

ST-handledare – ett omöjligt uppdrag?

Efter att själv ha gått kurs och blivit godkänd ST-handledare undrar Susanne Bejerot, utifrån kravspecifikationen, vem som kommer att vilja äta sig uppdraget.

Läkarutbildningen tar inte slut vid läkarexamen, och det är en självklarhet att erfarna läkare vägleder yngre kollegor in i yrket och yrkesrollen. Men bristen på formellt innehåll i specialistutbildningen innebär risk för att viktiga kunskapsmoment faller bort och gör oss till halvskolade läkare. Detta har varit incitamentet för att slå fast innehållet i ST-utbildningen, vilket lett till att de obligatoriska kurserna ökat i antal, delvis på bekostnad av den praktiska träningen i yrket.

För att säkerställa att alla lär sig samma sak under minsta möjliga tid pågår en standardisering av ST-kursernas form och innehåll. Specialisterna måste framöver genomgå en formaliserad utbildning för att överhuvudtaget ha rätt till att vara klinisk eller personlig ST-handledare. Erfarna kliniker kommer undan med en tvådagarskurs, medan de mer oerfarna ska genomgå en veckokurs till en kostnad av cirka 6 000 kronor.

Efter att ha genomgått och blivit godkänd i en sådan kurs vill jag här förmedla vad som krävs av handledaren i dennes relation till ST-läkaren. Exemplet nedan utgår från psy-

kiatrin men är generaliserbart till andra specialiteter. Frågan är om kravspecifikationen är rimlig. Jag efterfrågar också en konsekvensanalys – för vem vill bli ST-handledare med följande uppdrag?

Den personliga handledaren är numera inte enbart en mentor för ST-läkaren utan har också ansvar för att bedöma adeptens lämplighet och kompetens som psykiater. För att följa vägen till skapandet av den kvalitetsstämplade specialisten tar man hjälp av Socialstyrelsens riktlinjer för ST-utbildning, i detta fall inom området psykiatri, samt målbeskrivningen, där man tillsammans kan kontrollera att alla kompetenskrav successivt uppfylls utifrån SOLO-taxonomier (structure of the observed learning outcome).

Handledaren och adepten går tillsammans igenom Socialstyrelsens föreskrifter (som måste följas) och råd (som man kan ta lite enklare på). Båda är således insatta i de uppställda kraven på medicinsk kompetens (vilket innefattar mätbara kunskaper och mätbara färdigheter och godtagbar nivå på förhållningssätt), kommunikativ kompetens, ledarskapskompetens och kompetens inom medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete.

De bestämmer dag och tidpunkt för handledningsmöten och kommer överens om att i princip all annan verksamhet ska underordnas

dess möten, som således är högt prioriterade. De skriver under en ömsesidig handledningsöverenskommelse enligt mall från Svenska psykiatriska föreningen.

Handledningssamtalen ska alla dokumenteras av både handledare och adept, och handledaren uppmanar adepten att samla alla dokument i en portfölj, vilket handledaren också gör. Handledaren ska påminna adepten om att spara intyg från varje placering och att föra loggbok med reflektioner från placeringarna. Adepten dokumenterar i sin lärportfölj och kan på så vis kontinuerligt synliggöra sin egen utveckling och skaffa sig ett förhållningssätt till den egna inlärningen.

De ska tillsammans ta reda på vilken lärstil adepten huvudsakligen har utifrån Kolbs modell: Är hon/han prövaren, förklararen, sammanställaren eller idégivaren? Det är viktigt att handledningen anpassas till detta och att adepten får känna att hon/han lyckas och att hänsyn tas till adeptens mognad och erfarenhet. Om adepten känner sig missförstådd är det viktigt att reflektera över detta tillsammans och diskutera och göra etiska överväganden.

De ska sträva efter att utvärdera innehållet i handledningen åtminstone var tredje månad. Eftersom handledaren har olika roller i sin handledning av adepten (både mentor och examinator) är det viktigt att kontinuerligt dryfta eventuella missförstånd för att kontakten ska kännas trygg.

För att nå dessa mål måste handledaren och adepten träffas regelbundet, under första året varannan vecka. Därefter avsätter man minst



Foto: Fredrik Sandberg/Scampix

Standardiserade ST-handledare?

en timme per månad. Tillsammans och med hjälp av studierektorn har de planerat adeptens ST och gjort en ST-plan samt diskuterat vilka Metis-kurser och andra IPULS-granskade utbildningar som adepten bör genomgå.

Relativt tidigt i adeptens ST kommer de att diskutera vilket vetenskapligt arbete denne ska göra under tio veckor och föreslå ett kvalitetsarbete som adepten ska avsätta minst två veckor till, utan att detta alltför menligt påverkar tjänstgöringen. Dessa arbeten kan dock slås samman till en hel termins vetenskapligt kvalitetsarbete, som givetvis görs på evidensbaserad grund (om studien ska etikgranskas, vilket krävs för publicering, utgår en kostnad på 5 000 kronor).

Handledaren ska också försäkra sig om att adepten genomgår obligatorisk hand-



SUSANNE BEJEROT
överläkare, docent,
Stockholm
susanne.bejerot@sll.se

ledarutbildning för att denne i sin tur ska lära sig att handleda andra självständigt.

För att kontrollera att adepten har inhämtat önskade kunskaper kan handledaren be adepten att göra falldragningar, bidra med journalgenomgångar, sammanfatta symposier och föreläsningar som denne har deltagit i. Handledaren kan också be adepten läsa vetenskapliga artiklar och annan litteratur inför varje placering. De kan sedan diskutera innehållet tillsammans. Etiska dilemman tas upp med regelbundenhet, och tillsammans går de igenom vad som faktiskt står i Helsingforsdeklarationen, Läkarförbundets etiska regler och Madriddeklarationen.

Inför varje placering går handledaren igenom med adepten vad denne förväntas göra och vad denne ska ha lärt sig vid respektive placering samt vad som kan bli lätt respektive svårare. Detta är således en formativ bedömning som syftar till att stimulera fortsatt lärande genom att kontinuerligt lyfta fram adeptens styrkor och svagheter.

Handledaren avser förstås att kontakta den kliniska handledaren inför och efter varje placering för att förbereda adepten och sedan höra hur det har utfallit. Handledaren går igenom formuläret »Utvärdering av klinisk placering för underläkare« som fyllts i av den kliniska handledaren och som är ett komplement till telefonsamtal.

Adepten anmodas också att göra en självutvärdering efter varje placering för att på så sätt öka sin självkänedom. Detta blir således en del av den summativa bedömningen, det vill säga en bedömning som summerar adeptens samlade kunskaper vid ett specifikt tillfälle.

Handledaren besöker avdelningen för att göra medsittningar minst en gång per år och kan själv då bedöma adeptens förmåga utifrån medsittningsprotokollet,

»Allt detta är säkert bra i den bästa av världar – men det finns knappast utrymme för nya pålagor som inte åtföljs av resursförstärkning.«

som graderas från 1 (mycket stora förbättringar behövs) till 6 (utomordentligt bra) inom områdena anamnestagning, samtalsmetodik, professionalism, organisation/effektivitet, bedömning av psykiskt status, terapeutisk och diagnostisk förmåga samt en sammanfattning.

Tillsammans reflekterar de sedan över hur varje placering har förlöpt, och handledaren ger feedback för att korrigera, stödja och ge klarhet. Denna är tolkande men inte värderande, specifik, och

ska ges vid »rätt tidpunkt«. Handledaren är uppmärksam på hur adepten tar in den konstruktiva kritiken och undviker på så sätt att adepten hamnar i en försvarsinställning.

Handledaren avser att gå igenom rapporten med adepten efter varje placering varvid denne får möjlighet att förändra sig och därmed successivt förbättra sig. Saknas den kompens som adepten bör besitta föreslår handledaren en åtgärdsplan. Man höjer kraven och informerar adepten om att denne inte kan godkännas som specialist innan hon/han med sin kunskap och i sitt beteende motsvarar specialistföreningens och Socialstyrelsens krav.

Handledaren ska bedöma adeptens styrkor och förbättringsområden och diskutera dessa med kollegor

under gemensamma sittningar som man har för att diskutera ST-läkarnas utveckling.

Givetvis kommer handledaren att stödja sin adept på alla tänkbara sätt, uppmuntra denne att också prioritera sitt privatliv, och utifrån sin förmåga ge goda råd, göra rollspel och föreslå lämplig fördjupningslitteratur samt genom att vara en god förebild.

Allt detta är säkert bra i den bästa av världar – men det finns knappast utrymme för nya pålagor som inte åtföljs av resursförstärkning. Har det gjorts någon konsekvensanalys av de ekonomiska och personella förutsättningarna, och hur påverkas arbetsmiljön?

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Forskning är psykiatrins framtid!

■ De stora framsteg som hälso- och sjukvården gjort de senaste årtiondena har möjliggjorts av en målmedveten satsning på forskning. Samtidigt har vårdpersonalens grundkompetens höjts.

Inom psykiatri har fokus legat på utbildning för baspersonal och stöd till samverkan, medan den kliniska forskningen inte prioriterats i lika hög grad. För att lyfta psykiatri är det nu dags för en stor, bred, uthållig och riktad satsning på psykiatrisk klinisk forskning.

• Gör psykiatrisk forskning till ett strategiskt forskningsområde!

• Varje rekommendation i Socialstyrelsens riktlinjer för schizofreni ska kunna styrkas av minst en god svensk studie!

• Inom heldygnsvården ska minst 20 procent av patienterna ha möjlighet att delta i bra forskningsprojekt!

• Forskning som fokuserar på målgruppens livskvalitet ska prioriteras!

• Forskningen ska bedrivas med målet att minska stigmatiseringen av psykiatrins patienter och av psykiatrin!
• Forskningen ska bedrivas med brukarmedverkan och former för denna ska utvecklas!

• Forskningen ska bedrivas tvärvetenskapligt. Flera aspekter av psykisk sjukdom ska belysas!

• Alla yrkeskategorier i psykiatri ska ges möjlighet till forskning!

• En FoU-enhet som stödjer det lokala utvecklingsarbetet ska finnas vid varje psykiatrisk klinik/verksamhetsområde!
• Varje universitetsklinik ska ha ett psykiatriskt forskningscentrum!
• Varje region/landsting ska ha speciella forskningsanslag som reserveras för klinisk psykiatrisk forskning!

Uttalandet diskuterades första gången vid Jonseredsseminariet »Priset för psykiatrin« den 14 juni 2010. Det

ingår i seminarieriet »Bildningen av psykiatrin« som är ett samarbete mellan Psykiatri Sahlgrenska och Göteborgs universitet.

Programkommittén för seminarieriet »Bildningen av psykiatrin«

Lennart Lundin
leg psykolog, sektionschef,
Psykossektionen,
Psykiatri Sahlgrenska,
Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg
lennart.lundin@vgregion.se

Cecilia Brain
vårdenhetsöverläkare,
Psykiatri Sahlgrenska,
Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg;
doktorand, Sahlgrenska
akademien, Göteborgs universitet
cecilia.brain@vgregion.se

Anders Franck
programchef,
Jonsereds herrgård,
Göteborgs universitet
anders.franck@gu.se