

2018-02-02  
REMISSVAR

Svenska Läkaresällskapet  
Att. Susann.asplund@sfs.se

## Remissvar: Bastjänstgöring för läkare, Ds 2017:56

### Sammanfattning av SFAM:s synpunkter

- Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) välkomnar förslaget om bastjänstgöring. (BT), vilket vi anser skapa bättre förutsättningar för effektiv introduktion till svensk hälso- och sjukvård för legitimerade läkare och säkra grundläggande kunskaper för läkare utbildade inom och utom landet.
- Vi bejakar ett sammanhållet utbildningssystem från student till färdig specialist
- Vi bejakar att man får räkna in tjänstgöringstiden från BT, om den är relevant, i ST
- Vi bejakar tanken om en progressiv utbildning och kompetensvärdering där man känner igen bedömningsmetoderna
- Vi välkomnar BT som ett introduktionsår före ST där även läkare med utländsk grundutbildning ingår och där den gemensamma målbilden motverkar den idag varierande kompetensen hos nya ST-läkare
- Vi välkomnar förslaget om BT som en fristående första del av ST och skulle önska att legitimerade läkare inte bestämmer sig för specialitet redan före BT, så att de söker BT på samma sätt som man idag söker AT.
- Det är bra att BT-strukturen liknar den struktur som finns för ST och föreskrifterna i SOSFS 2015:8
- Vi bejakar den frekventa kompetensbedömning som planeras – ju fler bedömningar av samma individ, desto säkrare bedömning.
- Vi välkomnar konkretiseringen av de lärandemål som satts upp liksom utformandet av handböcker.
- Vi välkomnar att tyngden i BT läggs på färdighetsträning.
- Vi hoppas att BT med nationella mål ska göra det lättare för verksamhetschefer att välja bland sökande till ST och att de jämförelser som görs mellan individer blir mer rättvisande.

Vi har följande invändningar mot förslaget:

- SFAM anser att 3–4 månaders BT inom primärvård är otillräckligt. Vi föreslår i stället 5–6 månader tjänstgöring i primärvård.

- Dimensioneringen av BT måste ske nationellt och att det är viktigt att antalet BT-platser anpassas till mängden nyutbildade läkare inom och utom landet
- Innan BT införs måste behovet av kompetenta och utbildade handledare vara säkrat.
- Vi anser att BT, precis som ST, skall kvalitetssäkras genom förskrift med krav på återkommande extern granskning.
- Primärvården är för närvarande underbemannad och hårt ansträngd. Tillkomst av nya uppgifter i samband med införandet av BT kräver utökade resurser.

## Kommentarer

### Tjänstgöringen

Vi föreslår att BT ska innehålla 5–6 månaders tjänstgöring i primärvård, i stället för de 3–4 månader som promemorian föreslår.

Ett av skälen till detta är att de flesta lärandemål som promemorian föreslår är möjliga att uppnå genom tjänstgöring inom primärvård. Det gäller

- Vanligaste sjukdomstillstånden
- Kommunikation
- Medarbetarskap och ledarskap
- Etik, mångfald och jämlikhet
- Lagar och föreskrifter samt hälso- och sjukvårdens organisation
- Sjukdomsförebyggande arbete
- Läkemedel
- Vårdhygien och smittskydd
- Övriga kompetenser

Ett annat skäl till att vi föreslår längre tjänstgöring inom primärvård än promemorian är att stora strukturella förändringar är på väg att införas i sjukvården. Primärvården kommer att utgöra basen i sjukvården i linje med utredningen Effektiv vård och den pågående statliga utredningen God och nära vård.

För att kunna se baskompetensen och bedöma progressionen är det viktigt med kontinuitet under handledningen. I promemorian talas om möjligheten att förlänga eller förkorta BT. Vår erfarenhet säger att det är svårt för huvudhandledare att bedöma kompetensutvecklingen på 3–4 månader. Under så kort tid kommer läkaren inte heller att kunna se merparten av de vanliga sjukdomstillstånden.

Med längre tjänstgöringstid finns möjlighet att sätta in speciella insatser, t ex språkundervisning, kompletterande konsultationsträning mm och kontrollera resultatet av dessa.

Vi anser att det är en fördel om akutsjukvårdsplaceringen görs under slutet av BT eftersom arbetstempot är högre inom akutsjukvården.

Den tjänstgöringstid läkaren kan räkna in i BT är otydligt beskriven i promemorian. Tidigare tjänstgöring måste vara planerad och handledd och varje handledningstillfälle ska vara dokumenterat så att handledningen kan styrkas.

En fråga som måste besvaras är hur läkare med flera års tidigare hyrläkarverksamhet skall hanteras.

Ytterligare en fråga är vem som ska godkänna en läkares BT. Handledare på de enskilda enheterna i samråd med BT-studierektor eller en central instans?

SFAM anser att BT ska betraktas som en separat tjänst och inte kopplas till efterkommande ST. En möjlighet kan dock vara att koppla BT till legitimationen. I annat fall finns risk att läkarna väljer specialitet av taktiska skäl och sedan hoppar av.

Delar av tjänstgöringen inom BT bör kunna tillgodoräknas i fortsatt ST, förutsatt att dessa delar täcker de delmål som finns i den kommande specialitetens målbeskrivning.

Vi anser att det är nödvändigt med obligatorisk psykiatriplacering. Forskning har visat att läkare uppfattar patienter som besvärliga och att de blir mindre patientcentrerade, mindre benägna att ta patienten på allvar och lyssna om patienten söker för psykiska besvär.

## **Teoretisk utbildning**

Flera av a- och b-kurserna i ST kan med fördel genomföras under BT. Kurserna bör i möjligaste mån styras av professionen, vara målstyrda och kunna bedömas och redovisas med avseende på utfall.

Följande kurser kan bli aktuella under BT:

- Kommunikationsteori och konsultationsträning enligt patientcentrerad metod. Konsultationsträning måste ingå för att belysa ett patientcentrerat arbetssätt. Examinering skall göras med hjälp av ljud- eller videoupptagning i praktisk vardag av tränade bedömare.
- Lagar och andra föreskrifter inom hälso- och sjukvården. Sådan utbildning hör mer hemma under BT än under ST.
- Medarbetarskap och ledarskapsutbildning. Kan påbörjas under BT och är speciellt viktigt för förståelse av hälso- och sjukvårdens organisation.
- Etik, mångfald och jämlikhet kan med fördel läggas under BT
- Vårdhygien och smittskydd
- Sjukdomsförebyggande arbete
- Läkemedel
- Försäkringsmedicin, vilket redan idag finns under AT.

## **Handledning och extern validering**

Man måste räkna med en ökning av antalet handledare och huvudhandledare för BT. Redan idag saknas kompetenta handledare och det finns inga formella krav på handledarutbildning förutom för ST-handledare.

Vi anser att utbildningen av och kompetensen hos handledare, huvudhandledare och externa värderare bör definieras nationellt, så att BT blir uniform i Sverige. Någon form av certifierings-system behöver utarbetas för att säkerställa det och examination av färdigutbildade handledare, huvudhandledare samt externa värderare är viktigt. Det är en omfattande utbildning, som måste ske inom de närmaste två åren och som kräver resurser, vilket kan medföra att sjukvårdsproduktion kan komma att minska. Förutom grundläggande handledarutbildning är det viktigt att handledaren deltar i regelbunden fortbildning för handledare och får tid avsatt för uppdraget.

Det kommer också att krävas ökade resurser till studierektorer om dessa förväntas delta i organisationen för BT-organisationen och utbilda handledare, huvudhandledare och externa värderare.

Det saknas externa värderare och de värderare som SFAM utbildar utför idag huvudsakligen Mitt-I-ST värderingar. Inför införandet av BT måste fler externa värderare utbildas och de kommer att behöva rekryteras ur gruppen handledare/huvudhandledare. Att behovet ökar beror på att antalet formativa kompetensbedömningar enligt promemorians förslag kommer att bli 2–3 gånger större än under AT och att BT-läkarna blir 2–3 gånger fler. Från 2020 till 2026 kommer dock AT och BT löpa parallellt.

### **Kompetensbedömning**

Man behöver följa kompetensutvecklingen under BT för den enskilda läkaren och kontinuerligt anpassa de insatser som behövs för att nå målen. Det kommer alltså i ökad omfattning att krävas individuellt upplagda utbildningsplaner och en gedigen analys av kompetens, språkkunskaper och grundutbildning. Under BT, liksom under AT, är det också viktigt att kompetensbedömning görs av läkarens förmåga att fatta självständiga beslut och ta eget ansvar.

Vi anser det viktigt att i ett tidigt skede av planeringen och utformningen av BT koppla ihop studierektorsorganisationerna för AT/ST med ansvariga för läkarutbildningarna vid landets universitet. I målbeskrivningen SOSFS 2015:8 förstärks handledarens roll genom ökat krav på regelbunden kompetensvärdering av ST-läkaren med på förhand kända metoder. Dessa kompetensvärderingsmetoder kan med fördel även användas under läkarutbildningens kliniska del och i BT.

Grundfrågan handlar egentligen om hur helheten i det nya systemet kan garantera att den färdiga läkaren kan uppvisa de kunskaper, den kompetens och den professionalitet som krävs. Här finns i förslaget osäkerhet på flera nivåer. I promemorian har man förutsatt att grundutbildningen löst sin uppgift att göra löpande bedömningar genom hela utbildningen, även av praktisk färdighet, så att den blivande kollegan kan få sin legitimation efter grundutbildningens slut.

Det är tveksamt om det inom nuvarande ramar går att tänka på samma sätt när det gäller läkarens fortsatta utbildning. Studentkullar på 150–200 per år kommer idag ut från universiteten medan primärvården är kraftigt överbelastad, underbemannad och fattig på resurser. Då kan det bli svårt att som utbildande enhet axla ytterligare uppgifter. Det är därför nödvändigt att nya uppgifter medför en motsvarande resursökning.

Kompetensbedömningsverktyg kan underlätta bedömningen för handledare, huvudhandledare och externa värderare, minska subjektiviteten i och möjliggöra dokumentation. Forskning har visat att om man använder validerade verktyg vid flera tillfällen och om bedömningen görs av flera olika bedömare under en begränsad tidsperiod ökar säkerheten i bedömningen.

### **Bedömningsinstrument**

Det saknas validerade verktyg för kompetensbedömning. För närvarande finns endast ett validerat verktyg för svenska förhållanden: Multi Source Feedback (MSF-läkare), som tagits fram i samverkan med SFAM. Ett sk progressionstest som testar teoretiska kunskaper med vissa tidsintervall är på väg att valideras.

Det är av stor vikt att tillgängliga instrument valideras för svenska förhållanden och att forskning sker inom detta område. Läkarstudenter och utbildningsläkare (AT, BT, ST) har rätt att veta vilka värderingsverktyg som används och att de är anpassade /validerade till svenska förhållanden. Det är en fördel om samma instrument används inom grundutbildning, BT och ST. Detta ger möjlighet att tillgodose målet om progression och att bedömningen sker "med på förhand kända metoder".

SFAMs råd och nätverk arbetar aktivt med att utveckla olika metoder för kompetensutveckling. Ett arbete för kvalitetsgranskning av kurser och handledare i området personcentrerad kommunikation har påbörjats inom ett inom SFAM nybildat konsultationsnätverk.

Studierektorsenheterna i Sverige arbetar för närvarande aktivt med att introducera kontinuerlig bedömning i ST. De instrument som oftast kommer till användning är MiniCex, DOPS, Specialistkollegium, Case-metodik, OSCE och Multi Source Feedback (MSF).

En möjlighet kan också vara att pröva och utvärdera examinering enligt den metod som används av Royal College of General Practitioners i Storbritannien inkluderande OSCE och bedömningar av inspelade konsultationer från praktisk verksamhet och med verkliga patienter. Bedömningarna är nationellt överenskomna vad gäller mål och metoder och möjliggör likvärdiga och jämförbara bedömningar.

Vissa regioner, (ex Västra Götaland) har sammanställt "verktygslådor" anpassade till svenska förhållanden och kombinerade med handledarinstruktioner. Ett arbete pågår för att introducera dessa instrument inom AT-utbildningen. I detta avseende finns alltså viss beredskap inför BT vad gäller kompetensbedömningar.

### **Extern granskning av utbildningens kvalitet**

För att uppnå god och jämn utbildningskvalitet krävs att BT regelbundet blir föremål för extern granskning av arbetsplatsens förutsättningar att utbilda. Vi anser därför att det för BT, liksom för ST, skall finnas en föreskrift om obligatorisk och återkommande extern granskning av utbildningskvaliteten vid de enheter som har läkare under BT. Vi sådan extern granskningen bör Lipus och Läkarförbundets metod för SPUR-inspektion användas.

### **Godkännande av BT**

I promemorian föreslås att intyg om genomförd och godkänd BT skickas in till Socialstyrelsen när läkaren ansöker om specialistkompetens. SFAM anser att detta bör ske tidigare för att säkerställa att ingångskraven är uppnådda när ST påbörjas.

Vi är kritiska till förslaget att BT skulle godkännas tillsammans med uppnådd specialistkompetens. Då finns en möjlighet att "glida in på en ST" utan formell kompetens. Om man istället kopplar BT till legitimationen undgår man detta problem.

### **Dimensionering**

Utöver att lärandemålen utarbetas på nationell nivå anser vi att beslut om dimensionering ska ske nationellt. Det är viktigt att antalet BT-tjänster anpassas till antalet utbildade både i Sverige och från Europa så att det inte blir väntetider till BT.

Vi befarar också att den BT-organisation med inslag av nationell styrning som skymtar i förslaget, är alltför stor för mindre vårdgivare. Enligt vår mening är detta en uppgift för landsting och regioner.

För Svensk förening för allmänmedicin

SFAM:s Utbildningsråd

Hanna Åsberg, SFAM:s ordförande