

Remissvar 2020-03-18

från Svensk förening för allmänmedicin angående
Socialstyrelsens allmänna råd (HSLF-FS 2020: XX), AT- och BT-
författningen samt Målbeskrivningen för ST

Allmänna synpunkter:

Då BT införs för de som studerar i Sverige som allra tidigast 2026 ser vi ett stort behov av att dimensionera AT-platser runt om i Sverige då man dessutom ökat antalet plaster på läkarutbildningar runt om i Sverige. Vi ser även att de som studerar i Polen och ej erhåller legitimation efter avslutad utbildning helt riskerar att hamna utanför systemet i Sverige.

En nationell översyn och sammanhållande funktion avseende BT vore önskvärt för att dels se att kvaliteten av utbildningen blir god i hela landet och att dimensioneringen av antalet platser blir ändamålsenlig. Vid utebliven nationellt ansvar för dimensioneringen av både AT och BT riskerar vi att hamna i samma problematik som nuvarande AT-system redan har. D.v.s. långa väntetider. När det då dessutom redan rör sig om legitimerade läkare så är risken stor för ett vikarierande/stafettande b-lag med legitimerade läkare som antingen inte kommer in på BT (pga. lång väntetid) eller helt enkelt inte ids genomgå en ST-utbildning.

Ändring av föreskrifterna för allmäntjänstgöring för läkare (SOSFS 1999:5)

Att primärvårdsplaceringen inte längre skall ligga sist i AT kan komplicera situationen på vårdcentralerna eftersom vi kan få ut helt oerfarna läkare som inte tränat akuta situationer. Som allmänläkare är man betydligt mera ensam i sin arbetssituation. Ingen rondverksamhet eller annan person att rådfråga i rummet. Det kommer att behövas betydligt mera handledningstid och tid för kompetensvärdering för att säkra ett patientsäkert arbetssätt.

Att ST nu även formellt får handleda AT tror vi kommer att fungera utmärkt eftersom det nu ofta redan sker informellt. Vi tycker dock att man bör ange att handledningen skall ske under handledning. Vi kommer att behöva se över våra handledarutbildningar för ST så att dessa även inkluderar de moment som gäller för att handleda AT-läkare och BT-läkare, men det ser vi inte som ett problem mer än att det tar tid och kostar pengar.

Läkarnas specialiseringstjänstgöring (HSLF-FS 2020: XX)

Praktiska synpunkter:

- Att numreringen av de olika målen är densamma med liten bokstav + nummer – men att innehållet skiljer kan vålla bekymmer och orsaka hopblandning av intyg eftersom båda författningarna kommer att gälla samtidigt under en rätt lång period. Förslag – använd stora bokstäver + nummer
- Vore bra om termen ”del av delmål” kunde återinföras eftersom det nu ofta kommer att gälla att en kurs eller en placering inte är nog för att fylla hela målet. I de flesta kursbeskrivningar står nu att läkemedelsmålet fylls tex.
- Intygen generellt sett mera lättfattliga och enkla att fylla i, men vi saknar påskrift av studierektor som ändå är den som har bäst överblick över ett område och kollegornas kapacitet. (Påskrift som kollega 2?)
- Under vilka förutsättningar kan man avsluta en BT om handledaren inte tror att målen kommer att uppnås? Vad händer då med den enskilde läkaren? Finns det en maxtid för hur länge en BT kan pågå? Om BT ej behöver vara godkänd innan tjänsten övergår i en ST riskerar man att först efter 5½ år inse att denna läkare inte håller måttet. Vi tycker också att man bör överväga någon form av skriftlig examination i slutet av BT.
- Dispens för SOSFS 2015:8 – hur länge?
- Om vi har förstått rätt så måste även personer som genomgått svensk AT efter 1/7 2020 ändå påbörja sin ST med en BT period. Eftersom verksamheten inte är förberedd på att anställa enligt BT – författningen kommer detta att innebära i princip ett anställningsstopp under en period vilket kommer att försena specialiseringsförloppet. Vi efterlyser övergångsbestämmelser som underlättar detta. En förlängning av perioden då man efter avslutad AT kan påbörja ST enligt SOSFS 2015:8 skulle underlätta.

2 kap §3: Från konsekvensbeskrivningen förstår vi att detta är för att öppna för möjligheten att huvudansvarig skulle kunna vara en specifikt tillsatt BT-chef. Vi ser då också möjligheten att ansvarig SR (studierektor) för BT skulle kunna ha detta ansvar som pedagogiskt kunnig och ansvarig även för utbildningsprogrammets praktiska delar.

3 kap§3: Vi har funderingar runt utvecklingsarbete/implementeringsarbete men återkommer till detta under kapitlet om målbeskrivning för specialiseringsutbildning i övrigt.

3 kap §5: Vi vill ha en mer utförlig definition av *utbildningsprogram* så att det står klart att detta inte bara innefattar ett tidsschema utan även en individualiserad reflekterande analys av den enskilda BT-läkarens behov där BT läkaren med sin handledare tar aktiv del. Detta kräver också en analys av var man har sin startpunkt – dvs initial kompetensvärdering av såväl kunskaper, färdigheter och förhållningssätt kan krävas (Först-i-ST) Detta är det sätt vi nu använder utbildningsplanen vad gäller ST i SOSFS 2015:8 och som ingår i SPUR-

granskningsprotokollet. Detta kan omfattas av det introduktionsprogram som studierektor ansvarar för.

Vi saknar också frågan om språkkompetens – hur och när kontrolleras detta? Av SoS förelägg?

4 kap§4: Vi bejaktar att man adderat något till handledarutbildningens innehåll. Vi utgår från att det är denna handledarutbildning man också avser att studierektorerna bör ha. Det kommer dock att krävas att vi ser över handledarutbildningarna för våra ST-läkare och kompletterar utbildningen för våra nuvarande handledare med äldre utbildningar och kontinuerligt ser till att handledarutbildningar upprepas/ uppdateras. För detta krävs tid och pengar för framför allt SR-organisationen, men är i grunden mycket bra. Vad som även kommer att krävas är handledarträffar där man kan jämföra sina värderingar så att vi får ett robust sätt att bedöma att våra BT /ST håller den standard som krävs.

5 kap§2: Är det handledaren som bedömer hur ofta en kontinuerlig bedömning skall ske? I förarbetena stipulerades 3 bedömningar på en 3–4 månaders placering. För att kunna bedöma måluppfyllelse krävs absolut handledarkontinuitet och tillgång till fortlöpande "kollegier" där man kan finslipa och synkronisera sin bedömningsförmåga.

5 kap§5: Vi tror att det kan vara mycket bra med en kombination av övergripande handledare och extern bedömare som en "slutkontroll" eftersom det ger en möjlighet till en rättvisare bedömning eftersom den externa bedömaren kan skaffa sig en överblick över de olika handledarnas och klinikernas förmåga att ge en god utbildning. Vi känner dock oro för hur vi skall kunna skaffa fram denna externa kompetens. Den innehas nu ofta av SR i området, men denne har väl "haft del i BT-läkares bastjänstgöring" (5 kap§6) och kan anses jävig.

5 kap§8: Vi bejaktar att verksamhetschefen inte längre skriver på intyg eftersom dessa ofta inte har den kompetens eller utbildning som krävs för att göra denna bedömning. Det kan dock vara farligt om 2 kollegor på samma arbetsplats – där man är i stort behov av ytterligare en specialist – tillsammans hamnar i situationen att skriva på. Optimalt vore om studierektor för ST med sin överblick över området och kunskap om kollegornas kapacitet vore namn nr två. Vad vi kan avläsa i texten är det inte nödvändigt att kollega 2 arbetar på samma plats som ST-läkaren.

7 kap§1: Avräkning bör endast kunna ske "om målen för BT uppnåtts". Att räkna av måste vara villkorat med detta. Tjänstgöring inom primärvård är i många europeiska och utomeuropeiska länder något helt annat än i Sverige. Man har inte samma uppdrag, utrustning eller patientunderlag. Att arbeta i primärvården innebär ofta att man inte handlägger barn alls, inte gynekologi, inte ortopedi, inte ögon, inte ÖNH – kanske inte hanterar insulin för diabetiker etc.

7 kap§7 Även här måste man kunna införa en klausul om att avräkning endast kan ske "om målen uppnåtts" Vi bejaktar att man enligt 8 kap§9 begär att individuellt utbildningsprogram skall medfölja, men man måste ju också ha följt detta och lyckats nå målen.

Om målbeskrivningarna

Vi bejakar att man inte har speciella krav på utbildningsaktiviteter även om vi inser att det kommer att krävas gedigna introduktionsprogram, med kompetensvärdering och ett antal kortare kursdagar. Vi kommer också att behöva utforma "examinationer" för att se vilka kompetenser ev enskilda BT /ST redan innehar.

Målbeskrivning för bastjänstgöringen

Vi tycker generellt sett att BT målen är bra men har vissa synpunkter:

bt2- Målet mycket omfattande och vi ser inte hur dessa kan inhämtas utan placering på psykiatrisk klinik och även gedigen teoretisk genomgång. De BT-läkare vi kommer att möta under hela 2020-talet har ofta inte jobbat i svensk sjukvård alls – har ofta inte alls mött akut psykiskt sjuka patienter, aldrig skrivit vårdintyg.

Bt7 – kan knappast mötas utan en kurs i vetenskapligt förhållningssätt- EBM. Många europeiska och icke-europeiska utbildningar saknar helt vetenskaplig utbildning. Skall dessa då erbjudas en kurs på svensk grundutbildningsnivå?

Bt10- man bör ta upp frågan om att leda sig själv, medarbetarskap, ansvar för sin utbildning/fortbildning/livslångt lärande

Målbeskrivning för specialiseringstjänstgöringen i övrigt

Vi saknar texten före c-målen där vår specialitet definieras och vissa regler för ST-upplägget rent praktiskt definierades, men vi förstår att man avser att specialistföreningarna skall utarbeta handböcker för ST och där kan ju dessa delar ingå.

A2: Systematiskt kvalitets-och patientsäkerhetsarbete Vi tycker att *delta* i arbete kan innebära näst intill ingenting. Man kan hävda att sådant arbete sker på enheten och att alla deltar. *Självständigt genomföra* vore bättre, speciellt som FoU arbetet nu helt är borta.

A3: Medicinsk vetenskap: Vi är mycket besvikna över utformandet av detta mål. De ST som genomfört en svensk grundutbildning får en bra vetenskaplig utbildning, men det gäller ofta inte våra ST-läkare med icke-svensk grundutbildning vilka nu utgör mer än hälften av de specialister vi utbildar i primärvården. För att kunna bedöma nya riktlinjer och läsa en vetenskaplig tidskrift som presenterar nya rön, måste man ha basal kunskap om vetenskapliga metoder och att man redan på BT-nivå kräver att man skall kunna tillämpa ett vetenskapligt förhållningssätt är inte rimligt utan en väl tilltagen teoretisk utbildning. Vi riskerar annars att snabbt skapa ett A- och ett B-lag. Vi anser att både ett vetenskapligt arbete och ett implementeringsarbete bör ingå. Vad är att *implementera*, vad är att *delta* i

implementeringsarbete - Man bör självständigt kunna planera och genomföra ett definierat implementeringsarbete som är ordentligt dokumenterat.

A5: Ledarskap Vi saknar helt det personliga ledarskapet och den professionella utvecklingen, ansvar för sin utbildning och livslångt lärande

A6: Lärande - Vi bejakar att detta fick ett eget mål.

B1: Kommunikation med patienter och närstående. Vi saknar att efterhöra patientens egna tankar runt sin sjukdom, sina förväntningar och farhågor. Som målet nu ligger handlar det mest om att ge information på ett bra och genomtänkt sätt, men inte så mycket om att ta in information.

Läkarens förmåga till ändamålsenlig kommunikation är en central kompetens för att

- 1) kunna klargöra patientens agenda med anamnes och frågor utifrån patientens tanke, oro och önskan
- 2) kunna genomföra kliniskt tänkande utifrån symptompresentation med fokuserad anamnes med involvering av patienten
- 3) kunna besvara frågor, förklara underlag och i samråd med patienten planera fortsatt handläggning.

Att då enbart begränsa kommunikation till gott bemötande är anmärkningsvärt! Gott bemötande är enbart en aspekt av den kommunikativa kompetens en läkare skall kunna uppvisa. Läkares pedagogiska kommunikativa kompetens är i fokus när man utvärderar sjukvårdens kvalitet, se tex Nationella patientenkäten och Vårdanalys samt OECD s utvärderingar

Magnus Isacson

Ordförande

Svensk förening för allmänmedicin