

Remissvar från ST-studierektorsgruppen i barn- och ungdomskirurgi angående reviderade föreskrifter om läkarnas specialiseringstjänstgöring

Dnr 4.1.1-27795/2014

Ang. målbeskrivningen för barn- och ungdomskirurgi

Delmål c: Specialitetsspecifika kompetenskrav

Som studierektorer i barn- och ungdomskirurgi välkomnar vi att Socialstyrelsen har valt att låta specialiteten ingå i den kirurgiska gruppen. Förutsättningen för att kunna bygga upp en god kompetens i specialiteten är att man samarbetar med övriga kirurgiska specialiteter angående en s.k. "common trunk" som bör vara gemensam med övriga kirurgiska specialiteter. Det underlättar dessutom för samordning av kurser i basal kirurgisk teknik, ATLS, m.m.

Det fokus som Socialstyrelsen har valt att lägga på de övergripande målen, speciellt b-målen, leder dock till ett minskat fokus på kirurgisk skicklighet och kommer att leda till att framtidens barnkirurger inte får tillräcklig tid avsatt för kirurgisk träning i sin utbildning. Denna oro delas av företrädare för andra kirurgiska specialiteter. Balansen mellan övergripande kompetenser och specialitetsspecifika kompetenser blir helt enkelt skev med 14 övergripande och endast 12 specialitetsspecifika mål.

Ang. delmål c1-c4: Målbeskrivningen är samordnad med målbeskrivningen för kirurgi, vilket understödjer möjligheten till en s.k. "common trunk". Dock bör man till samtliga delmål lägga till "**hos barn och ungdomar**".

Ang. delmål c5-c7: "Vuxna" bör tas bort ur formuleringen, och delmålen bör i stället formuleras "**hos barn och ungdomar**".

Ang. delmål c12: Bör omformuleras enligt nedan.

Den specialistkompetenta läkaren ska

- **ha kunskap om embryologi, perinatal fysiologi, tillväxt och utveckling**
- **ha kunskap om intensivvård och anestesi, hos den växande individen**
- **behärska nutrition och vätskebalans hos den växande individen.**

Under arbetet med den nya föreskriften har Socialstyrelsen signalerat att man önskar ett tydligt samarbete mellan barn- och ungdomskirurgi och de barnmedicinska specialiteterna. Ett sådant samarbete förekommer redan genom gemensamma kurser och konferenser samt behandlingskonferenser kring enskilda patienter. På de olika klinikerna förekommer också gemensamma specialitetsövergripande interntutbildningstillfällen. Fördjupade kunskaper om den

växande individens fysiologi, nutrition, vätskebalans, m.m. (**delmål c12**), uppnår man genom placering på barnkirurgisk klinik.

För de delmål där **Träning i simulerad miljö** finns med under utbildningsaktivitet (**delmål c1, c6 och c7**) föreslår vi att denna aktivitet flyttas från Allmänna råd till obligatorisk del av utbildningen.

Teoretiska studier bör för samtliga delmål flyttas från Allmänna råd till obligatoriskt för att säkerställa att arbetsgivaren avsätter tid för detta.

För att säkerställa att delmålen har uppnåtts bör det vara obligatoriskt med teoretisk kunskapskontroll, dvs **specialistexamen**. En välgjord sådan finns att tillgå via UEMS (dvs. på europeisk nivå), vilket är att rekommendera för en liten specialitet som barn- och ungdomskirurgi.

Ang. allmänna råd (utbildningsstruktur): Sidoutbildning i anesthesi- och intensivvård behöver inte äga rum i samband med sidoutbildning i kirurgi. Sidoutbildningen kan ersättas med barnanesthesi och barnintensivvård. Delar av sidoutbildningen kan också ske på neonatal intensivvårdsavdelning.

Delmål a och b: Övergripande kompetenskrav

Ang. delmål a1-a9

Dessa delmål är nu bättre formulerade, och det är därmed också lättare att bedöma när ST-läkaren har uppnått delmålen.

Ang. delmål b1-b5

Det är med stor oro vi konstaterar att kraven för specialistkompetens har utökats med ett mycket stort antal mål som inte är relevanta för vår specialitet. Det riskerar att antingen förlänga tiden till specialistkompetens med ett eller flera år, eller också leda till att de specialitetsspecifika kunskaperna blir lägre. Då flertalet av delmålen inom grupp b kräver att man genomgår en till flera kurser leder det till större frånvaro från de kliniska placeringarna eller förlängda kliniska placeringar eller minskat antal specialitetsspecifika kurser, vilket i sin tur gör att man riskerar urvattning av delmål c1-12. Det i sin tur leder till en försämrad konkurrenskraft internationellt för barnkirurger utbildade i Sverige. Det leder i sin tur till försämrad rörlighet på den europeiska arbetsmarknaden. Då vi är en liten specialitet rekommenderar vi våra ST-läkare varmt att efter uppnådd specialistkompetens arbeta utomlands under en period, t. ex. inom EU där arbetsmarknaden är fri. Detta kommer att försvåras om ovanstående delmål införs, eftersom våra nyblivna specialister kommer att ha lägre kompetens än kollegor från andra länder inom EU.

Delmål b1 (Kommunikation) är mycket speciellt inom barnspecialiteterna, då ST-läkaren och specialisten måste kunna kommunicera med föräldrar i olika situationer, men också barn i olika åldrar. Detta delmål bör således anpassas till den speciella och ibland mycket komplicerade situation som råder inom barnspecialiteterna.

Delmål b2 är på det sätt den formulerats inte relevant för vår specialitet, och bör antingen tas bort eller omformuleras.

Delmål b3: Även här måste innehållet i delmålet anpassas till den speciella situation som rör specialiteten. Eftersom det finns krav på kurs för detta delmål föreslår vi att kurskraven inkorporeras i befintliga kurser inom respektive delmål under c. Basal läkemedelskunskap hör till läkarutbildningen. Specifik läkemedelskunskap hör till respektive organsystem. Anpassning av medicinering efter barnets ålder hör självklart till delmål c1-12.

Delmål b4: Saknar helt relevans för barn- och ungdomskirurgi, och bör tas bort.

Delmål b5: Saknar helt relevans för barn- och ungdomskirurgi, och bör tas bort.

Sammanfattningsvis föreslår vi följande:

- **Delmål b1 måste anpassas till åldersgruppens och specialitetens behov.**
- **Delmål b2, b4 och b5 är inte relevanta för specialiteten och bör tas bort.**
- **Delmål b3 är inte relevant för specialiteten på det sätt den formuleras. I stället bör delmålet inkorporeras inom ramen för c1 – c12, inklusive åldersanpassning.**

Allmänna synpunkter

Ang. 4:e kapitlet §2

Som ST-studierektorer ser vi med stark oro på att kravet på extern granskning är borttaget i den föreslagna föreskriften. I en situation som den vi befinner oss nu där arbetsgivaren ställer allt större krav på produktion samtidigt som den ekonomiska styrningen blir allt hårdare finns det en påtaglig risk att arbetsgivaren (t. ex. SKL respektive enskilda landsting) väljer att avstå från externa inspektioner, och i stället väljer att införa lokala inspektioner. Tidigare erfarenhet talar för att självreglering inte är kvalitetsdrivande och att man i stället riskerar att dölja eventuella problem i ST-utbildningen. Detta är jämförbart med om Lex Maria och Lex Sara skulle avskaffas och att den enskilde vårdgivaren själv får fatta beslut om hur eventuella misstag inom sjukvården skall handläggas.

Socialstyrelsen har beskrivit flera problemområden med den nuvarande specialiserings-tjänstgöringen, t. ex. att

- vårdgivarens planering och organisering av ST leder till stora variationer nationellt som kan ha effekter på utbildning och därmed jämlik vård.
- det uppstår problem med balansen mellan produktion och utbildning i ST.

Genom att inte ställa krav på externa inspektioner riskerar Socialstyrelsen att förvärra ovanstående problem.

Vi föreslår därför att man inför ett krav på externa inspektioner av ST-utbildningen genom t. ex. SPUR eller UEMS (europeisk nivå), att sådana inspektioner skall genomföras regelbundet (t. ex. vart 5:e år) och att resultaten av SPUR- och UEMS-inspektionerna offentliggörs.

Vi föreslår också att SPUR- eller UEMS-inspektionerna leder till en ackreditering av enskilda kliniker och vårdgivare, dvs. att det ges möjlighet att (i likhet med Höskoleverket respektive t. ex. utbildningskliniker i Nordamerika) stänga undermåliga utbildningsplatser om inte förbättringar genomförs efter att varning utfärdats.

Ang. 4:e kapitlet §5

Det är med stor förvåning vi konstaterar att man väljer att inte stärka studierektorns roll i den nya föreskriften. En ST-studierektor (eller Program Director) är en central position på kliniker i t. ex. Nordamerika och övriga Europa. Det är således en position som i allmänhet bemannas av en erfaren överläkare, och anses vara en prestigefylld position och ett steg i karriären.

Enligt Socialstyrelsens förslag kommer ST-studierektorns uppdrag att reduceras till en koordinator snarare än en läkare med centralt och övergripande utbildningsansvar. För att följa europeisk standard **skall** (inte bör) ST-studierektorn mycket riktigt ha specialistkompetens och ha genomgått handledarutbildning. Ordvalet "organisatorisk stödfunktion till verksamhetschef, handledare och ST-läkare" talar för att Socialstyrelsen snarare vill reducera ST-studierektorn till en administratör än en erfaren läkare med centralt utbildningsansvar. Denna formulering bör tas bort.

För att lyfta fram och förstärka utbildningen av ST-läkare föreslår vi att ST-studierektorns roll förstärks, t. ex. genom att

- göra det obligatoriskt med en övergripande ST-studierektor per sjukhus eller större vårdenheter
- Den övergripande ST-studierektorn skall vara delaktig vid tillsättande av ST-studierektorer på de enskilda klinikerna
- Den övergripande ST-studierektorn skall vara delaktig i och ansvarig för utfärdande av lokala instruktioner
- Den lokale ST-studierektorns uppdrag skall huvudsakligen vara övergripande pedagogiskt och samordnande.
- ST-studierektorn skall vara delaktig i samtliga beslut som rör klinikens ST-läkare, t. ex. rekrytering och ekonomi, och skall därför antingen ingå i verksamhetens ledningsgrupp eller adjungeras för samtliga frågor som berör ST-läkarna eller ST-utbildningen
- Uppdraget som ST-studierektor skall värderas som ett pedagogiskt uppdrag, vara lönegrundande och karriärfrämjande
- ST-studierektorn skall ha avsatt tid för uppdraget
- ST-studierektorn skall beredas möjlighet till utökad pedagogisk utbildning utöver handledarutbildning
- ST-studierektorn får inte vara verksamhetschef eller sektionschef (dvs. får inte vara chef för ST-läkarna)
- ST-studierektorn skall regelbundet hålla ST-kollegium på kliniken för utvärdering av ST-läkarnas utbildning
- ST-studierektorn bör ingå i nationella respektive internationella nätverk för ST-studierektorer/program directors

Sammanfattning

Avslutningsvis vill vi poängtera att stora ansträngningar har gjorts under senare år för att anpassa ST-utbildningen i barn- och ungdomskirurgi till en internationell, rörlig arbetsmarknad. En svag ST-studierektor, ST-utbildning utan extern granskning och införande av ett stort antal mycket tidskrävande delmål som inte är relevanta för specialiteten kommer att motverka en sådan anpassning. Det i sin tur riskerar att på sikt leda till försämrad kompetens hos svenska barnkirurger med svårigheter att säkerställa patientsäkerheten.

Tina Granholm
ST-studierektor Stockholm

Cathrine Johansson
ST-studierektor Göteborg

Kristine Hagelsteen
ST-studierektor Lund