

Handledarpraktika



- **Om att handleda utbildningsläkare**

2022-02-01



Region Halland

Skriven av Handledargruppen för BT
(Mats Neumann, Henrik Nord, Samir Sharo, Katharina Schubertsson, Henrik Svensson)

Innehållsförteckning

Vad är handledning	3
När blir handledning av	4
Praktiska principer för handledning	5
- vad ska samtalen handla om	5
- återkoppling/feedback	6
Formella aspekter på handledning under BT	7
- formella krav på handledare	7
- kompetensbedömning	7
Exempel på upplägg huvudhandledning	9
Exempel på upplägg klinikhandledning	10
Om en BT-läkare riskerar att inte uppnå målen	11
Bedömningsmallar	13

Vad är handledning?

Handledning är samtal som ska stärka utvecklingen av yrkeskompetensen i vid bemärkelse hos utbildningsläkaren. Samtalen ska bidra till att läkaren

- får hjälp med att lösa frågor/uppgifter hen står inför
- i högre grad fattar professionella beslut
- kan reflektera över sin egen medicinska yrkesutövning¹

Handledning går ut på att hjälpa läkaren att integrera teoretiska studier med praktiska erfarenheter i utövandet av läkaryrket/specialiteten. Ofta läggs fokus i samtalen på situationer eller företeelser där det inte finns några enkla svar eller lösningar.

Vidare är handledning en pedagogisk arbetsform, en av vanligtvis fem pedagogiska element i utbildningen av läkare, illustrerat i nedanstående bild.

Självstudier	Tjänstgöring på klinik	Formaliserad undervisning
		Instruktion
		Handledning

Handledning är ett vardagligt begrepp som är lätt att förstå men innebörden är ofta olika för olika människor och i olika situationer. Vanliga fenomen som associeras med handledning är mästarlära, instruktion, terapi och reflektion över handling. I en optimal handledningssituation har handledare och utbildningsläkare samma uppfattning om hur handledningen ska gå till och hur den ska utformas. I en längre handledningsrelation är det ett måste att kommunicera om detta för att utbildningsläkaren ska få ut så mycket som möjligt av handledningen.

¹ Handledning av läkare under utbildning (2011), K H Lycke, G Handal, P Lauvås

När blir handledning av?

Handledning uppstår för utbildningsläkaren i två väldigt olika situationer, ad hoc handledning och planerad handledning.

Ad hoc handledning sker i den vardagliga verksamheten och är då knuten till aktuella patientsituationer och utbildningsläkaren söker allt som oftast ett konkret svar på en fråga. Fördelen med denna handledning är att den är vanligt förekommande, dvs lärandetillfället uppstår återkommande i yrkespraktiken och den är till sin natur kort i tidsåtgång och får i princip alltid "plats".

Ad hoc handledning har dock också en rad nackdelar. Den är till sin natur oregelbunden, oförutsägbar och planlös. Den sker därför oftast inte med den egna handledaren och sker också oftast under handlingstväng, dvs hänsyn till patienten går före utbildningssituationen och hänsynen till utbildningsläkaren. Därför får den oftare formen av instruktion eller demonstration och några längre reflekterande samtal där frågan kan diskuteras på djupet är inte möjliga.

Eftersom ad hoc handledning dock sker återkommande i patientverksamhet kan den vara ett värdefullt inslag i den professionella utvecklingen om de som handleder lär sig att initialt hålla inne med "svaret" i den mån situationen tillåter.

Planerad handledning är i motsats till ad hoc handledning regelbunden och planerad och ska vara frikopplad från arbetsrytmen genom att ges avsatt tid i schemat. Dess stora fördel är att den ger möjlighet till reflektion över yrkespraktiken i en situation där alla kan "tala till punkt" och vrida och vända på olika aspekter som utbildningsläkaren vill ha hjälp med. För att planerad handledning skall bli så bra som möjligt kan och bör den förberedas båda av handledaren och utbildningsläkaren, gärna genom så kallade handledningsunderlag. Detta kan bestå av ett enkelt dokument där situationer eller frågeställningar som utbildningsläkaren vill diskutera kortfattat skrivs ner i förväg och skickas till handledaren, som kan förbereda sig inför samtalet.

Den planerade handledningen är resurskrävande och tar tid från verksamheten men bidrar i hög grad till en god återväxt av kunniga, trygga och professionella läkare.

Praktiska principer för handledning

Då målet med handledningen är att hjälpa utbildningsläkaren att bli den bästa läkaren den kan bli måste handledningen ha sin utgångspunkt i utbildningsläkarens sätt att vara och agera som läkare. Detta kallas i handledningsteori för utbildningsläkarens praxisteori och beskrivs som "Läkarens privata, integrerade men ständigt föränderliga system av kunskaper, erfarenheter och värderingar som är betydelsefulla för läkarens aktuella läkarpraktik".²

Utgående från denna praxisteori bör handledning

- bygga på och främja självständighet
- utgå från exempel
- genomföras som öppna samtal
- vara ett frirum för reflektion
- ge både stöd och utmaningar

Vad ska samtalen handla om?

Innehållet i samtalen styrs i första hand av utbildningsläkaren men handledaren kan utifrån de individuella behoven eller utvärderingarna också lyfta ämnen.

Klassiska temata som kan avhandlas i handledningssamtal är

- medicinska förhållanden – diagnosticering, etiologi, behandling, forskning
- utbildning och karriär – individuellt utvecklingsprogram och målbeskrivningar
- yrkesmässiga förhållanden – rutiner, patienter/kollegor, arbetsfördelning, prioriteringar
- personliga förhållanden – osäkerhet, besvikelser, utmaningar, familj, egenskaper

² På egna villkor (1982, 2000) G Handal, P Lauvås

Återkoppling/feedback

I en situation där handledaren också har en bedömande roll måste utbildningsläkaren få veta vad bedömningarna landat i och vad som behöver utvecklas. Detta sker genom återkoppling/feedback.

Att ge bra återkoppling är svårt och ställer stora krav på pedagogiskt kunnande, personkännedom och sociala förmågor hos handledaren.

Bra och användbar feedback ska vara uppgiftsbaserad. Den ska utgå från en prestation/ett utförande och inte en egenskap hos utbildningsläkaren. Den ska vidare vara nyanserad och konkret. Utbildningsläkaren ska förstå återkopplingen och vad som ligger till grund för den så att läkaren kan förstå sina styrkor och utvecklingsområden. Bra feedback ska inte minst viktigt också vara framåtsyftande, dvs ska ge information om hur läkaren kan förbättra sig.

En kortfattad (men svåruppnådd) sammanfattning av användbar feedback är: Kommer i nära anslutning till prestationen/utförandet, använder informellt språk, börjar med en positiv kommentar, förklarar alla kommentarer, kopplar mot målen, ger förslag på förbättringsmöjligheter och hur de kan genomföras, vänder all kritik till positiva förslag, erbjuder hjälp, ger möjlighet till diskussion av prestationen eller utförandet och uppmuntrar till reflektion.

Hur bra och pedagogiskt återkoppling än levereras spelar det väldigt stor roll hur återkopplingen tas emot. Feedback är heller inte någon sanning utan en reflektion från en förhoppningsvis välmenande betraktare. Här måste utbildningsläkaren känna sig trygg och lugn för att optimala förutsättningar för lärande skall kunna ske. Man brukar tala om feedbacktrappan. I en längre handledningsrelation är det av stort värde att tillsammans diskutera igenom feedbacktrappan för att hjälpas åt att komma uppåt i trappan.

Formella aspekter på handledning under BT

Kraven på handledning under BT är högt ställda och jämfört med AT och ST också betydligt mer preciserade.

BT-chefens eller verksamhetschefens ansvar är att se till att BT-läkaren har en huvudhandledare som följer BT-läkarens kompetensutveckling under hela tjänstgöringstiden och att det upprättas ett Individuellt Utvecklingsprogram (IUP). Handledning ska ges med utgångspunkt från IUP. Bedömningar ska göras fortlöpande och upprepat av klinikhandledare på varje placering och de ska dokumenteras. Huvudhandledaren ska löpande ta del av bedömningarna och en slutlig bedömning av om BT-läkaren uppfyller målen görs av huvudhandledare tillsammans med en extern bedömare.

Som instrument för att standardisera bedömningar föreslås Case Based Discussion (CBD), Direct Observation of Procedural Skills (DOPS), Mini Clinical Evaluation Exercise (mini-CEX) (Se appendix).

Formella krav på handledare

Den som ska vara handledare för en BT-läkare ska

- vara legitimerad läkare
- ha ett bevis om specialistkompetens ELLER vara ST-läkare
- ha genomgått handledarutbildning

Huvudhandledare bör i första hand vara läkare med bevis om specialistkompetens.

Handledarutbildning skall bl.a. innehålla aktuella regelverk, metoder för kompetensbedömning samt etik och kommunikation.

Som lämplig handledningsutbildning föreslås i första hand Region Hallands egen Handledarutbildning.

Kompetensbedömning

Den huvudsakliga handledaren har det övergripande ansvaret och ska

- följa BT-läkarens kompetensutveckling under hela bastjänstgöringen
- samråda med de övriga handledarna
- få tillgång till de övriga handledarnas skriftliga bedömningar
- tillsammans med en extern examinator göra den sammantagna bedömningen om BT-läkaren uppfyller kraven för godkänd bastjänstgöring

På varje placering ska det finnas en handledare som med utgångspunkt i IUP och målbeskrivning för BT kontinuerligt bedömer kompetensutvecklingen. Dessa bedömningar ska dokumenteras.

Dokumentationen kan ske digitalt eller manuellt i en portfölj med hjälp av checklistor, daterade korta anteckningar på handledarsamtal samt genom sparandet av mer formella underlag som genomförda bedömningar enligt aktuella bedömningsinstrument och aidentifierade journalhandlingar eller intyg. (Se dokument Utbildningsplan.)

Efter varje placering skall klinikhandledaren göra en sammanfattande bedömning av BT-läkarens uppnådda kompetens inom det aktuella området. Även denna bedömning görs utifrån målbeskrivningen och det aktuella IUPt.

Den sammanfattande bedömningen skall kommuniceras skriftligt och muntligt till huvudhandledaren och i bästa fall kommande klinikhandledare.

Inför ansökan om intyg om godkänd bastjänstgöring genomförs en sammanfattande bedömning av BT-läkarens kompetens och måluppfyllelse. Denna görs av en extern bedömare och huvudhandledaren.

Den externa bedömaren ska vara en legitimerad läkare med specialistkompetens och ha erkänt goda kunskaper och färdigheter inom området kompetensbedömning. Den externa bedömaren får inte ha tjänstgjort med BT-läkaren på någon vårdenhets och heller inte på annat sätt haft del i BT-läkarens bastjänstgöring.

Exempel på upplägg av huvudhandledningen

Så fort BT-läkaren fått en anställning och huvudhandledaren är utsedd tas kontakt för introduktion. Den första träffen bör planeras in per automatik till första veckan av BT-läkarens introduktion. Den första veckan ska tid avsättas till att gemensamt upprätta BT-läkarens IUP. Rekommenderad tidsåtgång för detta är 2 timmar gemensam tid.

IUP ska utgå från Socialstyrelsens målbeskrivning för bastjänstgöring. Utbildningsprogrammet ska vara individuellt och omfatta den tjänstgöring och kompletterande utbildning som BT-läkaren behöver för att uppfylla kompetenskraven i målbeskrivningen. Det individuella utbildningsprogrammet ska följas upp regelbundet och revideras vid behov.

Det individuella utbildningsprogrammet bör innehålla:

- planerade interna och externa utbildningsaktiviteter
- planerad tid för handledning och bedömningar och
- planerad tid för självstudier

IUP upprättas vidare utifrån BT-läkarens aktuella erfarenhet, personliga styrkor och svagheter så som de kommer till uttryck i läkaryrket samt eventuell inriktning på framtida ST.

Huvudhandledaren bör under hela BT ha regelbunden kontakt med BT-läkaren. Förslagsvis sker en avstämning en gång/månad samt efter handledarkollegium, som sker två gånger per placering (i mitten och i slutet).

En huvudhandledare bör ha avsatt tid motsvarande 2h/vecka för sitt uppdrag.

Exempel på upplägg av klinikhandledning

För att motsvara kraven på den formella handledningen behövs stöd av arbetsgivaren i form av rutiner och avsatt tid för uppdraget.

Ett förslag på upplägg kunde vara:

- handledaren bör i så stor utsträckning som möjligt tjänstgöra på samma avdelning/plats som BT-läkare. Ett minimum torde vara 50% av tiden. Detta krävs för att kunna genomföra den viktiga löpande formativa bedömningen.
- varje vecka avsätts 1 timma från både BT-läkaren och handledaren till gemensam handledning. Denna kan antingen bestå av ett handledarsamtal eller av en standardiserad bedömning. Ett minimum av två standardiserade bedömningar per månad bör göras.
- Utöver 1 timma för själva handledningen avsätts för handledare ytterligare 1h / vecka för dokumentation, kommunikation med huvudhandledaren och förberedande av kommande handledningssituationer.
- Vid två tillfällen, i mitten och i slutet av placeringen, genomförs ett kollegium med klinikhandledaren och de på kliniken arbetande specialister som kunnat göra bedömningar av den aktuella BT-läkaren. Efter det avslutande kollegiet bör ett separat möte mellan nuvarande och kommande klinikhandledare samt huvudhandledaren ske. För mittenkollegium avsätts för klinikhandledaren 30-60 minuter och för slutkollegium avsätts 1-2h.

Om en BT-läkare riskerar att inte uppnå målen

Handledaren har ett stort ansvar för att uppmärksamma och försöka åtgärda en situation där en BT-läkare riskerar att inte uppnå något eller flera mål. Detta underlättas av ett strukturerat arbete på kliniken där upprepade kontroller av BT-läkarens kompetens och kunskaper införs (främst sit-ins med/utan bedömningsinstrument) och bereds plats i verksamheten, kollegier genomförs regelbundet och möjligheten för andra yrkeskategorier än läkare att lyfta synpunkter görs enkel.

Uppdags då en situation där BT-läkaren riskerar att inte uppnå ett mål bör detta tidigt återkopplas till BT-läkaren i ett handledarsamtal där också BT-läkaren bereds plats att ge sin syn på situationen. Aktuella åtgärder utgår från problemets natur (medicinskt, socialt, personlighetsmässigt) med framåtsyftande fokus, dvs hur ska man kunna hjälpa BT-läkaren att utvecklas professionellt och uppnå målen i målbeskrivningen. Handledare kan här behöva ha tätt och nära samarbete med BT-chefen/verksamhetschefen som alltid har det yttersta ansvaret för att en utbildningsläkare ska uppnå målen. Studierektorn kan bidra med kunskaper och stöd i sammanhanget.

I praktiken genomförs alltså ett eller flera möten mellan utbildningsläkaren, handledaren och i de fall det behövs även BT-chefen/verksamhetschefen och studierektorn. Kliniken bör ha en skriftlig rutin för när verksamhetschefen blir inkopplad för att göra det hela mindre tillspetsat för utbildningsläkaren. Inför dessa möten är det viktigt att konkreta underlag samlas in och problemområdena ska vara kända för BT-läkaren i förväg, även om omfattningen kan vara oklar. Generaliseringar ska undvikas (Du är, du upplevs etc) utan problemformuleringar skall knytas till situation och prestation.

Utifrån mötet/mötena upprättas en åtgärdsplan som följs upp, ofta inom 3 månader. Vid medicinska utmaningar faller det oftast på handledaren att upprätta en plan, vid problem kring samarbete, bemötande, personlighet eller språkkunskaper är det BT-chefen/verksamhetschefen som har ansvaret för att upprätta en åtgärdsplan.

Bilaga 1. Grundschemata för handledningsaktiviteter under BT i Region Halland

Grundplaneringen bör vara att klinikhandledaren och BT-läkaren har avsatt handledningstid 1h varje vecka, som minst 1h varannan vecka, för den löpande planerade handledningen. Nedanstående är sedan utöver grundplaneringen.

Röd text – planering för huvudhandledare (HH)

Grön text – planering för klinikhandledare (KH)

Blå text – annan planerad aktivitet

V1 Introduktion - **Handledarsamtal med HH och upprättande av IUP (1-2h)**

Schema för placering som varar 3 mån:

V1 **Inledande handledarsamtal med KH (1h)**

V4 **Strukturerad bedömning med något instrument (CBD, DOPS, mini-CEX) (1-2h)**

V6 **Kollegium där KH tar in information från övriga läkare som arbetat med BTn**

V7 **Handledarsamtal med HH med återkoppling från kollegium och första 6v. (1h)**

V8 **Strukturerad bedömning med något instrument (CBD, DOPS, mini-CEX) (1-2h)**

V12 **Kollegium där KH tar in information från övriga läkare som arbetat med BTn**

V13 **Summativ bedömning av hela placeringen (KH 1h, tillsammans med BT 1h)**

V13 **Sammanfattande överrapportering mellan KH och HH**

V14 **Handledarsamtal med HH, återkoppling och genomgång IUP efter placering (1-2h)**

Schema för placering som varar 4.5 mån:

V1 **Inledande handledarsamtal med KH (1h)**

V4 **Strukturerad bedömning med något instrument (CBD, DOPS, mini-CEX) (1-2h)**

V6 **Kollegium där KH tar in information från övriga läkare som arbetat med BTn**

V7 **Handledarsamtal med HH med återkoppling från kollegium och första 6v. (1h)**

V8 **Strukturerad bedömning med något instrument (CBD, DOPS, mini-CEX) (1-2h)**

V12 **Kollegium där KH tar in information från övriga läkare som arbetat med BTn**

V12 **Strukturerad bedömning med något instrument (CBD, DOPS, mini-CEX) (1-2h)**

V13 **Handledarsamtal med HH med återkoppling från kollegium och första 12v. (1h)**

V18 **Kollegium där KH tar in information från övriga läkare som arbetat med BTn**

V19 **Summativ bedömning av hela placeringen (1-2h)**

V19 **Sammanfattande överrapportering mellan KH och HH**

V20 **Handledarsamtal med HH, återkoppling och genomgång IUP efter placering (1-2h)**

Under de sista 1-2 veckorna av den sista placeringen utförs en summativ bedömning av HH tillsammans med extern bedömning för godkännande av hela Bastjänsgröningen.

Bedömningsmallar för Bastjänstgöring (BT) i Region Halland

I Region Halland används följande Bedömningsinstrument

- Formulär för Modifierat mini-cex
- Modifierat DOPS Direct Observation of Procedural Skills

Båda från Region Örebro's Övergripande Studierektorsgrupp med tillåtelse att användas och kopieras fritt för icke kommersiellt bruk.

- CBD Case Based Discussion (CBD)

Översatt av Ulrika Uddenfedt med tillåtelse att använda och kopieras fritt för icke kommersiellt bruk.

- BT kollegium - Feedbackmall Hallands sjukhus

Omarbetad mall för BT enligt AT kollegium Feedback Hallands sjukhus Halmstad

- Feedbacktrappan

Magnus Forslund 2009 Organisation och Ledning

Modifierat MINI-CEX (mini-Clinical Evaluation Exercise)

INSTRUKTION: Utbildningsläkare tar med fördel initiativ till bedömningen. Fokusera på enstaka - några av nedanstående moment, exempelvis enbart anamnes eller enbart status. Bedöm och fyll bara i de delar nedan som är relevanta i situationen. Det är bättre med flera korta bedömningar (i typfallet totalt 20 min inkl feedback) av flera bedömare än enstaka omfattande bedömningar av enstaka bedömare. Gör bedömningen samtidigt som en vardaglig uppgift ändå skall utföras. Flera bedömningar läggs samman för beslut om stödet kan minskas. Instämmer du i den förtryckta beskrivningen - skriv t ex "Ja, se ovan!", komplettera om något är särskilt bra eller behöver justeras.

FEEDBACK: Be först adaptorn att själv bedöma sina insatser för respektive del samt sin grad av självständighet i uppgiften. Återkoppla sedan motsvarande. Var respektfull, konstruktiv och konkret då du återkopplar, det är prestationen i uppgifterna som skall bedömas (och inte ex. personliga egenskaper). Vad är målet? Hur gick det? Vad är nästa steg?

UTBILDNINGSLÄKARE:					DATUM:	
UTBILDNINGSNIVÅ:	Exam läk	Leg läk	ST-läk		Erfaren ST (>2,5 år)	
BEDÖMARE:						
PROBLEMMRÅDE (Ex buksmärta)						
SVÅRIGHETSGRAD Medicinskt: Uppskattad kompetensnivå som krävs för att handlägga fallet självständigt Kommunikativt: Språksvårigheter, dysfasi etc						
a) Medicinskt	Exam läk	Leg läk	ST-läk		Erfaren ST	Specialist
b) Kommunikativt	Lätt	Medel	Svårt			

ANAMNES - INNEHÅLL - Exempel: Ställde de viktiga frågorna för sjukdomen och differentialdiagnoserna? Allmän anamnes av lagom omfattning utifrån situationen?

ANAMNES - SAMTALSTEKNIK - Exempel: Gav utrymme för patienten att själv redogöra för sina tankar, oro och önskan? Var frågorna öppna? Lagom grad av följsamhet och när så behövdes styrning av samtalet? Summeringar och sammanfattning? Anpassade kommunikationen utifrån patientens kommunikativa förmåga? Lyssnade aktivt? Ögonkontakt? Icke verbal kontakt?

PROFESSIONALISM - Exempel: Mötte patient / närstående som individer utan att diskriminera och med empati? Bekräftade deras upplevelser? Respekterade patientens integritet, åsikter, autonomi och sekretess? Hanterade etiska värdekonflikter väl? Tog ansvar? Uttryckte insikt i sina egna begränsningar? Uppmärksammade risker och systemfel, bidrog med lösningar?

STATUS - Exempel: Var omfattningen lagom i relation till patientens tillstånd och situation? Var undersökningstekniken korrekt? Skedde undersökningen med respekt för patientens integritet? Följde hygienrutiner? Förklarade vad som skulle ske i förväg?

TEAMARBETE - Exempel: Presenterade sig. Kunde koordinera och underlätta för övriga teamet att effektivt bidra utifrån sina roller? Öppen och tillåtande attityd? Underlättade för alla att kommunicera och bidra med sina synpunkter och observationer? Respektfull mot såväl team som patient? Tydlighet? Sammanfattade för teamet observationer, slutsatser och föreslagen plan? Lyhörd för teamets synpunkter?



RÅDGIVNING / INFORMATION - Exempel: Anpassade informationen utifrån patientens kommunikativa förmåga och förståelse? Kontrollerades att patienten uppfattat och samtyckt till åtgärder? Fick patienten utrymme att uttrycka sina farhågor /åsikter?

ORGANISATIONSFÖRMÅGA - Exempel: Arbetade strukturerat och kunde disponera tiden på ett rimligt sätt?

KUNSKAP OCH KLINISKT RESONEMANG - Exempel: Uppvisade goda teoretiska kunskaper och kunde med stöd av dem och utifrån sin erfarenhetsnivå resonera sig fram till rimligt diagnosförslag, differentialdiagnoser, utredning och behandling?

GRAD AV SJÄLVSTÄNDIGHET - VID ETT MOTSVARANDE FALL I FRAMTIDEN

OBSERVERA! - Flera bedömningar behöver läggas samman för beslut att minska handledningsinsats i en uppgift!

HANDLEDARE BEHÖVER NÄRVARA VID PATIENTMÖTE			HANDLEDARE BEHÖVS FÖR RÅDGIVNING	SJÄLVSTÄNDIG	
Kan observera	Kan under observation	Kan om HL delvis är med	Kan om HL finns i telefon	Behöver ej HL	Kan handleda andra
Utbildningsläkaren observerar och/eller assisterar handledare. Handledare sköter patientkontakten.	Utbildningsläkaren observeras under hela momentet, får vid behov instruktion vid praktiska moment. Vid behov kompletteras ex anamnes / status efteråt av handledare.	Utbildningsläkaren refererar sitt möte med patienten för handledare. Handledare önskar träffa patienten under delar av mötet exempelvis för initial bedömning, ge praktisk instruktion, verifiera statusfynd eller komplettera anamnes.	Utbildningsläkare refererar sitt möte med patienten för handledare. Handledare konsulteras på plats eller via telefon, behöver ej träffa patienten.	Vid ett motsvarande fall bedömes utbildningsläkaren kunna arbeta självständigt, behöver inte fråga om råd. Bedömningen gäller den del som har bedömts, ex anamnes.	Utbildningsläkare har medicinsk kunskap och pedagogisk förmåga att handleda annan läkare under utbildning i handläggning av ett motsvarande fall.
SJÄLVSKATTNING					
HANDLEDARES OMDÖME					

SÄRSKILT BRA Vad gick särskilt bra? Vad konkret var bra? Beteenden som gärna skall upprepas?

FÖRSLAG FÖR FORTSATT UTVECKLING Handledare och utbildningsläkare i samråd - enstaka konkreta förslag att tänka på för utbildningsläkaren eller i handledningsinsatserna för att komma närmare ett specifikt mål. När? Vem /vilka? Uppföljning?



Modifierat DOPS Direct Observation of Procedural Skills - Bedömning av praktiska moment

INSTRUKTION: 1. Utbildningsläkaren redogör för momentet enbart inför handledare - indikation, anatomi, eventuella kontraindikationer, komplikationer och åtgärder i så fall. 2. Utbildningsläkare förklarar vad som skall ske för patient och vid behov närstående samt övriga teammedlemar. 3. Momentet genomförs och avslutas. Vid behov assisterar handledare alternativ tar över om så behövs. Bedöm och fyll bara i de delar nedan som är relevanta i situationen. Instämmer du i den förtryckta beskrivningen räcker det att skriva t ex "Ja, se ovan!" och komplettera om något är särskilt bra eller behöver justeras.

FEEDBACK: Be först adaptorn att själv bedöma sina insatser för respektive del samt sin grad av självständighet i uppgiften. Återkoppla sedan motsvarande. Var respektfull, konstruktiv och konkret då du återkopplar, det är prestationen i uppgifterna som skall bedömas (och inte ex. personliga egenskaper). Vad är målet? Hur gick det? Vad är nästa steg?

UTBILDNINGSLÄKARE:						DATUM:	
UTBILDNINGSNIVÅ:	<input type="checkbox"/> Exam läk	<input type="checkbox"/> Leg läk	<input type="checkbox"/> ST-läk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erfaren ST (>2,5 år)	
BEDÖMARE:							
PRAKTISKT MOMENT:							
SVÅRIGHETSGRAD:	Uppskattad kompetensnivå som krävs för att genomföra ingreppet självständigt (i detta fall)						
	<input type="checkbox"/> Exam läk	<input type="checkbox"/> Leg läk	<input type="checkbox"/> ST-läk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Erfaren ST	<input type="checkbox"/> Specialist

TEORETISK KUNSKAP - Exempel: Uppvisade goda teoretiska kunskaper avseende indikation, kontraindikationer, anatomi, risker och komplikationer samt hur dessa åtgärdas.

KOMMUNIKATION - Exempel: Anpassade informationen utifrån patientens kommunikativa förmåga och förståelse? Informerade om risker / biverkningar? Kontrollerade att patienten uppfattat och samtyckt till åtgärder? Kunde patienten uttrycka sina farhågor / åsikter? Var pedagogisk? (Se också "Teamarbete")

PROFESSIONALISM - Exempel: Mötte patient / närstående som individer utan att diskriminera och med empati? Bekräftade deras upplevelser? Respekterade patientens integritet, åsikter, autonomi och sekretess? Tog ansvar? Uttryckte insikt i sina egna begränsningar? Uppmärksammade risker och systemfel, bidrog med lösningar?

PRAKTISKT MOMENT - Exempel: Var förberedd? Var tekniken korrekt? Skedde momentet med respekt för patientens integritet? Följdes hygienrutiner? Arbetade sterilt? Förklarade vad som skulle ske i förväg? Såg sina begränsningar och tog stöd då så behövdes?

TEAMARBETE - Exempel: Presenterade sig. Kunde koordinera och underlätta för övriga teamet att effektivt bidra utifrån sina roller? Öppen och tillåtande attityd? Underlättade för alla att kommunicera och bidra med sina synpunkter och observationer? Respektfull mot såväl team som patient? Tydlighet? Sammanfattade för teamet observationer, slutsatser och föreslagen plan? Lyhörd för teamets synpunkter?

ORGANISATIONSFÖRMÅGA - Exempel: Arbetade strukturerat och kunde disponera tiden på ett rimligt sätt?

GRAD AV SJÄLVSTÄNDIGHET - VID ETT MOTSVARANDE FALL I FRAMTIDEN

OBSERVERA! - Flera bedömningar behöver läggas samman för beslut att minska handledningsinsats i en uppgift!

HANDLEDARE BEHÖVER NÄRVARA VID PATIENTMÖTE			HANDLEDARE BEHÖVS FÖR RÅDGIVNING	SJÄLVSTÄNDIG	
Kan observera	Kan under observation	Kan om HL delvis är med	Kan om HL finns i telefon	Behöver ej HL	Kan handleda andra
Utbildningsläkaren observerar och/eller assisterar handledare. Handledare sköter patientkontakten.	Utbildningsläkaren observeras under hela momentet, får vid behov instruktion vid praktiska moment. Vid behov kompletteras ex anamnes / status efteråt av handledare.	Utbildningsläkaren refererar sitt möte med patienten för handledare. Handledare önskar träffa patienten under delar av mötet exempelvis för initial bedömning, ge praktisk instruktion, verifiera statusfynd eller komplettera anamnes.	Utbildningsläkare refererar sitt möte med patienten för handledare. Handledare konsulteras på plats eller via telefon, behöver ej träffa patienten.	Vid ett motsvarande fall bedömes utbildningsläkaren kunna arbeta självständigt, behöver inte fråga om råd. Bedömningen gäller den del som har bedömts, ex anamnes.	Utbildningsläkare har medicinsk kunskap och pedagogisk förmåga att handleda annan läkare under utbildning i handläggning av ett motsvarande fall.
SJÄLVSKATTNING					
HANDLEDARES OMDÖME					

SÄRSKILT BRA Vad gick särskilt bra? Vad konkret var bra? Beteenden som gärna skall upprepas?

FÖRSLAG FÖR FORTSATT UTVECKLING Välj i samråd enstaka konkreta förslag att tänka på för utbildningsläkaren eller i handledningsinsatserna för att komma närmare ett specifikt mål. Utgå från beteende / uppgift. När? Vem /vilka? Uppföljning?

Instruktioner för bedömning enligt CBD (*Case based discussion*)

Vad är CBD?

CBD är designat för att specialist och ST-läkare, i en strukturerad diskussion, avhandlar kliniska fall som läkaren själv handlagt. Fokus i samtalet ligger på bedömningen och diskussionen gällande det kliniska handläggandet.

Vem kan bli bedömare?

Bedömaren måste ha genomgått utbildning i att bedöma och ge feedback, vara specialist inom det aktuella området, bör ha tillräcklig erfarenhet av det medicinska ämnet som ska avhandlas och kunna interagera med ST-läkaren på ett kompetent sätt. Det är viktigt att olika personer bedömer läkaren, inte bara den personliga handledaren.

Vad ska bedömas?

Dels ska du som bedömare titta på uppfyllandet av de delmål ni kommit överens om. Dels ska du ta ställning till ST-läkarens förmåga att handlägga det aktuella patientfallet.

Hur fungerar det?

ST-läkaren kan välja ett fall som har varit svårt och utmanande. Bedömaren kan också välja för att styra mot en specifik diagnos om det är motiverat utifrån ST-läkarens kompetens. Varje CBD representerar olika kliniska problem, i första hand inom områden som ingår i målbeskrivningen. Läkaren ska välja ett färskt, journalfört, kliniskt fall med den aktuella diagnosen. Diskussionen ska utgå från och ha fokus på läkarens egna journalanteckningar och kan ta cirka 20 minuter, inkluderande återkoppling och ifyllande av formuläret. Ibland krävs det mer tid.

Återkoppling

För att den pedagogiska nyttan ska bli så stor som möjligt, är det viktigt att du och ST-läkaren hittar styrkor och områden för förbättringar och att läkaren sedan utvecklar en handlingsplan. Återkopplingen ska göras enskilt och med respekt.

Hur fyller du i formuläret?

- Kom ihåg att fylla i utifrån vad som framkommit under det aktuella bedömningstillfället.
- Svårighetsgrad – sjukdomsbilden kan vara enkel eller komplex.
- Klinisk frågeställning – välj det eller de som passar bedömningssituationen bäst.
- Fokus – välj det eller de som passar bäst.
- Delmål – under ett bedömningstillfälle finns chansen att titta på flera delmål, både allmänna och specialitets specifika. Kom överens med ST-läkaren vilka delmål som ska bedömas.
- Bedömaren ska skriva något under rubriken ”*Bedömarens förslag på hur ST-läkaren kan gå vidare*”, både om det som gick speciellt bra och tips på vad läkaren ska tänka på nästa gång.
- Definitioner på ord som används i formuläret – *Moment* betyder journalanteckning, den kliniska bedömningen, fortsatta undersökningar/remitter, behandlingsförslag och uppföljning. *Proaktiv handledning* betyder att bedömaren aktivt måste ändra i det som presenteras eftersom ST-läkaren uppvisar för stora brister. *Reaktiv handledning* betyder att bedömaren uppfattar läkarens arbete, med de olika momenten, som tillfredställande men vill ändå lägga till förslag för förbättring. Om läkaren genomför alla moment utan att något behöver läggas till kan bedömningen bli att aktiviteten kan genomföras självständigt.
- Den sista nivån, när ST-läkaren själv kan handleda, ska användas efter att man har sett ST-läkaren i den situationen ett flertal gånger. Den slutgiltiga bedömningen kan till exempel göras på ett specialistkollegium. Det är också då man kan fatta det formella beslutet att ST-läkaren har tillräckliga kunskaper och pedagogisk förmåga att själv handleda.
- Efter bedömningen ska ST-läkaren fylla i under rubriken ”*ST-läkarens egen handlingsplan*”.
- Observera att man aldrig kan räkna ut ett medelvärde på de olika nivåerna i denna modell.

Exempel på vilka specifika kompetenser som kan bedömas med hjälp av CBD

Frågeområde	Positiva indikatorer
Skapar journalanteckning	Att det framgår i journalanteckningarna att ST-läkaren har förstått patientens sjukhistoria, gjort en klinisk bedömning utifrån väl genomförd anamnes och status och även funderat över differentialdiagnostiska aspekter. Att i journalanteckningen har fått fram en etisk dimension och medvetenhet angående eventuella legala aspekter. Uttrycker en medvetenhet om sina egna begränsningar. Tydliga, korrekta, signerade anteckningar som fokuserar på problemet så att en annan läkare kan se hur läkaren tänkt och planerat. Logiska anteckningar i förhållande till tidigare anteckningar.
Drar adekvata kliniska slutsatser	Att ST-läkaren har förstått patientens sjukhistoria, gjort en klinisk bedömning utifrån väl genomförd anamnes och status och diskuterar differentialdiagnostiska aspekter
Rekommenderar fortsatta undersökningar och/eller remisser	Diskutera det logiska valet av undersökningar och eventuella remisser
Rekommenderar behandling	Diskuterar olika behandlingar, beaktar fördelar och risker
Diskuterar uppföljning och/eller framtidsplanering	Diskuterar hur uppföljning och planering inför framtiden har formulerats i anteckningen
Resonerar utifrån ett professionellt förhållningssätt	Diskuterar om vården av patienten har skötts med respekt, medkänsla och empati. Inger förtroende i sitt resonemang gällande handläggningen. Ser till att patientens behov av att må så bra som möjligt tillgodoses. Visar respekt för sekretess. Diskuterar hur man i journalanteckningen kan utläsa en etisk dimension och medvetenhet angående eventuella legala aspekter. Inser sina egna begränsningar.

CBD (Case based discussion)

ST-läkare _____

Bedömare _____ Datum _____

Svårighetsgrad Enkelt Medelsvårt Svårt

Klinisk frågeställning: _____

Fokus för diskussionen Datainsamlande Klinisk bedömning Behandling Professionalism

Delmål i ST 2021	Delmål i ST 2015
<input type="checkbox"/> STa4 - Etik <input type="checkbox"/> STa5 - Ledarskap <input type="checkbox"/> STa6 - Lärande	<input type="checkbox"/> a1 - Ledarskap och pedagogik <input type="checkbox"/> a2 - Etik, mångfald och jämlikhet
<input type="checkbox"/> STb2 - Sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete <input type="checkbox"/> STb5 - Palliativ vård	<input type="checkbox"/> b2 - Sjukdomsförebyggande arbete <input type="checkbox"/> b5 - Palliativ vård i livets slutskede
<input type="checkbox"/> STc <input type="checkbox"/> STc <input type="checkbox"/> STc	<input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> c

Bedömarens förslag på hur ST-läkaren kan gå vidare (inkludera även det som gick speciellt bra):

Definitioner att använda för bedömning av ST-läkarens kompetens

ST-läkaren behöver hjälp med några eller alla moment i handläggningen av patienten	ST-läkaren klarar många moment själv med proaktiv handledning	ST-läkaren klarar nästan alla moment själv med reaktiv handledning	ST-läkaren klarar alla moment självständigt	ST-läkaren har uppvisat kompetens i handläggningen och i att själv handleda andra i liknande medicinska fall
Detta kan vara ett fall som är helt nytt för ST-läkaren eller så borde läkaren känna till det, men kan ändå inte utföra någon del, inte ens med stöd	<i>Proaktiv handledning</i> betyder att bedömaren måste ingripa i handläggningen och aktivt ändra den eftersom ST-läkaren uppvisar för stora kunskapsluckor	<i>Reaktiv handledning</i> är när bedömaren uppfattar att handläggningen av patienten genomförs tillfredställande men vill ändå lägga till förslag för förbättring	<i>Självständigt</i> betyder att ST-läkaren handlägger patienten utan att något behöver tilläggas och är redo att göra det helt utan stöd	<i>Handleda</i> betyder att ST-läkaren både kan handlägga patienten föredömligt och handleda andra i liknande situationer

	ST-läkaren behöver hjälp med några eller alla moment av handläggningen: journalanteckning, behandling, uppföljning och/eller remittering	ST-läkaren klarar de flesta moment själv med pro-aktiv handledning	ST-läkaren klarar nästan alla moment själv med reaktiv handledning	ST-läkaren klarar alla moment självständigt	ST-läkaren har uppvisat kompetens i handläggningen och i att själv handleda andra läkare i liknande medicinska fall	Inte observerat
Skapar journalanteckning						
Drar adekvata kliniska slutsatser						
Rekommenderar fortsatta undersökningar och/eller remisser						
Rekommenderar behandling						
Diskuterar uppföljning och/eller framtidsplanering						
Resonerar utifrån ett professionellt förhållningssätt						

ST-läkarens egen handlingsplan:

BT Kollegium Feedbackmall, Hallands sjukhus, Region Halland

BT-läkare: _____

Handledare: _____

Klinik: _____

Teoretiska och praktiska kunskaper

Utveckling av statustagande och praktiska färdigheter under placeringen:

Inom vilka områden bör BT läkaren fördjupa sig i och har ni i sådana fall förslag på hur:

När BT-läkaren de teoretiska målen (enligt BT-målbeskrivning) inom aktuell specialitet i slutet av placeringen?

Ja Nej

Kommentarer: _____

Diagnostisk förmåga

Är BT-läkarens statustagning, resonemang kring differentialdiagnostik och tillämpande av teoretiska kunskaper på godkänd nivå i slutet av placeringen?

Förmåga att leda arbete i mindre grupp (t ex rond, arbete på akutrum m m):

Hur har BT läkaren upplevts av kollegor och övrig personal?

Utvecklingssidor hos BT-läkaren i rollen som ledare:

Kommunikativ förmåga i kontakt med patient/anhöriga

Styrkor hos BT-läkaren:

Utvecklingssidor hos BT-läkaren:

Kommentar kring arbetsmoral:

(t ex förmåga att passa tider, villighet att hjälpa till, flexibilitet, ta eget ansvar för handledning, initiativförmåga , tempo, noggranhet)

Handledningstillfällen (typ och datum): _____

Har ni arbetat ihop? Ja Nej

Om Nej: Har kontakt tagits med kollegor som arbetat med BT läkaren?

Ja Nej

Underskrift

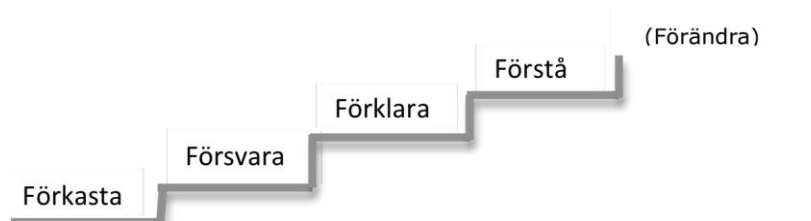
Underskrift

Handledare

BT-läkare

Feedbacktrappan

Feedbacktrappan beskriver hur vi kan ta emot och reagera på feedback på olika sätt.



Förkasta: Du förkastar informationen som att den vore felaktig. Kanske förlöjligar eller förminskar du personen för att undvika att ta till dig det som sägs.

Försvara: Du går i försvar, ofta aggressivt, och lägger förklaringen till ditt beteende utanför dig själv. Du väljer att uppfatta feedbacken som en inbjudan till en konflikt.

Förklara: Det vanligaste steget vid feedback. Du lyssnar, men sen kommer ett "Jo men det beror på..." och en lång förklaring till varför det är som det och varför du inte kan rå för det.

Förstå: Ett ovanligt steg. Du accepterar feedbacken som du får. Ofta lyssnar du under tystnad. Du tackar för återkopplingen och tar åt dig av det som sägs. Du försöker förstå den du möter, dess situation och hur ditt beteende kan uppfattas av andra. Du är intresserad av att lära dig något nytt.

Förändra: Feedback är ingen sanning, utan en annan persons upplevelse i en viss situation. Du väljer själv vad du vill göra med informationen du får. Du tolkar dessutom feedback olika beroende på din dagsform och inställning. Du har själv valet om du vill fortsätta med ditt beteende eller att förändra det.