

Rapport om Mitt-i-ST-värdering i allmänmedicin

ST-läkare:

Vårdcentral, ort:

Datum för Mitt-i-ST 240000

Handledare:

Vårdcentralschef: xx(ny chef sedan 1 vecka)

(inkl profession)

Studierektor: yy(ej närvarande)

Kompetensvärderare:

Introduktion

Bakgrund. ST-läkarens arbetsmiljö.

K är uppvuxen i x-stad. Hen påbörjade utbildning till sjuksköterska men bytte till läkarprogrammet som hen gick i y-stad. Där träffade hen sin sambo som var z-bo och numera specialist i yy. Efter utbildningen har familjen bosatt sig i Z-stad och har nu en 4 årig son. Under ATn tänkte K bli patolog eller psykiater, men pga strul och långsamhet från dessa kliniker valde K att fortsätta på Z Vårdcentral där hen gjorde sin sista AT-placering, och där är hen kvar. Hen har allt mer vuxit in i allmänmedicin och utöver det fördelaktiga med att ffa arbeta dagtid är bredden och kontinuiteten något som lockar. Z Vårdcentral är en regiondriven enhet lokaliserad centralt i Z-stad. Vårdvalet i Region X är brett och man har BVC, 3 SÄBO enheter, fysioterapi, psykosocialt team, livssilmottagning och labverksamhet. Ungdomsmottagningen finns i samma hus men bemannas av kvinnokliniken. I dagsläget har vårdcentralen ca 11 000 listade personer. Läkarbemanningen består för närvarande av 8 specialister motsvarande ca 5,5 heltider. Utöver K finns ytterligare en ST-läkare samt en läkarassistent. Just nu har man ingen AT-läkare, men de brukar förekomma. Man tillämpar datumfördelning av patienterna. K hade initialt under STn 1 datum vilket motsvarar ca 350 personer, och nu har hen 2 datum och 700 personer på sin lista på de 80% som hen arbetar. När lokalerna byggdes om till hälsocentral var antalet patienter betydligt lägre varför man i dag är trångbodda i lokalerna. K delar kontor med sin ST-kollega och söker sig ett ledigt undersökningsrum när hen ska träffa patienter. Adekvat utrustning så som ögon- och öronmikroskop, gynstol mm finns.

Värdering av ST-plan och utförande hittills.

K påbörjade sin ST i april 2020 och följer målbeskrivningen från 2015. Utbildningsplanen är gjord i ST-forum. Vid tiden för Mitt-i-ST har hen gjort motsvarande 2,5 år av heltidstjänstgöring, med varierande tjänstgöringsgrad och föräldraledighet. Man har en relativt åldrad befolkning och verksamheten på VC är allsidig. Även gynundersökningar görs frekvent. Dock finns en tendens att dela upp verksamheten med olika specialuppdrag, så som att det psykosociala arbetet fram för allt sköts av en kollega på distans, och hemsjukvården likaså av en annan kollega. K är ansvarig för BVC. Jourverksamhet dagtid förekommer i form av Lättakuten, där patienten lämnar digital anamnes och sedan handläggs av sköterska och/ eller läkare beroende på besvärssbild. Denna verksamhet är öppen kl 9-11 och högst 16 patienter tas emot. K bemannar denna verksamhet ca 1 gång / vecka. För övriga akuta besök håller man nu på att starta upp verksamhet där läkare(dagbakjour) och sköterska ska sitta tillsammans. Jourverksamhet utanför vårdcentralens öppettider finns fredagskvällar kl 17-21, helgdagar 11-19 på sjukhuset i Z-stad. Övrig tid finns bakjour i beredskap. K brukar gå ett jourpass/ månad. Att delta i beredskapsarbetet nattetid är och kommer inte att vara aktuellt för K pga hälsoskäl.

Två sidotjänstgöringar är avklarade: ca 16 veckor på medicin-geriatrik och 8 veckor på barnmottagning.

Region X ordnar ett internt kursprogram för alla AB-mål i 6 olika moduler vilka K kommer att vara klar med under denna vår. Hen har också gått bland annat konsultationskurs på Kalymnos, Allmänmedicinsk introduktion (SK-kurs), MI, Internmedicin i primärvård, akut primärvård, kurs i global hälsa (SK-kurs), ungdomsmedicin, BHV, allmänmedicinskt arbetssätt och funktionella magtarmsjukdomar. K upplever inte att det är något problem att få åka på relevanta kurser.

Tid för utbildning finns avsatt en halv dag per vecka. Varannan vecka ordnas kursprogram av studierektor, varannan vecka är lästid. Oftast kan K använda denna för inläsning eller arbete med ST-planering, det administrativa patientarbetet brukar inte så ofta svälla över. Man har i Region X också ett tredagars internt varje termin för alla ST-läkare i allmänmedicin där delar av ovan nämnda kurser har getts.

K har haft samma handledare under både AT och ST. Tid avsätts för handledning en timme per vecka. Man diskuterar patientfall, mer övergripande handläggning samt ser över ST-planeringen. Någon enstaka medsittning på mottagningsbesök har gjorts, men K har gjort fler medsittningar (DOPS, Mini-cex etc) under sidoutbildningar, i samband med ronder och andra situationer än i den vanliga mottagningsverksamheten.

Om K behöver fråga någon i det löpande arbetet så finns en bakjoursfunktion eller så vänder hen sig till någon annan kollega som hen vet är kunnig på det aktuella området. Hen beskriver dock att det inte händer så ofta numera. Hens handledare beskriver hen också som självständig, självgående och med gott omdöme.

Uppnådd kompetens och utvecklingsmöjligheter:

Bedömningen baserad på 5 videoinspelade patientbesök samt 4 patientbesök under besöksdagen. Videobesöken hade samtliga karaktären av årsbesök, de fysiska besöken var subakuta utredningar eller uppföljningar. Inget besök var av typisk jourkaraktär. Åldersspann 10–86 år, medianålder 72 år. Sökorsaker: blodtryck, hjärta, multisjuklighet, diabetes, ont i hälar, långdragen hosta, gångsvårigheter efter ryggoperation samt sjukskrivning för stress och tarmbesvär. De flesta av patienterna tillhörde Ks område och de flesta hade hen också träffat tidigare. Utöver detta har jag tagit del av hens portfölj inklusive sammanfattning av utbildningsplan samt haft gemensamt samtal med handledare och chef.

För kommentarer på detaljnivå gällande besöken se också bilagor med konsultationsberättelser.

Medicinsk kompetens

Du lyfter i din självvärdering att du skulle behöva träna på praktiska moment såsom injektioner och småkirurgi. Inget sådant område aktualiserades i de patientbesök jag sett varför jag inte kan bedöma detta.

Under besöksdagen framkom att rörelseapparaten är ett annat område där du känner dig osäker, vilket också framgick i besöket med en 10-åring som hade ont i hämlarna. Både undersökningstekniken och differentialdiagnostiska överväganden har stor förbättringspotential.

Det internmedicinska området fungerar bättre, både avseende kroppsundersökning, riskvärdering och polyfarmaci. Vid undersökning av fötter även inom dessa områden

rekommenderar jag dock att du lägger patienten på brits och inte lyfter upp foten i ditt knä vid skrivbordet, både för din och patientens ergonomi och för hygien.

I ett av videobesöken framkom att patienten hade hudbesvär under fötterna. Av samtalet låter det som KPP (Keratoderma palmoplantaris), men jag fick en känsla av att du inte var bekant med denna i området förhållandevis vanliga ärftliga sjukdom? Kanske är hud också ett område där du behöver förkovra dig?

I en utredningssituation där en viss diagnos verkar trolig kan det ändå vara värt att stanna upp och tänka efter om det finns andra differentialdiagnoser. Att ställa några frågor för att se om något talar för dessa, innan du går vidare med den mest troliga. Det vanliga är det vanliga, men ibland bestämmer vi oss för snabbt utan att överväga alternativ.

Kommunikativ kompetens

Dina frågor inför besöksdagen handlar alla om konsultationerna. Om strukturen i dessa, att de har en tendens att bli långa och att det ofta kommer någon fråga på slutet. Du funderar kring dina ordval och din framtoning, om ditt glada sätt gör att du skrattar på fel ställen.

En första grundläggande fråga du behöver vara klar över är din roll och vilken kontext samtalet sker i. Det är ett läkarbesök och du är läkaren. Bland de videoinspelade besöken fanns det flera där detta inte var alldeles tydligt. Något samtal lät till stora delar som ett samtal mellan ytliga bekanta kring ett fikabord. Något samtal lät som ett barnbarn som lyssnar på en äldre släktings anekdoter från livet. Patienterna ges stort utrymme att prata och du lyssnar utan att styra och hoppas att det du behöver veta kommer fram.

Då blir det långa och ostrukturerade besök ("rekordet" ett filmat besök om 1 timme 10 minuter för en blodtrycksuppföljning) och alla medicinskt relevanta punkter hinns inte alltid med. Det är ditt ansvar som läkare att styra konsultationen så att tiden räcker till det som är väsentligt, även när patienten är pratsam.

Du har gått Kalymnoskursen men av den märks det väldigt lite i dina konsultationer. I många inte alls, i vissa i form av att du efterfrågar oro, och i något enstaka även genom emotionella kvitton och tydliga sammanfattningar. Ju mer av kalymnosverktygen du använde, desto kortare och mer välstrukturerat blev besöket! Gå tillbaka till kursmaterialet och träna på att få fram patientens tankar, oro och önskan tidigt i samtalet! Få fram allt på patientens agenda i början av samtalet och prioritera sedan tillsammans med patienten om allt inte kommer att hinnas med. Styr sedan samtalet genom att lämna kvitton (bekräfta) både på fakta och emotioner. Så snart samtalet spårar ur eller tappar farten gör en sammanfattning av det väsentliga. Löper samtalet på bra gör ändå en sammanfattning i slutet av anamnesdelen, efter kroppsundersökning och i slutet av besöket.

Våga också ifrågasätta det patienten säger, be om förtydliganden, utgå inte från att ni menar samma saker. (Exempel "jag är deprimerad" vad menar patienten då? vad innebär "husmanskost" för den här patienten, är det en bra kost för diabetiker?)

Dra nytta av medföljande anhörigas anamnes, det går att göra utan att "köra över" patienten genom att be patienten om lov att bjuda in dem i samtalet. Efterhör även deras tankar, oro, önskan.

Dina ordval och ditt glada sätt har jag inte sett några problem med. Du kan glädja dig tillsammans med patienten och ni kan skratta *tillsammans*, du skrattar inte *åt* patienten.

Du dikterar journal i direkt anslutning till besöket. Dikteringen går smidigt och journalanteckningarna är begripliga. Det finns dock rationaliseringsvinster att göra. Ditt sätt att diktera verkar vara en kvarleva från tiden då man dikterad på band och inte in i en elektronisk journal, vilket är spännande då du nog aldrig dikterat på band! Att ange fullständigt namn, titel, datum, personnummer och namn på patienten är sannolikt inte nödvändigt eftersom allt sådant registreras automatiskt. Prata i läkargruppen om vad som egentligen behövs för att säkerställa att diktatet har hamnat i rätt journal, misstag kan ju faktiskt ske.

Journalanteckningarna jag sett innehåller också en del upprepningar. Till exempel anges ofta sökorsak, ålder och bakgrundssjukdomar både i inledning av aktuellt och i inledning av bedömning. Låt tidigare sjukdomar/ övriga sjukdomar finnas under rätt sökord. Patientens ålder framgår av personnumret. Besöksorsaken framgår under kontaktorsak. Låt bedömning vara bedömning och ev resonering kring differentialdiagnoser.

Ledarskapskompetens

Du beskriver att du under uppväxten ofta tagit på dig ledarroller i grupparbeten och i idrottsrörelsen. På vårdcentralen försöker du styra upp så att utbildningsläkarna samlas för utbildningstid och du kan leda läkarmötet om den som brukar göra det inte finns på plats. Ledarskapskurs har du inte hunnit gå ännu, och någon formell ledarroll har du inte i dagsläget. Att vara handledare för en AT-läkare har du redan prövat på. Beträffande självledarskap beskriver din handledare att du är strukturerad, planerar och administrerar din ST-tjänstgöring på ett föredömligt sätt. Du förefaller inte ha några svårigheter att hinna med patientadministrationen trots att din lista motsvarar 875 personer omräknat till heltidsarbete. Materialet inför Mitt-i-ST innehåller allt det ska och anlände i god tid. Dock hade du filmat patientbesöken innan du läste instruktionerna för detta, men vi hade en dialog om det, och materialet var good enough.

Insikt i forskning och kvalitetsarbete

Du har nyligen gått den vetenskapliga kursen men har inte för avsikt att skriva något nytt vetenskapligt arbete utan tillgodoräkna dig det du skrev under grundutbildningen. Det handlade om xx .

För att lockas till forskningen behöver du ha rätt ämne, och det tror du inte att finns inom allmänmedicin. Ni har Journal Clubs i ST-gruppen, det är bra!

Kvalitets och utvecklingsarbete verkar locka mer än forskning och där håller du på med ett arbete kring rutiner för en bättre ST-utbildning på hälsocentralen, för att förbättra för kommande kollegor och för att ha rutiner på plats inför en kommande SPUR-granskning.

Sammanfattning

Starka sidor

Du är glad och positiv och bidrar till att sprida trivsel och trygghet på din arbetsplats. Du tar ansvar och är mån om att utbildningsläkarna ska få en bra utbildning. Trots att du bara hunnit göra halva din ST förefaller du utan större svårigheter klara av att sköta en lista som motsvarar 875 personer om du skulle jobba heltid. Till detta kommer också ansvar för BVC samt arbete på Lättakuten där kontinuitet inte tillämpas. Du verkar således kunna arbeta effektivt.

Utvecklingsbehov

Det finns delområden av med medicinska spektret där du behöver skaffa dig mer teoretisk kunskap och praktisk erfarenhet, så som till exempel rörelseapparaten, praktiska ingrepp och kanske hud, sannolikt också ögon och öron. Detta är helt naturligt eftersom du ännu inte hunnit jobba så länge och många sidotjänstgöringar ännu återstår.

Utvecklingsmöjligheter

Dina konsultationer kan bli så mycket bättre om du aktivt tränar på att tillämpa de kunskaper och verktyg som du fått i Kalymnoskursen! Då kommer du att få en bättre struktur och kortare konsultationer, och sannolikt också ännu mer nöjda patienter. Det gör att du kommer att hinna med fler besök och slippa frustrationen av att hamna efter i tidboken för att besöken drar över.

Utvecklingshinder

Inget hinder men ett observandum är vårdcentralens benägenhet att på grund av bemanningssvårigheter stycka av olika delar i verksamheten till specifika läkare, så som psykosocial hälsa och hemsjukvård. Det blir då viktigt att se till att utbildningsläkarna inte missar dessa områden.

Fortsatt planering av ST

Vid tiden för Mitt-i-ST är du verkligen mitt i ST, har halva tiden kvar. Du reflekterar själv över att det på grund av deltidsarbete tagit fler år och att detta bidragit till att du hunnit mogna. En klok tanke, även inför framtiden! Att se till att balansen mellan arbete och privatliv hålls stabil är en av de viktigaste sakerna att lära sig som blivande allmänläkare.

Av din utbildningsplan framgår att du planerar sidoutbildning inom psykiatri, gyn, ögon, ÖNH, rehab och eventuellt reumatologi och hud. Det låter som en heltäckande sidotjänstgöringsplan. Det jag skulle vilja lyfta fram som komplettering är att också tjänstgöra på någon annan vårdcentral, eftersom du gjorde AT på samma ställe som du är nu. I annan region? Glesbygd? Privat? Detta för att få fler perspektiv på hur man kan jobba i primärvården.

Gällande kurser för rörelseapparaten är Axelina en viktig del. Finns det kurser i ortopedisk medicin när det gäller övriga rörelseapparaten? Något för era internat? Att auskultera med en kunnig fysioterapeut på er egen enhet är också ett bra moment. En hudkurs har du inplanerad.

[Skriv text]

På VC ska du också skolas in på SÄBO och i hemsjukvård. Jag vill också uppmuntra till fler medsittningar vid olika typer av patientbesök som en del i att fortsätta få feedback på konsultationerna. Även omvända medsittningar där du vid något tillfälle går med på handledares och andra specialisters besök och själv fyller i lämplig bedömningsmall är värdefullt, både för konsultationstekniken och för att öva på bedömning/ feedback. Nyttja också några handledningstillfällen till att gå igenom journalanteckningar och diskutera kring differentialdiagnoser och dokumentation

YY, av SFAM utsedd kompetensvärderare