

Ursprung 2010-03-15

Reviderat sept-17/ feb-18

Handledningsdokument för ST-utbildningen i barn- och ungdomspsykiatri

Utarbetat av

BUP föreningens handledarutbildare i Banyuls

Torgny Gustafsson
Marie Ahlgren
Peter Engelsöy
Anneli Parnegård

BUP föreningens Utbildningsutskott (2010)

Gunnel Löndahl
Anna Lundh
Tove Marthin
Hans Smedje
Lena Spak
Mia Törnqvist

Reviderat av Studierektorsgruppen (2017)

Gunnar Brodd
Hanna Essner
Ann Fristedt
Ulrika Henriksson
Mie Lundqvist
Lena Spak
Gunnel Svedmyr
Valeria Varkonyi

Innehållsförteckning

Att vara barn- och ungdomspsykiater	3
Mentor, coach, handledare – likheter och skillnader.....	3
Huvudhandledning	4
Handledningsprocessen	4
Verktyglådan.....	6
Den svåra handledningen	8
Professionellt, personligt och privat.....	9
Byte av huvudhandledare	9
När ST-läkaren riskerar att ej få godkänt	9
Ansvariga - Vem har ansvar för vad?.....	10
Bedömning.....	12
Intygsskrivande	103
Vetenskapligt förhållningssätt.....	13
Etik	13
Litteratur.....	133

Att vara barn- och ungdomspsykiater

En läkarroll – en barnpsykiaterroll

Att vara barnpsykiater är att vara läkare. Den nyblivne ST-läkaren har troligen en ganska klar bild av vad det är att vara läkare. Hen har modeller och förebilder med sig ut i yrkeslivet. Men att vara barnpsykiater skiljer sig en hel del från den gängse läkarrollen och det finns risk att ST-läkaren får problem med dessa skillnader.

Det annorlunda finns både p.g.a. kunskapsområdet, arbetssättet och traditionen. Det är angeläget att huvudhandledaren hjälper ST-läkaren att orientera sig inom dessa fält, så att hen inte uppfattar specialiteten som obegriplig. Att nå en kunskapsbredd och att söka sin kunskap inom olika vetenskaper utan att förlora sitt medicinskt psykiatriska perspektiv, bör vara målet för den färdige specialisten. Huvudhandledaren har en viktig funktion i att förmedla ett vetenskapligt kritiskt förhållningssätt till ST-läkaren.

Att arbeta som ST-läkare inom barnpsykiatri

Teamarbetet är både barnpsykiatriens styrka och ibland dess akilleshäl. ST-läkaren skall utbildas till specialist med specifikt medicinskt ansvar och till teammedlem med respekt för de andras specialistkunskaper.

Det kan med fog hävdas att barnpsykiater är ett kreativt yrke. Som för alla kreativa yrken är träning och egen erfarenhet grunden. Man måste givetvis ha formell utbildning och en gedigen vetenskaplig kunskap att stå på men omfattande eget kliniskt arbete står ändå för den avgörande delen i yrkesutvecklingen.

ST-läkaren måste under sin specialiseringstjänstgöring få träning inom specialitetens olika fält, och möta ett brett spektrum av patienter, familjer och olika samarbetspartners. Det krävs att ST-läkaren ansvarar för egna ärenden och arbetar med dessa över längre tid. Att följa ett barnpsykiatriskt ärende över lång tid uppenbarar den komplexitet som alltid finns bakom en diagnos. När läkarbristen är stor, är det huvudhandledarens skyldighet att se till att ST-utbildningen får prioritet över klinikens eller mottagningens läkarbehov.

Huvudhandledaren skall också hjälpa ST-läkaren att balansera omfattningen mellan teoretiska kurser och det kliniska arbetet. På samma sätt är det huvudhandledarens uppgift att hjälpa ST-läkaren att lägga upp en tjänstgöringsplan som innehåller både generell och subspecialiserad barnpsykiatri. Inte minst inom större barn- och ungdomspsykiatriska organisationer med många subspecialiserade verksamheter, finns risk för en uppsplittrad utbildning.

På små barn- och ungdomspsykiatriska kliniker finns en risk att den nye läkaren tidigt får alltför stort ansvar som hen inte har möjlighet att hantera.

För huvudhandledaren är det centralt att alltid värna bredden och djupet i ST-läkarens kompetensutveckling.

Mentor, coach, handledare – likheter och skillnader

Mentor, coach och handledare är tre begrepp som används flitigt och som delvis har samma betydelse. Ordet Mentor har en historisk bakgrund. Kung Oidipus hade en god vän vid namn Mentor, som han utsåg till rådgivare, förebild och förtrogen vän till sin son under åren han själv var ute på sin långa resa. Ordet mentor lever kvar med liknande innebörd som det ursprungligen hade. Begreppet mentor ”återinfördes” under 1980-talet.

Dagens mentor är en erfaren person med vilken man kan föra förtroliga samtal med fokus på sin professionella utveckling och få del av mentorns erfarenheter och synpunkter. En mentor

har man för sin egen skull och man bestämmer själv de ämnen man vill ta upp i samtalen. Mentorn behöver inte ha samma profession som man själv har och mentorn har inget ansvar för den utveckling som sker.

Coach är en liknande funktion och har sitt ursprung i det engelska akademiska livet. Begreppet används numera såväl inom idrottsvärlden som inom andra varierande områden. En coach har oftast uppgiften att hjälpa en att nå ett visst mål, t.ex. att söka och få ett nytt jobb, förbättra sin hälsa, gå ner i vikt etc. Man kan också ha en coach med mer fokus på den yrkesmässiga utvecklingen.

Begreppen är inte så klart definierade men en coach har en mer aktiv roll än en mentor. Med coachens hjälp kan man få större klarhet i vad man tycker, tänker och vill. Tillsammans med sin coach kan man formulera mål och få hjälp med strategier att nå dem. Begreppet coach är inte kopplat till erfarenhet såsom mentorsbegreppet.

Handledare kan definieras på flera sätt men inom läkarutbildningen är det en person som ska ha en kontinuerlig kontakt och stödja, vägleda och bedöma en person som är på väg mot ett visst utbildningsmål. Mycket av det som ingår i mentorskap och coachning återfinns också i handledarrollen men handledarens uppgifter inom ST-utbildningen är tydligare formulerade. Inom läkarutbildningen har handledarbegreppet fått allt tydligare konturer och det är inte bara en individuell kontakt utan handledaren ska också ha kontakt med adeptens omgivning på arbetsplatsen och ta en aktiv del i planering av tjänstgöringar. Det är viktigt att vara medveten om att handledarrollen också inrymmer en kontrollfunktion som varken en mentor eller en coach har.

Huvudhandledning

Handledningsprocessen

Under den minst 5 år långa specialistutbildningen går ST-läkaren från att vara novis till specialist. Under denna process genomgår man olika faser där man möter olika utmaningar och har olika behov av stöd från omgivningen och inte minst sin huvudhandledare.

Som huvudhandledare behöver man vara medveten om dessa faser som är gemensamma för all inläring och utveckling.

Teoretisk/känslomässig integrering

Fas 1. Aktion utan förståelse -
Fas 2. Förståelse efter aktion -
Fas 3. Förståelse före aktion -
Fas 4. Samtidig förståelse och aktion -

Psykologiska faser

Beroende och tillit
Härmning och identifikation
Protest och opposition
Frigörelse

Fas 1:

Aktion utan förståelse

ST-läkaren utför arbetet med ingen eller endast liten förståelse för arbetsinsatsen. Under denna fas kan inte ST-läkaren agera på egen hand utan behöver konkreta instruktioner, t ex i form av skriftliga riktlinjer, journalmallar etc. samt täta avstämningar med klinisk handledare och team-medarbetare på arbetsplatsen förutom huvudhandledaren.

Beroende och tillit

Den handledde är under denna fas upptagen av sig själv och kan känna sig hjälplös och ovetande. ST-läkaren är beroende av handledning för att kunna utföra sina uppgifter.

Det är olika svårt för olika individer att känna sig försatt i ett tillstånd av upplevd inkompetens. Som vuxen är man van att ta ansvar och fatta sina egna beslut och kan ha svårt att stå ut med att i arbetssituationen inte ha tillräckliga kunskaper för att göra sina egna bedömningar.

I handledningssituationen kan det ta sig uttryck i att den handledde värjer sig och t ex omdefinierar handledningen till vanlig undervisning eller inte alls vill ha handledning. Handledaren ska skapa trygghet och få ST-läkaren att hitta tillbaka till sin känsla av kompetens samtidigt som ST-läkaren kämpar med det nya.

Fas 2:

Förståelse efter aktion

ST-läkaren utvecklar insikter för själva arbetsprocessen efter det att arbetet har utförts. I handledningen belyser man vad och hur man gjort. Man får i efterhand teoretiska förklaringar och förståelse för sin arbetsinsats. ST-läkaren bemästrar något i situationen men kopplingen till egentlig förståelse saknas fortfarande. Insikterna kan komma i form av aha-upplevelser.

Härkning och identifikation

Kunskap och tillvägagångssätt integreras alltmer och känslan av hjälplöshet eller behov av maktkamp avtar. ST-läkaren härmar och tillämpar handledarens idéer och behöver inte kontrollera sina insatser med handledaren lika ofta – man vet vad handledaren skulle göra, men förstår inte alltid varför.

Fas 3:

Förståelse före aktion

ST-läkaren har insikter om sitt sätt att fungera liksom kunskap om arbetsmetoder, samt kan planera sina insatser. Teoretiska aspekter och långsiktig förståelse integreras allt mer. ST-läkaren kan ta emot konkret hjälp och blir mer och mer medveten om sin egen roll i situationen. Känslomässiga reaktioner på det som sker infinner sig ofta i den här fasen.

Denna fas varar ofta länge. I handledningen kan uppstå försvar mot ytterliggare förändring och en överbetoning av de teoretiska aspekterna är vanligt.

Protest och opposition

Under denna fas börjar ST-läkaren frigöra sig från handledaren antingen genom protest och opposition eller genom att i samråd med handledaren prova sina egna vingar.

ST-läkaren kan ifrågasätta handledarens ideologi, arbetsmetodik eller själva handledningen.

ST-läkaren provar nya metoder som kan förkastas eller integreras med yrkesrollen.

För handledaren är detta en fas som innebär både risker och möjligheter - gamla tankar och teorier ifrågasätts och ens egen roll som ”den som vet bäst” förändras. Men det ger också möjligheter för handledaren att ta del av och införliva nya idéer och kunskaper.

Fas 4:

Samtidig förståelse och aktion

De teoretiska aspekterna har integrerats med övriga förståelseaspekter så att arbetsinsatsen och insikten löper parallellt. ST-läkaren kan arbeta självständigt och har tillräcklig kunskap och erfarenhet så man klarar att ta itu med både förväntade men också oväntade situationer när de uppstår.

Frigörelse

ST-läkaren och huvudhandledaren har som gemensamt mål att ST-läkaren ska bli oberoende. ST-läkaren övergår från att vara novis till jämbördig kollega. Efter 5 års samarbete kan det kännas svårt att avsluta handledningen. (Är vi klara nu? Besitter ST-läkaren det som krävs av kunskap och andra färdigheter för att bli specialist?) Handledaren kan underlätta denna process genom att visa tillit till att ST-läkaren klarar sin yrkesroll.

Verktygslådan

ST-läkarens mål är att bli en kompetent barn- och ungdomspsykiater. För att nå fram till detta krävs förutom teoretiska kunskaper också andra färdigheter som förmåga till inlevelse, lyhördhet, känsla för timing med mera. Många personer besitter dessa egenskaper naturligt medan andra kan behöva bli uppmärksammade på eventuella brister och behöva tid, handledning och övning. De flesta av oss har en känsla för det vi vet och det vi inte vet. (*Jag vet att jag vet mitt namn och jag vet säkert att jag inte har en aning om Afrikas alla huvudstäder*) Men hur kan man bli uppmärksam på "vad man inte vet att man inte vet"?

Vi människor lägger märke till det som är betydelsefullt just för en själv och det som stämmer överens med det vi redan vet. Det som inte är viktigt för oss lägger vi inte märke till om vi inte uppmärksammas på det. I inlärningspsykologin pratar man om:

Assimilation - att ta till sig fakta och införliva det med tidigare erfarenheter

Ackomodation- att förändra sitt beteende utifrån nya kunskaper

I det här avsnittet kommer några förslag på metoder som kan vara till hjälp för utvärdering och för att öka ST-läkarens förmåga till reflektion, analys och problemlösning.

Samtal

I samspelet mellan handledaren och ST-läkaren förekommer olika former av samtal såsom vanlig konversation, mer undervisande instruerande samtal, tankeutbyte genom öppen dialog som syftar till tankeutveckling och mer utforskande intervjuande samtal genom sokratisk intervju.

Sokratisk intervju innebär att man genom att ställa nyfiket utforskande frågor lockar fram den andres uppfattningar och synpunkter och ger möjlighet till självreflektion och nya insikter.

Sokrates: 470-399 f. Kristus

"Den rätta insikten kan bara komma inifrån. Den kan inte tvingas fram av andra"

"Jag vet endast att jag inget vet"

"Klokast är den som vet vad han inte vet"

Sammanfattande iakttagelse

ST-läkaren redovisar sitt arbete med en patient med återgivande av hela arbetsprocessen till ett samtal för handledaren. Härigenom övas minne och iakttagelseförmåga och utvecklar förståelse *efter aktion*. Eftersom denna metod bygger på vad ST-läkaren väljer att berätta, bör man som handledare betona frånvaron av facit och att man får tolka situationer olika och att man får hantera situationer på olika sätt. I synnerhet är det ST-läkarens slutsatser av sitt eget agerande och de egna reaktionerna i olika situationer som ska granskas och diskuteras.

Rollmodell

Som handledare blir man, på gott och ont, en modell för hur en barnpsykiater är. Förmedlar man att arbetet är lustfyllt och viktigt? Hur ser man på tider, gränser, teamsamarbete, andra yrkeskategorier? Hur hanterar handledaren själv svåra situationer?

Under handledningen kommer handledaren att dela med sig av egna erfarenheter och ge tips och råd om bra kurser, litteratur med mera.

Medsittning

Kan användas både som utbildnings- och utvärderingsmoment. ST-läkaren sitter med och iakttar när specialisläkare eller annan personal har patientsamtal. Alternativt kan handledaren eller annan personal följa ST-läkaren under dennes arbete och efteråt ge feedback på olika aspekter.

Videoinspelning

Inspelning av olika arbetsmoment på video med analys av det inspelade i efterhand. Fördelen är att ST-läkaren bokstavligen får syn på sig själv, hur hen låter och beter sig. Videoinspelningar kan upplevas som extra nervöst och utlämnande och bör inte användas förrän ST-läkaren börjar känna sig trygg med handledaren.

Casemetodik/tankeschema

Casemetodik är en undervisningsform som utformades på Harvard Business School för drygt hundra år sedan, och som används för att träna logiskt och strategiskt tänkande. Inom ramen för detta kan man använda sig av tankeschema som hjälpmedel.

Vad är det som är problemet? *Vad vill patienten ha hjälp med?*

Bakgrund, händelseförlopp och fakta

Troliga förklaringar? *Vad kan orsaken till problemet bero på?*

Prognos om ingenting görs? *Farligt på kort och lång sikt?*

Behov av ytterligare information? *Undersökning, provtagning, utredning, mer anamnes?*

Handlingsalternativ? *Vad kan vi välja att göra?*

Förväntade konsekvenser och risker med olika handlingsalternativ?

Vilka aspekter finns att beakta: etiska, ekonomiska, medicinska, psykologiska, sociala etc.?

Fördjupning, att ta reda på? *Rådgöra med kollega, leta information*

SWOT-analys

SWOT analys är ett verktyg för avstämning och bedömning. Det 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.

SWOT bygger på att se möjligheter till utveckling och ger underlag för att analysera hur man fungerat i en situation och vad som behöver förbättras. Detta kan inbegripa såväl kunskaper, färdigheter som värderingar och synsätt. Bokstäverna står för: Strengths (styrkor) Weaknesses (svagheter) Opportunities (utvecklingsmöjligheter) Threats(hot/hinder)

Exempel: ST-läkaren har i sitt arbete på akuten kommit i konflikt med sjuksköterskan på grund av att hen inte berättat för föräldrarna om att patienten i enskilt samtal berättat om ett tidigare självmordsförsök.

Styrkor Lätt att få kontakt med ungdomar. Inkännande. Trygg med att ställa frågor om suicidtankar	Svagheter Jobbigt att berätta svåra saker för föräldrarna. Vill inte svika ungdomens förtroende
Möjligheter Medsittning med klinisk handledare med efterföljande diskussion Auskultationstillfälle med mer erfaren kollega.	Hot/hinder Kliniska handledaren har sällan tid. Etiskt dilemma! Vad måste man berätta för föräldrar?

Diskussion utifrån feedbackdokument

En gemensam utvärdering av den kliniska placeringen görs i slutet av varje tjänstgöringsavsnitt. Vid längre placeringar kan utvärderingen göras vid flera tillfällen till exempel i början, i mitten och i slutet av placeringen.

Utvärderingen omfattar den kliniska handledarens bedömning av ST-läkarens praktiska färdigheter, teoretiska kunskap, förmåga till klinisk bedömning och handläggning, förmåga till självständigt arbete och samarbete/kommunikation. Utvärderingen omfattar också ST-läkarens bedömning av tjänstgöringsavsnittet gällande handledning, bemötande och utbildningsvärdet.

Förslag på hjälpmedel

Målbeskrivning och Rekommendationer - regelbunden avstämning

Skriftliga instruktioner och riktlinjer i form av vårdprogram, riktlinjer, lokalt introduktionsmaterial mm

Medsittningsmall (lokalt utarbetade eller från SFBUPs hemsida)

Feedbackformulär (lokalt utarbetade eller från SFBUPs hemsida)

Den svåra handledningen

Det finns olika anledningar till att handledning blir svår eller inte fungerar. Handledaren och ST-läkaren kan på olika personliga grunder passa dåligt ihop, kan ha olika förväntningar på vad handledningen skall innebära eller yttre hinder i arbetssituationen ställer sig i vägen.

I början av handledningen diskuteras och beslutas om handledningens rammar och villkor.

Även om detta görs noga och tydligt så kan svårigheter och problem av olika art uppkomma.

Ett problem är att handledning inte blir av regelbundet eller att sessionerna tenderar att förkortas. Då blir det viktigt att påminna sig om de rammar och villkor som man beslutat om i starten av handledningen.

Både handledare och ST-läkare ska komma förberedda, men det är ST-läkaren, som har huvudansvaret för vilka frågor som ska diskuteras. Om ST-läkaren "inte har något speciellt" att ta upp, kan detta vara rimligt en eller annan gång. Om det blir ett återkommande mönster bör det leda till diskussion. Det kan tyda på att det finns en förtroendebrist, en brist på insikt i vad man inte kan och vad man behöver eller det kan vara ett sätt att försöka skydda sig från kritik. Oavsett detta är det handledarens ansvar att lyfta denna diskussion och undersöka var hindren finns.

En liknande problematik uppstår när ST-läkaren inte tar emot och använder handledningen. Om det i efterhand visar sig att ST-läkaren konsekvent struntar i handledarens synpunkter, förslag och direktiv måste detta diskuteras.

Om ST-läkaren inte har förtroende för sin huvudhandledare kan detta ha flera orsaker. I vilka sammanhang har förtroendebristen uppstått och finns det fog för kritiken? Det kan bli aktuellt att lyfta fram skillnaden mellan klinisk och huvudhandledning liksom att belysa huvudhandledningens kunskapskontrollerande sida. Ibland kan också personliga förhållanden påverka och behöva diskuteras. Finns det etniska, religiösa, ålders- eller genusmässiga aspekter som förklaring till problemen?

Huvudhandledning kan inte väljas bort och är den kvalitetskontroll som ST-utbildningen ytterst vilar på och allvarliga brister i huvudhandledningen riskerar hela ST-utbildningen. Om

alltså inte handledare och ST-läkare lyckas lösa detta, så bör andra aktörer blandas in ex verksamhetschef och studierektor.

Professionellt, personligt och privat

Handledning är aldrig egenterapi och huvudhandledning är det definitivt inte. Samtidigt kommer relationen mellan huvudhandledaren och ST-läkaren bestå under avsevärd tid och man lär känna varandras olika sidor. I handledningen ingår att hjälpa ST-läkaren att hantera och komma förbi egna svårigheter och personlighetsdrag som påverkar arbetet, samt också att hitta balansen mellan arbete och privatliv. Det innebär alltså att handledningen kommer att beröra personliga förhållanden, men handledaren måste se var gränsen till det privata går. Att få insikt i och bearbeta sitt privatpersonliga hör till psykoterapi, att hitta och utveckla tekniker för att möta situationer, då det privata ställer till arbetsproblem, hör till handledning. Det kan vara handledarens uppgift att peka på ett återkommande mönster, en personlig svaghet eller ett ömtåligt område, men inte att utforska det, bara att hjälpa ST-läkaren att yrkesmässigt hantera dessa situationer.

Byte av huvudhandledare

Att byta huvudhandledare kan vara ett – om än sista utvägens – sätt att lösa en konflikt eller en svårighet i handledningen. Oftare sker dock sådana byten av andra orsaker. Det kan bero på att ST-läkaren byter utbildningsort eller på att huvudhandledaren flyttar, blir sjuk eller får ändrade arbetsuppgifter.

Handledarbyte ska ske i samverkan med såväl verksamhetschef som studierektor både för att hitta ny handledare och minska risken för att bytet påverkar ST-läkarens fortsatta utbildning negativt.

När ST-läkaren riskerar att ej få godkänt

Trots optimala handledningsförhållanden kan det uppstå svårigheter. I undantagsfall kan man behöva ifrågasätta om ST-läkaren är lämplig för specialiteten. Det är viktigt att handledaren är uppmärksam på signaler från såväl ST-läkaren som från enhetschef, teammedlemmar och patienter vad gäller ST-läkarens förmåga att förstå, tolka, bemöta och behandla patienter och familjer. Handledaren måste också tidigt skaffa sig en uppfattning om ST-läkarens förmåga att samarbeta både med andra yrkeskategorier i teamet/på avd och med vårdgrannar. Detta kan sammanfattas som att handledaren bedömer att en rimlig teoretisk kunskapsutveckling sker, parallellt med att det barnpsykiatriska synsättet integreras i arbete och förhållningssätt.

Handledaren bör vara extra uppmärksam under inledningsfasen av handledningen. Det är olyckligt för alla parter om ST-läkaren efter halva sin tjänstgöring eller mer, får besked om att hen sannolikt inte kommer att få sin ST-tjänstgöring godkänd. Detta innebär att i de fall där tvivel på ST-läkarens lämplighet för specialiteten uppstår måste handledaren snarast försöka bilda sig en uppfattning om var problemen finns. Handledningen kan bli mer tidskrävande under en tid med intensifierad kontakt med ST-läkaren och med dem som arbetar närmast honom /henne.

Det optimala är om handledaren kan lotsa ST-läkaren fram till en egen insikt om vari svårigheterna består men givetvis får inte handledaren dra sig för att bli tydlig i sina synpunkter i de fall det behövs. Det är orätt mot ST-läkaren och även mot omgivningen om man väntar på att ”någon annan” ska ta upp problemen. Även om man som handledare inte finns med i de situationer där eventuella svårigheter kommer fram är det handledarens uppgift att informera sig, bedöma och också föra diskussionen med ST-läkaren.

I sällsynta fall kan man behöva ta upp diskussionen direkt med ST-läkaren om huruvida hen funderat på om det är rätt specialitet. Oftast känner ST-läkaren själv om specialiteten passar eller ej men någon gång kan man hamna i den svåra situationen att handledaren och kliniken inte tycker det är lämpligt att ST-läkaren fortsätter medan ST-läkaren tycker att problemen endast ligger hos omgivningen.

Arbetsgivaren har långtgående skyldighet att föra ST-läkaren fram till specialist. Om man, när det närmar sig slutet av specialiseringstjänstgöringen, inser att ST-läkaren inte kommer att kunna godkännas ska arbetsgivaren erbjuda lämpliga insatser för att kompensera för svårigheter och brister. De redskap som då finns är framför allt tilläggstjänstgöring inom de områden där brister bedöms föreligga. Ofta är det kanske inte fråga om ren kunskapsbrist, som är betydligt lättare att hantera, utan om mer sammansatta tvivel på ST-läkarens lämplighet för specialiteten. Därför är det oerhört viktigt att man som handledare för en bred diskussion med ST-läkaren redan från början och öppnar upp för diskussion om de olika dimensioner vår specialitet rymmer. Det är också viktigt att veta att uppsägning av en ST-läkare i stort sett är omöjlig.

Ansvariga

Vem har ansvar för vad?

Bra fakta finns i ”ST-boken” av Ola Björgell och Ulrika Uddenfeldt Wort, 2015 samt på Socialstyrelsens hemsida SOSFS 2015:8

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-3-1>

Vårdgivaren

- att det finns de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet
- tillgång till en studierektor och *bör* se till att studierektorn har relevant specialistkompetens
- tillgång till handledare som motsvarar behovet av handledning
- tillgång till medarbetare som kan ge nödvändiga instruktioner om verksamhetsspecifika tekniker och tillvägagångssätt (ST-läkaren *bör*, utöver handledning fortlöpande ges instruktioner och återkoppling från dem som har gett instruktionerna)
- Vårdgivaren ska ansvara för att kvaliteten i ST säkerställs genom systematisk granskning och utvärdering av verksamheten
- Kvaliteten ska även granskas och utvärderas av en extern aktör-extern granskning *bör* göras vart femte år
- Om granskningen visar att det finns brister, ska vårdgivaren åtgärda dessa

Verksamhetschef (VC):

- Att individuellt utbildningsprogram tas fram, regelbundet följs upp och vid behov revideras i samråd med studierektor, handledare och ST-läkare
- En huvudansvarig handledare utses till ST-läkaren

- Tillsammans med handledaren bedöma ST-läkarens kompetensutveckling kontinuerligt med utgångspunkt i målbeskrivningen och det individuella utbildningsprogrammet
- Att den kontinuerliga bedömningen dokumenteras
- Verksamhetschefen *bör* hålla regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkaren
- VC godkänner ST-läkaren efter att målen är uppnådda och skriver på ansökan om specialistkompetens. Om VC ej är specialist i avsedd specialitet skall denne överlåta till annan specialist att vara intygsgivare.

Studierektor (SR):

- Ska samordna den interna (lokal SR) och externa utbildningen (regionala SR) för ST-läkarna
- Ska ha specialistkompetens
- Ska ha genomgått handledarutbildning
- Bör utgöra en organisatorisk stödfunktion till verksamhetschef, handledare och ST-läkare
- I arbetsuppgifterna bör ingå att utarbeta introduktionsprogram för ST-läkarna och ta del av bedömningar som görs av VC och HL
- VC och handledare ska samråda med studierektor inför undertecknande av intyg om uppnådd specialistkompetens
- SR har ett kvalitets ansvar för ST-läkarnas utbildning
- BUPs regionala SR deltar i nationella möten och utgör SFBUPs Utbildningsutskott
- Inom vissa regioner finns lokala SR för BUP ST
- SR bör ordna med handledarträffar

Huvudhandledare (HHL):

- För handledning *ska* utses en huvudhandsvarig handledare som:
 - *Ska* ha specialistkompetens i den specialitet som ST-läkaren avser uppnå
 - *Ska* ha genomgått handledarutbildning
- Den huvudansvariga handledaren *bör* tjänstgöra där ST-läkaren huvudsakligen genomför sin ST
- Handledning *ska* ges med utgångspunkt i det individuella utbildningsprogrammet
- Handledning *ska* ges kontinuerligt i form av stöd och vägledning
- Handledningen *bör* planeras in i ordinarie tjänstgörningsschema
- *Bör* dokumentera handledningen
- Handledaren har en vägledande och utvärderande funktion vad gäller teoretisk och klinisk kunskap
- HHL godkänner ST-läkaren efter att målen är uppnådda och skriver på ansökan om specialistkompetens

Klinisk handledare (HL):

- För varje utbildningsperiod *ska* ST-läkaren ha en handledarutbildad handledare (specialistläkare vars specialistkompetens motsvarar det kompetensområde delmålet avser)
- Handledning *ska* ges kontinuerligt i form av stöd och vägledning
- Handledningen *bör* planeras in i ordinarie tjänstgörningsschema

ST-läkaren (ST):

- Ska ha ett individuellt utbildningsprogram som *bör* innehålla:
 - Planerad intern och extern utbildning
 - Planerat deltagande i forsknings- och kvalitetsarbete
 - Planerad tid för regelbundna självstudier
- ST-läkaren skall dokumentera sin utbildningsprocess, utbildningsplan och handledning
- Ansvarar för att ha sin dokumentation i ordning inför ansökan om specialistkompetens

Bedömning av ST-läkaren – olika beprövade metoder

ST-utbildningen är målstyrd vilket framkommer både i SOSFS 2008:17 och 2015:8 fr Socialstyrelsen. För att alla inblandade, inklusive ST-läkaren själv, ska kunna följa ST-läkarens aktuella kunskapsprogression skall kunskaperna bedömas kontinuerligt under utbildningstiden. En fortlöpande bedömning behöver göras både för att se den aktuella nivån men framförallt för att kunna styra utbildningen så att ST når målen. Efter minimum 60 månaders tjänstgöring ska VC, HHL och SR bedöma om ST-läkaren nått målen och kan ansöka om specialistkompetens.

Den kontinuerliga bedömning bör göras med i förväg kända metoder som är både ”valida” dvs mäter det som avses, i vårt fall att ST når målen både praktiskt och teoretiskt och ”reliabla” dvs är tillförlitliga och reproducerbara. För att öka reliabiliteten är det viktigt med täta bedömningar, flera bedömare och olika instrument.

För bedömningsinstrument se SFBUPs hemsida

<http://www.sfbup.se/utbildning/st-utbildning/st-utbildning-dokument/>

”Sit-in” För att vi ska kunna bedöma hur ST gör sitt arbete IRL måste vi vara på plats i samtal och undersökning, använd ett Sit in-protokoll. Se SFBUPs hemsida Medsittningsmall

Minicex (Mini Clinical Evaluation Exercise): är ett strukturerat bedömningsinstrument där ST observeras under 5 -20 minuter under ett patientmöte /sit in.

CBD (Case Based Discussion) används för att bedöma STs kliniska tänkande och handlande retroaktivt. ST föredrar ett ärende för handledaren som bedömer hur ST lägger upp presentationen, tänkt och gjort kliniskt och praktiskt i handläggningen i samband med ett kliniskt fall.

Specialistkollegium är ett möte där specialister på kliniken bedömer alla ST-läkare via formulär inklusive en egenbedömning.

360-grader används för att bedöma STs pedagogiska- och ledarskapskompetens, klinisk förmåga samt relationer till patienter och medarbetare

Intygsskrivning

Se SFBUPs hemsida "Praktiska dokument" <http://www.sfbup.se/utbildning/st-utbildning/>

Vetenskapligt förhållningssätt

I de nya generella målbeskrivningarna för ST ingår att tjänstgöringen skall inbegripa träning i vetenskapligt förhållningssätt och att detta är ett av områdena, som huvudhandledningen skall fokusera på. Det betyder att HHL bör guida ST-läkaren i vetenskapssyn och i kunskapsbaserat tänkande.

Under ST-utbildningen bör strävan efter evidensbaserad vård gå som en röd tråd genom utbildningen. Både ST-läkare och handledare bör kritiskt granska den egna verksamheten ur ett evidensperspektiv och ständigt sträva att ta del av nya riktlinjer och vårdprogram, som formulerats utifrån den evidensbaserade medicinens principer.

Handledaren uppmuntrar ST-läkaren att fundera och planera för det enskilda vetenskapliga arbetet och kvalitetsarbetet samt bistår ST-läkaren i den mån som krävs.

Etik

Etik är läran om att tänka rätt, moral är om att handla rätt. Att finna bra sätt att handla går då ofta via hjälp att tänka. Det innebär att dialogen är det främsta verktyget i etiskt svåra situationer. Detta kan ske genom dialog mellan handledare och ST-läkare, i en grupp av handledare eller i en ST-grupp.

Som huvudhandledare blir etikfrågor aktuella i två avseenden, dels etisk handledning, dels handledning i etik. Båda aspekterna behöver reflektion, såväl för huvudhandledaren själv som i dialogen med den handledde.

Grundläggande för huvudhandledningens etiska dimensioner är att relationen mellan huvudhandledare och ST-läkare är ojämnlik. Detta lägger ett etiskt ansvar på i första hand huvudhandledaren.

Att handleda i etik beträffande det dagliga barnpsykiatriska arbetet är ett stort och eget område. Barn är icke-autonoma och behöver talespersoner och barnperspektivet kräver förutom kunskap och empati också att man solidariserar sig med och tar ställning för barnet i intressekonflikter såväl generellt som på det individuella planet.

Litteratur

Selander S, Selander U-B. *Professionell handledning*. Studentlitteratur, 2015.

Egidius C, Egidius H, Erwander B, Kalén P *Vägen till specialist*, Studentlitteratur, 2013.

Björgell, O, Uddenfeldt Wort *ST-boken*, Studentlitteratur, 2015