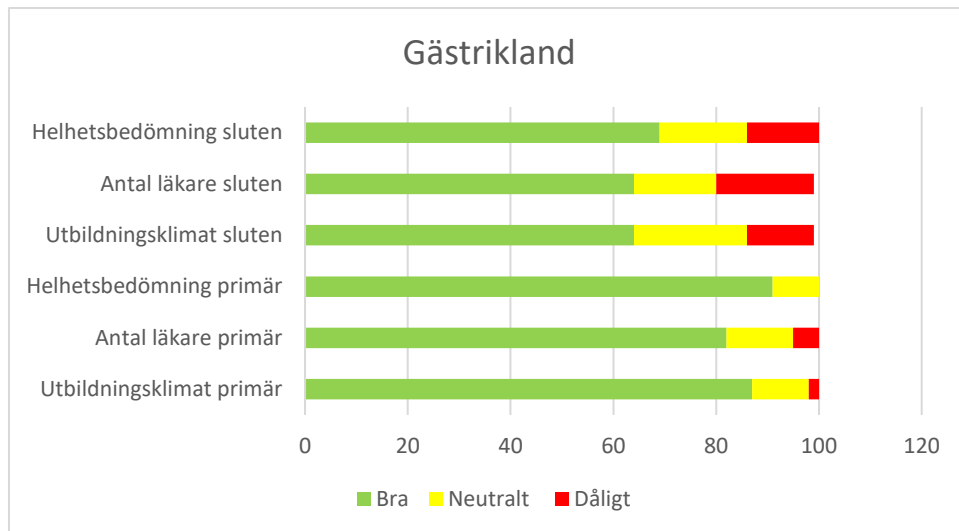


Primärvård och slutenvård i Gästrikland har jämn totalpoäng, medan det skiljer sig åt mellan slutenvård och primärvård i Hälsingland, där primärvården har en högre totalpoäng. En jämförelse gjordes också mellan hälsocentraler i privat och offentlig verksamhet, men där fanns inga skillnader.

Svaren på följande enkätfrågor presenteras nedan:

- Gör en helhetsbedömning av ST-utbildningen. Vad är din bedömning av kvaliteten i ST jämfört med dina förväntningar. (Nedan kallad "helhetsbedömning")
- Det finns tillräckligt många läkare med relevant specialitet och kompetens för att jag ska få adekvat handledning. (Nedan kallad "Antal")
- Jag uppfattar utbildningsklimatet på enheten som utvecklande och inbjudande till diskussioner och frågor. (Nedan kallad "Utbildningsklimat")

Figur 12. Jämförelse mellan slutenvård och primärvård i Gästrikland/Hälsingland angående helhetsbedömning, bemanning och introduktion (barn och ungdomsmedicin i Hudiksvall och Gävle samt Internmedicin i Bollnäs exkluderade med anledning av hur enkäterna registrerats hos LIPUS).



Sammanställningen visar att svaren från de tre påståenden/frågorna kring helhetsbedömningen, tillräckligt antal läkare samt utbildningsklimatet följer samma mönster, dvs. andelen ST-läkare som anger att utbildningsklimatet *inte* inbjuder till diskussion och frågor är ungefär lika med andelen ST-läkare som anger att det *inte* finns tillräckligt med specialister och handledare för att få en bra handledning. Primärvården i Gästriklands mer positiva omdömen än primärvården i Hälsinglands vad gäller om antalet läkare möjliggör handledning samt utbildningsklimatet. Inom slutenvården finns inga större skillnader på dessa frågor för respektive landskap.

Dessutom identifierades brister i introduktionen för ST-läkarna, vilken kartlades genom följande påstående:

- Jag introducerades till tjänstgöringen genom ett av enheten fastställt introduktionsprogram.

Svaren varierade från 39 % som höll med i påståendet (slutenvård i Hälsingland) till 62 % (primärvård i Gästrikland).

## Intervjuer

Nedan görs en övergripande sammanfattning av intervjuerna utifrån de teman som intervjuerna berörde.

### Organisationen för ST

Utbildningsorganisationen upplevdes vara välfungerande med gott samarbete mellan övergripande studierektor och verksamhetsstödet inom ledning och verksamhetsstöd samt vidare i kontakt mellan utbildningslinjen övergripande studierektor och ST-studierektorer. Många intervjupersoner lyfte fram relationer och kommunikationsvägar som viktigare än organisatorisk hemvist.

*”Vi känner varandra bra och löser det mesta även om vi är på olika plats i organisationen. Organisationen är inte så viktig”*

Utbildningsrådet upplevdes vara ett givande forum för inhämtande av information och diskussion. När ST-läkare och handledare inte befann sig på samma geografiska ort upplevdes dock ibland svårigheter i studierektorns kontakt med dessa.

Vad gäller linjeorganisationen lyftes synpunkterna att utbildningsfrågor fick mycket begränsad plats i ledningsgrupper i divisionsledning liksom i hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp, i det förstnämnda fallet beroende på storleken på ledningsgruppen. Även på verksamhetsnivå beskrevs en önskan om en närmare anknytning. En vanligt återkommande synpunkt var således att avståndet mellan utbildningsorganisation och linjeorganisation var för stort. Från personer inom ST-organisationen uttrycktes en önskan om större förståelse för ST inom linjeorganisationen och intervjupersoner i linjeorganisationen önskade detsamma i förhållande i utbildningsorganisationen. Önskemål kom att beslut ska tas mer gemensamt framöver.

Vissa otydligheter i ST-organisationen beskrevs. Hur divisionsuppdelningen ser ut skiljde sig åt mellan om man såg divisionerna ur ett ekonomiskt, organisatoriskt eller ledningsperspektiv. Det arbete som rörde strategiska frågor kring bemanning och kompetensförsörjning verkar inte ske i samklang. För många intervjupersoner nedanför koncernledningen fanns ingen tydlig bild av var och hur beslut kring ST togs.

### Styrsystem och uppföljning

Intervjupersonernas spontana reaktioner kring styrsystemen kring ST rörde sig i de flesta fall kring antalet ST-tjänster och hur dessa fördelades mellan olika divisioner. Synpunkterna på detta var många. Majoriteten ansåg att antalet fördelade ST-tjänster inte stämde med det behov av anställning som fanns. Det verkade dock finnas en informell samstämmighet om att verksamheterna hade möjlighet att anställa fler ST-läkare än vad man fick medel att finansiera ST-block, genom att använda annat kliniskbudgetutrymme. En försvårande faktor i tydligheten kring styrningen av ST-tjänster verkade vara att benämningen ST-block användes. Hur pengarna kring dessa var beräknade var inte heller tydligt för flera intervjupersoner.



Vid frågor kring dagens uppföljning av kvaliteten på ST skiljer sig svaren beroende på intervjupersonens funktion. Studierektorer och verksamhetschefer nämnde framförallt informell kvalitetsuppföljning i form av dialog med ST-läkare och handledare, vid sidan av SPUR-inspektion. Högre upp i organisationen associerades framförallt till fördelningen av ST-tjänster i förhållande till antalet handledare/specialister. För personer med specifikt ansvar för kurser, vetenskapliga arbeten och ekonomi gjordes uppföljning inom den specifika delen. Övergripande studierektor och ST-samordnare såg ett behov av att tydliggöra kvaliteten på ST genom en mer detaljerad rapportering av utbildningsverksamhet.

Ingen av intervjupersonerna hänvisar till texten i budgetanvisningen (se under finansiering ovan) för uppföljning av kvaliteten inom ST. Hälsovalshandboken och kravspecifikationen för ST primärvården används inte aktivt för kvalitetsuppföljning.

Den stora majoriteten av intervjupersonerna såg inte behov av ekonomisk styrning av kvaliteten i ST. Många såg dock att en kvalitetsuppföljning av något slag skulle driva kvaliteten framåt.

*”Det är bättre att styra med tillit och jag tror inte på ekonomiska styrmedel för ST”.*

#### Synpunkter på kvaliteten på ST

Många av intervjupersonerna ansåg sig inte ha någon djupare insyn i kvaliteten på ST, studierektorerna undantagna.

Den faktor som framförallt nämndes påverka kvaliteten negativt var bemanningen av specialistläkare och hur denna påverkade handledningen. Ytterligare en viktig faktor var att utbildning och produktion inte uppfattas vara jämställda. Förslag för att förbättra detta var mer samverkan mellan linje och utbildning, ökad kunskap bland chefer och synliggörande av den utbildningsverksamhet som sker.

Svårighet i logistiken kring sidotjänstgöring nämndes och ”flaskhalsar” var en anledning till detta. Bedömning och återkoppling lyftes upp som ett område som brister i dagsläget.

Faktorer som ansågs påverka ST positivt var bland annat utbildningsrådet, utbildningshälsocentralen, kursverksamheten, strukturen för det vetenskapliga arbetet samt övergripande studierektors arbete.

Synpunkter på hur ST skulle kunna förbättras ytterligare var bland annat genom ett ökat antal doktorandtjänster och möjligheter till fortsatt forskning inom regionen, något som även kan locka ST-läkare och specialister från andra landsting. Möjligheter sågs att patienter skulle kunna vara listade på en hälsocentral istället för på en läkare för att öka flexibiliteten i organisationen. Avslutningsvis sågs möjlighet att förbättra kvaliteten genom att utnyttja alla möjligheter i organisationen, t ex placeringar och verksamheter, distansundervisning samt KTC i Hudiksvall.

*”Alla måste ta emot ST, det står i hälsovalshandboken”*

### Vision för framtiden

Intervjupersonernas gemensamma vision för framtiden var en god bemanning, som ett resultat av att regionen strategiskt och systematiskt arbetar för att attrahera, rekrytera och behålla läkare samt sjuksköterskor. Förhoppning som fanns var att regionen utarbetat koncept som lockar läkare till regionen.

Många intervjupersoner nämnde ett bra och nära samarbete mellan linje- och utbildningsorganisation som en vision, liksom kopplingen mellan utbildning, utveckling och forskning.

*”Jag hoppas på en välfungerande linjeorganisation i förhållande till studieorganisationen. Att det skulle finnas en symbios, koppling, mellan de två och att vi skulle kunna samverka kring studiedagar, planering, prioritering och så vidare.”*

För att synliggöra utbildningen föreslogs att utbildning kan beskrivas genom nyckeltal eller index.

Fredad tid för ST-relaterad verksamhet var ett tema som återkom. Schemalagd rad för handledning, en specifik halvdag för ST då det finns tid till utbildning och möten inom regionen liksom avsatta veckor där bedömning och återkoppling är i fokus.

Andra visioner var att kliniskt träningscentrum är en naturlig del i läkarutbildningen, exempelvis som en del av ett ”utbildningshus”.

## **Kapitel 5: Slutsatser**

### **Kvaliteten på ST i Gävleborg**

Sammanfattningsvis visar resultatet att ST i Region Gävleborg över lag följer Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkares specialiseringstjänstgöring. På ledningsnivå finns en hög ambitionsnivå vad gäller kvaliteten på ST i Region Gävleborg och ST-läkarna som en prioriterad och viktig grupp för att lösa dagens och framtidens bemanning. Strukturella aspekter av ST såsom riktlinjer, lokaler och kursverksamhet håller en relativt hög, jämn nivå.

På utbildningsenhetsnivå varierar kvaliteten på ST. Gemensamma utmaningar är att hitta lösningar för att bibehålla en god utbildningskvalitet trots vissa bemanningsproblem, samt att få en jämn kvalitet vad gäller handledning och uppföljning med särskilt fokus på allmänna kompetenser.

I följande kapitel summeras de styrkor och svagheter som identifierats, slutsatser om skillnader i kvaliteten mellan olika delar i regionen samt fem förbättringsområden för regionens fortsatta ST-arbete.

### Styrkor

Medvetenheten om STs strategiska betydelse för personalförsörjningen är väl känd på olika ledningsnivåer. Utbildningsorganisationen inom regionen har arbetat aktivt för att attrahera

och rekrytera utbildningsläkare, till exempel genom att erbjuda högkvalitativ kursverksamhet, forskningsmöjligheter och samt en utbildningsvårdcentral för ST.

Samarbeten inom utbildningsorganisationen är välfungerande. Detta ger en bra grund för fortsatt utvecklingsarbete och för att stärka ST på kliniker och vårdcentraler.

Det finns utformade styrdokument för att säkra kvaliteten i ST. Särskilt kan poängteras tydligheten i dokumenten för kravspecifikationen för primärvård. Styrdokumenterna bör dock uppdateras och kontrolleras så att de är samstämmiga i terminologi och innehåll.

Teoretisk utbildning fungerar väl vilket visas av att: 1.) Det finns en bra struktur för att uppnå kursmålen i de allmänna kompetenserna (a- och b-delmålen). 2.) Kursmodellen för att genomföra det individuella skriftliga arbetet enligt vetenskapliga principer innehåller en genomtänkt struktur för såväl handledning och samverkan med verksamheten som kurs och opponering. 3.) Finansieringen av kurser är utformad för att ge möjlighet till viss frihet i valet av kurser, men också för att kunna erbjuda kurserna i den egna regionen. 4.) Goda omdömen i enkät- samt inspektionsresultat.

Trots bemanningsproblem inom primärvården visar resultatet att kvaliteten på ST generellt är god, även om det finns undantag från detta. Därav går att dra slutsatsen att man inom primärvården har nycklar till att skapa en bra struktur för ST, exempelvis fredad tid för handledning. Inspektionsresultat för privat respektive offentlig verksamhet inom primärvård visar inte på några skillnader i kvaliteten.

### Svagheter

Regionen har svårigheter med läkarbemanning, vilket i dagsläget får konsekvenser inom flera specialiteter. Andelen utbildningsläkare kontra specialister är hög. Över hälften av alla läkare i regionen är AT- och ST-läkare, vilket visar sig i brist på handledare och kollegor med särskild specialistkompetens. Att den centrala styrningen av ST framförallt gäller antal ST-tjänster är i vissa fall problematiskt då antalet inte alltid upplevs överensstämma med behovet. För verksamheten är det centralt att ta höjd för att utbilda ST-läkare i tid, innan handledare och andra specialister går i pension. Det finns en pedagogisk svårighet i att kalla tjänsterna för ST-block, vilket leder till en otydlighet kring finansieringen av ST.

En regionorganisation bestående av två, alternativt fyra beroende på perspektiv, divisioner uppdelade på två olika chefer och ledningsgrupper, innebär att linjen från divisionsledning till ST-läkare är lång. Att verksamheterna är samlade i stora divisioner ger å ena sidan en möjlighet till samverkan och synergieffekter mellan olika delar av vården, men är å andra sidan en utmaning gällandes kommunikation och styrning mellan de olika nivåerna. Analysen visar att utbildningsfrågorna ofta får en begränsad plats i de stora divisionsledningsgrupperna och på verksamhetsnivå, och det finns delar av rapporter och enkäter som visar att ledningens ambition att ha en ST av god kvalitet inte fullt ut får genomslag längre ner i verksamheterna. De riktlinjer som finns utformade följs sålunda inte i verksamheterna.

Rapporter och enkäter identifierar ett antal områden som generellt fungerar sämre inom regionen. Ett sådant område är introduktion, ett annat är kompetensbedömning och återkoppling och ett tredje kompetensutvecklingen inom så kallade allmänna kompetenser.

Det finns logistiska och kvalitetsmässiga problem med sidotjänstgöringen, effektiviteten av sidotjänstgöring kan därför bli suboptimal. Detta är särskilt tydligt inom primärvården som har en särskilt stor del av ST som sidotjänstgöring, där klinikens och primärvårdens förväntningar på tjänstgöringar inte alltid stämmer överens.

Övergripande studierektor saknar en specificerad uppdragsbeskrivning, vilket kan ge otydlighet i uppdraget gällandes såväl ansvar och befogenheter och detta kan leda till oklarheter mellan studierektor och andra funktioner.

#### Skillnader mellan olika delar i regionen

Det faktum att inspektioner och enkäter inte är objektiva mätinstrument, gör det svårt att dra långtgående slutsatser om skillnader mellan olika typer av grupperingar av utbildande enheter.

En trend är att ST inom primärvården generellt fungerar något bättre än ST inom slutenvården, men att skillnaderna också är större mellan utbildande enheter där. Det finns dock undantag från detta. Division Diagnostik har särskilda utmaningar i medarbetarstab, vilket även visar sig i resultatet för handledning och uppföljning. I Hälsingland varierar kvaliteten mellan slutenvård och primärvård stort.

Vi noterar att 9 % av ST-läkarna som besvarade enkäten har svarat ja på frågan huruvida de har upplevt några hinder att uppnå sina utbildningsmål på grund av sin bakgrund tex avseende kön, etnicitet, religion, politisk uppfattning, ålder, sexuell orientering eller annat.

### **Centrala förbättringsområden**

Enligt Socialstyrelsen ansvarar vårdgivaren för att det finns förutsättningar för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet. Vi anser att regionen har möjlighet att förbättra förutsättningarna för detta genom att fokusera på följande fem förbättringsområden:

#### **1. Samverkan mellan utbildnings- och linjeorganisation**

Det finns potential att förbättra kvaliteten i ST genom ökad samverkan mellan utbildningsverksamhet och linjeorganisation. Detta skulle gynna möjligheten att driva utbildningsfrågor i verksamheten och medföra en samsyn kring ST för att samordna och utnyttja resurser. Vi anser också att det behövs en ökad formell tydlighet avseende roller och utbildningsorganisationen, eftersom mycket i dagsläget är personbundet och därför känsligt för medarbetarbyte. Våra rekommendationer syftar till att skapa arenor för kommunikation samt tydlighet kring roller och begrepp.

Vi rekommenderar:

1.1 Att ST-studierektorerna rutinmässigt och kontinuerligt är adjungerade till ledningsgruppen i verksamheten. Ett alternativ till detta är regelbundna avstämningsmöten mellan studierektor och verksamhetschef och vårdenhetschef. I ledningsgrupp eller i avstämningsmöten är det

viktigt att ST frågor rapporteras och diskuteras minst en gång per termin, bland annat i samband med verksamhetsberättelse. Övergripande studierektor bör på samma sätt vara adjungerad i hälso- och sjukvårdsledningsgruppen.

1.2 Att ST-läkarnas chef, eller den som verksamhetschefen har utsett som ansvarig för kompetensbedömningen i enlighet med §4 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd kring läkares specialiseringstjänstgöring, är närvarande vid de specialistkollegier som genomförs.

1.3 Att det utformas en uppdragsbeskrivning för övergripande studierektor. Övergripande studierektor ska ha ett tydligt övergripande och uppföljande uppdrag med tydliggjorda befogenheter, och uppdragsbeskrivningen bör vara kongruent med ST-studierektorernas och ST-samordnarnas uppdragsbeskrivningar.

1.4 Att ST-samordnarrollen på utvecklingsavdelningen förtydligas gentemot linjeorganisationen som resursperson för ST-frågor och studierektorn med direktkontakt in i de utbildande enheterna.

1.5 Att terminologin kring sk ST-block ändras exempelvis till ST-tjänster, för att ge ökad tydlighet i kommunikationen kring tjänsterna.

## **2. Säkerställa att bemanningsproblem inte påverkar ST**

Ledningen har en hög medvetenhet om vikten av en välfungerande rekrytering av utbildningsläkare för att klara bemanningen av specialister framöver. Samtidigt visar rapporten på att det finns problem med bemanning på specialistläkarnivå, vilket får vissa negativa konsekvenser för ST-läkarna. En god utbildningskvalitet är viktig både för att rekrytera nya ST-läkare och för att behålla ST-läkare och specialister.

Vi ser att det finns potential att med hjälp av resurser inom regionen genomföra åtgärder som säkerställer att bemanningsproblemen inte påverkar ST.

Vi rekommenderar:

2.1 Att möjligheterna att utnyttja specialistkompetenta läkare på annat sätt i utbildningen genom att växla arbetssätt ses över. Detta kan vara att använda grupphandledning i ökad omfattning, att få specialister och/eller pensionerade specialister att ha en mer handledande funktion och att öka ST-läkarnas ansvar i likhet med som sker på utbildningshälsocentralerna. Det kan också gälla att annan yrkesgrupp administrerar delar av nuvarande studierektorsuppgifterna liksom utökat administrativt stöd för specialistläkarna.

2.2 Att en genomgång av samtliga möjligheter för sidotjänstgöring utförs för att utröna vilka fler enheter som går att utnyttja för sidotjänstgöring.

2.3 Att ytterligare ett kliniskt träningscentrum inrättas i Hudiksvall för att komplettera behoven av sidotjänstgöring.

2.4 Att en struktur för instruktion på distans.

## **3. Uppföljning av kvaliteten på ST**

Regionledningens höga ambitioner att skapa en ST av god kvalitet skulle underlättas genom en kontinuerlig uppföljning av kvaliteten på ett begränsat antal variabler. Med hjälp av denna

kan ledningen, förutom att få ökad kännedom om kvaliteten, stimulera utvecklingen av ST och lyfta upp ST för diskussion och beslut i både ledningsgrupper och hälso- och sjukvårdsledningen. Det blir också ett sätt höja kvaliteten i verksamheter där ST har en mindre tydlig roll. Utbildningsrådet får då en viktig funktion i att strategiskt arbeta vidare och följa upp kvalitetsaspekter som tas upp i denna uppföljning.

Vi rekommenderar:

3.1. Att det genomförs en kvalitetsuppföljningsmodell med ett mindre antal ”trafikljus”, förslagsvis utifrån de kvalitetsmått som finns i budgetanvisningen (se sid 14). Dessa sammanställs i verksamheten av studierektor och verksamhetschef, för att vidare rapporteras till övergripande studierektor. Data presenteras lämpligen som öppen jämförelse i hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp samt i utbildningsrådet. Utifrån denna kan strategiska mål som studierektorerna ska arbeta med i sina verksamheter väljas ut. Vi förordar att regionen ej kopplar styrningen till ekonomiska medel. De faktorer som följs upp bör vara kongruenta med regionens riktlinjer för ST bland annat uppföljningsmått på i vilken mån en tjänstgöring uppfyllt uppsatta mål.

#### **4. Stöd till kompetensbedömning och återkoppling**

Resultatet från rapporter och enkäter visar att det finns generella möjligheter till förbättring av bedömning av och återkoppling på ST-läkarens kompetens, särskilt avseende de icke-medicinska kompetenserna. Mycket av detta arbete kan ske på utbildande enheter genom att synliggöra och benämna den bedömning och återkoppling som redan sker, utöka användandet av de formella bedömningsmetoder som regionen rekommenderar och genom att skapa ett gott utbildningsklimat. På ett regionsövergripande plan kan dock vissa åtgärder påverka utvecklingen positivt.

Vi rekommenderar:

4.1. Att övergripande studierektor i samarbete med ST-studierektorerna utarbetar en övergripande struktur för bedömning av ST-kompetens i regionen, vilken sedan implementeras av ST-studierektorerna utifrån specialitetsspecifika behov. Denna bör innehålla metoder för bedömning för såväl enstaka bedömningstillfällen (t ex medsittning) som metoder för bedömning av ST-läkarens övergripande kompetensnivå (t ex ST-kollegium).

4.2. Att kompetensen inom bedömning höjs inom regionen, exempelvis genom att se över innehållet i handledarutbildningar för handledare och ST-läkare samt genom informationsinsatser till chefer inom verksamheten.

4.3. Att regionledningen inkluderar bedömning och återkoppling på kompetens som en del av kvalitetsuppföljningen. Detta behöver inte inkludera endast strukturerade metoder, utan en regelbunden återkoppling i vardagen är väl så viktig.

#### **5. Utbyte av välfungerande exempel mellan utbildningsenheter**

Det finns flera goda exempel som, genom ett utökat användande i andra verksamheter, kan bidra till en ST av hög och jämna kvalitet inom regionen. Exempelvis tenderar resultatet från

inspektionerna i primärvården att ge relativt bra omdömen, vilket delvis skulle kunna vara ett resultat av de strukturer för ST som finns inom primärvården.

Vidare har sidotjänstgöringarna både logistiska och kvalitetsmässiga brister. Exempel för att minska de logistiska problemen är ST-samordnarrollen inom primärvård samt det administrativa stöd för planering av sidotjänstgöring som finns även inom slutenvården. En kvalitetsmässig aspekt som kan lyftas är samstämmighet kring syftet och målen med ST-läkarnas sidotjänstgöringar, som ser olika ut mellan olika verksamheter.

Trots generella brister inom introduktion, finns det SPUR-rapporter som särskilt lyfter fram en välfungerande introduktion som en av styrkorna med utbildningen.

Vi rekommenderar:

5.1. Att en samordnarroll används för planering av sidotjänstgöring inom både slutenvård och primärvård.

5.2. Att kvaliteten i sidotjänstgöringarna förbättras genom att

- en rutin införs att kontakt tas mellan aktuella studierektorer (eller ST-ansvarig beroende på hur kliniken organiserat sidotjänstgöringarna) för att klargöra målen och uppföljningen av dessa, ett förtydligande kring hur handledningen kommer att gå till i praktiken.

- en rutinmässig användning av formulär med specifikation av ST-läkarens lärandemål inför sidoutbildning samt med möjlighet för ST-läkaren att efter avslutad tjänstgöring ge återkoppling på utbildningens kvalitet.

5.3. Att de goda erfarenheterna från utbildningshälsocentralen används för att skapa ytterligare utbildningsnav i ST.

5.4. Att modeller från välfungerande introduktioner delas mellan olika verksamheter.

5.5. Att de utbildningsenheter som saknar studierektor på samma geografiska ort, har lokal en samordnare som har kontakt med studierektorn.

## Bilagor

### Bilaga 1: Inspekterade enheter

Verksamhet	Division	Geografisk ort
Kvinnosjukvård	Operation	Hudiksvall
Aleris Bollnäs hälsocentral	Privat	Bollnäs
Allmän internmedicin	Medicin Psykiatri	Gävle
Allmän internmedicin	Medicin Psykiatri	Hudiksvall
Andersberg Din hälsocentral	Primärvård	Andersberg
Anestesi och intensivvård	Operation	Gävle
Anestesi och intensivvård	Operation	Hudiksvall
Barnmedicin (B & U sjuv)	Operation	Gävle
Barnmedicin (B & U sjuv)	Operation	Hudiksvall
Barn- och ungdomspsykiatri	Medicin Psykiatri	Gävle
Bild- och funktionsmedicin	Diagnostik	Gävle
Bild- och funktionsmedicin	Diagnostik	Hudiksvall
Capio Hälsocentral Bomhus	Privat	Bomhus
Capio Hälsocentral Brynäs	Privat	Brynäs
Capio Hälsocentral Gävle	Privat	Gävle
City Praktikertjänst	Privat	Gävle
Delsbo/Friggesund Din hälsocentral	Primärvård	Delsbo
Edsbyn Din hälsocentral	Primärvård	Edsbyn
Eira Praktikertjänst	Privat	Gävle
Hamrånge Din hälsocentral	Primärvård	Hamrånge
Harmånger Hälsingeläkarna AB	Privat	Harmånger
Hedesunda/Österfärnebo Din hälsoc.	Primärvård	Hedesunda
Hudiksvall Din hälsocentral	Primärvård	Hudiksvall
Hudmottagningen	Primärvård	Gävle
Håsta Holmen	Primärvård	Hudiksvall
Hälsopartner hälsocentral, Sandviken	Privat	Sandviken
Iggesund Din hälsocentral	Primärvård	Iggesund
Internmedicin Bollnäs	Privat	Bollnäs
Järvsö Din hälsocentral	Primärvård	Järvsö
Kirurgi	Operation	Gävle
Kirurgi	Operation	Hudiksvall
Klinisk fysiologi	Diagnostik	Gävle
Klinisk kemi	Diagnostik	Gävle
Klinisk patologi	Diagnostik	Gävle
Kvinnosjukvård	Operation	Gävle
Ljusdal/Ramsjö Din hälsocentral	Primärvård	Ljusdal
Onkologi	Operation	Gävle
Ortopedi	Operation	Gävle



Ortopedi	Operation	Hudiksvall
Psykiatri (vuxen)	Medicin Psykiatri	Gävle
Psykiatri (vuxen)	Medicin Psykiatri	Hudiksvall
Sandviken norra Din hälsocentral	Primärvård	Sandviken
Sandviken södra Din hälsocentral	Primärvård	Sandviken
Sp - Infektionssjukdomar	Medicin Psykiatri	Gävle
Sp - Neurologi	Medicin Psykiatri	Gävle
Sp - Rehabiliteringsmed. (S-vik)	Medicin Psykiatri	Gävle
Sp - Reumatologi	Medicin Psykiatri	Gävle
Storvik Din hälsocentral	Primärvård	Storvik
Strömsbro Din hälsocentral	Primärvård	Strömsbro
Sätra Din hälsocentral	Primärvård	Sätra
Söderhamn Din hälsocentral	Primärvård	Söderhamn
Södertull Din hälsocentral	Primärvård	Gävle
Valbo Din hälsocentral	Primärvård	Valbo
Ögonsjukvård	Operation	Gävle
Ögonsjukvård	Operation	Hudiksvall

## Bilaga 2: Intervjupersoner

<b>Funktion</b>	<b>Namn</b>
Regiondirektör	Johan Färnstrand
Hälso- och sjukvårdsdirektör	Göran Angergård
HR-direktör	Karin Rystedt
Övergripande studierektor	Maria Palm
Ekonomidirektör	Bo Svedberg
Avdelningschef utvecklingsavdelningen ST-samordnare	Pia Johansson  Inger Bodin, Gävle Susann Eriksson, Hudiksvall
Divisionschefer	Helena Björkman, division diagnostik och operation Roger O Nilsson, division medicin, psykiatri och primärvård
Verksamhetschefer	Annika Hillgren Mattsson, specialmedicin Susanne Clifford, primärvård Tova Marknell Johansson, laboratoriemedicin Kristina Granevåg, onkologen
Studierektorer	Olof Haller, röntgen Zinta Celma, anestesi intensivvård Gretchen Churchill, internmedicin Anna-Karin Svensson, primärvård
Controller	Mikael Rauden, controller regionstaben Sara Marklund, controller division medicin psykiatri Susanna Pettersson, controller division operation
Ansvariga kursverksamhet	Carin Bending, HR-strateg regionstaben. Katarina Wijk, avdelningschef FoU Dan Rissén, handledare Fou Michael Bergqvist, handledare FoU
Chef Hälsovalskontoret	Magnus Thuresson, tf chef

### Bilaga 3: Granskade dokument

Tema	Dokument
Antal ST	Kopia av SKL:s ST-redovisning november 2016  ST Årlig inventering behov av ST-läkare
Avtal	Ansökan om godkännande av utbildningsuppdrag för AT/ST-läkare inom Primärvården Region Gävleborg - Angående Ansökan om godkännande som utbildningsenhet AT/ST  Avtal om vård vid universitetssjukhus mellan landsting och regioner i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion 2016–2019
Bedömning av kompetens	Specialistkollegium  Handledarkollegium (ST-läkarna utvärderar sina handledare)
Direktiv för ST	Vem gör vad i nya ST-utbildningen i landstinget Gävleborg?  Organisation för läkarutbildningen i Landstinget Gävleborg (2008) Beslut i hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp HSL - Bilaga till Beslut (2008)  ST - läkare riktlinjer specialiseringstjänstgöring Hälso- och sjukvård Region Gävleborg  Översikt för nya ST-utbildningen i landstinget Gävleborg beslut 2011
Information om Gävleborg	Region Gävleborg – organisationsscheman  Övergripande studierektor för AT/ST och VFU placerade läkarstudenter
Kurser	Kurser för ST-läkare i Region Gävleborg (power point)  Kurs för vetenskapligt arbete  Modell för vetenskapligt arbete under ST-utbildning, delmål 19  Beskrivning av arbetsmodell för delmål 19 inom ST-läkarutbildningen i Landstinget Gävleborg
Kvalitetsuppföljning	Instruktioner för STINS 2015

	Stins ST-inspektion
Planering HSL	Förslag till årsplan, mål och budget 2017 – 2019 för hälso- och sjukvårdsnämnden
ST-kontrakt	ST-kontrakt SOSFS 2008:17 SOSFS 2015:8 Hälso- och sjukvård Region Gävleborg
Uppdragsbeskrivning	Uppdragsbeskrivning för ST-studierektorer i Region Gävleborg 20150901
	ST - studierektor uppdragsbeskrivning Hälso- och sjukvård Region Gävleborg
	Tjänstespecifikation - samordning läkarutbildning och utbildningsläkare
	Kontrakt ST-studierektor
Övrigt	Tjänsteområde utvecklingsavdelningen (2012)
	Budgetanvisning - 2017 års budget