



# SPECIALISTKOLLEGIUM

## MANUAL FÖR STUDIEREKTOR MED TOLKNINGSSTÖD

Som studierektor leder du specialistkollegium. Detta är dels ett bra tillfälle att utvärdera enskilda ST-läkare men också en god möjlighet att i sammanhanget lyfta angelägna utbildningsfrågor av mer generell karaktär. Vid specialistkollegiet är tanken att man sammanställer och diskuterar observationer som gjorts av de specialister som finns runt ST-läkaren för att identifiera starka områden respektive utvecklingsområden i den fortsatta handledningen.

### NÄR OCH HUR OFTA SKALL DET GÖRAS?

Specialistkollegium genomförs årligen i många verksamheter men frekvensen varierar beroende på förutsättningar och behov. I de flesta fall handlar det om att bekräfta att allt fungerar som det skall, att ST-läkaren utvecklas på ett gott och normalt sätt. Ibland uppstår dock problem för en ST-läkare att uppnå målen eller fungera fullt ut i verksamheten. Specialistkollegium får då en viktig betydelse för att tydliggöra bristerna och ta fram en plan för att försöka åtgärda dessa. Det kan röra sig om förändringar i handledning och övriga utbildningsinsatser respektive behov av förändrad utbildningsplan. I vissa fall kan det också finnas behov att ställa ökade krav på ST-läkaren.

Specialistkollegium kan med fördel också användas efter en periods vikariat inför erbjudande av fast tjänst för att se om läkaren verkar ha goda förutsättningar för specialiteten. Ett avslutande specialistkollegium används i slutet av ST för att bekräfta att ST-läkaren nått målen för specialistkompetens och utgör ett stöd för handledare och verksamhetschef i den bedömning som formellt åligger dem. I många fall kan det vara brister på den utbildande enheten som är problemet, att handledning, bedömning och feedback brister i omfattning och/eller kvalitet eller att tjänstgöringen inte ger tillräckliga förutsättningar att nå målen. Det är ytterst ett ansvar för verksamhetschefen att resurser och struktur möjliggör en god utbildning och därför också av denna anledning värdefullt att hen deltar på mötet.

### FÖRE MÖTET

1. Datum för specialistkollegium bestäms i samråd med ST-läkare och handledare och verksamhetschef. Tänk redan nu på att påminna handledare och ST-läkare att boka in en träff för återkoppling så snart som möjligt efter kollegiet. Om ST-läkaren inte tidigare varit med om specialistkollegium bör hen informeras om metoden och dess syfte och ges tillfälle att ställa frågor/ha synpunkter.
2. Kallelse till möte skickas ut i god tid. Det kan vara praktiskt att använda ordinarie tid för läkarmöte. ST-läkare och handledare samt specialisterna uppmanas att i god tid fylla i formuläret (självskattning respektive bedömare) och lämna in till studierektor i förväg. Obligatoriska deltagare är handledare och verksamhetschef (samt i förekommande fall den utsedda specialist som skall signera ansökan om specialistbevis). Därutöver deltar så många som möjligt av specialisterna, särskilt de som har jobbat nära den aktuella ST-läkaren.
3. Sammanställ kollegiets förslag till punkter som är särskilt bra respektive utvecklingspunkter på blankett "sammanställning" genom att läsa de kommentarer som beskriver goda prestationer respektive utvecklingsområden. Gör motsvarande sammanställning av självständighet. Markera också ST-läkarens självskattning på motsvarande vis.
4. Titta igenom bedömningarna och förslagen och gör gärna noteringar inför mötet som förberedelse till den plan som skall formuleras vid mötet. Jämför också självskattningen med kollegiets bedömning.

## MÖTESSTRUKTUR

1. Mötet inleds med att du som studierektor vid behov förklarar mötets syfte, upplägg och former. Skriftlig allmänna informationen sammanfattar också detta.
2. Vid mötet får deltagarna tillbaka sin blankett att ha som stöd för diskussionen.
3. Huvudhandledaren inleder med en kortare redogörelse av hur länge ST-läkaren tjänstgjort samt förslagsvis senaste årets randningar, tjänstgöring och kurser.
4. Redogör för sammanställningen. Här kan man välja att räkna antalet kommentarer som berör goda prestationer respektive utvecklingsområden eller bara utifrån kommentarerna avgöra vad som verkar vara mest relevant. Jämför sedan med självskattning för ST. Graden av självständighet sammanställs. Man väljer nu ut något område som är särskilt bra respektive något utvecklingsområde utifrån antalet kommentarer alternativt annat område som bedöms särskilt angeläget att lyfta. Eventuellt kan man också välja ett område där ST-läkaren och kollegiets bedömning skiljer sig mycket. Ett förslag är att maximalt gå igenom tre områden av vardera.
5. Man går nu laget runt, tar en av de utvalda frågorna i taget. Deltagarna får nu läsa upp sina bedömningar från formulären vilket underlättar att allas synpunkter framkommer. Var och en får vid behov utgå från konkreta exempel och motivera vad man baserar bedömningen på. Handledare avslutar rundan och ger sitt omdöme. Därefter läser du som studierektor upp ST-läkarens egen beskrivning inom området (om en sådan finns).
6. Kollegiets bedömning inklusive förbättringsförslag sammanfattas och skrivs ned på formuläret **Specialistkollegium - underlag för feedback till ST**. På detta dokument markeras också kollegiets sammanvägda bedömning av grad av självständighet.

## ATT TÄNKA PÅ VID MÖTET

Vid mötet är det givetvis av största vikt att diskussionen är saklig och berör ST-läkarens kunskap, färdigheter och beteende på arbetet och inte exempelvis personlighet. Underlaget skall så långt som möjligt utgå från faktiska konkreta observationer som genomförts av de närvarande och inte andrahandsuppgifter eller spekulationer.

På formuläret får respektive specialist fylla i om deras bedömning grundar sig på formaliserade observationer med bedömningsinstrument (mini-CEX, DOPS, CBD). ST-läkaren kan på sin blankett också redovisa hur många bedömningar som gjorts under det gångna året. Inte sällan saknas tillräckligt underlag för att bedöma vissa delar. **För att specialistkollegium skall fungera väl behövs regelbundna formativa bedömningar som grund för den samlade utvärderingen som skall göras vid mötet.** Givetvis är detta samtidigt ett bra tillfälle att påminna kollegiet om vikten av dessa fortlöpande observationer och feedback med stöd av bedömningsinstrumenten. Man kan också gemensamt diskutera hur man kan öka användandet av dessa i verksamheten.

Närvarande specialister kan ibland exemplifiera med enskilda händelser för att motivera sitt ställningstagande. **Dessa händelser är som regel inte lämpliga att lyfta i den feedback som återförs till ST-läkaren via handledare, i synnerhet om de inte är avhandlade och bearbetade sedan tidigare.** Återkoppling bör ske löpande i närtid och ges mellan de direkt inblandade, aktuella specialist till ST-läkare. Du kan som studierektor lämpligen efterfråga om feedback har givits vid de händelser som refereras till och påminna om vikten av återkoppling.

## EFTER MÖTET

Huvudhandledare ansvarar för att så snart som möjligt efter kollegiet återkoppla till ST-läkaren. Handledaren utgår från dokumenten ST-läkarens självskattning och kollegiets samlade bedömning med stöd av formuläret "Specialistkollegium - underlag för feedback till ST". Vid behov hjälper du som studierektor handledare och ST-läkare med råd och stöd, exempelvis att revidera utbildningsplanen och realisera den utvecklingsplan som fastslås mellan handledare och ST på bas av kollegiet, handledarens synpunkter och inte minst ST-läkarens egna förslag och slutsatser.

# SPECIALISTKOLLEGIUM - SAMMANSTÄLLNING

ST-läkare:		År på ST:		Datum:	
------------	--	-----------	--	--------	--

OMRÅDE	SJÄLVSKATTNING			KOLLEGIET (Antal)			KOMMENTARER (Antal/särskild vikt)
	Ja	Nej	?	Ja	Nej	?	
1. Medicinsk kunskap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2. Kliniska färdigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3. Kliniskt resonemang och bedömningsförmåga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4. Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5. Organisationsförmåga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6. Professionalism (inklusive etik och bemötande)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7. Sociala färdigheter och teamarbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
8. Egen reflektion och utveckling (inklusive patientsäkerhet och vetenskap)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9. Att verka i systemet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Behöver instruktion/stöd av närvarande specialist i rutinfall.	Behöver i komplicerade fall instruktion/stöd av närvarande specialist.	Klarar rutinfall självständigt. Specialist finns för rådgivning och kan kallas in vid komplicerade fall.	Handlägger även komplicerade fall. Vid konsultationer samtycker vanligen specialisterna.	Kan arbeta självständigt och ge instruktion/stöd till mindre erfarna i komplicerade fall.
NÄRVARANDE SPECIALIST		RÅDGIVNING/ SPECIALIST KAN KALLAS IN	RÅDGIVNING	SJÄLVSTÄNDIG
Antal omdömen av specialister förs in i respektive ruta nedan				
Självskattning av ST-läkaren				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# TOLKNINGSSTÖD - Exempel på problem att identifiera

**Beskrivning av problemområden hämtad och sammanställd från Remediation of the Struggling Medical Learner, Jeannette Guerrasio, Association for Hospital Medical Education av Anna Allberg Region Örebro Län. I denna bok finns mängder av beprövade förslag på åtgärder som kan tas till vid problem inom respektive område.**

**Medicinsk kunskap** – En individ som har en brist inom detta område har ofta haft problem under många år, kanske har de fått skriva omtentor eller har precis klarat tentorna. De har svårt att svara på rena faktafrågor och tycks inte studera och läsa på.

**Kliniska färdigheter** – Krävs i princip direkt observation för att hitta bristerna. Fysikalisk undersökning kan vara undermåligt utförd, viktiga element missas eller utmynnar i felaktig information. Förstår inte vilken information som går att få ut av olika moment i undersökningen. Kan inte svara på tekniska frågor eller beskriva hur ett praktiskt moment skall utföras.

**Kliniskt resonemang och bedömningsförmåga** – Individer med problem här kan svara på faktafrågor, men har svårt att smala av och rikta in sin status och anamnes och får således med mycket oviktig information som man måste sälla i. Beställer för mycket prover/undersökning och överutredder. Har svårt att prioritera mellan olika differentialdiagnoser och kan inte riskvärdera. Kan inte anpassa behandlingar/utredningar till individen. Kan inte se behandlingsstrategier/interventioner ur ett mer långsiktigt perspektiv.

**Organisationsförmåga** – Kan inte organisera sin vardag och sitt arbete, ter sig ofta oförberedd. Presentationer och anteckningar saknar ofta en röd tråd och ter sig förvirrade. Svårt följa individens tankeprocess. Ofta multipla oavslutade arbetsuppgifter. Kommer ofta tidigt och/eller går sent då hen inte hinner med sina arbetsuppgifter under arbetstid. Patienter får ofta vänta och hen halkar ofta efter i tidsschemat. Verkar alltid kämpa med att komma i kapp med arbetsuppgifter.

**Kommunikation** – Har bra kunskaper och organisationsförmåga, men kan inte leverera en muntlig presentation. Klarar skriftliga examinationer, men kan trots detta inte svara på frågor. Svårt att formulera och ställa adekvata frågor och kan inte förklara för patienterna. Har svårt att förmedla allvarlighetsgrad och hur brådskande en uppgift är. Kan behöva gå tillbaka till patienten för att få mer information och har en större andel med patienter med dålig compliance. (Här hamnar även individer med annat modersmål, som har svårt att nå adekvat kommunikation på grund av språkförbistring).

**Professionalism (inklusive etik och bemötande)** – Brister i patient-läkarrelationen. Respektlös gentemot patienter och kollegor, använder medicinsk jargong när hen pratar med patienter. Kommer ofta sent och är opålitlig, oärlig och lat. Kan inte etablera mer långvariga relationer med patienter eller kollegor. Försöker ofta lämpa sitt arbete på andra.

**Sociala färdigheter och teamarbete** – Har svårt att fungera i team. Uppstår ofta konflikter med andra individer och skuldbelägger då andra parten. Är oflexibel och kan inte samverka med andra och komma till lösningar. Förstår inte sociala signaler. Förstår inte teamets roll, vanligt att individen endera inte kan delegera och vill göra allt själv alternativt att hen förväntar sig att andra skall göra hela jobbet. Kan vara nedlåtande i kontakt med andra professioner och medarbetare.

**Egen reflektion och utveckling (inklusive patientsäkerhet och vetenskap)** – Driver inte och tar inte ansvar för sin egen utveckling. Kan inte identifiera sina brister eller göra en plan för hur dessa skall åtgärdas. Verkar inte studera. Har svårt att sätta mål, inte bara avseende sitt eget lärande, utan även för patientens vård. Noterar inte risker och driver inte kvalitetsutveckling, använder sig inte av de verktyg som finns för systemutveckling och förstår inte principerna. Går i försvar vid återkoppling och feedback. Förstår inte sina begränsningar och ber inte om hjälp.

**Att verka i systemet** – Tar inte tillvara på andra professioners kompetens och tar inte in input från andra. Förstår inte och verkar inte i systemet, använder inte tillgängliga resurser. Tänker inte på kostnader och väger inte in risk- vs nyttavärdering i sitt arbete. Driver inte patientens sak och ser inte till att patienter får tillgång till tillgänglig hjälp. Förstår inte vikten av att överrapportera och lämna över patienten till nästa instans.

**Mentalt välmående** – Det här är inte ett av målen med ST-utbildningen, men det är inte ovanligt att problem på jobbet kan böttna i till exempel utbrändhet, privata problem, depression eller missbruk. Det kan därför vara viktigt att ta upp detta ämne, får möjlighet till tidig intervention. Här saknas det ofta ett mönster och ofta vara lite till och från, där allt fungerar mycket bra för att plötsligt vid tillfällena blir allt konstigt/fel och man har svårt att förstå vad som händer.

## **Faktorer som påverkar vårt förtroende för andra och benägenhet till tillit *enl. ten Cate:***

### **Faktorer hos specialisterna**

Egen klinisk kompetens och erfarenhet.  
Erfarenhet som läkare och klinisk handledare/instruktör.  
Attityd och entusiasm för utbildning.  
Ansvarstagande - tilltro och förtroende, balanserat mot patientsäkerhet.

### **Faktorer hos ST-läkare**

Förmåga – Kunskap, färdighet, erfarenhet, medvetenhet och tillgänglig tillsyn.  
Integritet – Ärlig, goda intentioner och patientcentrerad.  
Reliabilitet – Förnuft, förutsägbarhet, ansvarskänsla, pålitlighet.  
Ödmjukhet – känner sina begränsningar, benägenhet att be om hjälp, tar till sig återkoppling.  
Auktoritet – självförtroende, proaktiv avseende arbetet, omgivande team, risk.

Hämtat från Karen E. Hauer · Olle ten Cate · Christy Boscardin · David M. Irby · William Iobst · Patricia S. O'Sullivan Understanding trust as an essential element of trainee supervision and learning in the workplace, Adv in Health Sci Educ DOI 10.1007/s10459-013-9474-4

### **ANTECKNINGAR**