



Introduktion Fallbaserad diskussion

En strukturerad diskussion i vilken man går igenom ett patientfall som ST-läkaren själv handlagt, med utgångspunkt från journalanteckningar och ST-läkarens redogörelse. Denna diskussion kan ske under ordinarie handledningstid. Metodens styrka är att den ger bedömaren möjlighet att få insikt i ST-läkarens förmåga att analysera och diskutera fallet. Genom att medvetet välja ut patientfall inom olika medicinska områden kan man täcka in stora delar av målbeskrivningen. Sammanställda bedömningar samlas i ST-läkarens portfölj.

När skall bedömning ske?

Eftersom fokus kan läggas på hela eller delar av en falldiskussion kan bedömningen ingå som en dokumentation av ett ordinarie handledningstillfälle, där patientfall diskuterats. Falldiskussioner rekommenderas regelbundet under hela ST-tjänstgöringen.

Hur fungerar det?

ST-läkaren eller handledaren tar initiativ till diskussionen. Diskussionen utgår från, och har fokus på ST-läkarens egna journalanteckningar.

Förslagsvis tillämpa SOAP Subjektiv/
Objektiv/Analys/Planering ([länk](#))

I bedömningen ingår såväl förmågan att presentera fallet, diskutera handläggningen och planeringen. Vilka kompetensområden som ska diskuteras bestäms i förväg. Vid bedömning innebär skalan att 5-6 motsvarar färdig specialist.

Feedback

Återkoppling sker i direkt anslutning till den fallbaserade diskussionen. ST och handledare bör tillsammans finna ST-läkarens styrkor och områden där utveckling kan ske, lägga upp en handlingsplan och tid för uppföljning.

Vem kan vara bedömare?

Bedömaren är specialist i allmänmedicin och tränad i bedömning och feedback samt har tillräcklig erfarenhet av det medicinska ämne som skall avhandlas. Bedömning kan med fördel ske av olika bedömare och inte enbart ST-läkarens handledare.

Vilken specifik kompetens mäter Fallbaserad diskussion?

Kompetensområde	Förmåga att
Dokumentationsförmåga	<ul style="list-style-type: none">Skriva korta adekvata journalanteckningar som fokuserar på problemet så pass tydligt att läkare/vårdpersonal eller patienten kan se ST-läkarens bedömning och planering. Anteckningarna skall logiskt anknyta till andra anteckningar i journalen.
Klinisk bedömning	<ul style="list-style-type: none">Att förstå patientens sjukhistoria och göra en klinisk bedömning baserad på väl genomförd anamnes och status.Tolka patientens problem utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.Överväga rimliga differentialdiagnoser.Reflektera över vad som är sjukdom/risk för sjukdom.



Undersökningar och remitteringar:	<ul style="list-style-type: none">• Diskutera det logiska valet av undersökningar och eventuella remisser samt utformandet av dessa.
Behandling:	<ul style="list-style-type: none">• Diskutera behandling, utredningsgång och värdet av expektans. Beakta för- och nackdelar med insatt behandling.
Uppföljning och framtida planering:	<ul style="list-style-type: none">• Diskutera utformande av uppföljning och planering.
Professionellt förhållningssätt:	<ul style="list-style-type: none">• Diskutera hur osäkerhet och okunskap hanteras.• Inga ett personcentrerat förhållningssätt där patientens tankar, oro och önskemål beaktas.• Engagera patienten och dess anhöriga i beslutsprocessen runt utredning och behandling.• Respektera sekretessen samt ha en medvetenhet om legala och etiska aspekter.• Ha insikt om egna begränsningar.
Sammanfattande klinisk bedömning:	<ul style="list-style-type: none">• Sammanfattande bedömning baserad på ovanstående resonemang.