

ST i Allmänmedicin

Södra Bohuslän



Vägen till specialist i allmänmedicin

SOS-FS 2015:8

Före ST-kontrakt

- Först-i-ST
- Kartläggning av kompetens
- Handledar- och chefsutlåtande inför ansökan om ST i allmänmedicin

Inskrivning

År 1

Under året

Kompetensbedömning x 8
inkl. först-i-ST



Startseminarium

IUP ST-delmål

År 2

Under året

Kompetensbedömning x 8



År 3

Under året

Kompetensbedömning x 8



Mittvärdering/Mitt-i-ST x 1



År 4

Under året

Kompetensbedömning x 8



År 5

Under året

Kompetensbedömning x 8



Sist-i-ST

Specialist i allmänmedicin

Intern utbildning

Årligen

- Kompetensbedömningar
- Planera sidotjänstgöringar
- Kursplanering
- Undervisa, handleda, leda
- Uppdatera utbildningsplan
- Årsrapport
- Handledarutlåtande
- Möte med ST/HL/VC/SR
- Specialistkollegium
- Uppdatera utbildningsplan - IUP

Kompetensbedömning & arbeten

- Först-i-ST
- Konsultationsmall, Mini CEX, CBD, DOPS, 360°
- Specialistkollegium
- Mittvärdering/Mitt-i-ST
- Vetenskapligt arbete
- Kvalitetsarbete
- Specialistexamen

På vårdcentralen

- Kontinuitet – ansvar för egen patientlista
- Ledarskap
- Hembesök
- Palliativ vård i hemmet, kontakt med hemsjukvården
- Äldreboende
- BVC
- Jourcentral
- Rehabiliteringsarbete, kontakt med FK, AF, arbetsgivare och socialtjänsten
- Myndighetsuppdrag t.ex. intyg och smittskydd
- Handledning av läkarstudenter, AT och BT
- Medverka i "intern utbildning" på VC

Obligatoriska sidotjänstgöringar

- Gynekologi
- Barnmedicin
- Psykiatri/beroende
- Akutsjukvård & internmedicin

Övriga utbildningsaktiviteter

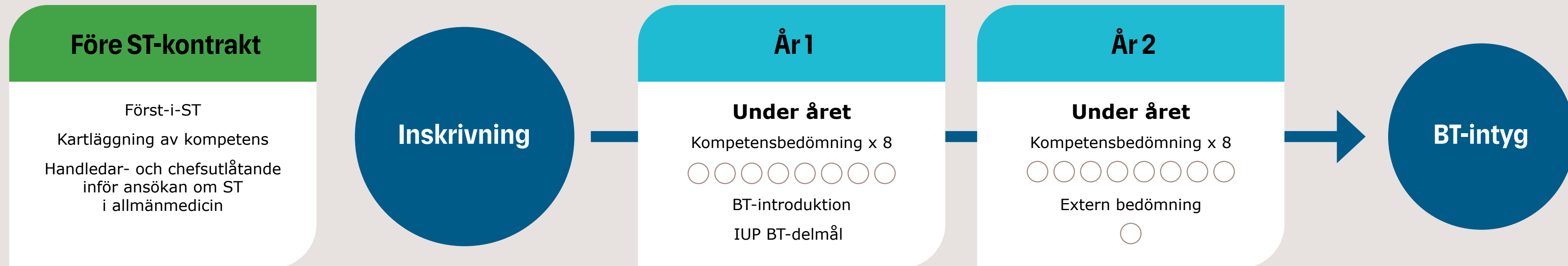
- ST-dagar
- Basgrupp/nätverksgrupp/FQ-grupp
- Systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete a4
- Kurs delmål a4, rekommenderas

Obligatoriska kurser

- Ledarskap a1
- Handledare a1
- Etik, mångfald och jämlikhet a2
- Medicinsk vetenskap a5
- Lagar, föreskrifter och organisation a6
- Kommunikation b1
- Sjukdomsförebyggande arbete b2
- Läkemedel b3
- Försäkringsmedicin b4
- Palliativ vård b5
- Allmänmedicinskt arbetssätt c3
- BHV c6
- Juridik c14

Vägen till specialist i allmänmedicin – BT-del

HSLF-FS 2021:8



Intern utbildning

Kompetensbedömning

- Först-i-ST
- Konsultationsmall, Mini-CEX, CBD, DOPS, 360°
- BT-kollegium

På vårdcentralen

- Patientcentrerad konsultation/kommunikation
- Anamnes och status, klinisk bedömning
- Praktiska färdigheter och undersökningsteknik
- Vårdokumentation

se BT-checklista

Extern utbildning

BT-placeringar på sjukhus

- Akut sjukvård
- Psykiatri

Kurser

- Relevanta kurser för att uppnå BT-del mål
- PLUS (för utlandsutbildade läkare)
- Eventuellt språk & kommunikation

Övriga utbildningsaktiviteter

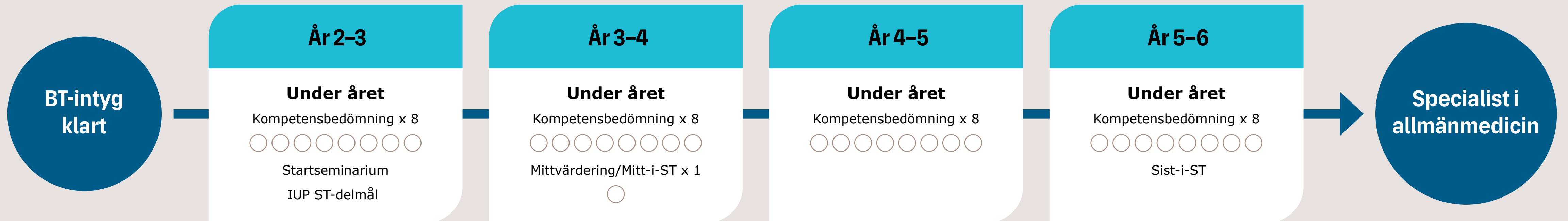
- A-HLR
- Simuleringsövningar

Kompetensbedömning

- Medsittningar under BT-placeringar
- BT-kollegium

Vägen till specialist i allmänmedicin – ST-del

HSLF-FS 2021:8



Intern utbildning

Årligen

- Kompetensbedömningar
- Planera sidotjänstgöringar
- Kursplanering
- Undervisa, handleda, leda
- Uppdatera utbildningsplan
- Årsrapport
- Handledarutlåtande
- Möte med ST/HL/VC/SR
- Specialistkollegium
- Uppdatera utbildningsplan - IUP

Kompetensbedömning och arbeten

- Först-i-ST
- Konsultationsmall, Mini CEX, CBD, DOPS, 360°
- Specialistkollegium
- Mittvärdering/Mitt-i-ST
- Vetenskapligt arbete
- Kvalitetsarbete
- Specialistexamen

På vårdcentralen

- Kontinuitet – ansvar för egen patientlista
- Ledarskap
- Hembesök
- Palliativ vård i hemmet, kontakt med hemsjukvården
- Äldreboende
- BVC
- Jourcentral
- Rehabiliteringsarbete, kontakt med FK, AF, arbetsgivare och socialtjänsten
- Myndighetsuppdrag t.ex. intyg och smittskydd
- Handledning av av läkarstudenter, AT och BT
- Medverka i "intern utbildning" på VC

Extern utbildning

Obligatoriska sidotjänstgöringar

- Gynekologi
- Barnmedicin
- Psykiatri/beroende
- Akutsjukvård & internmedicin

Övriga utbildningsaktiviteter

- ST-dagar
- Basgrupp/nätverksgrupp/FQ-grupp
- Kurs i Systematiskt kvalitets och patientsäkerhetsarbete STa2
- Kurs i Medicinsk vetenskap STa3

Obligatoriska kurser

- Hälsoekonomi och organisation STa1
- Etik STa4
- Ledarskap STa5
- Lärande (handledning) STa6
- Kommunikation med patienter och närstående (konsultation) STb1
- Sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete STb2
- Försäkringsmedicin STb3
- Palliativ vård STb4
- Allmänmedicinskt arbetssätt STc3
- BHV STc6
- Läkemedelsbehandling STc14
- Lagar och förordningar STc15

Gäller för: Vårdval, Primärvårdens utbildningsenhet, Närhälsan

Giltig från: 2023-08-16

Innehållsansvar: Christina Vestlund, (chrve3), Distriktsläkare

Giltig till: 2025-07-31

Granskad av: Christina Vestlund, (chrve3), Distriktsläkare

Godkänd av: Camilla Sandin Bergh, (camsa4), FoU-chef

Kompetensutvecklingstid för ST-läkare i allmänmedicin

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska ST-läkare ha avsatt planerad tid för självstudier, även kallad ST-tid eller kompetensutvecklingstid.

Kompetensutvecklingstid per vecka

ST-läkare i allmänmedicin i VGR har rätt till fyra timmar kompetensutvecklingstid per vecka vid heltidstjänstgöring på vårdcentralen, vid lägre tjänstgöringsgrad minskas tiden i relation till arbetstiden.

För ST-läkare som inleder ST2021 med BT, rekommenderas schemaläggning i form av luftigare schema med tiden fördelad över veckan. Efter att regionala PLUS-kursprogrammet är avslutat och för övriga ST rekommenderas sammanhållen tid en gång i veckan, till exempel en eftermiddag per vecka.

Grundregeln är att ST har rätt till avsatt tid under hela året men under semesterperioder kan tiden behöva flyttas i schemat i samråd mellan ST-läkare och chef/schemaläggare.

I normalfallet rekommenderas att kompetensutvecklingstiden förläggs på vårdcentralen.

Under sidotjänstgöring

Under sidotjänstgöring är det viktigaste att delta i klinikkens arbete och tid kan tas ut endast inom ramen för den aktuella klinikkens verksamhet och i överenskommelse med sidotjänstgöringskontrakt.

Aktiviteter som ersätter kompetensutvecklingstid

Följande aktiviteter ersätter kompetensutvecklingstid aktuell vecka:

- ST-dag
- Basgrupp
- Kurs
- FQ-grupp
- Balint-grupp

Under period då tid avsätts för vetenskapligt projektarbete (eller större kvalitetsarbete) rekommenderas halverad kompetensutvecklingstid.

Vad ingår i kompetensutvecklingstid?

I kompetensutvecklingstid ingår:

Kompetensutveckling

Innefattar självstudier exempelvis utifrån patientfall, litteratur- och internetsökning, inläsning inför sidotjänstgöring, förberedelser inför en föreläsning/presentation på läkarmöte/APT, förberedelser inför handledning av exempelvis studenter, studiebesök, medsittning hos kollega med mera.

Arbete och dokumentation av ST-utbildning

Här ingår att uppdatera portfölj i ST-forum, skriva och uppdatera individuell utbildningsplan (IUP), skriva årsrapporter, planera/söka kurser, skriva sidotjänstgöringskontrakt, planera aktiviteter till basgrupp/ST-dagar, förberedelser inför mittvärdering, avslutningssamtal och specialistexamen, bevaka mejl med mera.

Vad ingår inte i kompetensutvecklingstid?

I kompetensutvecklingstid ingår INTE:

- Patientadministrativt arbete
- Handledningstid
- Kvalitets- och utvecklingsarbete
- Vetenskapligt projektarbete
- Kompetensbedömningar (medsittning/videoinspelning)

Innehållet i kompetensutvecklingstiden dokumenteras av ST-läkaren, rapporteras till handledaren och utvärderas i samband med handledarsamtal.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje verkställighet

Gäller för: Vårdval, Primärvårdens utbildningsenhet, Närhälsan

Innehållsansvar: Christina Vestlund, (chrve3), Distriktsläkare

Granskad av: Christina Vestlund, (chrve3), Distriktsläkare

Godkänd av: Camilla Sandin Bergh, (camsa4), FoU-chef

Dokument-ID: RHS9920-564005618-17

Version: 1.0

Giltig från: 2023-08-16

Giltig till: 2025-07-31

Lathund för SoS-intyg som ska bifogas specialistansökan Allmänmedicin.

Använd SoS-blankett SOSFS 2015:8 Bilagor 1 tom 7. Intyg skickas i original (spara kopior)

Del-mål	Sammanfattning av innehåll i delmålen	Intyg klinisk tjänstgöring våc	Intyg klinisk tjänstgöring sidoplacering	Annat intyg
a1	Medarbetarskap, ledarskap och pedagogik	X		Kurs
a2	Etik, mångfald och jämlikhet	X		Kurs
a3	Vårdhygien och smittskydd	X		
a4	Systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete	X		Kvalitets- och utvecklingsarbete
a5	Medicinsk vetenskap	X		Kurs Vetenskapligt arbete
a6	Lagar och andra föreskrifter samt hälso- och sjukvårdens organisation			Kurs
b1	Kommunikation med patienter och närstående	X		Kurs
b2	Sjukdomsförebyggande arbete	X		Kurs
b3	Läkemedel	X	X	Kurs
b4	Försäkringsmedicin	X		Kurs
b5	Palliativ vård i livets slutskede	X		Kurs
c1	Bedöma och handlägga förekommande hälsoproblem, etiskt och medicinskt	X	X	
c2	Behärska medicinsk angelägenhetsgrad och prioritera mellan vårdsökande	X	X	
c3	Följa patientens hälsotillstånd över tid med hänsyn till livssituation, samt patientens tankar, oro och önskningsar.	X		Kurs
c4	Kunna diagnostisera, behandla och följa patienter i alla åldrar med hälsoproblem och vanliga folksjukdomar, inklusive missbruk och beroende	X	X	
c5	Kunna initialt bedöma, remittera och följa personer med sjukdomar som behöver vård utöver den egna enhetens resurser	X	X	
c6	Behärska hälso- och sjukvårdsarbete för barn och ungdomar Kunna identifiera och handlägga barn som misstänks fara illa	X	X	Kurs

Delmål	Sammanfattning av innehåll i delmålen	Intyg klinisk tjänstgöring våc	Intyg klinisk tjänstgöring sidoplacering	Annat intyg
c7	Kunna handlägga vanligt förekommande gynekologiska sjukdomar hos kvinnor i olika åldrar samt mödrahälsovård vid normala graviditeter	X	X	
c8	Behärska äldres specifika hälsoproblem Behärska hemsjukvård och palliativ vård i livets slutskede för personer i alla åldrar	X	X*	
c9	Behärska hembesök som verktyg vid diagnostik och behandling	X		
c10	Kunna initiera och medverka i medicinsk rehabilitering och arbetsrehabilitering i samarbete med samhällets övriga resurser	X		
c11	behärska myndighetsuppdrag som ingår i tjänsten, inklusive smittskydd	X		
c12	Kunskap om folkhälsoarbete allmänt och lokalt	X		
c13	Kunna handlägga vanliga och viktiga psykiska sjukdomar med betoning på de stora folksjukdomarna	X	X	
c14	Kunna tillämpa lagar och andra föreskrifter som gäller för specialiteten	X		Kurs

*skriv ett separat specificerat intyg Äldreboende/HSV

Del av delmål som kan uppfyllas på en eller flera av nedanstående sidokliniker, avgörs av ST-läkaren beroende på vad man har jobbat med under placeringen:

- Medicin/Akutklinik/Kirurgi/Ortopedi: **b1, b2, b3, c1, c2, c4, c5**
- Psykiatri: **b1, b2, c1, c2, c4, c5, c13, c14**
- Ögon/Hud/ÖNH: **b1, b2, c1, c2, c4, c5,**
- Barn: **b1, b2, b3, c1, c2, c5, c6**
- Gynekologi: **b1, b2, c1, c2, c4, c5, c7**
- Geriatrik: **b1, b2, c1, c2, c4, c5, c8, c9**

Godkänd klinisk tjänstgöring intygas av handledare på VC/sidoklinik. För tjänstgöring på VC kan delmål a1-a5, b1-b5, c1,c14 intygas på samma intyg.

Obligatoriska kurser (delmål a1, a2, a5, a6, b1-b5, c3, c6, c14) intygas av kursledare/handledare. Då flera kursmål uppnås i samma kurs kan detta intygas på *ett* intyg.

Godkänt skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer intygas av ST-läkarens handledare.

Godkänt kvalitets- och utvecklingsarbete intygas av handledaren på vårdcentralen.

2024-06-13

Lathund för SoS intyg som ska bifogas specialistansökan allmänmedicin HSLF-FS 2021:8

Använd SoS-blankett HSLF-FS 2021:8 bilagor 5 tom 12. Intyg skickas i original (spara kopior).

Obs: Bilaga 8, Auskultation, är ej giltig för allmänmedicin.

Delmål	Sammanfattning av innehåll I delmålen	Intyg klinisk tjänstgöring vårdcentral	Intyg klinisk tjänstgöring sidoplacering	Annat intyg
STa1	Hälsoekonomi och organisation	X		Kurs
STa2	Systematiskt kvalitets och patientsäkerhetsarbete	X		Intyg utvecklingsarbete
STa3	Medicinsk vetenskap	X		Intyg Medicinsk vetenskap
STa4	Etik	X		Kurs
STa5	Ledarskap	X		Kurs
STa6	Lärande	X		Kurs
STa7	Vårdhygien och smittskydd	X		
STb1	Kommunikation med patienter och närstående	X		Kurs
STb2	Sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete	X		Kurs
STb3	Försäkringsmedicin	X		Kurs
STb4	Palliativ vård	X		Kurs
STc1	Bedöma och handlägga förekommande hälsoproblem, etiskt och medicinskt	X	X	
STc2	Behärska medicinsk angelägenhetsgrad och prioritera mellan vårdsökande	X	X	
STc3	Följa patientens hälsotillstånd över tid med hänsyn till livssituation, samt patientens tankar, oro och önsknigar.	X		Kurs
STc4	Kunna diagnostisera, behandla och följa patienter i alla åldrar med hälsoproblem och vanliga folksjukdomar, inklusive missbruk och beroende	X	X	
STc5	Kunna initialt bedöma, remittera och följa personer med sjukdomar som behöver vård utöver den egna enhetens resurser	X	X	

Delmål	Sammanfattning av innehåll I delmålen	Intyg klinisk tjänstgöring vårdcentral	Intyg klinisk tjänstgöring sidoplacering	Annat intyg
STc6	Behärska hälso- och sjukvårdsarbete för barn och ungdomar Kunna identifiera och handlägga barn som misstänks fara illa	X	X*	Kurs
STc7	Kunna handlägga vanligt förekommande gynekologiska sjukdomar hos kvinnor i olika åldrar samt mödrahälsovård vid normala graviditeter	X	X	
STc8	Behärska äldres specifika hälsoproblem Behärska hemsjukvård och palliativ vård i livets slutskede för personer i alla åldrar	X	X*	
STc9	Behärska hembesök som verktyg vid diagnostik och behandling	X		
STc10	Kunna initiera och medverka i medicinsk rehabilitering och arbetsrehabilitering i samarbete med samhällets övriga resurser	X		
STc11	behärska myndighetsuppdrag som ingår i tjänsten, inklusive smittskydd	X		
STc12	Kunskap om folkhälsoarbete allmänt och lokalt	X		
STc13	Kunna handlägga vanliga och viktiga psykiska sjukdomar med betoning på de stora folksjukdomarna	X	X	
STc14	Läkemedelsbehandling	X	X	Kurs rekommenderas
STc15	Kunna tillämpa lagar och andra föreskrifter som gäller för specialiteten	X		Kurs rekommenderas

Intyg om fullgjord tjänstgöring med tjänsteförteckning undertecknas av verksamhetschef.

Godkänd klinisk tjänstgöring intygas av handledare på VC/sidoklinik. För tjänstgöring på vårdcentral kan delmål STa1- STa7, STb1- STb4, STc1- STc15 intygas på samma intyg. Specifikation kring beroende och missbruk. *Skriv ett separat specificerat intyg klinisk tjänstgöring för Äldreboende/HSV och BVC.

Delmål som kan uppfyllas på en eller flera av nedanstående sidokliniker, avgörs av ST-läkaren beroende på vad man har jobbat med under placeringen:

- Medicin/Akutklinik/Kirurgi/Ortopedi: STb1, STb2, **STc1, STc2, STc4, STc5, STc14**
- Psykiatri och beroende: STb1, STb2, STc1, **STc2, STc4** (specifikation kring beroende och missbruk), **STc5, STc13, STc14, STc15**
- Ögon/Hud/ÖNH: STb1, STb2, STc1, **STc2, STc4, STc5**
- Barn: STb1, STb2, **STc1, STc2, STc5, STc6, STc14**
- Gynekologi: STb1, STb2, **STc1, STc2, STc4, STc5, STc7**
- Geriatrik/SÄBO: STb1, STb2, **STb4, STc1, STc2, STc4, STc5, STc8, STc9**

Obligatoriska kurser (delmål STa1, STa4, STa5, STa6, STb1- STb4, STc3, STc6) intygas av kursledare. Då flera kursmål uppnås i samma kurs kan detta intygas på *ett* intyg.

Sidotjänstgöringskontrakt för ST-läkare i allmänmedicin

Mottagande klinik/mottagning:.....

ST-läkare:

Mail:..... Tel:.....

Personnummer:..... Förskrivarkod:.....

VGR id:..... Kan IT-systemet Melior: () ja () nej

Vårdcentral:.....

Huvudhandledare på vårdcentralen:.....

Mail:..... Tel:.....

Studierektor:.....

Mail:..... Tel:.....

Tjänstgöring: (obs, läs klinikinformation på ST-Forum)

Tidsperiod:.....Tjänstgöringsgrad:.....

Obligatoriska ST-dagar/basgrupp:.....

Kurser:.....

Planerad vårdcentralstjänstgöring:.....

Andra schemaönskemål: (T.ex.Arbetstidsförläggning, primärvårdsjourer, ledighet)

.....

.....

Under sidotjänstgöringen har jag som ST-läkare i samråd med min handledare utifrån målbeskrivning och lärandemål inom allmänmedicin önskan om fokus på följande:

Handledare på kliniken:.....

Schemaläggare på kliniken:.....

Schemaönskemål godkänns: ja nej

Om nej, kommentar:

Klinikens svar på önskan om sidotjänstgöringens fokus och innehåll:

Utbildningsansvarig på kliniken

Namn/titel..... Datum.....

Sammanfattning och feedback till ST-läkare

Från klinik/mottagning:.....

till ST-läkare:.....

Bra:

Kan utvecklas:

Kommentar:

Handledare:.....

Datum:.....

Fakturauppgifter

All fakturering till Västra Götalandsregionen ska ske med elektronisk faktura. Använd fakturauppgifterna till exempel när du bokar resa via Lingmerths eller kurser av kursarrangör.

Extern leverantör

Exempel på extern leverantör: Lingmerths, SFAM och kursarrangörer som inte tillhör Västra Götalandsregionen.

Regionhälsan Fe 007 405 83 Göteborg

GLN Regionhälsan: 7350003379232

PEPPOL-ID Regionhälsan: 0088:7350003379232

Organisationsnummer VGR: 232100-0131 (samtliga förvaltningar)

Beställar-ID: 495001 (ange alltid som referens)

Internt inom VGR

Exempel på intern leverantör: Allmänläkarkurser, VGR-akademin och Sahlgrenska.

Regionhälsans i-nummer (internt kundnummer): i60801

Ansvarsnummer: 49500 (ange alltid som referens)

Lathund handledning

ST Allmänmedicin



Primärvårdens utbildningsenhet

Denna manual har tagits fram av Primärvårdens utbildningsenhet i Västra Götalandsregionen. Syftet är att ge en överblick över dina uppgifter som ST-handledare i allmänmedicin.

Fylligare information om styrande dokument som gäller för ST i allmänmedicin, nationellt och regionalt återfinns på vår hemsida.

Studierektorerna för ST i allmänmedicin

Västra Götalandsregionen

2020-05-11

Handledare för ST Allmänmedicin skall

- vara specialistläkare i allmänmedicin.
- ha adekvat handledarutbildning med dokumenterad erfarenhet av läkartjänst i primärvårdsverksamhet minst två år samt omfattande hela det uppdrag som ingår i VGPPV.
- ha adekvat konsultationsutbildning.
- arbeta på samma enhet som sin ST-läkare och med tillräcklig närvaro för att följa och bedöma ST-läkarens utveckling.
- stödja samt kontinuerligt bedöma sin ST-läkare med på förhand kända och av VGR rekommenderade metoder, för att kunna följa progression mot färdig specialist.
- kontinuerligt dokumentera handledning och bedömning.
- intyga ST-läkarens kompetens vid specialistansökan.

I handledaruppdraget ingår

- att ha genomgått grundläggande handledarutbildning innefattande handledning, pedagogik, metoder för bedömning, kommunikation och etik.
- **minst** en timme schemalagd individuell handledning per vecka.
Skilj handledning från medicinsk instruktion.
- handledartiden bör utökas om handledare/studierektor bedömer att så erfordras utöver handledningstid för för- och efterarbete innefattande genomgång av ST-läkarens journaler, remisser, lab-prover och intyg för att kunna ge återkoppling till ST-läkaren.
- att hålla sig uppdaterad på hemsidan:
www.vgregion.se/pue
- att göra först i ST, delta i startseminarium och upprätta utbildningsplan tillsammans med ST-läkaren och studierektorn.
- att delta i mittvärdering och specialistkollegium, ge feedback utifrån bedömningsmallar och skriva årliga handledarutlåtanden i ST-forum.
- att regelbundet tillsammans med ST-läkaren inventera behov av och planera för kurser och sidotjänstgöringar utifrån ST-läkarens utbildningsplan och målbeskrivningen.
- att medverka i sist i ST.
- att delta i av studierektor anordnade handledarträffar samt regelbunden fortbildning för handledare.

Ovanstående innebär att 10% av en heltidstjänst behöver avsättas för handledning av en ST-läkare.

Checklista för handledning

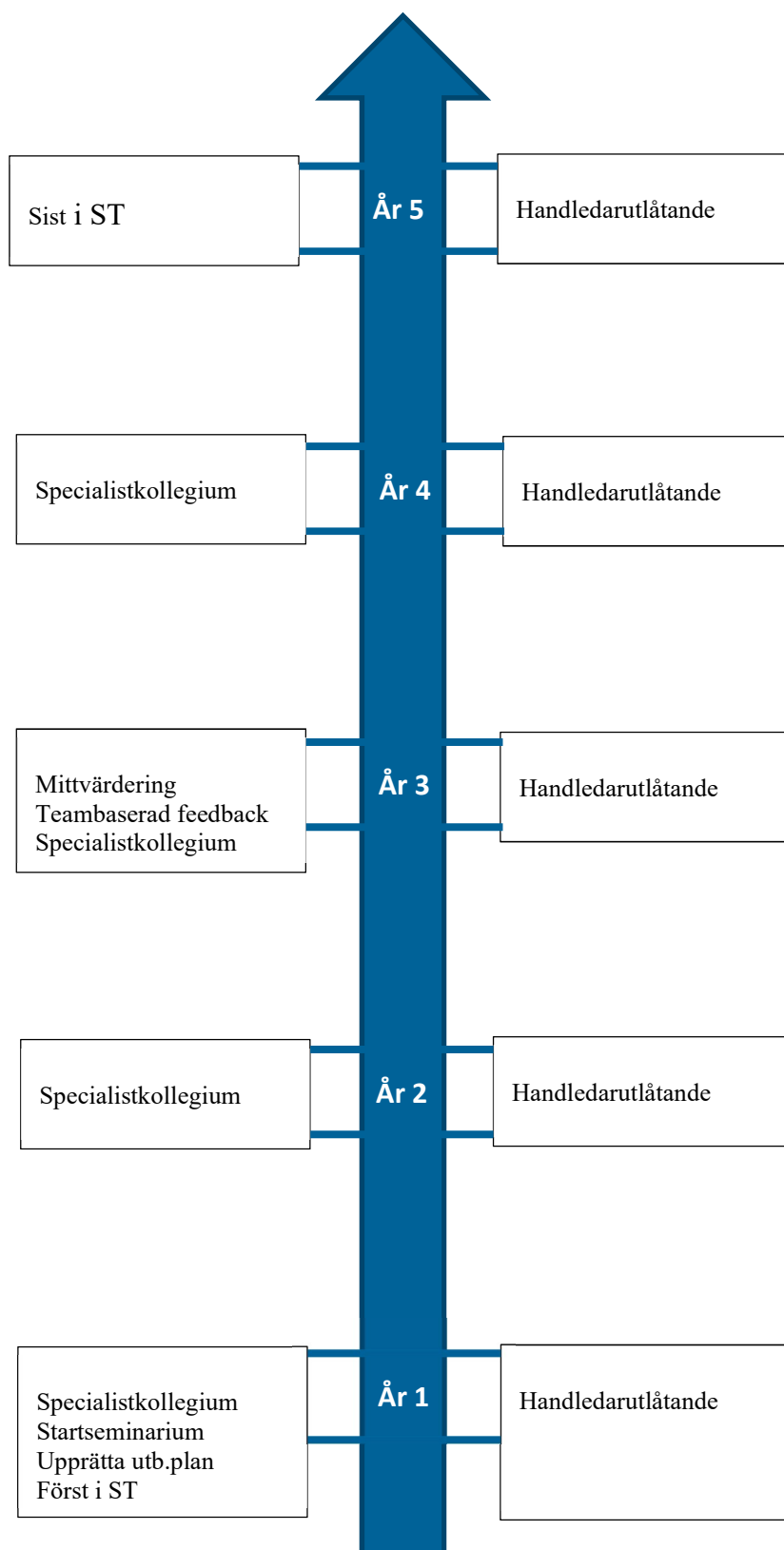
	Varje gång	Minst var 3:e månad
1. Vad behöver ST-läkaren ta upp idag?	X	
2. Vad behöver handledaren ta upp idag?	X	
3. Dagens planerade ämne?	X	
4. Feedback	X	
5. Finns tid för nästa träff?	X	
6. Vad skall vi göra nästa gång?	X	
7. Genomgång av utvalt medicinskt delmål utgående från målbeskrivningen och den individuella utbildningsplanen		X
8. Etik – diskussion		X
9. Kommunikation med patient/anhöriga		X
10. Samarbete med personal/kollegor		X
11. Reflektion kring handledningen		X
12. Bedömning enligt VGR:s bedömningsmallar genom medsittning/video www.vgregion.se/handledning-STA		X

Handledningsmodell

Specialist i Allmänmedicin Specialistexamen

Under året
○ Konsultation
○ Kliniska färdigheter
○ Praktiska färdigheter
○ Fallbaserad diskussion

Regelbundet
○ Kursplanering
○ Planering sidutbildning
○ Genomgång utbildningsplan
○ Specialistkollegium
○ Handledarutlåtande
○ Avstämning årligen med ST/HL/SR
○ Handledarträffar



Läs mer: www.vgregion.se/pue

2020-05-11

Dokumentnamn: Lathund handledning

Kontaktperson: Elisabeth Karlsson, Regionhälsan,
Primärvårdens utbildningsenhet

Telefon 076-791 81 00

E-post: elisabeth.maria.karlsson@vgregion.se
www.vgregion.se/pue



Studierektorsenhet primärvård, Södra Bohuslän

Regionhälsan, Västra Götalandsregionen

2020-03-09

Utvecklingsfrågor

Som kan användas vid veckosittning med utbildningsläkare

Det praktiska arbetet

Vad tycker du

- är roligast i arbetet?.....

.....

- är besvärligt i arbetet?.....

.....

Vilka arbetsuppgifter

- börjar du tycka att du kan?.....

.....

- Tycker du att du inte klarar så bra?.....

.....

- Vad skulle du helst vilja lära dig härnäst?.....

.....

Patienterna

Vilken typ av patienter

- tycker du bäst om att ha att göra med?.....

.....

- har du svårast för?.....

.....

Arbetskamraterna

Hur fungerar samarbetet med kollegor och övrig personal?.....
.....

De personliga egenskaperna

Vilka egenskaper har du som du tycker
- underlättar för dig i det här yrket?.....
.....

- försvårar för dig i det här yrket?.....
.....

Handledning

Vad skulle du vilja ha
- mer av i handledning?.....
.....

- mindre av i handledning?.....
.....

Studierektorsenhet primärvård Södra Bohuslän

Regionhälsan, Västra Götalandsregionen

2020-03-09

Handledning

Datum:.....

Veckan som gått

Schemat:.....
.....
.....

Antal patienter:.....

Diagnoser:.....
.....

Falldiskussion:.....

Inläst artikel:.....

Praktisk övning:.....

Reflektion, gjorde – kände – lärde:.....
.....

Planering nästa handledning:.....
.....

Systematiskt kvalitetsarbete för ST-läkare i allmänmedicin

För anvisningar kring delmålens fullständiga innehåll hänvisas till målbeskrivningarna med SFAMs rekommendationer.

Förbättringsarbete är en förutsättning för att sjukvården ska utvecklas och ny kunskap och arbetssätt ska kunna implementeras i vardagen. Förmågan att kunna genomföra förändringar är också en av nyckelkompetenserna när det kommer till ledarskap.

ST-läkare ska delta i vårdcentralens patientsäkerhet- och kvalitetsarbete under hela ST. Systematiskt står för kontinuerligt arbete med strukturerad uppföljning.

För att kunna genomföra systematiskt förbättringsarbete behövs kunskap om evidensbaserade metoder för förbättrings- och kvalitetsarbete.

Genomförande

1. Inhämta teoretiska kunskaper om metoder och processer inom förbättringskunskap samt patientsäkerhet genom kurs eller egenstudier.
2. Identifiera ett problem i din egen verksamhet. Ta hjälp av din verksamhetschef och eventuellt medicinskt ansvarig läkare.
3. Kartlägg problemet och definiera önskad förändring, förankra
4. Gör en plan för hur målet ska uppnås, förankra
5. Värdera risken för eventuellt oönskade konsekvenser
6. Genomför förändringen, eventuellt i flera omgångar
7. Utvärdera om det blev en förbättring
8. Följ upp att förbättringen kvarstår

I de flesta fall räcker det inte med att skriva ett PM, förändringsprocessen förutsätter stegen ovan inklusive implementering och uppföljning.

ST-läkare genomför under sin ST minst ett förbättringsarbete. Krav är aktivt deltagande och ledande av arbetet men gärna i samverkan med andra personalgrupper.

Arbetet ska presenteras såväl muntligt som skriftligt. Handledaren granskar och bedömer arbetet samt intygar på Socialstyrelsens blankett för aktuell målbeskrivning.

VGR's regionala riktlinjer anger ungefärlig tidsåtgång för kvalitetsarbetet till fyra veckor. Detta innefattar hela processen.

Tanken är att förbättringsarbete ska ske parallellt med klinisk verksamhet och att ST-läkare ska få kontinuerlig tid avsatt för kvalitetsdriven verksamhetsutveckling.

Relaterade dokument

[Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd](#)

SOSFS 2015:8 delmål a4 *Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete*

HSLF-FS 2021:8 delmål BT6 *Systematiskt kvalitetsarbete* samt STa2 *Systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete*

SFAM [Svensk Förening för Allmänmedicin](#)

PERIODPLAN

TID	ÄMNE /FOKUSOMRÅDEN Var står jag idag? Vad vill jag uppnå?	HUR ska jag uppnå målen? Kurs, litteratur, konferens, auskult, remissmott, styrd mottagning	VAR ska jag arbeta med mitt fokusområde?	Blev det som jag planerat? Om inte varför? UTVÄRDERING och RESULTAT tsm med handledare

Ur boken ”*Vägen till specialist – handledning och lärande för läkare i ST*” av Charlotte, Henry Egidius och Bosse Erwander, Studentlitteratur 2002.

Inledning

Learning by doing

Pragmatismen: ”det fungerande” är det som är verkligt.

Enligt tesen learning by doing lär vi genom att handskas med uppgifter av olika slag, och i samband med det söka kunskap på olika håll. Inte i ett enskilt ämne, inte inom en enskild disciplins ramar, utan varhelst vi finner de bäst fungerande tankarna och informationerna, den djupaste och mest levande kunskapen.

De lärande måste få prova själva. Detta görs med hjälp av handledare, som passar på att diskutera relevant kunskap i situationer där åtgärder ska vidtas, handledare som ger feedback, handledare som då och då sammanfattar med tankar om vad som är de lärandes starka och svaga sidor.

Olika sätt att se på lärande

Lärande är att se meningen med det man tar del av. Vi anstränger oss att förstå helheter och sammanhang. Lärande är att förstå verkligheten. Lärandet gör det möjligt att uppfatta världen annorlunda än tidigare, se saker man inte uppmärksammat eller begripa sådant man inte insett tidigare.

ST-läkarna

De är ST-läkarna som är **ansvariga** för sin kompetensutveckling.

ST-läkarens uppgifter blir då att:

- Planera sin tjänstgöring och relatera tjänstgöringen till målbeskrivningen.
- Söka upp situationer i arbetet som leder till breddning och fördjupning av kompetensen. Det kan gälla manuella färdigheter som operationer och ingrepp, olika undersökningar, svåra samtal, lednings- och undervisningsuppdrag, forsknings- och utvecklingsprojekt och mycket annat.
- Göra en avvägning mellan att få fördjupning och delaktighet i arbetslaget och att hinna se och uppleva allt. Många planerar sin ST utifrån tanken att om *de bara varit på alla ställen* där de kan se och delta i allt som de ska kunna när de blir specialister, så blir det bra. Risken är då att man tillbringar en alltför stor del av de fem ST-åren som en *gäst på olika kliniker* och att man aldrig får uppleva den *djupare arbetsgemenskap* som är så viktig för att förstå vad specialistrollen egentligen innebär. Det har särskilt aktualiserats för blivande specialister i allmänmedicin som hittills tillbringat en mycket stor del av sin ST genom att vandra runt på olika sjukhuskliniker. Likartade problem kan finnas för andra specialiteter, särskilt på större sjukhus.
- *Tänka igenom vad som går att lära sig genom tjänstgöring på den egna kliniken* eller sidotjänstgöring på andra enheter, och vad som lärs in *bäst genom kurser, projektarbeten eller studier* enskilt eller i grupp med andra ST-läkare och så vidare.

Här finns det anledning att betona behovet av individualisering, dels utifrån den enskilde ST-läkarens sätt att utveckla kompetens och hans eller hennes personliga sätt

att lära, dels utifrån det framtida arbetet som specialist. Det krävs, som vi nämnt, en viss grundkompetens för att få kalla sig specialist inom ett område, men under de fem åren ges också ett betydande utrymme för en personlig utformning av den blivande specialistens kompetens.

- Öva upp sin förmåga att *söka och ta emot feedback* så att ST utformas utifrån ST-läkarens, verksamhetens och specialitetens olika perspektiv. Det kan man inte klara på egen hand och det är därför en *väl fungerande handledning är nödvändig*.

Handledarna

- *Stödja* ST-läkarna i deras kompetensutveckling.
- *Kontrollera* att ST-läkarna efter hand tillägnar sig den kompetens som krävs för specialistbevis.
- Verka för att lämpliga åtgärder vidtas, om så krävs, t.ex. genom *att föreslå förändringar i tjänstgöringen, medverka till tjänstgöring vid annan enhet, ge anvisningar om litteraturstudier* eller stimulera till projektarbete.
- Tillse att ST-läkarna *dokumenterar sina erfarenheter* med t.ex. kopior av operationsberättelser, med konferens- och kursintyg och med bedömningar och utvärderingar i samband med speciella insatser i klinikens eller vårdcentralens verksamhet.

Fritt tolkat skulle det kunna innebära att handledarna har till uppgift att:

- Hjälpa till *med utformning av översiktsplanering och periodplanering* av tjänstgöring (se separata dokument), handledning och övrigt lärande (det som i Utbildningsboken kallas "tjänstgörings- och utbildningsplan")
- Ge råd och tips.
- Bedöma starka och svaga sidor hos ST-läkaren och ge *konstruktiv feedback*.
- Handleda ST-läkaren i att *tänka och reflektera som specialist*, t. ex. samband med fall- och situationsanalyser med hjälp av tankeschema.
- *Företräda ST-läkaren* i olika sammanhang.

Verksamhetschefer/Studierektorer

Verksamhetschefer gör klokt i att låta ST-läkare och handledare vara delaktiga i besluten om vem som ska handleda vem.

Verksamhetschefer kan bidra till ST-läkarens utveckling genom att tidigare än nu ge dem *utredningsuppdrag, kvalitetsutvecklingsgifter och egna ansvarsområden*. Detta försvåras om ST-läkarna har en sönderhackad tjänstgöring. Om ST-läkare tidigt under ST känner engagemang i verksamhetens utveckling, får de chans att utveckla kompetenser inom områden *om ledarskap, ekonomi, verksamhetsutveckling och kvalitetsarbete*. Vilket även detta ingår i målen för ST.

Grundantagande i nutida pedagogik

- *Självstyrt lärande.*
- *Delaktighet.*
- *Uppgiftsbaserat lärande* innebär att man ser tjänstgöringen som grund och utgångspunkt för lärandet. Att tjänstgöra som läkare är i första hand att lösa uppgifter i det praktiska arbetet, inte att tillämpa färdigformade kunskaper.

Lärande och kompetensutveckling

In i våra dagar sätter gammal filosofi en hämsko på vårt sätt att utforma och genomföra kurser och utbildningar. För det första är det inte fråga om en rent logisk process, utan om en behovs- och känslöstödd process. För det andra hanterar vi för det mesta information på ett kreativt sätt och kan med fantasins och uppfinningsförmågans hjälp konstruera nya verkligheter.

Problembaserad inläring PBI har måst döpas om till problembaserat lärande (PBL):

- Motivationen att lära ökar när man ställs inför uppgifter som man har ansvar för, vilket beror på att den centrala exekutivfunktionen, uppmärksamheten, förstärks.
- Det som man arbetat med i konkreta situationer får en klar struktur i arbetsminnet, vilket bidrar till att forma övergripande flexibla strukturer i långtidsminnet.
- Nya uppgifter bör introduceras i takt med att en allt rikare erfarenhetsbank byggs upp, så att förvärvad erfarenhet kan ge stöd åt nya intryck och nya åtgärder.

Det uppstår efter hand en sorts allmän förtrogenhet, en förmåga att urskilja och se sammanhang, dra slutsatser och komma på sätt att hantera svårigheter, allt det som i internationell pedagogisk debatt räknas som ”general skills” eller ”transferable skills” och som man lägger stor vikt vid i nutida läkarutbildning världen över.

ST är en period då ett fungerande och funktionellt förråd av kunskaper och erfarenheter etableras, så att uppgifter som möter ST-läkarna blir allt mer välbekanta och kunskap som är angelägen och användbar integreras med de dagliga aktiviteterna, med handlingslivet. Det är i denna *intrimning av säkerhet i bedömnings- och åtgärdsförmåga som handledarna spelar en viktig roll.*

Från novis till expert

En generaliseringsprocess sätts i gång när vi sysslar aktivt med konkreta fenomen och uppgifter. Prototypiska föreställningar bildas spontant i vårt tänkande. De är effektiva, men ibland lite vilseledande. Ju mer vi blir insatta i ett ämnesområde, desto finare distinktioner kan vi göra och desto mer precisa blir de begrepp som vi använder i våra resonemang.

För handledare i ST gäller det att på ett positivt sätt engagera sig i den utveckling av generaliseringar, abstrakta begrepp och principer som ST-läkare uppvisar när de blir mer och mer bekanta med en viss typ av fenomen – medicinska och andra.

Kriteriet på expertis och kompetens är en inte att man kan lösa ett antal uppgifter som finns listade i en målbeskrivning, utan att man kan lösa uppgifter som man inte mött tidigare och som inte finns listade någonstans.

Att klara uppgifterna i specificerade delmål i ST är att ha nått halvvägs mellan novis och expert. Den färdige legitimerade doktorn ska känna sig hemma med själva läkararbetet, till exempel på kliniken eller vårdcentralen. *Den färdige specialisten ska känna sig så hemma med sin specialitet att helt oväntade situationer upplevs som välkomna utmaningar:*

1. Man är novis och är frågande inför det mesta som man möts av.
2. Man är faktasamlade nybörjare som börjar se vad som är och inte är relevant.
3. Man är kompetent aktör som gör saker systematiskt och målinriktat.
4. Man är väl insatt och upplever situationer som helheter och klarar att agera efter kort betänketid.
5. Man framstår som en expert och kan i kritiska situationer blixtnabbt och intuitivt göra mängder av överväganden och bedömningar.

Planering av ST

Tre typer av planering av ST – tre tidsepoker:

- *Regelstyrningens tid*, enligt svensk offentlig förvaltning, var huvudstrategi fram till omkring 1991.
- Sedan kom målbeskrivningens tid. ST-läkaren och handledaren gick igenom den övergripande *målbeskrivningen* med alla dess bestämmelser och riktlinjer och såg sedan på det som stod under rubriken ”Specificerade delmål”. Målen var i många fall inte formulerade på annat sätt än som ”önskemål”. Systemet är fortfarande allmänt och ST är fortfarande i många fall, som man sett många exempel på, block av tjänstgöringar och kurser, precis som på FV-tiden, och inte en specialiseringstjänstgöring med successiv fördjupning styrd av de krav som arbetet på klinikerna och vårdcentralerna ställer. Att uppfylla fastställda mål är nog så bra om man nu skulle tro att världen inte förändras, varken den stora världen eller ens egen lilla värld av arbete och fritid. Men just så är det ju inte. Världen förändras, medicinen förändras, hälso- och sjukvården förändras, patienterna och deras sjukdomar förändras.
- Nästa steg *heter resultatstyrning*. ST-läkaren och handledaren har efter ett förberedande möte en sammankomst med studierektor och verksamhetschef. De går tillsammans igenom vilka typer av uppgifter som specialisterna inom verksamheten arbetar med och förväntas lösa på ett professionellt sätt, i samarbete eller enskilt, som lagmedlemmar eller ledare. Tjänstgöringen planeras för ST-läkaren på sådant sätt att han eller hon kommer att få prova på att ta ansvar för dessa typer av uppgifter i tur och ordning som de blir aktuella. Med hjälp av handledaren, antingen direkt i arbetet eller i samband med inplanerade handledningssamtal, fördjupas och breddas kunskaper, stimuleras reflektion om förhållningssätt och värderingar, finslipas färdigheter etc. Kurser, konferenser, forskning och självstudier ges det särskild tid för. Ett sådant *självstyrt och resultatstyrt arbete* och lärande bör ligga i linje med verksamhetschefens intresse av att få så självgående och kompetenta medarbetare som möjligt. Det som till slut räknas är de resultat som man uppnår. Utveckling består i att individer och verksamheter visar upp vilka resultat som nås med kunskap och metoder som bättre än de gamla hjälper dem att överleva och säkra sin existens. Styrning av en verksamhet sker då genom att de medverkande själva, deras chefer eller deras klienter/kunder/patienter visar sin uppskattning av goda, gärna oväntade resultat av insatserna. På det sättet utvecklas verksamheten utan att begränsas av byråkratiska regler eller snäva målbeskrivningar. Kompetensutvecklingen gynnas av en förskjutning mot längre sammanhängande placeringar och *mera riktade sidotjänstgöringar*, för att inhämta sådan i förväg specificerad kompetens som inte går att skaffa sig på den egna arbetsplatsen.

De övergripande målen

”Övergripande” innebär att de är lika för alla specialiteter. Det betyder att de inte kommer an specialitetsföreningarna inom Svenska läkaresällskapet, utan är ett uttryck för en önskan framförd i riksdagen, att de blivande specialisterna bättre sätt än tidigare ska bli insatta i och medverka i vårdens ekonomiska, organisatoriska, etiska och allmänmänskliga sidor.

*** ST-läkare som ledare**

ST-läkare åtar sig uppgifter som är anpassade till deras kompetensnivå och intressen kan de under sin ST förvärva en kompetens i ledarskap som gör att ledarrollen efter hand känns naturlig både för dem själva och för omgivningen.

***ST-läkare som handledare**

Hälsoekonomi och kritisk läsning.

En viktig del i handledningen kan vara att kritiskt granska artiklar och studier för att öva ST-läkarnas förmåga att självständigt bedöma värdet av nya läkemedel och behandlingsmetoder ur ett ekonomiskt perspektiv.

***Forskning och utveckling**

Kritisk läsning av all ny information som kommer i tidskrifter och läkemedelsreklam kräver ganska goda insikter i metod och teori. (Hur ska man välja att uttrycka sig när man ska ta ställning till behandlingen ifråga och till den information som ska ges patienten?)

Specificerade delmål

ST-läkare och handledare utgår vid planeringen av tjänstgöring, handledning och övrigt lärande från sådant som båda, och i synnerhet handledaren, vet att man ställer som krav på läkare i hans eller hennes specialitet.

I nutida planering gäller det att kunna ta ställning till och bedöma vilka resultat i klinisk förmåga som förväntas av utbildningen.

***Planeringsmöte**

När ST-läkare börjat bli lite varma i kläderna i den verksamhet där de fått anställning, när de lärt känna sina handledare som arbetskamrater i dagliga kontakter, kan det vara dags att ha en konferens om planeringen av ST.

Först har ST-läkare och handledare ett förberedande sammanträde. De pratar sig samman om uppläggningsen och inriktningen i stort och sätter på papper vad de kommit fram till. Nästa steg är att studierektorn kallar samman ett möte med ST-läkaren och handledaren där planen fastställs, eventuellt efter en del förändringar och tillägg.

*** Kontrakt (finns som dokument på hemsidan)**

Ett kontrakt är ett dokument genom vilket två eller flera parter förpliktar sig att göra saker, åtar sig saker.

Det som behöver specificeras är:

- Var man är anställd under fem år framåt.
- Handledningen, av vem, hur ofta, hur omfattande, hur den sker när ST-läkaren är i å

annan arbetsplats.

- Möjligheter att delta i kurser, konferenser och seminarier göra studiebesök osv.
- Avstämningar, halvtidsbedömning, slutbedömning, utvecklingssamtal.
- Vad som händer om ST-läkare och handledare kommer på kant med varandra eller om handledningen inte fungerar som det är tänkt enligt kontraktet och gällande lagstiftning.
- Hur kontraktet kan ändras.

* Översiktsplanering av tjänstgöringen

Vid översiktsplaneringen av ST gäller det för handledare och ST-läkare att med hjälp av aktuella handböcker och annat material komma fram till vad det är som ST-läkaren särskilt ska träna på och fördjupa sig i – för att kunna fungera om en kompetent professionell inom specialiteten, inte för att bli fullärd. Det är detta, att utveckla förmågan att kunna fungera som specialist – och sedan utvecklas som specialist – i en i en klinisk verksamhet, som ska vara vägledande för hur tjänstgöringen planeras. En av ST-läkarens viktigaste lärdomar av specialiseringstjänstgöringen är vanan *att tänka nytt och lära nytt, våga pröva nya vägar*. Översiktsplaneringen skall vara klar till det första möte då kontraktet fastställs och undertecknas. Det är ingen utbildningsplan i vanlig bemärkelse, eftersom det är tjänstgöringen och inte ämnesinnehållet som styr lärandet. Den är ett arbetsinstrument som revideras efter hand som det visar sig önskvärt. Ett sådant planerande kan inte begränsas till att man sätter upp ett antal månader där, kursen den och den, då och då och så vidare.

Man måste klargöra två saker:

- *Vad kan man lära av just den tjänstgöringen?*
- *Vilken tjänstgöring behöver man för att lära just det?*

*Periodplanering (finns som dokument)

För varje tjänstgöringsperiod är en periodplanering till stor hjälp. I den skriver man in *vilket vetande som ska förvärvas eller fördjupas, vilka tekniker som ska behärskas och i vilka avseenden* det gäller att komma fram till personliga synsätt, värderingar och förhållningssätt. Det görs i kolumnen med kompetens. I en annan kolumn skriver man vilka texter som ska läsas och begrundas, vilka kurser eller seminarier som kommer ifråga, när handledningsträffar ska läggas in och vad som ska behandlas på dessa.

Handledning

Handledning är en resurs för ST-läkaren vid planering och genomförande av tjänstgöring och lärande. I handledningen ges också feedback på hur väl kompetensmålen nås. Handledning ges av eller sker vanligen på delegation av verksamhetschefen som gentemot Socialstyrelsen har ansvar för beviset om specialistkompetens. Utbildning som sker i form av tjänstgöring, och på tjänstgöring baserat lärande, kräver handledning. Det ska helst vara ett resultat-fokuserat lärande, där på förhand givna regler och mål spelar mindre roll. Det som räknas är vilka resultat som faktiskt uppnås vilken professionell kompetens ST-läkaren utvecklar och visar. Handledarna har därför en nyckelroll i sammanhanget.
ST-läkaren och handledaren har huvudrollerna i specialiseringstjänstgöringen.

ST-läkare bör kunna sätta sig själva och den egna kompetensutvecklingen i centrum och se handledarna, inte som lärare och examinatore, utan som kollegor att diskutera med, få hjälp av, göra avstämningar med och som föredömen i professionell hållning. *I undervisning står läraren och ämnet i centrum. I handledning står uppgifterna, kraven på kompetens och den lärandes egna professionella och personliga utveckling i centrum.*

Handledning är det när den lärande själv provar att utföra sådant som ska läras och då får hjälp, stöd, tips, uppmuntran och feedback.

I ST-systemet utses handledaren av verksamhetschefen, på vars delegation handledningen sker. *ST-läkarens självstyrda lärande begränsas således av att handledaren har ett ansvar att se till att kompetensutvecklingen sker enligt de regler som finns i Socialstyrelsens författningar och den målbeskrivning som gäller för den enskilda specialiteten.*

De situationer ST-läkaren möter i sitt dagliga arbete är utgångspunkt för lärandet och specialiseringen. Den *reflekterande praktikern* stannar upp inför olika situationer i det vardagliga arbetet och begrundar sina handlingar. *Tjänstgöring med handledning utgör kärnan i utbildningen. Den kompletterande kurser, konferenser, litteraturstudier, seminarier med mera är just kompletterande.*

Handledningsträffar

De kan användas till:

- Genomgång av patientsituationer som kräver reflektion och fördjupning.
- Samtal om aktuella frågor, om organisationen, arbetet på kliniken eller vårdcentralen, ekonomin i hälso- och sjukvården, ledarskap, kvalitetssäkring, sådant som ST-läkare kan behöva dryfta med äldre kollegor – konstruktiva samtal som belyser förutsättningar, ramar, möjligheter, begränsningar.
- Fortlöpande planering av tjänstgöringen.
- Kontinuerlig avstämning mot målen i målbeskrivning eller individuell planering av tjänstgöring och annat lärande.
- Genomgång av det lärande som sker i tjänstgöringen och hur det behöver kompletteras av kurser, konferenser och självstudier.
- Genomgång av sådant som ST-läkare lär sig under tjänstgöring på andra arbetsplatser än där de har sin anställning.

Vad ska man prata om på handledningsträffarna:

- Ska samtalet *förberedas* på något sätt så att du som handledare kan läsa på?
- Vem har ansvaret för att det finns något att samtala om?
- Vad betyder en genomtänkt planering för tjänstgöringen, handledningen och de studier som ingår i den ”kompletterande utbildningen”?

Svaren ter sig ganska självklara när frågorna väl är ställda. En översiktsplanering och periodplanering ger naturliga utgångspunkter för handledning i situationer som ST-läkaren enligt uppställda mål vill bli kompetent att klara av.

Det är ST-läkaren som ska presentera problemen som ska tas upp i handledningen.

Handledaren kan handleda genom att underlätta ST-läkarens reflektion och analys. Det kan till exempel ske med hjälp av ett tankeschema (se vidare Henry Egidius bok). Handledaren behöver inte kunna lösa ST-läkarens problem. Om man genom en gemensam analys med hjälp av ett tankeschema ser på problemet med nya ögon eller upptäcker andra vinklingar har man kommit långt.

Reflekterande praktik

I handledning är man två reflekterande praktiker som möts.. Det som utmärker professionell verksamhet enligt den amerikanske organisationsforskaren Donald Schön, är just reflektion i själva bedömnings- och handlingsögonblicket. Läkaren använder sin kunskap och sin erfarenhet, sin iakttagelseförmåga och sitt handlag till att bedöma och förstå enskilda situationer i deras egenart och att finna utvägar, ibland helt oväntade och tidigare oprövade, att ställa I diagnos och att inleda behandling. Reflekterande handling, "reflection-in-action" är en träffsäker beteckning på expertis, specialistkunnande. Det är den säkerhet man uppnår när man blivit ordentligt insatt i företeelser och tekniker inom ett visst område, så att man kan börja tänka själv, komma på nya lösningar och göra nya iakttagelser. I handledningssituationen kan man tillsammans reflektera över det som gjorts eller hänt, "reflection-on-action", och på så vis successivt utveckla förmågan till reflekterande handling.

Genom att utgå från konkreta situationer, t ex den med ST-läkaren och sjuksköterskan, kan man i handledningen fördjupa sig i olika aspekter av läkaryrket: läkarens och sjuksköterskans roller och ansvar förr och nu, patienternas rättigheter, hur anhöriga kan bli delaktiga i vården, lagar och regler, etiska aspekter vid vård av patienter som inte kan framföra sina önskemål själva, olika möjligheter att behandla sömnstörningar, läkemedel och äldre och så vidare. Under handledningsträffarna bör stressen, tidspressen och behovet av omedelbar handling vara bortkopplade.

Situationer i vardagen kan ge anledning till handledning om komplicerade medicinska, organisatoriska, psykologiska och andra frågor.

Medsittning

Medsittning heter en metod som är enkel att åstadkomma. Handledaren följer helt enkelt ST-läkaren under dennes arbete och ger efteråt feedback på olika relevanta aspekter av dennes agerande, alltifrån bemötande av patienter till planering av utredningar.

Handledning kan gälla hur man sätter gränser för att kunna ägna tid åt både privatliv och yrke.

Ramar för samarbetet

Eftersom ST-läkarna är i underläge är det särskilt viktigt för dem att veta vad de kan förvänta sig av sin handledare.

Hur ofta och hur länge kan man träffas för sammanhängande handledning med telefon och sökare avstängda? Hur ska dessa träffar förberedas och var ska de äga rum? Tiden är inte oviktig. *Bestäm gärna i förväg hur lång tid ni har på er.*

Att på detta sätt göra upp ramar för relationen kan kännas krångligt och överdrivet. Det man

kan vinna är att båda blir klara över förväntningar och kan förutsäga och därmed hantera sin situation. En fråga som man kan ta upp är vad handledaren ska göra om andra kolleger kommer och har synpunkter på ST-läkaren.

Ingen vet kanske exakt hur ni tänkt er det hela, men genom att ”tänka högt” utifrån den andres frågor brukar man konstruera sin egen uppfattning.

På en del arbetsplatser avvaktar man innan handledare utses. ST-läkaren har därmed en chans att känna efter lite och sedan önska någon som huvudhandledare. När det a. Det kan ha uppstått ömsesidig sympati, vilket är en bra grund för fortsatt kommunikation och relation. Det kan ha uppstått tveksamhet och då är det bra att kunna söka ett alternativ.

Samspel och kommunikation

När man ska ta reda på hur en annan människa tänker, är det bra att använda så kallade öppna frågor, sådana som börjar med vad, när, hur, vem, vilka och varför. Frågorna kan handla om såväl fakta som värderingar och känslor. När man har fått en beskrivning av den andre, svarar man med en sammanfattning av hur man uppfattat naken. En sammanfattning kan man inleda med orden ”Om jag förstått dig rätt, så ...”. Den avslutas lämpligen med en paus. Stämmer? Stämmer delvis?

Olika samtalsformer

- Konversation
 - Undervisande och instruerande samtal (riskerar övergå i över- och underordning).
 - Utforskande intervju
 - Tankeutbyte genom öppen dialog – deliberation, överläggning
- Jürgen Habermas kallar i (’Kommunikativt handlande’) en förmåga som gör att två eller flera personer kan nå fram till en gemensam förståelse av situationer, handlingar och åtgärder ”kommunikativ kompetens”. Genom att:

- Uttrycka sig på ett språk som förstås av dem som man samtalar med.
- Ta fatt i och spinna vidare på de övrigas inlägg.
- Söka förstå egna och andras inlägg utifrån olika utgångspunkter.

Argumentens tyngd är det enda som gäller, inte den ene eller den andres ställning eller kunskaper. I en sådan dialog är handledare och ST-läkare helt jämställda.

Överläggning och öppen kommunikation behövs för att vissa frågor inte kan avgöras med rent logiskt tänkande eller ren vetenskap. Det finns mer än en form av rationell tanke och handling. Rationalitet är ett ord som står för klokskap, att fatta något på ett klokt och riktigt sätt. Den vetenskapliga rationaliteten är en form, men inte den enda. Den hjälper oss inte i alla situationer. Det finns också till exempel värderationalitet, bedömning på grundval av etiska ställningstaganden. Det kan vara relevant när man ska fatta beslut som måste grundas, inte bara på vetenskaplig evidens, utan också på vad som är klokt i ett mänskligt och socialt perspektiv. Det finns mycket forskning om detta, på senare tid även inom neurovetenskaperna.

Utforskande intervju och tankeutbyte genom öppen dialog kan ske på många olika sätt. Huvudprincipen är dock att man hjälper till med strukturerade analysmodeller som till exempel ett tankeschema, som presenteras i annat sammanhang. Man kan också komma med inpass som kan stimulera båda parter att tänka vidare eller rinna nya infallsvinklar.

Det kan ske med frågor som länkar in och öppnar tänkandet mot olika alternativ, med reflektioner som gäller olika paradigmen som kan vidga perspektiven, till exempel ett medicinskt, kompletterat av ett psykologiskt eller humanistiskt, sociokulturellt och politiskt paradigmen.

Metakommunikation

I metakommunikation reflekterar man över sitt sätt att relatera till varandra, att kommunicera och över vad man talar om. Kanske man då upptäcker att man till exempel ständigt refererar till sig själv och ständigt framhåller vad och hur man själv gör, i stället för att vara mer inriktad på motparten och dennes upplevelser och erfarenheter. Man kanske undviker att möta den andres blick. Man försummar kanske att ta upp de trådar som den andre börjar spinna på och så vidare. Genom att kommunicera om detta, förmedla sina metakommunikativa reflektioner och ta till sig den andres, skapar man förutsättningar för både en fördjupad förståelse av sig själv och av den andre och för en förbättrad kommunikation.

Bedömning och utvärdering

Lärandet nuförtiden ska ses som livslångt och skall främst fungera som ett stöd för människor att kunna handskas med de uppgifter som de möter privat och i sitt arbete.

Trender i aktuellt tänkande:

- Från skriftliga prov till bedömning som grund för lärande.
- Från redovisningsbara kunskaper till kompetens att lösa uppgifter.
- Från av lärarna kända kriterier för vad som är godtagbart och inte till gemensamt överenskomna kriterier för starka och svaga sidor i kompetensen.
- Från slutprov till kontinuerlig bedömning genom avstämningar.
- Från målbeskrivningar till resultatfokuserad bedömning.

Man kan se denna trend som ett kraftigt utslag av tanken att de lärande nuförtiden själva tar ansvar för sin kompetens, som en ägodel som de själva har all anledning att vårda. De har ju ett eget intresse att kunna klara uppgifter som de ställs inför. Särskilt för professionella grupper som läkare är det angeläget att det ingår i bedömningen om den enskilde kan fungera på eget ansvar eller inte.

Även när det gäller utvärdering finner vi en motsättning mellan a) de som ser utvärdering och kvalitetssäkring som kontroll och b) de som ser samma fenomen som verksamhetsutveckling med samtliga medarbetare involverade i förbättrings- och förändringsarbete. Det finns ett särskilt ord för tanken att utvärdering ingår i kvalitetsutveckling som en naturlig del: *organisatoriskt lärande*. När alla medverkar i utveckling av organisationen så att denna ”lära sig” nya sätt att fungera får vi en *lärande organisation*.

Jämförelse mellan kontrollerande och utvärderande arbete:

Kontrollerande utvärdering	/	Utvecklande utvärdering
Människor fungerar som objekt för andras syften	/	Människor är subjekt i sin egen erksamhet
Kvalitetsmått (uttryckta i siffror) ter sig som absoluta	/	Utvärdering grundas på observationer och goda argument
Utvärderaren väljer vad som ska utvärderas och på vilket sätt	/	Medarbetarna samarbetar för att utvärdera f.a. utvärdera varandras verksamhet
Utvärderingar läggs till grund för ledningens beslut om förändringar	/	Utvärderingar ingår som verktyg i den löpande kvalitetsutvecklingen

SWOT-analys som verktyg för avstämning och bedömning

Bokstäverna står för: Strengths Weaknesses Opportunities Threats

Detta innebär att man konstaterar starka och svaga sidor hos sig själv, vilka utvecklingsmöjligheter som finns och vilka yttre och inre hot eller hinder som finns för fortsatt utveckling eller fortsatt verksamhet j på det fält som man själv eller verksamheten är inne på.

Det får inte förväxlas med positiv och negativ kritik. SWOT sker i en annan anda. Det är inte någon överordnad som dömer och fördömer, berömmar och uppskattar, utan man skapar själv, tillsammans med en handledare, mentor, coach eller kollega, en allsidig och om möjligt objektiv bild av hur man fungerar och kastar därvid en blick in i framtida utvecklingsmöjligheter med beaktande av diverse hot och hinder.

Det finns många aspekter att beakta när man utformar feedback av detta slag, för feedback är ju vad det är fråga om, inte betygsättning eller examination.

Vid *medsittningar* kan man förslagsvis använda en struktur för bedömning som ser ut så:

Handledaren iakttar och noterar hur ST-läkaren utför uppgifter hon eller han skall lära sig, lösa på ett professionellt sätt.

- ST-läkaren får ange vad han eller hon tycker fungerat bra och på vilket sätt, alltså vilka starka sidor som de upplever att de har vid utförandet av uppgiften eller uppgifterna. Handledaren kommenterar under tiden eller efteråt.
- ST-läkaren får ange vilka svagheter som han eller hon konstaterade hos sig själv, handledaren kommenterar under tiden eller efteråt.
- Handledare och ST-läkare diskuterar gemensamt förbättrings- och utvecklingsmöjligheter.
- Mot slutet av feedbackstunden ägnas en stund åt en betraktelse över svårigheter, hinder och hot. Hur ska de övervinnas eller över kringås? Vilka ambitioner är det klokt att ge avkall på?
- Handledaren och ST-läkaren reflekterar för varje bedömningstillfälle över vad som åstadkommit. Gjorda framsteg och ambitioner för den närmaste framtiden noteras.

Att veta och att göra

Målet för ST som det formulerades i propositionen om ST-reformen (1988/89:138, s. 10) var överväldigande enkelt och klart:

Målet för specialiseringstjänstgöringen skall vara att uppnå förmåga att självständigt och på ett rutinerat sätt kunna handlägga det som är vanligt förekommande inom specialiteten.

Vad man utifrån de tankar och idéer som är mest tongivande i internationell medicinsk pedagogik kring år 2000 kan vilja föreslå är, att ST-läkare och handledare samråder med den verksamhetschef som ska skriva intyg om att tjänstgöringen är fullgjord. Vad de kan komma fram till som en vettig lösning på bedömningsproblemet är att man ser ST som en kompetensutveckling i en process, inte målstyrd, utan en process som uppstår i och med att ST-läkarna arbetar med de typer av uppgifter som är förekommande i verksamheten på kliniken eller vårdcentralen där ST-läkarna har sin tjänst. Det är fråga om en utvecklingsprocess med växande kompetens som syfte.

När ST-läkarna tagit initiativ till ett antal bedömningar av sin kompetens enligt ovanstående riktlinjer och efter fem års tjänstgöring och handledning visat erforderlig kompetens inom specialiteten, är det dags för verksamhetschefen att skriva intyg om fullgjord ST.

Mittvärdering

Den läggs upp på det sättet att en extern, för ändamålet utbildad läkare i specialiteten, kommer till ST-läkarnas tjänstgöringsställe och under en dag går igenom vilken kompetens som de hittills eftersträvat i sina planeringar och hur långt de kommit. Det ska framgå av den sammanställning (*portfölj*) som ställts i ordning för detta tillfälle eller helst vuxit fram efter hand.

Under en sådan halvtidsbedömning växer det fram ett utkast till periodplanering för den senare delen av ST.

Slutbedömning

Vad som kan bedömas är vilka uppgifter som ST-läkarna i slutet specialiseringstjänstgöringen kan klara på ett professionellt sätt med en utgångspunkt för fortsatt utveckling av sin kompetens, om specialiteten eller på andra områden. Och sådana rinns listade målbeskrivningarna. Men en expert är inte begränsad till på förhand angivna uppgifter utan, som vi också har konstaterat i den här boken, kreativ nog att ta itu med nya och oväntade uppgifter och med välkända uppgifter på ett nytt sätt när så krävs.

Ska slutbedömningen fungera som kvalitetssäkring (enligt tanken i den statliga förordningen) bör både mittvärderingen och slutbedömning genomföras av extern "värderare". Det är då inte fråga om en examen utan om en genomgång av varje ST-läkares portfölj, det vill säga samlade dokumentation av vad han eller hon arbetat med och fått återkoppling på under de avstämningar som gjorts fortlöpande med hjälp av handledare och kollegor. Frågan är inte vilka kunskaper och färdigheter som kan visas upp i skriftliga och praktiska prov, utan om ST-läkarna utvecklat en expertis av det slag som beskrivits tidigare i texten.

Göteborg 060227

Sammandrag gjort av Karin Hed efter godkännande av författaren Henry Egidius

DEN SVENSKA ALLMÄNNE-MEDICINENS HISTORIA



PER G SWARTLING, leg läkare, Uppsala; tidigare distriktsläkare och vårdcentralschef i Tierp samt medicinalråd vid Socialstyrelsen per.g.swartling@comhem.se

Allmänmedicin är idag den största specialiteten inom medicinen, med en utbildning jämförbar med övriga specialiteter. Allmänmedicinska avdelningar finns vid alla sex universitet som bedriver läkarutbildning och forskning. Samtidigt är det endast 25 år sedan allmänmedicin blev en egen medicinsk specialitet. Vägen dit var omvälvande, fylld av förhoppningar, besvikelser och konflikter (med olika specialister, politiker och andra) men även fylld av framgångar som så småningom ledde till att allmänmedicin numera är en viktig och respekterad specialitet vid sidan av de övriga. För att lättare kunna förstå allmänmedicinens, allmänläkarnas och primärvårdens situation i dag och den tänkbara fortsatta utvecklingen, är det viktigt att se tillbaka och söka allmänmedicinens rötter.

Tidig historik

Allmänmedicin och allmänläkarvård har sitt ursprung i provinsialläkarväsendet, som kom till i slutet av 1600-talet [1]. Till en början fanns krav på att provinsialläkaren skulle vara medicine doktor och ha sin bostad nära landshövdingen. Han fick inte heller lämna distriktet utan landshövdingens tillstånd. Provinsialläkaren skulle förestå hospitalet, besöka fattiga som var sjuka, övervaka befolkningens hälsa, upplysa om lämplig mat och dryck, och ge råd om barnuppfostran.

Omkring år 1900 fanns det omkring 500 tjänsteläkare, vilket innefattade både provinsialläkare och stadsläkare. Majoriteten av läkarkåren bestod av allmänpraktiserande privatläkare. Det fanns få sjukhusläkare. Allmänläkarvården var sålunda helt dominerande.

Under 1900-talets första hälft växte tjänsteläkarkåren mycket blygsamt och uppgick 1940 till endast 17 procent av läkarkåren. Sjukhusläkarkåren med olika organspecialister hade samtidigt vuxit kraftigt vid de snabbt expanderande sjukhusen och utgjorde nu 50 procent av kåren. Vid sjukhusen och även fristående från dessa hade bildats polikliniker för vissa specialiteter och sjukdomar. Trots långa väntetider i överfyllda väntrum och högt uppdriven arbetstakt hos läkarna hyste allmänheten förtroende för denna vårdform, och besökstalen ökade betydligt.

Provinsialläkarväsendet i kris

På 1950-talet var provinsialläkarväsendet inne i en svår kris. Arbetet var slitsamt och isolerat vid enläkarstationer med stor bundenhet av ständig jourtjänst. Ofta tillkom dubbelförordnande för ett vakant granndistrikt. Enda krav för att få tjänst som provinsialläkare var åtta månaders tjänstgöring på sjuk-

hus. Även om många provinsialläkare i praktiken ändå hade 10–12 års sjukhuserfarenhet, blev kunskaperna snart föråldrade i brist på fortbildning. Det blev allt svårare att rekrytera unga läkare som hellre lockades av en karriär på sjukhuset, med möjlighet till specialistutbildning. Patienterna sökte sig också hellre till sjukhusens öppna mottagningar, då man litade mer på de specialister som hade tillgång till laboratorieundersökningar, röntgen och liknande.

Man diskuterade 1958 i den statliga ÖHS-utredningen [2] till och med om provinsialläkarna skulle avskaffas. I stället skulle man bygga ut den öppna specialistvården. Så blev det dock inte. Man beslöt att rusta upp provinsialläkarmottagningarna och gradvis övergå från enläkarmottagningar till två- eller flerläkarmottagningar.

Landstingen tar över från staten

År 1963 övertog landstingen ansvaret för provinsialläkarna. Detta efter kraftigt motstånd och många protester från de tidigare statligt anställda läkarna, som befarade sämre villkor [1]. Reformen skulle dock få stor betydelse för primärvårdens utveckling. Nya tjänster för provinsialläkare inrättades, och enläkarmottagningarna ersattes efter hand av flerläkarstationer.

I slutet av 1960-talet fanns dock endast 1 000 tjänster, vilket motsvarar 7 000 invånare per provinsialläkare. Därtill kom att nästan 40 procent av tjänsterna var vakanta. Det var svårt att rekrytera provinsialläkare då de hade lågt anseende i läkarkåren. Provinsialläkare kunde man bli om man inte »dög« till någon sjukhusspecialitet.

Den första vårdcentralen

Socialstyrelsen tog 1968 fram ett »Principprogram för den öppna vården« [1] med riktlinjer för en kraftig satsning på öppenvård utanför sjukhusen. Begreppet vårdcentral lanserades, och 1968 startade landets första vårdcentral i skånska Dalby. Vårdcentralen bemannades med enbart allmänläkare och hade forskningsanknytning till Lunds universitet.

Vid denna tid infördes särskilda krav för allmänpraktik eller allmänläkarkompetens omfattande tre års tjänstgöring vid olika sjukhuskliniker. Samtidigt tillkom ett ökat utbud av fortbildningskurser, bland annat provinsialläkarfondens kurser på 1–2 veckor, vilka sammantaget bidrog till att förbättra allmänläkarnas kunskaper och färdigheter.

Sjukronorsreformen

År 1970 genomfördes den så kallade sjukronorsreformen, som innebar en kraftig förändring av läkarnas avlöningssystem. Det påverkade inte minst provinsialläkarnas arbete. Tidigare hade en stor del av de flesta läkares inkomster kommit från öppenvårdsbesöken, och läkaren fick betalt per mottagen patient. I fortsättningen skulle patienten betala ett fast pris till huvud-

SAMMANFATTAT

En översikt ges av allmänmedicinens utveckling från slutet av 1600-talet och framåt, med tonvikt på de senaste 50 åren. **Från att** provinsialläkarväsendet var nedläggningshotat på 1950-talet har allmänmedicin vuxit fram som en egen specialitet med ansvar för läkarutbildning, handledning och forskning.

Allmänmedicinen utgör nu stommen i dagens primärvård. **Utvecklingen har** varit omvälvande, fylld av förhoppningar, besvikelser och stridigheter – både med andra specialiteter och med politiker. **Artikeln avslutas** med reflexioner kring utvecklingen och tankar inför framtiden.



Foto: Jacob Forsell

Provinsialläkaren gjorde även hembesök i stor utsträckning, vilket gav en värdefull insyn i patienternas levnadsförhållanden, något som dagens distriktsläkare går miste om då hembesök numera är en sällsynthet. Läkarbesök. Målning av Karl Aspelin. Tavlan hänger i Socialstyrelsens entréhall i Stockholm.

mannen (landstinget), vid starten sju kronor för varje besök men idag betydligt mer, och alla läkare fick en fast lön som inte påverkades av antalet patienter som läkaren tog emot.

Reformen ledde till att många patienter som haft långvarig kontakt med specialister på sjukhusen hänvisades till provinsialläkare, i princip en motiverad förändring men den kom i ett läge då primärvården var starkt underdimensionerad för att klara uppgiften. Sjukvårdsreformen tog bort ett incitament för läkare att tänja sig lite extra för efterfrågade konsultationer. Man blev snabbare med att hänvisa till jourläkare eller någon annan mottagning. Även jourpassen, som tidigare varit en viktig inkomstkälla för många läkare, upplevdes nu betydligt tyngre.

Ekonomiska incitament med prestationsersättning som en del av lönen är i dag åter aktuell i diskussionen om husläkarens lön.

Provinsialläkaren blir distriktsläkare

Provinsialläkartjänsterna omvandlades 1972 till distriktsläkartjänster [1]. Landstingen fick möjlighet att inrätta sådana tjänster för såväl allmänläkarvård som specialiserad vård. De flesta distriktsläkarna hade allmänläkarkompetens, där kraven nu hade ökat till fyra års tjänstgöring inom olika sjukhuskliniker och dessutom med krav på sex veckolånga utbildningskurser.

Vid en del vårdcentraler, exempelvis i Tierp utanför Uppsala, inrättades distriktsläkartjänster på heltid för specialister inom invärtes medicin, kirurgi, ögon, öron, barnmedicin och gynekologi – förutom för allmänmedicin. Snart visade det sig att de olika specialisterna hade specialistuppgifter i mycket begränsad omfattning, med visst undantag för barnläkaren och gynekologen. Endast barnläkaren blev kvar på heltid, övriga specialisttjänster omvandlades till allmänläkartjänster. I stället anlätades

specialister från sjukhusen som konsulter vissa dagar med möjlighet till personlig kontakt och fortbildning av allmänläkarna.

Primärvårdens honnörssord

Primärvård definierades 1978 av Socialstyrelsen med flera [3] att omfatta all vård som kunde bedrivas utanför lasaretten. I Socialstyrelsens principprogram HS 80 [4] utvecklades primärvårdsbegreppet ytterligare som både ett verksamhetsområde och en organisatorisk vårdnivå. Allmänmedicinens avgränsning och uppdrag blev här mycket otydligt, och en rad specialiteter gjorde anspråk på att bedriva primärvård.

I programskrifterna ovan betonades vissa huvudprinciper som blivit kända som primärvårdens honnörssord: helhetssyn, primärt ansvar, närhet, tillgänglighet, kontinuitet, kvalitet, säkerhet och samverkan.

Distriktsindelning och vårdlag

Under 1970-talet skedde i de flesta landsting en successiv distriktsindelning av primärvården där de nya vårdcentralerna fick bestämda upptagningsområden med vanligen omkring 10 000 invånare. Man bildade inom vårdcentralerna fasta arbetslag (vårdlag), bestående av distriktsläkare eller allmänläkare, distriktssköterskor, sjukgymnaster med flera – med ett gemensamt områdesansvar. Invånarna hänvisades att söka »sin« vårdcentral, och valfriheten blev därmed begränsad. Även barn- och mödrahälsovård samt sjukhemmen ingick i den nya primärvårdsorganisationen.

De flesta vårdcentralerna hade svårt att leva upp till de ambitiösa målsättningarna, och bristen på distriktsläkare var mycket stor. Antalet tjänster hade visserligen ökat till 1 700 – motsvaran-

de en läkare per 4 800 invånare – men nästan hälften av tjänsterna saknade ordinarie innehavare och många var helt vakanta [1].

Allmänmedicin blir egen specialitet

Det var en stor framgång 1981 då allmänmedicin blev en egen specialitet och fick en reglerad utbildning på 4½ år, tidsmässigt jämförbar med övriga specialistutbildningar [5]. Två år av utbildningen förlades till den egna specialiteten allmänmedicin, och av sex veckolånga så kallade NLV-kurser var en kurs i allmänmedicin obligatorisk (NLV = Nämnden för läkares vidareutbildning). Senare under 1990-talet har den detaljstyrda utbildningen, i likhet med övriga specialistutbildningar, ersatts av en målformulering där vissa angivna kunskaper och färdigheter ska ha inhämtats under minst fem års handledt vidareutbildning.

Institutioner med professorstjänster i allmänmedicin har efter hand inrättats vid de sex universitet som har ansvar för läkarutbildningen, och allmänmedicin har införts som ett särskilt ämne i alla läkares grundutbildning. Forskning kom igång inom allmänmedicinen och har resulterat i många avhandlingar. Vid vissa vårdcentraler skapades FoU-enheter för forskning och utveckling. För alla blivande läkare ingår numera sex månaders AT-tjänstgöring vid vårdcentral.

Ökade krav på distriktsläkarna

Den nya Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) från 1982 [6] förutsatte att i första hand primärvården skulle ta det ansvar för befolkningens hälsa som ålades landstingen. Primärvårdens tidigare nämnda honnörssord fick i HSL sin lagliga förankring. Socialdepartementets rapport HS 90 [7] förutsatte en betydande utökning av primärvårdens uppgifter med insamling av hälsodata och krav på att även bedriva samhällsriktade preventiva åtgärder.

De alltför få distriktsläkarna, som hade stora svårigheter att hinna med angelägen basal sjukvård, upplevde de nya kraven och förväntningarna mycket frustrerande. Sjukhusläkarna uppfattade primärvårdens uppdrag som flummigt och alltför omfattande och ifrågasatte om distriktsläkarna skulle hinna med någon sjukvård vid sidan om hantering av alla hälsodata och allt samhällsriktat arbete.

Antalet tjänster för distriktsläkare ökade under 1980-talet till 3 000, men en tredjedel av tjänsterna var vakanta [8]. Avhoppen var stora både från tjänsterna och under utbildningen. Inom Sveriges läkarförbund tog man fram ett förslag om hur arbetet skulle bli mer stimulerande och attraktivt. Viktiga inslag var att göra arbetet mer omväxlande genom att regelbundet lägga in andra uppgifter och inte enbart ha mottagningsarbete. Uppdraget måste också avgränsas.

Trots upprepade politiska uttalanden om prioritering av primärvården (ofta kallad »verbal satsning«) hade i praktiken fortsatt satsning inriktats på sjukhusbaserad vård. Andelen allmänläkare var oförändrat endast 20 procent av samtliga specialistkompetenta läkare. I länder med mycket bättre fungerande allmänläkarvård var motsvarande siffror till exempel i Norge 30 procent och i England 40 procent.

Ädelreformen

I början av 1990-talet ökade rekryteringen av distriktsläkare, vakanserna minskade, samarbetet med distriktssköterskorna var väl utvecklat och det kändes som en lovande utveckling för primärvården. Då kom Ädelreformen 1992 [6], som innebar att kommunerna fick ansvar för all medicinsk vård och omsorg vid ålderdomshem och lokala sjukhem förutom för läkarinsatser, som även i fortsättningen var landstingens ansvar. I många landsting övertog kommunerna även hemsjukvården för patienter i det egna hemmet. Många distriktssköterskor och undersköterskor flyttades genom Ädelreformen över till kommunerna och

fick en ny ledning. Primärvården blev uppdelad, tidigare vårdlag splittrades. Det fanns även planer på att kommunerna skulle ta över ansvaret för hela primärvården, men så blev det inte.

Husläkarlagen

Under en borgerlig regering infördes 1993 Husläkarlagen [8], med syfte att förbättra tillgängligheten och kontinuiteten i distriktsläkarvården. Hela befolkningen skulle aktivt eller passivt listas hos en husläkare som man ständigt skulle kunna vända sig till. När reformen startade 1994 fanns 4 188 läkare registrerade, vilket var en oväntat hög siffra med tanke på den tidigare låga bemanningen av distriktsläkare. Husläkartanken hade i princip ett starkt stöd i landet. I flera landsting hade man redan tidigare infört en frivillig listning.

Reformen skapade dock oro och splittring i primärvården. Den starka betoningen på läkaren förändrade förutsättningarna för samverkan framför allt med distriktssköterskorna, som hade sina områden, medan husläkarens patienter kom från många olika håll. Förväntningarna att snabbt kunna söka sin egen husläkare kunde ofta inte infrias, patienterna blev besvikna och husläkarna stressade.

Husläkarlagen upphävdes av en ny politisk majoritet i riksdagen 1994 och ersattes med ett tillägg till HSL [6] om att landstingen skulle ge alla möjlighet till en fast kontakt med en allmänläkare. Listningsförfarande finns fortfarande kvar. Distriktsläkarna benämns även som husläkare eller familjeläkare.

I tillägget till HSL angavs även en ny definition av primärvård med följande formulering: »Primärvården skall som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.«

Begreppet primärvård står nu inte längre för en organisationsform utan betecknar en vårdnivå.

Äldre och sjukare patienter

Antalet allmänläkare ökade långsamt under 1990-talet till 4 250 år 1998, de flesta med tjänstgöring vid någon av de omkring 1 100 vårdcentralerna med i genomsnitt fyra allmänläkare vid varje [9]. Andelen kvinnor hade vid denna tidpunkt ökat till 40 procent. Många distriktsläkare arbetade deltid, och antalet invånare per heltidstjänst uppgick till mellan 2 000 och 3 000. Den önskvärda bemanningen angavs nu till i genomsnitt 1 500 invånare per läkare. Motiveringen till ökad läkarbemanning var de mer krävande uppgifterna med en åldrande befolkning, där allmänläkaren har fått ta ett betydande medicinskt ansvar med utredning och även uppföljning efter sjukhusvård av multisjuka patienter med komplicerad behandling.

Vårdcentralerna har gradvis blivit mer välutrustade så att samtliga nu har fått EKG-utrustning, oto- och oftalmoskop, peak-flow-mätare, rektoskop, mikroskop och akutväska för behandling av allergiska reaktioner. Många vårdcentraler har även fått öron- och ögonmikroskop, audiometer, spirometer, defibrillator med mera. Vissa större vårdcentraler har röntgenutrustning, framför allt i glesbygd där allmänläkarens akutsvårdsansvar är större. Under 1990-talet infördes datorjournaler vid de flesta vårdcentralerna.

Primärvårdens organisation

Utbyggnad av vårdcentralerna från 1970-talet och framåt skedde inte likformigt över landet. Gemensamt var dock under lång tid en områdesbaserad verksamhet kring vårdlag och med en distriktsläkare som vårdcentralchef. En period på 1980-talet bildades ibland mycket stora vårdcentraler med 10–15 läkare

eller fler, vilket så småningom upplevdes som otympligt, och en uppdelning skedde i mindre och mer självständiga vårdlag. Fle- ra vårdcentraler kunde gemensamt ledas av en distriktsöverlä- kare, senare under 1980-talet kallad chefsöverläkare. Denna benämning övergick efter lagändringar till titeln verksamhets- chef. Denne behövde inte vara läkare, och inom primärvården har det blivit allt vanligare att en sjuksköterska, sjukgymnast och person ur annan yrkeskategori utses till verksamhetschef.

På många vårdcentraler tillkom efter hand på 1980- och 1990-talen specialinriktade sjuksköterskor inom främst diabe- tes, hypertoni, astma/kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och hjärtsvikt. Berörda patienter kunde på dessa sköterske- mottagningar få stöd, övervakning och vägledning mellan lä- karbesöken, vilka därmed kunde glesas ut. Ofta hade en allmän- läkare med fördjupad kunskap inom respektive område ett spe- ciellt ansvar för verksamheten.

Det förebyggande arbetet

Primärvårdens roll i det förebyggande arbetet har från politiskt håll klarlagts av HSU (statlig utredning om hälso- och sjukvår- den på 2000-talet) i dess delbetänkande från 1997. Den främsta skyldigheten anges vara att utveckla det individinriktade arbe- tet i kontakten med den enskilde patienten. Det har blivit allt- mer naturligt att, särskilt vid vissa sjukdomar, ta upp frågor om livsstil: rökning, kost, motion samt alkohol och droger. Inom barn- och mödrahälsovården är dessa frågor alltid aktuella.

Distriktssköterskan har en bredare ansats, som även omfat- tar olycksfallsprofilax hos barn och äldre. Grupper för viktminskning och rökavvänjning finns numera vid många vårdcentraler. Befolkningsinriktat folkhälsoarbete är dock inte längre ett ansvarsområde för allmänläkarna, enligt HSU. Däre- mot kan distriktsläkare och distriktssköterska förmedla sina erfarenheter om hälsoproblem i distriktet till ett lokalt hälso- råd, som finns i många kommuner [9].

Reflexioner kring utvecklingen och tankar om framtiden

Mot bakgrund av att det för omkring 60 år sedan fanns tankar om att avveckla provinsialläkarna (då drygt 700) har det på många sätt skett en imponerande och framgångsrik utveckling till dagens allmänmedicin och primärvård, en utveckling som dåtidens ensamarbetande provinsialläkare knappast kunnat drömma om. Dagens distriktsläkare har en specialistutbildning som är i paritet med övriga specialistutbildningar, och allmän- läkares status har gradvis ökat såväl inom läkarkåren som i be- folkningen. Primärvården uppfattas nu som en helt nödvändig bas inom hälso- och sjukvården.

Under 1960- och 1970-talen påverkades allmänmedicinens innehåll och avgränsning påtagligt av myndigheter och politi- ker, vilket var frustrerande för allmänläkarna som i likhet med övriga medicinska ämnesområden själva ville utveckla sin pro- fession. Under 1980- och 1990-talen har den allmänmedicinska professionen vuxit sig allt starkare och kunnat ta initiativet till att definiera ämnesområdet och utveckla både undervisning och forskning. Allmänläkarna är utbildningsmässigt väl rusta- de att i samarbete med övrig personal inom primärvården ta på sig sina uppgifter. Efter en period av revirstrider med andra specialiteter under 1970- och 1980-talen tycks alla parter nu inse behovet av samarbete. Det har blivit vanligt med specialist- konsulter vid vårdcentralerna.

För stora grupper av våra vanliga sjukdomar har patienterna behov av vård omväxlande inom primärvård och länssjukvård be- roende på vilket stadium sjukdomen befinner sig i och vilka re- surser och kompetenser som krävs vid varje vårdtillfälle. Detta kallas ofta »shared care« och visar på nyttan av samarbete och för- troende mellan vårdnivåerna. Dagens distriktsläkare har tillgång

till de flesta laboratorie- och specialundersökningarna vid de större sjukhusen, och de har därmed goda möjligheter att utreda och behandla sina patienter med med röntgen och liknande.

Detta arbetssätt, med ett mer omfattande omhändertagande av komplicerade medicinska utredningar och uppföljningar, har bidragit till att dagens distriktsläkare träffar betydligt färre patienter personligen på mottagningen – i genomsnitt 10 pati- enter per dag. För några decennier sedan och särskilt före »sjukronan« hade provinsialläkarna betydligt fler patientbe- sök, ofta 30–40 per dag. Många besök gällde problem som idag sköts av sjuksköterskor, eller förmedlas av dessa.

Även om besökstalen inte går att jämföra hade dåtidens provin- sialläkare troligen längre arbetsdagar och större arbetsbörda. De gjorde även hembesök i stor utsträckning, vilket gav en värdefull insyn i patienternas levnadsförhållanden, något som dagens di- striktsläkare går miste om då hembesök numera är en sällsynthet.

Det minskade antalet besök förklaras även av ett ändrat ar- betssätt. Den tidigare höga genomströmningen av patienter var ofta väl organiserad av personal som såg till att patienterna var intagna på undersökningsrum och avklädda, ibland till och med upplagda i gynstol, vid första kontakten med läkaren. I dag är det vanligast att läkaren själv hämtar patienten i väntrummet och visar respekt för patienten genom att samtala med denne påklädd innan det är dags för undersökning. Krav på informa- tion om läkemedel och liknande har ökat, och allt detta gör att besöken tar längre tid.

Trots en glädjande ökning av antalet yrkesverksamma spe- cialister i allmänmedicin till 4 800 år 2006 (Läkarförbundets statistik) är många av dagens distriktsläkare alltför hårt an- strängda. Med hänsyn till deltider finns det 3 900 heltidsarbe- tande distriktsläkare. Chefsuppdrag, handledning med mera tar också tid från direkt patientarbete. Långvarig sjukskrivning på grund av utmattningsdepression (»utbrändhet«) har ökat bland distriktsläkare.

Önskemål finns att kåren skall växa ytterligare för att minska bördan för den enskilde läkaren. För närvarande ser dock åter- växten inte ut att vara större än att den täcker pensionsavgång- arna, som förutses bli stora de kommande åren. Det är då ange- läget att hela tiden avgränsa distriktsläkares uppdrag så att han eller hon orkar med arbetet med dagens förutsättningar och att det även ges tid att sköta sin familj.

Det är oroande att det blivit svårare att rekrytera distriktsläka- re som vårdcentralerchefer. Läkarna avhänder sig då möjligheter att mer aktivt kunna påverka primärvårdens utveckling. Nya spännande uppgifter är på gång, då läkarnas grundutbildning i ökad utsträckning kommer att förläggas till vårdcentral. Även om det i början blir en ökad arbetsbörda bör det på längre sikt stärka allmänmedicinens ställning ytterligare och ge möjlighet till pro- fessionell utveckling och ökad rekrytering av allmänläkare.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Socialdepartementet. Husläkare – en enklare och tryggare sjukvård. Betänkande av kontinuitet- sutredningen. SOU 1978:74.
- ÖHS-kommittén. Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområ- dena. SOU 1958:15.
- Primärvård – innehåll och utveck- ling. I samarbete mellan Svenska Kommunförbundet, Landstings- förbundet, Socialstyrelsen och Spri. Stockholm: Spri; 1978. Spri rapport 101.
- Hälso- och sjukvård inför 80-talet (HS 90). Förslag till ett princippro- gram. Stockholm: Socialstyrelsen; 1973.
- NLV Översynsutredningen AgA. Stockholm: Socialstyrelsen; 1980.
- Hälso- och sjukvårdslagen. SFS 1982:763.
- Socialdepartementet. Hälso- och sjukvård inför 90-talet (HS 90). SOU 1984:39.
- Socialdepartementet. Husläkare. Ds 1992:41.
- Slutrapport från Socialstyrelsens primärvårdsuppföljning. Stock- holm: Socialstyrelsen; 1998. Soci- alstyrelsen följer upp och utvärde- rar 1998:2.