



# **EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring**

**Sahlgrenska Universitetssjukhuset**  
Klinik

**Psykiatri**  
Specialitet

**2020-03-05 – 2020-03-06**  
Datum

**Göteborg**  
Ort

**Per-Axel Karlsson och Jonatan Adling**  
Inspektörer

## Styrkor

- Positiv inställning till att ta emot läkare under utbildning, och positiv feedback från dessa om placeringen.
- Liten klinik med begränsat antal ST-läkare och handledare bäddar för god kontakt.
- Vården är sammanhållen och syftar till rehabilitering vilket ger större förståelse hos ST-läkarna för hela sjukdomsförloppet.
- Goda förutsättningar att förstå det juridiska systemet kring tvångsvård.
- Mycket engagerad studierektor.
- Ambitionsnivå att åstadkomma bra ST har höjts.
- ST-läkare får omedelbart en handledare vid start på ST.
- Närhet till forskningsenhet (CELAM) ger goda förutsättningar att bedriva forskning.
- Lätt att få neurologiplacering jämfört med övriga landet.
- Lätt att få åka på utbildningar utöver obligatoriet.
- Bra grupphandledning om svårare frågeställningar.
- Fantastiskt fina lokaler för rättspsykiatrisk vård.

## Svagheter

- För stor andel placering på hemklinik för att få en allsidig ST.
- Utvärdering av kompetensutveckling vid sidoutbildning är bristfällig.
- Bedömningar enligt på förhand kända metoder har inte genomförts.
- Oklar uppfattning om hur man ska bedöma och handleda ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens, vilket inte tas upp regelmässigt i handledningen.
- Otydlig diskussion eller reflektion kring utvärdering av kompetenserna vetenskapligt förhållningssätt och handledning.
- Det saknas skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg.
- Träffar mellan handledarna eller med andra handledare saknas.
- Åtgärdsplan vid svårigheter för ST-läkare saknas.
- Otydligt fokus på patientsäkerhetsarbete.
- Kunskapen om förordningen SOSFS 2015:8 är mycket ojämn hos ST-läkarna.

## Förbättringspotential

- Handledningspärm bör färdigställas och implementeras.
- ST-läkarnas rum och arbetsplatser kan förbättras.
- Åtgärdsplan vid svårigheter för ST-läkare bör upprättas.
- Ordna handledarträffar för alla handledare i psykiatri SU.
- Utöka ST-plan med någon fler sidoutbildning (affektiva, akutpsykiatri, beroende).
- Öka andelen av sit-in och säkerställ frekvensen av specialistkollegium.
- ST-läkarna bör träffas och granska vetenskapliga artiklar.
- Bör avsättas regelbunden tid för självstudier.

# STRUKTUR

## A Verksamheten

### RÄTTSPSYKIATRI

Rättspsykiatri för Göteborgsområdet är förlagd till Rågården vilket är ett av de modernaste rättspsykiatriska sjukhusen i landet. Man har förut haft verksamhet vid Lillhagen men lokalerna blev otjänliga och utdömda, så beslut om nybygge togs. Organisatoriskt har man haft öppenvårdsverksamhet vid Järntorget i Göteborg, men den flyttar inom kort ut till Rågården, som ligger ca 30 min bilväg från centrala Göteborg. Man har ett upptagningsområde som stor-Göteborg, vilket innebär ett befolkningsunderlag på ca 800 000 personer. Västra Götalandsregionen har även rättspsykiatriska sjukhus vid Brinkåsen i Vänersborg, Södra Älvsborgs sjukhus i Borås samt Falköpings sjukhus.

Kliniken har vissa egna skriftliga riktlinjer för hur specialiceringsstjänstgöringen ska genomföras. Det finns även gemensamma riktlinjer för samtliga kliniker inom Sahlgrenska universitetssjukhuset (SU) för hur specialiseringsstjänstgöringen ska utvärderas, men dessa är inte helt anpassade för psykiatri.

Tjänstgöringen för ST-läkare i psykiatri anställda på Rättspsykiatriska kliniken vid Rågården sker genom en placering som i regel innehåller 3–4 års tjänstgöring på hemkliniken inklusive rättspsykiatriska öppenvården (RPÖV), samt extern sidotjänstgöring inom barn- och ungdomspsykiatri (3 månader), äldrepsykiatri (3 månader), neurologiklinik (6 månader) och internmedicin (6 månader). Vissa möjligheter till avsteg från ovanstående planering finns. Därutöver tillkommer övriga obligatoriska moment som jourtjänstgöring, vetenskapligt arbete, förbättringsarbete, psykoterapiutbildning m.m.

Den huvudsakliga placeringen under ST är alltså vid rättspsykiatrisk klinik, där patientunderlaget främst är patienter dömda till rättspsykiatrisk vård enligt LRV. Patienter kommer även från häkte och mer sällan från fängelser, men även här är vårdformen LRV då de är frihetsberövade. Bedömningen som inspektörerna gör är att detta patientunderlag gör att tjänstgöringen inte blir tillräckligt allsidig för en ST i psykiatri, och komplettering bör göras med ytterligare extern sidotjänstgöring (t.ex. vid affektiv enhet, beroendeenhet och/eller akut allmänpsykiatrisk enhet).

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**

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringsstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

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

- Skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur specialiseringstjänstgöringen ska genomföras finns.
- Skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur specialiseringstjänstgöringen ska utvärderas finns.
- Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig.

### Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter 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.

## B Medarbetarstab och interna kompetenser

Studierektorn är mycket engagerad och bedriver för tillfället med ledningens samtycke aktivt arbete för att förbättra förutsättningarna för ST-läkare på flera områden. Till kliniken finns kopplat en forskningsenhet (CELAM) vilket ger goda förutsättningar för ST-läkarna att kunna engagera sig i forskning.Handledarträffar sker i nuläget endast i samband med specialistkollegium, vilket hittills endast skett vid ett tillfälle. Detta behöver utvecklas, och kan med fördel ske tillsammans med handledare för andra psykiatriska kliniker inom SU.

### Föreskrift

- Samtliga huvudansvariga ST-handledare har specialistkompetens i avsedd specialitet.
- Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.
- Tillgång till specialistkompetent studierektor med handledarutbildning finns.
- Tillräckligt många läkare med relevant specialitet och kompetens finns för att alla ST ska få adekvat handledning.
- Tillräckligt många läkare och andra medarbetare med relevant kompetens finns för att instruktioner ska kunna ges.

## Allmänna råd

- Studierektorn har relevant specialistkompetens.

## Kvalitetsindikator

- Generella skriftliga instruktioner för ST-handledning finns.
- Regelbundna handledarträffar för ST-handledarna finns.
- Skriftlig uppdragsbeskrivning för SR finns.

## 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 och allmänna råd. Åtgärder krävs.

## C Lokaler och utrustning

Lokalerna är mycket väl anpassade för att bedriva högkvalitativ rättspsykiatrisk vård. I dagsläget pågår en omstrukturering där öppenvården också ska flytta in i dessa lokaler. Detta gör att ST-läkarnas rum åtminstone i dagsläget ger mindre avskildhet än önskvärt. Att öppenvården planerar flytta in kommer dock medföra andra fördelar för vården och kliniken och handledarskapet (att handledarna är mer samlade på enheten). Lokaler för jourtjänstgöring på Östra sjukhuset är adekvata. Det finns adekvat utrustning för genomförande av basala undersökningar. Det är oklart hur akutväska eller akutvagn är utrustad, och hur man använder denna. ST-läkarnas initiativ på denna del skulle öka enhetens somatiska kvalitet.

### Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

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

- Adekvat utrustning för diagnostik, utredning och behandling finns.

## Kvalitetsindikator

- ST-läkarna har tillgång till funktionell arbetsplats.
- Tillgång till IT-baserade kliniska beslutsstöd, sökbar vetenskaplig databas, stöd från bibliotek eller FoU-enhet finns.

## Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter 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.

# PROCESS

## D Tjänstgöringens uppläggning

I beskrivningen av upplägget för ST hänvisar man till hemsidan och för övrigt generellt till Svenska Psykiatriska Föreningens riktlinjer och för resten av detaljerna till SU-dokumentet om föreskriften om SOSFS 2015:8. Det är inte tillfyllt. Det vore enklare och tydligare om man gjorde ett dokument där valda delar tas från dessa källor och beskrivs, samt hur man ska göra lokalt. Detta kallas även för implementering och går lättare att utvärdera och finslipa.

Det har under en period tillämpats en beredskapsjour på Rågården, där ST-läkarna haft beredskap i hemmet med stöd av specialistläkare. Detta upplägg har sedan en tid tillbaka avskaffats, och all jourtjänstgöring sker numera i stället åter på den gemensamma allmänpsykiatriska juren på Östra sjukhuset. Avsikten är att detta upplägg ska fortsätta framöver, och att denna jourtjänstgöring ska planeras in och vara regelbundet återkommande under hela ST.

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

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

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

- Det finns skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg.
- Jourtjänstgöring/beredskap uppfyller kraven i målbeskrivningen.

### Föreskrift

- Alla ST-läkare har individuellt utbildningsprogram som utgår från kraven i målbeskrivningen.
- Det individuella utbildningsprogrammet följs regelbundet upp och revideras vid behov i samråd med SR, HL och ST-läkaren.

### Allmänna råd

- SR bör utgöra en organisatorisk stödfunktion till verksamhetschef, handledare och ST-läkare.
- SR bör medverka till utarbetning av ST-läkarnas introduktionsprogram.
- SR bör ta del av verksamhetschefens och handledarens bedömning av ST-läkaren.

### Kvalitetsindikator

- Alla ST-läkare får introduktion till tjänstgöringen.
- Tillgång till individuella utbildningsprogram och handledning för de leg läkare utan specialistkompetens som arbetar vid enheten med siktet inställt på ST finns.
- Alla ST-läkare har lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter att uppnå målen i målbeskrivningen oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnicitet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

### 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 och allmänna råd. Åtgärder krävs.



## E Handledning och uppföljning

De fyra ST-läkarna på kliniken är fördelade på två handledare, som bägge har relevant specialistkompetens och har genomgått handledarutbildning. Handledare har tilldelats direkt vid starten av ST. Inga legitimerade underläkare finns i dagsläget. Om sådana tillkommer framöver och avser söka ST-tjänst, bör de ha tillgång till handledare och utbildningsplan även innan ST påbörjas.

Den ena handledaren har sin huvudsakliga tjänstgöring i samma hus (Rågården) där ST-läkarna har sin huvudsakliga placering. Den andra handledaren har sin huvudsakliga arbetsplats på annat ställe (RPÖV vid Järntorget) i dagsläget, men deltar vid läkarmöten och liknande två dagar i veckan på Rågården. Dessutom planerar RPÖV att flytta in i samma lokaler på Rågården.

Verksamhetschef och studierektor tar del av bedömningar vid specialistkollegium, vilket endast skett vid ett tillfälle hittills, men avses genomföras årligen framöver. Tillgång till handledare vid sidoutbildningar finns. Dokumentation av handledningar sker, men på olika sätt och av olika parter i olika fall, där visst utrymme för standardisering för att säkerställa regelbundenhet finns.

Fortlöpande bedömning med på förhand överenskomna och kända metoder sker ej (utöver årligt specialistkollegium). Man har genomfört medsittningar tillsammans med specialist, men dessa bör utvecklas och innehålla strukturerade bedömningar, till exempel via SPF:s riktlinjer för medsittning (sit-in). Mini-CEX är inte jämförbart med en fullständig medsittning, där det ges utrymme för att gradera kompetenser och deras utveckling.

I något fall har vissa brister och förbättringsmöjligheter avseende ST-läkares kompetenser identifierats och åtgärder satts in, men detta har inte lett till framtagandet av någon åtgärdsplan som kan vara användbar vid liknande eller andra svårigheter för ST-läkare framöver.

### Föreskrift

- Handledningen utgår från det individuella utbildningsprogrammet.
- Det finns en utsedd huvudansvarig handledare för varje ST.
- ST-läkaren har tillgång till handledare under varje utbildningsperiod.
- Fortlöpande bedömning av ST-läkarens kompetensutveckling utifrån målbeskrivningen och utbildningsprogrammet görs under hela ST.
- Kontinuerlig bedömning utförs av verksamhetschef (motsvarande) och huvudsaklig handledare.
- Verksamhetschef (motsvarande) ansvarar för att den kontinuerliga bedömningen dokumenteras.

## Allmänna råd

- ST-läkaren bör, utöver handledning, få fortlöpande instruktioner.
- Handledningen är inplanerad i ordinarie tjänstgöringsschema.
- Den huvudansvariga handledaren tjänstgör där ST-läkaren huvudsakligen genomför sin specialiseringstjänstgöring.
- Handledarutbildningen bör omfatta handledning, pedagogik, metoder för bedömning, kommunikation och etik.
- Den fortlöpande bedömningen görs med på förhand kända och överenskomna metoder.
- Påvisade brister i ST-läkarens kompetens leder till en åtgärdsplan.
- Verksamhetschefen eller motsvarande håller regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkarna.

## Kvalitetsindikator

- ST-läkarnas sidutbildning följs upp.
- Varje enhet har en plan för hur ST-läkare som riskerar hamna i svårighet för att uppnå enskilda delmål, sin professionella utveckling generellt eller av personliga skäl, ska kunna hjälpas.

## 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 och allmänna råd. Åtgärder krävs.

## F Teoretisk utbildning

Kliniken har ingen egen skriftlig rekommendation avseende kursrekommendationer. Man hänvisar till SU-övergripande riktlinjer avseende kurser (riktlinjer för SOSFS 2015:8), som i sin tur hänvisar till SPF:s riktlinjer (där det specificeras fem baskurser). Utöver detta finns dock på kliniken i praktiken goda möjligheter att komplettera med fler kurser och man nämner att det finns plats för åtminstone tio METIS-kurser inom en ST-utbildning över fem år.

### Föreskrift

Verksamheten har de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

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

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

### Föreskrift

- SR samordnar ST-läkarnas interna och externa utbildning.

### Allmänna råd

- Intern utbildning planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.
- Extern utbildning planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.
- Tid för regelbundna självstudier planeras in i det individuella utbildningsprogrammet.

### Gradering

- A. 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 och allmänna råd. Åtgärder krävs.

## G Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete

Till kliniken finns knuten en forskningsenhet (CELAM). En av ST-läkarna har hittills genomfört ett vetenskapligt projektarbete, som har redovisats internt på kliniken men inte externt. Det borde finnas goda möjligheter att presentera sådana arbeten vid vetenskapliga möten. Utöver det vetenskapliga arbetet sker otillräcklig fortlöpande bedömning och återkoppling av kompetens inom medicinsk vetenskap. Det saknas journal club eller liknande där ST-läkare (gärna tillsammans med handledare) i grupp går igenom vetenskapliga artiklar. Detta har även efterfrågats av ST-läkare själva.

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

- Utbildning erbjuds för att uppnå ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt.
- Goda förutsättningar finns för genomförande av ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.
- ST-läkarnas kompetens i medicinsk vetenskap bedöms fortlöpande och återkoppling sker.
- ST-läkarna ges möjlighet att utveckla kunskap om och kompetens i kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.
- Goda förutsättningar finns för att genomföra, dokumentera och redovisa ett kvalitetsarbete.
- ST-läkarens kompetens i kvalitetsutveckling bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

### Kvalitetsindikator

- ST-läkares genomförda individuella arbeten publiceras eller presenteras vid vetenskapliga möten.
- Tillgång till ett välfungerande doktorandprogram finns.
- Enheten har regelbundna möten där medarbetare diskuterar och kritiskt granskar vetenskaplig litteratur.
- Minst ett, på enheten utfört, självständigt forskningsprojekt har publicerats i vetenskaplig tidskrift eller presenterats vid vetenskapligt möte de senaste två åren.

## Gradering

- A. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- B. Socialstyrelsens föreskrifter 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

I beskrivningen av ST-tjänstgöringens kompetensmål hänvisar man lite otydligt till SU-dokumentet om föreskriften om SOSFS 2015:8. Det vore bättre med ett eget dokument där det beskrivs hur man ska göra lokalt. Vi kan konstatera att man har oklar uppfattning om hur man ska bedöma och handleda kompetens i ledarskap, samt bedöma och handleda kommunikativ kompetens.

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

- ST-läkaren ges förutsättningar att utveckla ledarskapskompetens i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i ledarskapskompetens.
- ST-läkarens kompetens i ledarskap bedöms fortlöpande och med återkoppling.
- ST-läkaren ges förutsättningar att utveckla den kommunikativa kompetensen såväl muntligt som skriftligt i enlighet med målbeskrivningen.
- ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.
- ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms och återkoppling sker.

## Allmänna råd

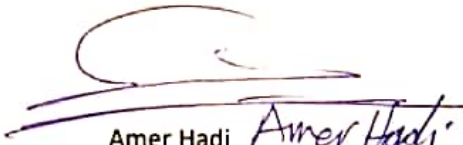
- ST-läkaren bereds möjlighet att undervisa under handledning.
- ST-läkaren bereds möjlighet att själv handleda under handledning.
- ST-läkaren bereds möjlighet att delta i inom- eller mellanprofessionell reflektion i grupp.

## Gradering

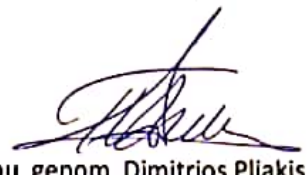
- A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Åtgärder krävs.

**Vidtagna åtgärder efter SPUR-inspektionen**

- 1) Schemalagda dokumenterade handledningssamtal med ST-läkarna sker 1 gång i månaden med 1 timmes avsatt tid. Tydliga instruktioner och ST-läkaren dokumenterar samtalen vid handledningen.  
Tydliggörande av mål med handledningen. Bland annat att integrera teori och praktik så att ST-läkaren utvecklar sin yrkespraxis och sin professionella roll att utöka insikten av personliga förhållanden och beteenden och dess betydelse i yrkeslivet, att utveckla det personliga ledarskapet genom att arbeta med det man behöver förbättra så stärker man de sidor som redan är välfungerande.
- 2) En klar förbättring med införandet av ST-läkarnas rum samt förbättring av ST-läkarnas arbetsmiljö.
- 3) Åtgärdsplan vid svårigheter för ST-läkare har upprättats.
- 4) Tydliggörande och införande av bedömningsinstrument, sit-in, och specialistkollegium samt ökad frekvens i början och under en ettårsperiod för att implementera och finslipa åtgärden.
- 5) Schemalagd avsatt regelbunden tid för självstudier har avsatts 2-4 timmar/vecka.

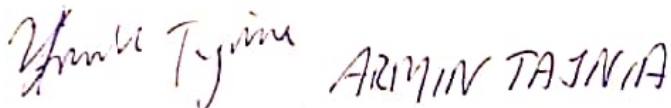


Amer Hadi  
ST-studierektor



Eirini Alexiou genom Dimitrios Pliakis  
Verksamhetschef      Sektionschef

Representant från ST-läkargruppen



Armin Tajnia

## Vidtagna åtgärder efter SPUR-inspektionen

### Handlingsplan över vidtagna åtgärder efter SPUR- inspektionen

#### A Verksamhet

Tjänstgöringen för ST-läkare på rättspsykiatriska kliniken Rågården sker, liksom de andra psykiatriska klinikerna, vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Där de genom sina varierande placeringar får tillgodogöra sig den kunskap de behöver för att kunna uppfylla de olika delmålen enligt Socialstyrelsens krav. Verksamheten har reviderat ST-läkarnas ST-planer här på kliniken för att inkludera olika placeringar och för att utöka och variera patientfloran så att underlaget samt tjänstgöringen blir tillräckligt allsidig. Verksamheten har även valt att ingå i de gemensamma riktlinjerna för placering av ST-läkare inom psykiatriområdet på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Där har vi bestämt ramarna för de generella riktlinjerna och tydliggjort en generell nivå av olika placeringar för att kunna uppnå delmålen enligt Socialstyrelsens krav. Mer konkret görs en redigering av ST-planerna så att en placering bland annat på Beroendekliniken omfattas.

#### B Process

Framtagande av ett dokument med detaljerad information kring specialisttjänstgöring och dess föreskrifter för att kunna uppfylla målbeskrivningen. Resultatet av SPUR-inspektionen har tagits och presenterats vid ett utvidgat läkarmöte där handledarna var presenterade och en utförlig presentation av ST-läkarna och handledarna har ägt rum. Genomförda och schemalagda handledningssamtal med ST-läkaren för att tydliggöra målbeskrivningen och revidering samt tillfälle för att reda ut oklarheter har införts.

#### G Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete

Införande av journalklubb som tar vetenskapliga artiklar varannan vecka samt handledning med docent som är kopplad till forskningsenheten Celam där man går igenom vetenskapliga artiklar 1 gång i månaden både med ST och specialister. Införande av riktlinje om att ST-läkarna gör sina vetenskapliga arbeten tidigt i ST processen för att implementera den vetenskapliga synen.

#### H Ledarskap, kompetens och kommunikativ kompetens

Genom strukturerade och en kontinuerlig bedömning av ST-läkarens olika kompetenser sker tillsammans med ansvariga kliniska handledare och ansvarig huvudhandledare. Det har även upprättats en åtgärdsplan där man ska uppmärksamma om en ST-läkare riskerar att inte uppnå delmålen samt vid svårigheter med den professionella utvecklingen generellt eller om det är indicerat av personliga skäl. Tydligare restriktioner gällande progressbedömning och implementering av bedömningsinstrument har införts och återkoppling sker även från externa placeringar för att tidigt uppmärksamma brister och sätta in åtgärder som bedöms som nödvändiga. Tydligare krav på ST-läkarens insatser och tätare bedömningar av progressionen har införts.