



# EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

**Gävle sjukhus**

Klinik

**Psykiatri**

Specialitet

**2023-11-06 – 2023-11-07**

Datum

**Gävle**

Ort

**Gisela Larmark och Karin Grönvall**

Inspektörer

**SOSFS 2015:8**

Föreskrift

## Styrkor

- Det mellanstora sjukhuset med hela sjukdomspanoramat. Hela psykiatritjänstgöringen kan göras inom kliniken.
- Mycket engagerad studierektor.
- Engagerade handledare.
- IUP och andra dokument rörande ST är nyskapade av god kvalitet.
- Specialistkollegium har använts sedan flera år tillbaka vid kliniken och är förankrat av alla aktörer rörande ST.
- Lagom stor ST grupp, möjlighet till att bygga utbildningsklimat.

## Svagheter

- ST-läkarna har svårigheter att följa patienter över tid inom allmänpsykiatrisk öppenvård.
- Det finns fortfarande delar av verksamheten som drivs av hyrläkare, med sämre kontinuitet och möjlighet för ST-läkare till klinisk instruktion.
- Det finns ingen pågående forskning inom kliniken.

## Förbättringspotential

- Fina IUP är nu skrivna, nu börjar arbetet att använda dem och förankra dem. Kopplat till detta har man nu all möjlighet att få bättre rutiner för att använda bedömningsinstrument regelbundet.
- Fortsätta utveckla systematisk återkoppling på medicinsk vetenskap, ledarskap och handledning.
- Tydliggöra roller och ansvar mellan VC och läkarchef.
- Rutiner för hur den kontinuerliga bedömningen dokumenteras måste skapas på kliniken.
- Använd IUP att dokumentera vad ST-läkaren läser på självstudietiden, diskussionsunderlag för handledning.

# STRUKTUR

## A Verksamheten

Psykiatriska kliniken har som upptagningsområde hela Gästrikland med ett befolkningsunderlag på cirka 160 000. Slutenvården är lokaliserad i Gävle. Det finns en allmänpsykiatrisk avdelning med 20 platser; 1 psykosavdelning med 10 platser där det även finns 2 BUP platser; 1 rättspsykiatrisk avdelning. Akutmottagning finns som är öppen dygnet runt. Allmänpsykiatrisk öppenvård och psykosöppenvård finns både i Gävle och Sandviken. Gävle har en stor allmänpsykiatrisk mottagning uppdelad i flera team. Diagnostikprocess finns inom denna mottagning. LARO mottagning finns. Utanför själva Psykiatribyggnaden finns Beroende mottagning och Åtstörningsmottagning. Det finns skriftliga riktlinjer för hur ST ska genomföras dels för sjukhuset i stort och dels inom Psyk kliniken. Det finns också skriftliga riktlinjer för hur ST-läkarens kompetens ska bedömas. Verksamheten tar emot ett brett sjukdomspanorama och ST kan genomföras inom kliniken utan att nödvändigtvis kompletteras på annan ort.

### Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

### Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- Det finns skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur verksamhetens specialiseringstjänstgöring ska genomföras.
- Vårdgivaren tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur bedömning av ST-läkarens kompetens ska göras.
- Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig.

### Kvalitetsindikator

- Det finns rutiner som, utöver extern granskning, anger hur kvaliteten i ST-utbildningen kontinuerligt ska utvärderas och säkerställas.

## Gradering

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

## B Medarbetarstab och interna kompetenser

Det finns tillräckligt många anställda specialister vid kliniken för att kunna ge god handledning. Det finns en engagerad grupp av huvudhandledare. Samtliga huvudhandledare har genomgått handledarutbildning samt man håller regelbundet handledarträffar och fortbildning vid kliniken. Det finns för närvarande 3-4 hyrläkarlinjer vid kliniken, där det är oklart huruvida de kollegorna har handledarutbildning. Ingen av hyrläkarna är huvudhandledare. ST-läkarna påtalar svagheter vid enstaka enheter där hyrläkare arbetar att finna utrymme för nödvändig klinisk instruktion till ST-läkarna.

### Föreskrift

- Den huvudansvariga handledaren har ett bevis om specialistkompetens i avsedd specialitet.
- Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.
- Övriga handledare är legitimerade läkare med relevant specialistkompetens.
- Det finns tillgång till specialistkompetent studierektor, som har genomgått handledarutbildning.
- Det finns tillgång till handledare i en omfattning som motsvarar behovet av handledning.
- Det finns tillgång till medarbetare som kan ge nödvändiga instruktioner.

### Allmänna råd

- Studierektor har relevant specialistkompetens.

## Kvalitetsindikator

- Det finns generella skriftliga instruktioner för hur handledningen av ST-läkare ska gå till.
- Handledarna ges minst en gång per år möjlighet till utbildning/uppdatering/kompetensutveckling inom området.
- Det finns skriftlig uppdragsbeskrivning för studierektorn.

## Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

## C Lokaler och utrustning

Psykiatrin i Gävle inryms i ett eget hus. Det förfaller funktionellt och är byggt för verksamheten. Lokalerna är fräscha. ST-läkarna har tillgång till egen arbetsplats på sina placeringar på respektive öppenvårdsmottagning. I slutenvården är det också arbetsplats för diktering etc. Man har relativt nyligen inrättat en egen "underläkarkorridor" där ST-läkarna har egna skrivbord, tillgång till dator etc. Man är två som delar på ett rum. Här finns också samlat skattningsskalor och liknande på ett strukturerat sätt. Detta är också en samlingsplats för ST-läkarna (och AT-läkarna som byter om här). ST-läkarna har egna datorer. Det finns tillgång till bibliotek, sökbar databas etc. Det finns en frikostighet för ST-läkarna att köpa in litteratur under ST.

### Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

### Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

- Utrustning för diagnostik, utredning och behandling är adekvat.
- Utrustning för mottagningsverksamhet, möten och behandlingskonferens på distans är adekvat.

## Kvalitetsindikator

- ST-läkarna har tillgång till funktionell arbetsplats.
- Det finns tillgång till relevanta IT-baserade kliniska beslutsstöd, sökbar vetenskaplig databas samt stöd från bibliotek eller FoU-enhet under hela specialiseringstjänstgöringen.

## Gradering

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

# PROCESS

## D Tjänstgöringens upplägg

Studierektorn har föredömligt skapat fina IUP, som nyligen introducerats vid kliniken. IUP är så pass nya att de näppeligen fullt ut är kända av ST-läkare, huvudhandledare och verksamhetschef samt läkarchef. Här behöver man nu fullfölja och verkligen använda IUP som det är tänkt. VC och läkarchef saknar idag kännedom om att man har ansvar för kontinuerlig bedömning och hur denna dokumenteras. Kliniken har en väl inarbetad tradition av regelbundna specialistkollegium. Det finns ett nyligen inrättat introduktionsprogram vid kliniken, där den nyast anställda ST-läkaren har fått en bra introduktion. Flertalet av de äldre ST-läkarna uppger tydligt att de saknat introduktion till tjänsten. ST-läkarna saknar också introduktion till vissa enheter där de skall tjänstgöra. Studierektorn samordnar intern och extern undervisning.

### Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

### Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

- Verksamheten tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas, samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg. Dessa ska vara kända och användas.
- Jourtjänstgöring/beredskap utgör en adekvat del av tjänstgöringen.
- Alla ST-läkare har lika rättigheter, skyldigheter och möjlighet att uppnå målen i målbeskrivningen oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

## Föreskrift

- Verksamhetschefen på det tjänstgöringsställe där en ST-läkare genomför sin huvudsakliga tjänstgöring har det övergripande ansvaret för ST-läkarens ST-utbildning.
- Den ansvariga verksamhetschefen ansvarar för att det för varje ST-läkare tas fram ett individuellt utbildningsprogram och att det för varje ST-läkare utses en huvudansvarig handledare.
- Varje ST-läkare har ett utbildningsprogram som utgår från målbeskrivningen och som omfattar de utbildningsaktiviteter som behövs för att uppfylla kompetenskraven i målbeskrivningen.
- Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.
- Studierektorn samordnar ST-läkarnas interna och externa utbildningsaktiviteter.

## Allmänna råd

- Studierektorn är en organisatorisk stödfunktion till verksamhetschef, handledare och ST-läkare.
- I studierektorns arbetsuppgifter ingår att ansvara för att utarbeta introduktionsprogram för ST-läkarna.
- Studierektorn tar del av kompetensbedömningarna.

## Kvalitetsindikator

- Alla ST-läkare får introduktion till tjänstgöringen.
- Leg läkare som arbetar vid enheten med sikte på ST och som avslutat sin BT och/eller BT-läkare som påbörjat sin ST med BT vid enheten har tillgång till individuella utbildningsprogram och handledning i enlighet med ST.

## Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.



## E Handledning och kompetensbedömning

Handledningen är kontinuerlig och förefaller välfungerande. ST-läkarna har handledning med sin huvudhandledare även under sidoutbildningar. Bedömningar görs med på förhand kända instrument. Detta har använts sedan flertal år men frekvensen bedömningar varierar. Man har nyligen arbetat fram ett förslag med årshjul där bedömningar görs fem gånger per år på bestämda veckor. De individuella utbildningsprogrammen, IUP, har helt nyligen arbetats om på kliniken. De är ännu inte implementerade. Det går därför inte att bedöma om handledning respektive bedömning utgår från IUP. Specialistkollegium genomförs regelbundet sedan länge på kliniken. Kliniken saknar rutiner för hur bedömningar ska dokumenteras. ST-läkarna ges instruktioner i det dagliga arbetet men av varierande kvalitet. På vissa placeringar upplevs dålig tillgång på specialist för dagliga instruktioner. Något som delvis är beroende på hyrläkarebemannning.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

### Föreskrift

- Varje ST-läkare ges kontinuerligt handledning i form av stöd och vägledning med utgångspunkt i det individuella utbildningsprogrammet.
- Det finns en utsedd huvudansvarig handledare för varje ST-läkare.
- Varje ST-läkare har tillgång till en handledare för varje del av tjänstgöringen.
- Den huvudansvariga handledaren bedömer ST-läkarens kompetensutveckling kontinuerligt, med utgångspunkt i målbeskrivningen för specialiteten och det individuella utbildningsprogrammet.
- Det finns fastställda rutiner för bedömningar av ST-läkarens kompetens.
- Verksamheten har rutiner för hur den kontinuerliga bedömningen dokumenteras (För ST enligt 2015:8 är verksamhetschef ansvarig enligt ovan)

## Allmänna råd

- ST-läkaren bör, utöver handledning, få fortlöpande instruktioner, samt återkoppling från de som har gett instruktionerna.
- Handledningen är inplanerad i den ordinarie tjänstgöringen för huvudansvarig handledare och ST-läkare.
- Den huvudansvariga handledaren tjänstgör vid det tjänstgöringsställe där ST-läkaren genomför sin huvudsakliga specialiseringstjänstgöring. Om så inte är fallet ska vårdgivaren på något annat sätt säkerställa att huvudhandledaren är tillgänglig för handledning och även i övrigt har förutsättningar att utföra sitt uppdrag.
- Varje handledare har genomgått handledarutbildning som tillgodoser kraven enligt föreskriften.
- Om det finns en risk för att en ST-läkare inte kommer att uppfylla kompetenskraven bör det leda till en åtgärdsplan. En åtgärdsplan bör omfatta justeringar i det individuella utbildningsprogrammet, förändringar i vårdgivarens utbildningsinsatser eller tydligare krav på ST-läkarens insatser.
- Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.
- Verksamhetschefen eller motsvarande håller regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkarna.

## Kvalitetsindikator

- ST-läkarnas sidutbildning följs upp.

## Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

## F Teoretisk utbildning

På kliniken finns ett välfungerande system för internutbildning för ST-läkare. En ST dag genomförs varje månad där man samlar internundervisning, journal clubs samt utvärderingar från sidotjänstgöringar. ST-läkarna har tid för självstudier 4 timmar per vecka. Från verksamhetsledning finns en frikostig inställning, till lästid, möjligheter att åka på kurser samt kongresser, möjlighet att köpa in litteratur under ST. a+b målen fullföljs genom gemensamma kurser via Region Gävleborg som har ett välfungerande system.

### Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

### Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

- Teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras in i enlighet med målbeskrivningen och individuella utbildningsprogrammet.
- ST-läkarna genomgår den utbildning som planerats i enlighet med målbeskrivningen och det individuella utbildningsprogrammet.

### Allmänna råd

- Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerade interna utbildningsaktiviteter.
- Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerade externa utbildningsaktiviteter.
- Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerad tid för självstudier.

### Kvalitetsindikator

- Den teoretiska interna utbildningen är systematiskt uppbyggd med koppling till Socialstyrelsens delmål.

## Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

## G Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Journal clubs för ST-läkarna har startat på kliniken och här finns en del av möjligheterna att utveckla medicinsk vetenskap. Möjligheter för detta finns också på läkarmöten, på ST-dagarna, i handledningssituationen etc. Men förmågan att kritiskt granska vetenskaplig information och omsätta detta i dagligt arbete är en ständig utmaning. ST-läkarna går kurs i medicinsk vetenskap. Förutsättningar finns för att genomföra vetenskapligt arbete. Nuvarande ST-läkare ha främst valt att använda sitt arbete gjort under grundutbildningen. På Gävle sjukhus finns möjlighet att söka pengar för att under åtta år forska på halvtid. Detta har hittills inte utnyttjats av ST-läkare på psykiatrin. Kvalitetsarbete genomförs av ST-läkarna.

### Föreskrift

- ST-läkarens kompetens inom medicinsk vetenskap bedöms utifrån kunskap kring vetenskapliga metoder och forskningsetiska principer.
- ST-läkaren bedöms utifrån förmågan att kunna kritiskt granska och värdera vetenskaplig information, samt i sitt arbete ta ansvar för att omsätta och tillämpa denna kunskap.
- ST-läkaren deltar i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i sådan utsträckning att förutsättningar för delmåluppfyllelse föreligger.
- Utbildning erbjuds för att uppnå ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt.
- Det finns goda förutsättningar för genomförande av ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.
- Det finns goda förutsättningar för att genomföra, dokumentera och redovisa ett kvalitetsarbete.

## Allmänna råd

- ST-läkaren ges möjlighet till utbildning inom patientsäkerhetsarbete och systematiskt kvalitetsarbete.

## Kvalitetsindikatorer

- Under det senaste året har av ST-läkare genomförda arbeten publicerats och/eller presenterats (av ST-läkaren) vid vetenskapliga/professionella sammankomster.
- Det finns tillgång till ett välfungerande doktorandprogram.
- Enheten har regelbundna möten där medarbetare diskuterar och kritiskt granskar vetenskaplig litteratur.

## Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

## H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

Ledarskapskurs genomförs under slutet av ST. Möjligheter att träna ledarskap under klinisk tjänstgöring finns, men utvärderas inte systematiskt annat än vid specialistkollegium. Samma gäller pedagogisk förmåga, där ST-läkare har goda chanser att både undervisa och handleda AT, BT samt läkarstudenter. Det finns en planerad struktur att ge återkoppling till ST-läkare på dennes pedagogiska förmåga, via ex ST dagen, läkarmöten etc då ST kan föreläsa från konferenser samt kurser och få god chans till återkoppling. Kommunikativ kompetens utvecklas och bedöms med råge under steg 1 utbildning, samt handledning och bedömningar under hela ST.

## Föreskrift

- ST-läkaren ges förutsättningar att kontinuerligt utveckla ledarskapskompetens i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkaren bedöms kontinuerligt i medicinskt ledarskap och multiprofessionellt samarbete och återkoppling sker.
- ST-läkaren genomgår utbildning i hälso- och sjukvårdens förutsättningar i enlighet med målbeskrivning.
- ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.
- ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.
- ST-läkaren bereds möjlighet att planera och genomföra undervisning.
- ST-läkarens kompetens i undervisning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.
- ST-läkaren bereds möjlighet att handleda medarbetare och studenter.
- ST-läkarens kompetens i handledning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.

## Allmänna råd

- ST-läkaren bereds möjlighet att undervisa under handledning.
- ST-läkaren bereds möjlighet att själv handleda under handledning.
- ST-läkaren bereds möjlighet att delta i reflektion i grupp i enlighet med målbeskrivningen.

## Kvalitetsindikatorer

- Det finns möjlighet att auskultera hos chefer och ledare inom organisationen.

## Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.



## Handlingsplan SPUR - Psykiatri Gävle Sjukhus

Föreskriftspunkt som ej är uppfylld	Planerad åtgärd	Tidsplan för genomförande	Ansvarig	Tidsplan för uppföljning	Ansvarig för uppföljning
Verksamheten har rutiner för hur den kontinuerliga bedömningen dokumenteras	<p>Vi har nu infört en rutin för hur den kontinuerliga bedömningen ska genomföras, dokumenteras och återkopplas till ansvarig huvudhandledare, verksamhetschef och studierektor.</p> <p><u>Strukturerade kompetensbedömningar</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Strukturerade kompetensbedömningar enligt förutbestämda metoder ska utföras fyra gånger per år enligt ett fast schema. Därutöver uppmantras ST-läkare till ytterligare strukturerade kompetensbedömningar när de själva eller handledaren upplever ett behov.</li> <li>I slutet av varje lång intern psykiatriplacering ska ST-läkarens kompetens bedömas enligt MSF (360 graders bedömning). ST-läkaren ska själv se till att varje kompetensbedömning dokumenteras och sparas, samt lämna kopia till huvudhandledaren.</li> </ul> <p><u>Specialistkollegium</u></p> <p>Varje år genomförs specialistkollegium för att få en rättvisande och mångfacetterad bedömning inom alla kompetensområden. På specialistkollegium deltar utöver handledarna och klinikens övriga specialistläkare även verksamhetschefen och studierektorn. Studierektorn sammanställer och dokumenterar bedömningarna, och lämnar kopia till respektive huvudhandledare efter avslutat specialistkollegium.</p> <p><u>Årlig avstämning</u></p> <p>Minst en gång per år bokas ett individuellt avstämningsmöte med ST-läkaren, huvudhandledaren, studierektorn och läkarchefen. Utöver genomgång och revidering av det individuella utbildningsprogrammet (IUP) går deltagarna igenom resultaten av de kompetensbedömningar som genomförts senaste året. Studierektorn gör en skriftlig sammanfattning av kompetensutvecklingen och delger verksamhetschefen.</p>	Rutinen är redan upprättad av studierektor i samråd med ST-läkare, huvudhandledare och verksamhetschef.	Studierektor ansvarar för upprättande och införande av rutinen.	Uppföljning sker i samband med en intern granskning av ST-utbildningen som planeras årligen framöver. Granskningen blir ett komplement till SPUR och utgår från SPURs checklista.	Verksamhetschef och studierektor ansvarar för att planera och arrangera den interna granskningen, där ST-läkare och handledare deltar.