

2018-02-10

Regeringskansliets diarienummer S2017/06671/FS



SWESEMs yttrande på betänkande Ds 2017:56, promemoria om Bastjänstgöring för Läkare

SWESEM, Svensk Förening för Akutsjukvård, är specialistföreningen för blivande akutläkare och färdiga specialister i akutsjukvård. Vi i styrelsen har läst igenom promemorian Ds 2017:56 och rekommendationerna för avskaffandet av AT vid införandet av BT samt legitimation efter läkarexamen.

Här följer SWESEMs synpunkter:

Definitionen av akutsjukvård

”Bastjänstgöringen bör i stora delar fokusera på medicinskt beslutsfattande inom olika former av öppen hälso- och sjukvård, dvs. primärvård och den icke-specialiserade delen av närsjukvården såsom akutmottagningar. Läkare som genomgår bastjänstgöringen bör arbeta med diagnostik och behandling av åkommor och sjukdomar i ett oselekerat patientmaterial. Särskilt fokus bör läggas på akuta åkommor samt vanliga sjukdomar hos stora patientgrupper. ” s. 55

”Bastjänstgöringen bör vara reglerad avseende två tjänstgöringsställen: tre till fyra månader inom primärvård och tre till fyra månader inom akutsjukvård.” s. 60

SWESEM ifrågasätter starkt benämningen att akutmottagningar är en icke-specialiserad del av sjukvården. Sedan 2015 är akutsjukvård en egen basspecialitet med högt ställda krav om kompetensnivå. Innan dess har akutsjukvård funnits som tilläggspecialitet sedan 2008. Det finns idag förväntningar att sjukvården skall leverera ett specialiserat omhändertagande, detta gäller även det akuta omhändertagandet, varför det är motsägelsefullt att benämna akutsjukvård i termer som icke-specialiserad vård.

Inom primärvård utgår vi generellt ifrån att det kommer finnas specialister på plats för adekvat handledning av nyexaminerade läkare, men detsamma går inte att generalisera för samtliga Sveriges akutmottagningar. Därför undrar vi vad som menas med just benämningen ”akutmottagningar och akutsjukvård” i BT-förslaget? Vilken sorts akutmottagning menas? Är tanken att alla akutmottagningar skall kunna bedriva BT-utbildning? Vem skall då handleda BT-läkaren? Kan det vara en ST-läkare i t ex kirurgi, medicin, ortopedi som ofta bemannar varje linje på de akutmottagningar där flödet sorteras?

Det anses generellt viktigt att frångå tidigare upplägg inom svensk sjukvård med avsaknaden av specialister på akuten och ett primärt handläggande av patienter av våra yngsta kolleger,

AT-läkarna. Att BT-läkaren redan har erhållit legitimation kan vara kompetenshöjande, men faktum kvarstår att BT-läkaren saknar lång erfarenhet av klinisk tjänstgöring och kan inte anses färdiglärd vad gäller handläggning av akuta sjukdomstillstånd och medicinskt beslutsfattande. Detta gäller både vid start av BT och efter genomförd tjänstgöring med de målstyrda lärandemål som är uppsatta (exempel s. 139) då en specialistkompetens inom akutsjukvård kräver fullgången ST.

Vi anser inte att det är möjligt att bedriva en kvalitetssäkrad utbildning av BT-läkare inom akutsjukvård utan just specialister inom akutsjukvård. Vi återkommer mer till varför senare.

Uppnådd kompetens

”De medicinska delmålen behöver konkretiseras av professionen i nära samarbete med lärosätena.”

”I uppdraget bör det samtidigt säkerställas att de mål som formuleras är realistiska i förhållande till vad man på BT-nivå bör behärska, och att säkerställa att dessa mål är realistiska i förhållande till de ramar som har formulerats, annars finns risk för curriculum overload.” s. 76

Med ett års BT varav ca 3 månader inom akut verksamhet bör en rimligen få en insyn i hur akutsjukvård fungerar generellt och under överinseende av specialist ha handlagt ett antal vanliga akuta sjukdomstillstånd. Detta kan ligga till grund för att i framtiden agera i sin egen specialitet och öka vetskapen om när man kan/bör tillkalla andra klinikers kompetens. Det går inte att anta att en BT-läkare hinner uppnå tillräcklig kompetens för att självständigt kunna handlägga de vanligaste akuta sjukdomstillstånden som presenteras på en akutmottagning. Inte heller att den erhållna kompetensen skall bibehållas under sin läkarkarriär utan att upprätthållas fortlöpande inom ämnet akutsjukvård.

Vi i SWESEM ser fram emot en inbjudan för att delta i framtagandet av de medicinska kompetenskrav som behövs för att säkerställa en realistisk nivå inom BT-tjänstgöringen akutsjukvård.

”Promemorians bedömning: Socialstyrelsen bör föreskriva om krav på att bedömning av uppnådd kompetens enligt målbeskrivningen basjämnstjänstgöring

– ska genomföras av kliniskt verksamma läkare som utbildats i bedömning och handledning” s. 63

Återigen tolkar vi att kliniskt verksamma läkare inte nödvändigtvis syftar på ST-läkare eller specialister i akutsjukvård, utan kan vara vilken kliniskt verksam läkare som helst på en enskild akutmottagning. Detta vore att frångå den inriktning som svensk akutsjukvård går mot, det vill säga akutläkar drivna akutmottagningar. Alla sjukhus och akutmottagningar är inte där än vilket innebär att vid BT införande ställs lägre krav på utbildningskvaliteten för placeringen akutsjukvård enligt promemorians förslag.

Lärandemålen

”I promemorian föreslås att bastjänstgöring ska utformas som en separat tjänstgöringsdel inom ramen för läkarnas specialiseringstjänstgöring.” s. 45

”Bastjänstgöringen föreslås, i likhet med den övriga specialiseringstjänstgöringen, utformas som en målstyrd utbildning där kompetensen tillgodogörs genom främst klinisk tjänstgöring.” s. 46

”För en uppfyllnad av vissa lärandemål skulle det eventuellt behövas kurser eller andra utbildningsaktiviteter” s. 51

”Den grundläggande kompetensen ska sedan utvecklas under fortsatt specialiseringstjänstgöring. Vissa lärandemål kan tas bort från nuvarande ST-föreskrift, medan vissa mål är så viktiga att de behöver inkluderas under både den föreslagna bastjänstgöringen och den fortsatta specialiseringstjänstgöringen.” s. 60-61

Målbeskrivningen för BT (s 54, kapitel 5.5) inbegriper följande tio lärandemål:

- akuta, livshotande sjukdomstillstånd
- vanligaste sjukdomstillstånden
- medarbetarskap och ledarskap
- etik, mångfald och jämlikhet
- vårdhygien och smittskydd
- lagar och föreskrifter samt hälso- och sjukvårdens organisation
- kommunikation
- sjukdomsförebyggande arbete
- läkemedel
- övriga kompetenser.

Där flera av lärandemålen i dagens föreskrifter för ST (SOSFS 2015:8) har kurskrav specificerat för att uppnå målstyrd kompetens (a1, a2, a6 samt b1, b2, b3). Då dessa lärandemål hamnar inom ramen för BT innebär det att mycket av den kliniska tjänstgöringstiden, som enligt promemorian skall präglade BT, kommer gå åt till att genomföra kurser som annars spridits ut under den totala tjänstgöringstiden under ST på minst fem år. Detta måste även påpekas kan bli kostsamt för arbetsgivaren under en kort tjänstgöringstid, särskilt om tillgodosedd kompetens ger minimikrav på 6 månaders BT.

Hur den föreslagna progressionen inom grundutbildning – BT – ST skall se ut vad gäller lärandemålen måste bli tydliga i föreskriften och var i tjänstgöringstiden som kurskraven ställs (s. 61). Det är viktigt att det inte inom BT ställs allt för stora krav på utbildningsaktiviteter i form av tex kurser. Den beräknade tiden på ett år är knapp för måluppfyllelse och om mycket tid måste ägnas åt icke-kliniska utbildningsmål, kommer det bli svårt att uppnå den kliniska kompetensnivå som ändå BT syftar till.

Lärandemål om akuta, livshotande sjukdomstillstånd och de vanligaste sjukdomstillstånden

”Det bedöms grundläggande för en läkare att ha kompetens att diagnostisera och initialt behandla akuta, livshotande sjukdomstillstånd samt de vanligaste sjukdomstillstånden. Kunskaper inhämtade under läkarutbildningen behöver breddas och fördjupas medan färdigheter och förhållningssätt behöver tränas under bastjänstgöringen med syftet att stärka förmågan till medicinskt beslutsfattande och underlätta övergången från student till verksam legitimerad läkare.” s. 56

Trots att BT-läkaren har erhållit legitimation under grundutbildningen och kan förväntas ha teoretisk kompetens om många akuta sjukdomstillstånd anser vi i SWESEM att det är mycket begränsat vad som kan uppnås i adekvat kompetens för att självständigt kunna handlägga samtliga akuta, livshotande sjukdomstillstånd under en så kort tjänstgöring som tre till fyra månaders akutsjukvård. Särskilt om denna bedrivs på en akutmottagning med selekterat patientunderlag, utan tillgång på akutläkarspecialister (vilket inte specificeras i promemorian).

Vidare under detta stycke nämns ingenting om krav på handledning då BT-läkaren självständigt skall träna och bredda sina teoretiska kunskaper i akuta situationer. Att det är viktigt med handledning förekommer däremot under lärandemålet ”Medarbetarskap och ledarskap” s. 57.

Handledning under BT

”Lärandemålen ska ses i ljuset av att de ska utföras självständigt i yrkesrollen som legitimerad läkare till skillnad från tidigare verksamhetsintegrerat lärande i studentrollen under handledning.” s. 56

”Vårdgivare ska för bastjänstgöringen, i likhet med specialiseringsstjänstgöringen, ansvara för att de vårdinrättningar som erbjuder BT-tjänster också uppfyller förutsättningar för en tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.” s. 67

Det anses generellt viktigt för nyutbildade läkare att erhålla direkt klinisk handledning på akuten för att säkerställa patientsäkerheten. Som promemorian nämner har IVO riktat kritik mot att AT-läkare arbetar självständigt på akuten:

”Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i ett principbeslut uttalat sig om studenter och AT-läkare på akutmottagningar. Enligt beslutet kan läkare under utbildning inte förväntas ha uppnått de mål som är ställda som krav vid avslutad AT. Det är därför inte förenligt med god och säker vård att läkarna har eget ansvar för patienters vård och behandling eller att de arbetar självständigt på akutmottagning.” s. 80

Det nya förslaget på legitimation efter examen kommer innebära att BT-läkaren är ansvarig för sina medicinska bedömningar men vi kan inte nog betona vikten av direkt handledning i arbetet på en akutmottagning. Principen från IVO borde rimligen vara densamma då den nyutbildade läkaren inte kan ha förvärvat tillräckligt klinisk erfarenhet från grundutbildningen.

Vi är eniga med promemorians slutsats om att det nya legitimationskravet kommer ställa högre krav på grundutbildningen än idag med bland annat utökad verksamhetsintegrerad utbildning och klinisk handledning (s. 80). Det borde därför vara obligatoriskt med särskilda kurser och

praktik inom akutsjukvård (med akutläkarspecialister) även på grundutbildningen för att höja den teoretiska kompetensnivån.

”Det bedöms grundläggande för en läkare att ha kompetens att diagnostisera och initialt behandla akuta, livshotande sjukdomstillstånd samt de vanligaste sjukdomstillstånden.” s. 56

Behovet av spetskompetens inom akutsjukvård är stor och skall bedömas i ljuset av att all annan sjukhusvård går mot allt större subspecialisering, vilket medför att förmågan till bedömning av ett oselekerat patientmaterial förloras. Således är det fundamentalt att läkare som genomför BT, för att uppnå kompetens inom ämnesområdet akutsjukvård, tjänstgör under handledning av specialister i akutsjukvård.

Längden på BT

”Bastjänstgöringen bör vara reglerad avseende två tjänstgöringsställen: tre till fyra månader inom primärvård och tre till fyra månader inom akutsjukvård.” s. 60

”Det bedöms att det inte ska vara fler än totalt fyra tjänstgöringsställen under bastjänstgöringen för att BT-läkaren ska få möjlighet till längre sammanhängande placeringar, och för att kompetensen samt den professionella utvecklingen ska kunna bedömas.” s. 60

Det finns en förväntan från samhället att alla läkare skall kunna basala livräddande åtgärder. Med stöd av detta är det mycket bra att en tjänstgöring inom akutsjukvård blir obligatorisk inom ramen för BT, tjänstgöringstiden tycks dock snålt tilltagen med tanke på de kunskaper man förväntas förvärva. Skall föreslagna högt uppsatta lärandemål uppfyllas kommer tjänstgöringen inom akutsjukvård behöva förlängas avsevärt. Dessutom låter det som att tre-fyra månaders tjänstgöring på en akutmottagning är för kort tid för att kunna bedöma kompetens och professionell utveckling, det kräver samtidigt arbete med utsedd handledare, som troligtvis ingår i jourtjänstgöring vilket kan försvåra schemalaggningsen.

Extern granskare

”Den avslutande slutbedömningen ska tydligt värdera hur läkaren uppfyller samtliga mål och om denne är färdig att gå vidare till övriga specialiseringen. Den metod som används för slutbedömning av hela bastjänstgöringen kan variera hos olika arbetsgivare men ska utföras av extern bedömare.” s. 66

Hur är det tänkt att fungera? Skall ansvaret på att utbilda tillräckligt många granskare falla på Landstingen? Hur kommer granskningen att ske då den kliniska kompetensen skall bedömas utifrån samtliga mål, tidsåtgång? Blir det risk med väntetider för att få sin BT godkänd innan en kan fortsätta med sin ST?

Väntetider till BT och utbildningsorter

”Förslagen syftar till att möjliggöra en stor frihet för arbetsgivare och arbetstagare att utforma lämpliga bastjänstgöringar. Inom ramen för bastjänstgöringen ska individuella utbildningsprogram kunna

utformas utifrån hälso- och sjukvårdens samt arbetsgivarens behov, i kombination med läkarens behov av klinisk träning.” s. 46

”Syftet med denna strävan är att möjliggöra ett flexibelt regelverk som underlättar för att bastjänstgöring ska kunna erbjudas på alla hälso- och sjukvårdsnivåer och vid fler vårdinrättningar än de som i dag har möjlighet att erbjuda AT- tjänster. Detta för att motverka att det uppstår en brist på BT- tjänster i förhållande till samhällets behov av specialistkompetenta läkare.” S 46

”Genom att möjliggöra fler tjänstgöringsställen utan att reglera i vilken turordning de ska genomföras, och inte heller reglerade former för anställningen, ger det hälso- och sjuk vårdshuvudmännen möjlighet att anställa fler BT-läkare. Kvaliteten på bastjänstgöringen säkerställs genom målbeskrivningen och genom formerna för bedömning av uppnådd kompetens. ” s. 51

Vi anser inte nödvändigtvis att det bereds större möjligheter för fler sjukvårdsaktörer att bedriva en kvalitetssäkrad BT-utbildning med införandet av BT i akutsjukvård. Vi i SWESEM anser att en tjänstgöring inom akutsjukvård skall ske under översyn av akutläkarspecialister och bedrivs på akutmottagningar med oselekerat patientflöde. Med dessa två krav kan verkligen inte fler vårdinrättningar erbjuda BT-tjänster jämfört med dagens AT-orter.

Samtliga akutmottagningar i Sverige har som tidigare nämnts inte kliniskt verksamma akutläkarspecialister eller ett oselekerat patientflöde. Väntetiderna för BT kan därför bli liknande som för AT, eller längre om förslaget blir verklighet då det kan uppstå brist på handledare. Det verkar för oss bisarrt att planera för att utbilda alla Sveriges läkare som går in i en BT UTAN att specificera krav på akutläkarkompetens på varje utbildningsort. Promemorian nämner att förslaget syftar på att öka flexibiliteten men att genomföra detta på bekostnad av kvalitet och att gå ned i krav (när Socialstyrelsen 2015 infört en specifik basspecialitet inom akutsjukvård) är att förlora just kvalitet, kompetens och patientsäkerhet i det akuta omhändertagandet.

Sammanfattningsvis välkomnar vi i SWESEM en förnyelse av utbildningssystemet för läkare, som innebär en modernisering och harmonisering med EU/EES-länder och en gemensam introduktion för samtliga läkare med legitimation, både utbildade inom och utanför Sverige.

Vi ställer oss dock frågande till hur den framtida bastjänstgöringen är tänkt att organiseras utifrån kravet på tjänstgöring inom specialiteten akutsjukvård med ett oselekerat patientflöde utan samtidiga krav på akutläkarledda akutmottagningar (specialister eller ST i akutsjukvård).

Vi anser inte att det är rimligt att utgå ifrån att en läkare efter slutförd BT har uppnått kompetens att självständigt handlägga akuta sjukdomstillstånd som är högt ställda krav med tanke på att det är kompetens som tillskrivs färdiga akutläkarspecialister efter genomförd ST (SOSFS 2015:8). Det kan inte anses vara patientsäker vård. Det är inte heller rimligt att sedan behärska samtliga akuta sjukdomstillstånd efter en tjänstgöringstid på tre till fyra månader. För att kunna träna BT-läkaren i akuta situationer anser vi det av yttersta vikt att kunna erbjuda scenarioträning, helst på plats i den kliniska miljön.

Vi i SWESEM föreslår att:

- **BT inom akutsjukvård bedrivs på akutmottagningar där det arbetar kliniskt verksamma akutläkarspecialister (och ST i akutsjukvård).**
- **Handledaren av BT-läkaren inom akutsjukvård skall vara en ST-läkare eller specialist i akutsjukvård.**
- **Resurser måste i samband med BT införande tillföras akutsjukvårdsorganisationen för att kunna utbilda och handleda samtliga BT-läkare. Tid för handledning måste öronmärkas och avsättas i handledarnas scheman.**
- **Målbeskrivningen för BT anpassas och förtydligas till en rimlig kompetensnivå i förhållande till utbildningsnivå och tjänstgöringstid. Uppnådd kompetens KAN EJ motsvara färdig specialist i akutsjukvård.**
- **Scenarioträning av akuta sjukdomstillstånd skall vara en integrerad del i den kliniska tjänstgöringen inom akutsjukvård.**
- **Akutsjukvård som kurs och praktik erbjuds på samtliga lärosäten under läkarutbildningen, företrädesvis arrangerade av akutläkare.**

Vi ser fram emot en fortsatt diskussion kring hur BT skall kunna utformas på bästa sätt, med av SWESEM utsedda akutläkarspecialister delaktiga i processen.

Vänligen
SWESEMs styrelse genom

Arin Malkomian, ordförande
Hilda Hahne, sekreterare

www.swesem.org