



# EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

**Bollnäs Sjukhus**

Klinik

**Internmedicin**

Specialitet

**2023-11-28 – 2023-11-29**

Datum

**Minna Markljung och Ola Norrhamn**

Inspektörer

**SOSFS 2015:8**

Föreskrift

## Styrkor

- Gott utbildningsklimat med nära tillgång till klinisk handledning och instruktion.
- Det lilla sjukhusets fördelar med korta kommunikations- och beslutsvägar både i kliniskt arbete och vid organisationsutveckling.
- Hög vetenskaplig kompetens på kliniken.
- Progression av ST-läkarens ansvar- och arbetsuppgifter finns definierat i fem nivåer.
- Schemalagd sammanhållen avsatt tid för självstudier.
- Endokrin-, njur- och reumatologimottagning fungerar väl med avsatt tid för handledning.
- ST-läkare deltar i remissbedömning på en del av mottagningarna.
- Omtänksam personlig handledning ges kontinuerligt och med utvecklande feedback.
- Valfungerande specialistläkarkollegium med dokumenterad konstruktiv återkoppling till ST-läkaren.
- God möjlighet att delta i externa C-målskurser samt i digital C-målsutbildning från Uppsala.
- Aktivt strukturerat arbete med handlingsplaner för ST-läkare som riskerar att inte uppnå målen.
- ST-läkare undervisar övriga kollegor i form av fallpresentation vid internutbildning.
- ST-läkare får ansvarsuppsdrag på kliniken.

## Svagheter

- Höga krav på självständighet i primärjournalslinjen har för vissa ST-läkare inneburit en sen introduktion till akuten och risk för alltför låg andel akuttjänstgöring under ST.
- För låg andel tjänstgöring på mottagning och till exempel hjärtmottagning saknas helt.
- Den allmänna ST-läkarmottagningen saknar schemaplanerad handledning och koppling till målbeskrivningen.
- De individuella utbildningsprogrammen saknar koppling mellan mål, utbildningsaktivitet och bedömning.
- Medsittning och annan kontinuerlig formativ bedömning med etablerade bedömningsmetoder används inte och rutiner för detta saknas.
- ST-läkarnas egen undervisning och handledning bedöms och återkopplas inte strukturerat.
- Det finns ingen implementerad struktur för summativ bedömning och återkoppling efter sidotjänstgöring
- All internutbildning är förlagt till lunchtid.

## Förbättringspotential

- Anpassa bemanningen på akutmottagningen så att ST-läkare kan delta i primärjouren under alla delar av ST.
- Komplettera mallen för IUP så att det finns rekommenderade utbildningsaktiviteter och bedömningar kopplade till A-, B- och C-delmål samt planering för självstudietid.
- Öka andelen mottagning inklusive inskolning i konsultfunktion kopplad till öppenvårdsarbetet.
- Inför struktur för regelbunden användning av bedömningsmetoder under både akut-, avdelnings- och mottagningsplacering utifrån viktiga kompetenser kopplade till målbeskrivningen.
- ST-läkarna ska dokumentera regelbundna bedömningar och detta följs upp av handledare, studierektor och chef.
- Handledarna behöver förstärkt utbildning i kompetensbedömningsmetoder, till exempel i samband med handledarträff.
- Inför regelbundna träffar för ST-handledare.
- Dokumenterad sammanfattande bedömning efter sidotjänstgöring.
- Komplettera kursplanering i IUP med AMLS-kurs eller motsvarande.
- Överväg att förlägga en del av internutbildningen till annan tid än lunchtid och engagera även specialister som föreläsare.
- Ge strukturerad och dokumenterad återkoppling i samband med att ST-läkarna själva undervisar.
- Öka frekvensen av journal club så att alla ST-läkare får granska och presentera vetenskapliga artiklar regelbundet under ST och återkoppling sker.
- Inför planerad inskolning i dagbakjournrollen under den sista halvan av ST.

# STRUKTUR

## A Verksamheten

Verksamhetsområde Medicin Bollnäs sjukhus har ett upptagningsområde på cirka 65 000 invånare från Södra Hälsingland.

I VO Medicin ingår förutom specialiserad internmedicinsk vård även en familjeläkarjour på primärvårdsnivå med ett utökat primärvårdsuppdrag för kirurgiska och ortopediska åkommor. På akutmottagningen tjänstgör en medicinjour, på jourtid finns bakjour i hemmet och dagtid även en strokejour. Kardiologkonsult finns tillgänglig fram till klockan 21, därefter hänvisas till jourlinjer i Gävle och Uppsala. Medicinjouren handlägger i snitt 18 patienter per dygn.

Det finns totalt 36 vårdplatser fördelat på tre vårdavdelningar med inriktning HIA/hjärtavdelning, njure/endokrin/AIM och stroke/AIM. Medelvårdtiden är 3,2 dygn. IVA finns med 4 vårdplatser. Det finns dialysavdelning inklusive peritonealdialys. AK-mottagning finns liksom mottagningsverksamhet inom kardiologi med fyslab, njurmedicin, endokrinologi, neurologi och strokeuppföljning samt hematologi.

På sjukhuset finns dessutom planerad ortopedisk och kirurgisk operationsverksamhet med en vårdavdelning och skopimottagning. Ett palliativt team finns. Klinisk kemi finns dygnet runt, liksom dygnetruntöppen röntgenavdelning med läkarnärvaro till kl 16, därefter tolkas röntgenbilder från Hudiksvall och av extern aktör. Sjukhusbunden narkosläkare finns dygnet runt.

Region Gävleborg har övergripande skriftliga riktlinjer för ST-utbildningen vilka kompletteras av klinikens interna introduktionsdokument för ST-läkare och Instruktion för ST-handledare.

### 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 18 specialistkompetenta läkare inom internmedicin varav 13 har ytterligare en basspecialitet inom kardiologi, njurmedicin, endokrinologi, gastroenterologi och reumatologi. Fem av läkarna är disputerade. Sex av specialisterna fungerar som handledare för ST-läkare. Dessa har genomgått handledarutbildning.

Det finns inhyrda konsultläkare inom flera internmedicinska specialiteter. Det finns ingen fast anställd specialist i neurologi och hematologi. Jourlinjen för akut internmedicin bemannas till stor del av inhyrda konsultläkare.

Det finns sex ST-läkare i internmedicin och därutöver en som gör andra basspecialitet inom endokrinologi. En ST-läkare utbildas i medicinsk gastroenterologi och hepatologi. Klinikstudierektor har en skriftlig uppdragsbeskrivning och avsatt tid för uppdraget.

## 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

Lokalerna är ändamålsenliga för verksamhetens behov. Avdelningsexpeditionernas utformning ger möjlighet till handledning. Mottagningslokalerna är adekvat utrustade. Jourrummen har adekvat standard.

ST-läkarna har tillgång till en arbetsplats på med dator. Förutsättningarna för digitalt deltagande i utbildningar, möten och behandlingskonferenser är god. Det är god tillgång till e-tidskrifter och digitala beslutsstöd. Det finns ett Centrum för Forskning och Utveckling (CFUG), där ST-läkare har tillgång till FoU-stöd vid behov.

### 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

Det finns en skriftlig introduktion som kan ses som riktlinje för ST-utbildningen. Den innehåller utbildningsaktiviteter för fem kompetensnivåer för ökad grad av självständighet i avdelnings-, akut-, och mottagningsarbete. Progress inom kompetensnivåerna bedöms vid specialistläkarkollegium två gånger årligen.

Arbete på akutmottagningen startar efter 6-12 månader, därefter ensam primärjour dagtid 8-20 eller nattjour. Den totala tjänstgöringstiden på akutmottagningen behöver bevakas aktivt för att säkert uppnå Svensk internmedicinsk förenings rekommendationer på totalt 12-15 månader.

Särskild ST-mottagning med återbesök från akuten och strokevården schemaläggs på eftermiddagarna under avdelningsplacering. Det finns separata endokrin-, njur- och reumatologplaceringar inom kliniken där mottagning ingår. I övrigt roterar ST-läkarna mellan avdelningarna.

Sidotjänstgöring görs i Gävle inom lungmedicin och infektion. Möjlighet till valbara placeringar inom till exempel hematologi, IVA och klinisk fysiologi finns.

Klinikens skriftliga riktlinjerna anger att ST-läkarna ska dokumentera bedömningar i ST-forum, men det görs inte.

Det finns en individuell utbildningsplan med planering för utbildningsaktiviteter som tjänstgöringar, kurser och kvalitets- och vetenskapligt arbete. Utbildningsaktiviteterna är inte kopplade till A-, B-, och C-mål. Utbildningsplanerna innehåller ingen planering för bedömning av delmålsuppfyllelse.

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

### **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

Den personliga handledningen planeras in av ST-läkare och handledare gemensamt och sker kontinuerligt minst en gång i månaden. ST-läkarna dokumenterar handledarsamtal, genomgångna kurser och tjänstgöringar i ST-forum.

Det finns en lokal utförlig skriftlig rutin för hur ST-handledning och kompetensbedömning av ST-läkare ska ske, men inte hur den ska dokumenteras.

Specialistläkarkollegium hålls 2 gånger per år och omfattar då alla ST-läkare. Återkoppling sker både skriftligt och muntligt och dokumenteras av handledaren. Feedback från andra professioner inhämtas inför specialistläkarkollegiet.

Det finns en skriftlig målsättning om 4-6 bedömningar med andra kompetensbedömningsmetoder/år som ännu inte är kommunicerad.

ST-läkarna har handledare vid sidotjänstgöring på annan enhet. Huvudhandledaren har kontakt med handledare på den mottagande kliniken. Det finns ingen strukturerad målstyrd planering inför eller dokumenterad återkoppling efter sidotjänstgöring, men muntlig återkoppling sker.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan för åtgärder. 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 sidoutbildning 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

Verksamheten har internutbildning i anslutning till lunchtid en dag i vecka. 1-2 gånger i månaden är det ST-läkare som har förberett fallpresentation. Region Gävleborg erbjuder A- och B-målskurser centrerade till två kursveckor per år. Det är separata regionala kurser för handledarutbildning, ledarskap för ST inklusive etik och mångfald samt forskningsmetodik.

ST-läkarna erbjuds att gå C-målskurser i den omfattning som krävs enligt målbeskrivningen. De deltar även i en digital C-måls utbildning från Akademiska sjukhuset i Uppsala en gång i veckan på lunchtid. Utbildningsprogrammen innehåller inte planering för AMLS-kurs eller motsvarande.

Självstudietid förläggs till hela veckor cirka var 8:e vecka.

### 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

Region Gävleborg har en kurs i grundläggande forskningsmetodik som arrangeras av centrum för forskning och utveckling (CFUG). I kursen examineras en projektplan som ST-läkaren sedan använder som grund för det vetenskapliga arbetet. Regionen rekommenderar att ST-läkare gör ett vetenskapligt arbete men det går också att tillgodoräkna sig ett tidigare arbete. För vetenskapligt arbete avsätts upp till 10 veckor.

Det finns i regionen ingen kursverksamhet i förbättringskunskap/systematiskt kvalitetsarbete och ingen specifik utbildning i patientsäkerhet. Kliniken har regelbunden intern utbildning i patientsäkerhet.

Vetenskaplig kompetens bedöms i den personliga handledningen samt i samband med specialistläkarkollegium två gånger per år. Journal club ordnas sporadiskt och det har senaste året förekommit en gång per termin i samband med klinikkens internutbildning där alla läkare deltar. ST-läkare har inget tydligt krav att presentera artikel.

## 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

Det finns en regional ledarskapskurs. Konsultationsmetodik ingår i kursveckorna.

ST-läkare förväntas föreläsa på intern klinikutbildning minst två gånger per termin. Kriterier för föreläsningens innehåll finns och ska stämmas av med handledare. Muntlig återkoppling förekommer.

Det finns en AT-läkare på sjukhuset och enstaka BT-läkare som har ST-läkare som handledare. ST-läkare ger också klinisk instruktion till läkarstudenter.

ST-läkare får ha ansvarsuppdrag på kliniken som till exempel kandidatansvar och BT-ansvar, återkoppling från chef och handledare har förekommit och bedömning av ledarskap ingår i specialistläkarkollegium.

### 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 efter genomgången SPUR- inspektion 2023-11-28 – 2023-11-29 Bollnäs sjukhus

Extern kvalitetsgranskning av specialiseringstjänstgöring inom Internmedicin

### Process

#### D Tjänstgörings upplägg

##### Föreskrift:

Varje ST-läkare har ett utbildningsprogram som utgår från målbeskrivningen och som omfattar de utbildningsaktiviteter som behövs för att uppfylla kompetenskraven.

##### Åtgärd:

- Bitr. VC och ST-studierektor utvecklar den befintliga mallen för den individuella utbildningsplanen. I dagsläge finns enbart placeringar för tjänstgöring och obligatoriska kurser inlagda. Men vi kommer att tydliggöra planerade kurser och utbildningar för att uppnå målen utifrån målbeskrivningar för internmedicin. Arbete påbörjat.
- Enligt vår befintliga rutin ska den individuella utbildningsplanen revideras regelbundet, minst årligen, tillsammans med handledaren, granskas av studierektor.
- Kopplad till individuella utbildningsplanen planeras även bedömningar till respektive delmål. Detta ske efter varje placering eller annan aktivitet som omfattas av delmålen.

#### E Handledning och kompetensbedömning

##### Föreskrift:

Det finns fastställda rutiner för bedömningar av ST-läkarens kompetens.

##### Åtgärd:

- Dokument **Handledare för ST-läkare - Instruktion VO Medicin** finns redan och beskriver när och hur man ska bedöma ST-läkarens kompetens men rutinen har inte varit implementerat. En ny ST-studierektor är tillsatt och har enskilda samtal med handledare där rutinen kommer att implementeras samt genomgång av Regionens handledningsmanual.

Dokumentation ska helst ske i ST-forum. ST-studierektor går genom detta med handledaren. Regelbunden uppföljning genom intern granskning om rutinen efterföljs. Dessutom kommer ST-studierektor, bitr. VC och VEC läkare följer regelbundet upp bedömningar på ett strukturerat sätt genom stående avstämningar maj/november.

Verksamheten har rutiner för hur den kontinuerliga bedömningen dokumenteras.

Åtgärd:

- Enligt vår befintliga rutin ska ST-läkare och handledare dokumentera i ST-forum. Där ligger även alla bedömningsinstrument. Vid 360 graders bedömningar och specialistkollegium dokumenteras redan av ST-studierektor och handledare. Resultatet återkopplas till ST-läkare.
- Genom våra gemensamma avstämningar med ST-studierektor, bitr. VC och VEC läkare följs verksamheten upp samt genom våra schemalagda kvalitetsgranskningar.

Lena Pettersson  
Verksamhetschef  
VO Medicin/VO Operation  
Bollnäs

Anke Wenkhausen  
Bitr. Verksamhetschef  
VO Medicin/VO Operation  
Bollnäs

Rajesh Palur  
Överläkare  
Specialist inom Internmedicin/  
Kardiologi  
ST-Studierektor

Jenny Andersson  
Vårdenhetschef för läkare

Daniel Forsman  
ST-läkare inom Internmedicin

## Övriga punkter i handlingsplanen som ej berör föreskrifter:

### Struktur

#### A Verksamheten

##### Kvalitetsindikator:

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

##### Åtgärder:

- bitr. VC som är läkare inom Internmedicin/njurmedicin/palliativ medicin kommer att träffas 1 gång per termin (maj och november) för avstämning utifrån handledarträffar, ST-träffar och 360 Graders/ ST-kollegium om rutinerna följs
- Schemalagd kvalitetsgranskning vartannat år med genomgång av följsamhet av rutiner (dokumentation, genomförande) samt uppföljning av handlingsplanen med kvalitetssamordnare, bitr. VC, VEC läkare och ST-studierektor

### Process

#### D Tjänstgörings upplägg

##### Allmänna råd:

Studierektor tar del av kompetensbedömningar.

##### Åtgärd:

- ST-rektor kommer utöver ST-kollegium ta del av kompetensbedömningar minst 2 gånger per år inför möte med bitr. VC (maj och november)

#### EHandledning och kompetensbedömning

##### Allmänna råd:

Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.

##### Åtgärd:

- I handledarboken och vårt dokument **Handledare för ST-läkare - Instruktion VO Medicin** finns metoder beskriven och de ska användas. Men uppföljningen har varit bristfälligt men kommer nu att säkerställas genom regelbundna inplanerade uppföljningar

## **G Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete**

### **Kvalitetsindikatorer**

Enheten har regelbundna möten där medarbetare diskutera och kritiskt granska vetenskaplig litteratur.

#### Åtgärd:

- Journal Club är nu schemalagd flera gånger per år.

## **H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens**

### **Allmänna råd:**

ST-läkare bereds möjlighet att undervisa under handledning.

#### Åtgärd:

- ST-läkare undervisar redan regelbunden men vi kommer att strukturera upp det genom att använda validerade bedömningsinstrument. Om handledaren inte kan vara med utses en person som ge återkoppling. Handledaren är redan innan involverad i planeringen av undervisning och ST-läkare stämmer av med sin handledare.

ST-läkare bereds möjlighet att själv handleda under handledning.

#### Åtgärd:

- ST-läkare handleder redan AT- och BT-läkare samt läkarstudenter. Men uppföljning av handledningen behöver också följas upp av handledaren och kommer att ingå i handledarens uppgifter. Vi har ingen egen AT-organisation på Bollnäs sjukhus och får därmed AT-läkare tilldelad om de vill ha en placering på Bollnäs sjukhus. Vi kan inte rekrytera själva AT till Bollnäs.

### **Kvalitetsindikatorer**

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

#### Åtgärd:

- Möjligheten finns men är inte känd. Informationen har gått ut till ST-läkaren och handledaren.

### **Svagheter/Förbättringspotential:**

#### Åtgärder:

- Internutbildningar ligger inte längre på lunchtiden utan genomförs onsdagar kl 8.00
- Placeringar på akuten på helgerna och kvällar har utökats
- Vi strukturerar om ST-mottagning för att kunna ge en bra handledning. Arbete med VEC mottagning och läkare tillsammans med ST-läkare pågår.
- ST-handledarträffar är planerade av ny ST-studierektor

Handlingsplanen innehåller även åtgärder utöver dem begärda (brister i föreskrifter) eftersom handlingsplanen ligger till grund för vårt fortsatta arbete i alla punkter som finns förbättringspotential.