

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, Läkärförbundets 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 självkännedom. 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 psykiatrin har fokus legat på utbildning för baspersonal och stöd till samverkan, medan den kliniska forskningen inte prioriterats i lika hög grad. För att lyfta psykiatrin 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 psykiatrin 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