**Gemensam kunskapsbas för de invärtesmedicinska specialiteterna**

**Bakgrund och syfte**

Invärtesmedicin är ett mycket brett område med lång historik som omfattar sjukdomar i inre organ samt systemsjukdomar, sjukdomstillstånd som oftast behandlas med ickeinvasiva metoder, främst läkemedel. Patientgrupperna omfattar alla åldrar men med tyngdpunkt på äldre personer.

Medellivslängden ökar stadigt i Sverige och om 50 år kan den ha ökat med ytterligare fem år för kvinnor och sju år för män (Källa: SCB). Sannolikheten för att drabbas av flera sjukdomar samtidigt, så kallad multisjuklighet, ökar med stigande ålder. En ökad multisjuklighet innebär vanligen stora vård- och hjälpbehov.

Sjukvården är en verksamhet i ständig utveckling, utbildningen av de läkare som arbetar inom denna sjukvård måste därför också ständigt utvecklas. En allt snabbare växande specialistvård med alltfler behandlingsalternativ, samtidigt som antalet multisjuka äldre med stort vårdbehov ökar kraftigt, ställer krav på specialister inom det invärtesmedicinska området med både bredd och fördjupade specialistkunskaper. Förutom goda teoretiska kunskaper kring sjukdomar och differentialdiagnostiska ställningstaganden, goda organkunskaper och goda kunskaper kring vilka behandlingsalternativ som finns att tillgå, krävs också att specialisten kan se patienten och värdera hans eller hennes sjukdom ur ett helhetsperspektiv, arbeta i team kring patienten samt har förmåga att besluta när en behandling inte ska sättas in eller när en behandling ska avslutas.

Strukturen inom sjukvården och hur vården organiseras kommer sannolikt att ändras framöver. Små sjukhus försvinner och större enheter med mer utpräglad subspecialisering ökar i antal. Framtida tillgången till specialistläkare måste styras av hur vårdens reella behov ser ut.

I den struktur för läkares specialitetsindelning som gäller i dagsläget (SOSFS 2008:17) är

kardiologi, medicinsk gastroenterologi och hepatologi, endokrinologi och diabetologi, medicinska njursjukdomar, lungsjukdomar, hematologi och allergologi grenspecialiteter till basspecialiteten internmedicin. Med den nuvarande strukturen med bas- och grenspecialiteter har man dock identifierat en del problem. Kunskaper och kompetens som erhålls under utbildning i basspecialiteten kommer inte alltid till nytta inom grenspecialiteten. Om kunskaper behöver erhållas om inte har relevans för läkarens framtida yrkesutövning kan inte tiden för specialistutbildning anses utnyttjas optimalt. Med den enorma kunskapsmassa som finns idag är det inte rimligt att vara kompetent inom alla invärtesmedicinska områden. Utbildningen tar då för lång tid, blir splittrad och fragmenterad vilket kan leda till brist på reell kompetens. Dagens system innebär också att den tid ST-läkaren spenderar inom den egna specialiteten är för kort i förhållande till andra delar av specialistutbildningen, vilket kan leda till brist på kompetens inom det område som borde vara högst prioriterat.

Socialstyrelsen har med anledning av de problem som identifierats med nuvarande specialitetsstruktur därför arbetat fram ett nytt förslag till specialitetsindelning i syfte att höja kvaliteten och effektiviteten på specialistutbildningen och på så sätt säkra framtida behov av specialister med både bred och djup kompetens med hänsyn tagen till det framtida sjukvårdbehovet och sjukdomspanoramat i befolkningen.

Förslaget innebär att internmedicin, kardiologi, medicinsk gastroenterologi och hepatologi, endokrinologi och diabetologi, medicinska njursjukdomar, lungsjukdomar och hematologi alla blir egna inom ramen för en förändrad och tydligare definierad gemensam kunskapsbas. Den nuvarande basspecialiteten geriatrik föreslås också ingå i den gemensamma kunskapsbasen.

En tydlig och definierad gemensam kunskapsbas inom det invärtesmedicinska området ger en möjlighet att skapa bättre balans i utbildningen och tydligare integrera och samordna specialiteternas gemensamma kunskapsområden. En gemensam kunskapsbas inom dessa specialiteter skulle underlätta den svåra balansen med att ge specialisten möjlighet att både klara bredden för akutuppdraget, uppnå fördjupad kompetens inom den egna specialiteten samt tillgodose tillräcklig kompetens i omhändertagandet av det växande antalet multisjuka patienter varav majoriteten är äldre.

Syftet med denna rapport är att definiera utformningen av en gemensam kunskapsbas inom det invärtesmedicinska området.

Till grund för detta arbete ligger den hearing som Socialstyrelsen under hösten 2012 anordnade med representanter från de specialistföreningar som ingår i den aktuella gemensamma kunskapsbasen. Specialistföreningarna hade vid denna hearing möjlighet att redogöra för sina åsikter och tankar och sin syn på vad en gemensam kunskapsbas bör innehålla. Skriftlig kommunikation på initiativ av några av specialistföreningarna har också ägt rum. Svensk endokrinologisk förening deltog inte vid Socialstyrelsens hearing och har heller inte inkommit med några skriftliga kommentarer avseende deras syn på en gemensam bas.

Denna rapport baseras dessutom på Socialstyrelsens rapport ”Översyn av läkarnas specialitetsindelning” [1] samt författarens egna erfarenheter i området såsom varande dubbelspecialist i internmedicin samt medicinska njursjukdomar.

Syftet har inte varit att på gå in på detaljnivå avseende kunskapskrav. Detaljerna får sedan specialistföreningarna arbeta fram, i samarbete med varandra, när de nya rekommendationerna ska utformas. Målet har istället varit att mer övergripande ta ställning till strukturen för en gemensam kunskapsbas, vilka sjukdomsgrupper och vilka övergripande färdigheter som är gemensamma.

**Den gemensamma kunskapsbasens innehåll**

Att de invärtesmedicinska specialiteterna har en gemensam bas som innebär att vissa kunskaper och färdigheter måste innehas av samtliga specialister inom gruppen, är givetvis inget nytt. Däremot kan en tydligare definition och framförallt en samsyn mellan de olika specialiteterna kring vad som ingår i basen, leda till ökad kvalitet på utbildningen.

Socialstyrelsen skriver i sin rapport angående den nya specialitetsindelningen [1] att en gemensam kunskapsbas behöver definieras på grundval av kraven att bland annat:

• Klara av primärjoursuppdraget. Bakjourer kan som tidigare behövas som stöd för att handlägga komplicerade ärenden.

• Primärt handlägga vanliga tillstånd från angränsande specialiteter inom såväl sluten- som öppenvård. Det innefattar kompetens inom prevention, vårdhygien, försäkringsmedicin, palliativ medicin och handläggning av multisjuka äldre.

• Bedöma adekvata vårdnivåer för internmedicinska patienter.

Den gemensamma basen kan således indelas i ett akut uppdrag samt ett övrigt uppdrag. Avseende det akuta uppdraget, vilket kan definieras som uppdraget att omhänderta patienten på ett adekvat sätt det första dygnet, bör samtliga specialister inom det invärtesmedicinska området behärska och självständigt kunna handlägga följande sjukdomstillstånd:

* Kardiell ischemi,
* Akuta arrytmier
* Akut hjärtsvikt
* Sepsis
* Anafylaxi
* Akut respiratorisk insufficiens,
* Akut stroke
* Akut yrsel
* Akut EP
* Akut konfusion
* Akut diabetes – ketoacidos
* Akut njursvikt
* Akut leversvikt
* Akuta intoxikationer
* Ulcus
* Akuta skov av IBD
* Elektrolytrubbningar
* DVT
* Lungemboli

Bakjourer kan behövas som stöd vid komplicerade ärenden och situationer. En nybliven specialist inom någon av de invärtesmedicinska specialiteterna kan inte anses vara kompetent att vara bakjour, till detta syftar inte specialistutbildningen. Bakjourskompetens uppnås först efter att specialistläkaren har uppnått ökad klinisk erfarenhet.

Utöver kompetens att klara akut uppdraget behöver alla specialister inom de invärtesmedicinska specialiteterna ha goda kunskaper avseende de stora folksjukdomarna. Socialstyrelsen skriver i sin rapport att en gemensam kunskapsbas behöver definieras bland annat på grundval av kraven att primärt kunna handlägga vanliga tillstånd från angränsande specialiteter inom såväl sluten- som öppenvård. Med den höga andel multisjuklighet dagens patienter uppvisar, krävs kunskap och förmåga att inte bara kunna handlägga och behandla just de sjukdomstillstånd som ingår i den egna specialiteten. Således bör den färdiga specialisten primärt kunna handlägga:

* Diabetes
* Kardiovaskulär sjukdom inklusive kardiovaskulär prevention
* Kronisk hjärtsvikt
* Anemi
* Kronisk njursvikt
* KOL/Astma
* Infektioner samt antibiotikabehandling.

Kunskap och tillräcklig erfarenhet för att kunna värdera när en patient bör remitteras till annan specialist är också mycket viktigt. Vidare bör det inom den gemensamma basen även ingå:

* Goda kunskaper och erfarenhet av palliativ vård.
* Med anledning av den allt äldre befolkningen krävs goda kunskaper kring den åldrande människan, att följa upp akuta och kroniska sjukdomar hos äldre, samt veta hur detta kan skilja sig jämfört yngre individer.
* Förmåga att se patienten ur ett helhetsperspektiv samt kunna värdera behandlingsvinst ur ett individuellt perspektiv.
* Mycket goda kunskaper avseende läkemedel, farmakokinetik, biverkningar, interaktioner, dosreduktioner mm. Läkemedel är ett centralt verktyg inom invärtesmedicinen, som dessutom kan orsaka stor skada istället för nytta vid felhantering. En stor andel av de patienter som läggs in på internmedicinska enheter vårdas pga. biverkningar och feldosering av läkemedel, som i många fall kunde ha undvikits med bättre kunskaper inom detta område. Majoriteten av dessa patienter är dessutom äldre multisjuka, med ett stort antal läkemedel. En bred teoretisk utbildning som syftar till god kompetens och som pågår kontinuerligt, gärna parallellt med hela ST-utbildningen, bör införas.

Enligt den nu gällande föreskriften SOSFS 2008:17 är de tre första medicinska delmålen gemensamma för de invärtesmedicinska specialiteterna:

1. Att kunna handlägga de internmedicinska akuta sjukdomarna och de till internmedicin relaterade sjukdomstillstånden.

2. Att initialt kunna handlägga de vanliga och viktiga internmedicinska sjukdomarna och sjukdomstillstånden samt vanliga och viktiga tillstånd inom grenspecialiteter och angränsande basspecialiteter.

3. Att behärska invasiva och icke invasiva åtgärder och metoder relevanta för det internmedicinska kompetensområdet.

Dessa mål utgör således idag den gemensamma basen. Delmål 1 och 2 omfattar akut uppdraget respektive uppdraget att initialt kunna handlägga tillstånd från angränsande specialiteter inom såväl sluten- som öppenvård som definierats av Socialstyrelsen som krav i en gemensam kunskapsbas. Delmål 3 är diffust och kan anses ingå i delmål 1 och 2, då invasiva och icke invasiva åtgärder och metoder är verktyg för att kunna genomföra det som definieras i delmål 1 och 2. Som förslag kvarstår därför delmål 1 och 2 även vid den nya specialitetsindelningen, men att delmål 3 ersätts med mål som omfattar kunskaper avseende läkemedel, kunskaper kring omhändertagandet av multisjuka och äldre, samt palliativ vård, De gemensamma delmålen för de invärtesmedicinska specialiteterna föreslår bli följande:

**1. Att kunna handlägga de internmedicinska akuta sjukdomarna och de till internmedicin relaterade sjukdomstillstånden.**

**2. Att initialt kunna handlägga de vanliga och viktiga internmedicinska sjukdomarna och sjukdomstillstånden samt vanliga och viktiga tillstånd inom grenspecialiteter och angränsande basspecialiteter.**

**3. Att behärska läkemedelsanvändning i syfte att kunna individualisera behandlingen utifrån patientens ålders, kön, njurfunktion mm. Att självständigt kunna värdera ett läkemedels farmakodynamik, farmakokinetik, biverkningar och interaktioner samt kunna värdera polyfarmaci.**

**4. Att följa upp akuta och kroniska sjukdomar hos äldre, samt veta hur detta kan skilja sig jämfört yngre individer. Att kunna besluta om och initiera palliativ vård.**

För samtliga 4 delmål bör det finnas krav på kurs som metod för lärande. Dessa delmål får sedan mer detaljerat definieras i den sk handbok som Socialstyrelsen ämnar ta fram. De sjukdomstillstånd och sjukdomsgrupper som presenterats ovan kan förslagvis presenteras i denna handbok. Därefter får sedan specialistföreningarna, i samarbete med varandra, utforma de nya rekommendationerna, som då på ytterligare detaljnivå definierar vad den färdiga specialisten skall kunna inom den gemensamma basen. Det är av största vikt att specialistföreningarna gemensamt tar fram dessa rekommendationer och att rekommendationerna för de gemensamma delmålen (= den gemensamma basen) är identiska för alla ingående specialiteter.

**Utbildningens struktur**

Första delen av ST-tjänstgöringen ska syfta till att inhämta den gemensamma kunskapsbasen. I de flesta fall bör detta kunna kombineras med en inledande tjänstgöring inom den egna basspecialiteten. Tjänstgöring på akutmottagning samt akutvårdsavdelning under handledning ska påbörjas i tidigt skede. Kurser i akuta sjukdomstillstånd och akut omhändertagande bör likaså ligga tidigt.

Att under specialistutbildningen kräva placeringar inom alla basspecialiteter som ingår i den gemensamma kunskapsbasen är inte rimligt. Detta skulle bara ge korta, fragmenterade placeringar utan möjlighet till att fokusera och fördjupa sina kunskaper och skulle dessutom bli logistiskt mycket svårt. Det bör istället finnas en flexibilitet för varje enskild ST-läkare att i samråd med sin handledare välja vilka placeringar som ska ingå. En längre sammanhållen placering på enhet som bedriver bred kardiologisk verksamhet bör dock vara obligatorisk för alla.

Sammanhängande perioder inom ett begränsat antal specialiteter bör prioriteras framför korta placeringar inom fler basspecialiteter.

Många av de kunskaper och färdigheter som krävs inom den gemensamma kunskapsbasen behöver inte nödvändigtvis inhämtas på enheter specialiserade inom just detta område, utan kan inhämtas på enheter med bred allmän invärtesmedicinsk verksamhet, därför är placeringar på sådana enheter att föredra. På universitetssjukhus, där sådana enheter sällan förekommer, till förmån för subspecialiserade enheter, kan detta dock vara svårt, och tjänstgöringen kan med fördel kompletteras med tjänstgöring på mindre subspecialiserad enhet/sjukhus. Specialiteten neurologi ingår inte i den gemensamma basen, dock är förmåga att självständigt handlägga akut omhändertagande vid stroke, akut yrsel och akut EP helt nödvändiga för att klara akutuppdraget. Därför ska placering på enhet som behandlar dessa tillstånd ingå i den gemensamma kunskapsbasen.

Relevanta kurser ska planeras och koordineras med hur den kliniska tjänstgöringen är upplagd. Att Socialstyrelsen nu tagit över ansvaret för de statligt finansierade SK-kurserna kommer sannolikt att bidra till att det blir lättare att förutse behovet av kurser och möjligt att planera så att kurserna kan koordineras och förläggas när respektive kurs är lämplig för ST-läkarens kompetensutveckling.

ST-utbildningen är och förblir målstyrd, det är viktigt att inte hela tiden fastna i diskussioner kring tidsaspekten. Även fortsättningsvis kommer olika individer att uppnå samma kompetens på olika tid, beroende på bland annat tidigare erfarenheter, kunskaper och personliga egenskaper. En viss diskussion kring tidsaspekten går dock inte att undvika. För att bli färdig specialist krävs minst 5 års tjänstgöring. Med tanke på invärtesmedicinens komplexisitet och bredd, bör sannolikt tiden för att uppfylla den gemensamma kunskapsbasens mål uppgå till 2 år varav ett av dessa bör bestå av tjänstgöring på akutmottagning.

Det är viktigt att tydliggöra att en gemensam kunskapsbas för de invärtesmedicinska specialiteterna inte kan ersätta specialistkompetens inom basspecialiteten Internmedicin. Om ST-läkaren väljer att komplettera sin basspecialitet med dubbelspecialisering i Internmedicin måste kompletterade utbildning/tjänstgöring inom fler områden genomföras för att kunna uppfylla samtliga delmål inom specialiteten internmedicin, och inte bara de första gemensamma. Systemet för dubbelspecialisering måste utformas så att det fungerar effektivt och smidigt. Även i framtiden kommer det, precis som nu, sannolikt att vara vanligt och ofta nödvändigt med dubbelspecialisering i internmedicin för att med tillräcklig kompetens kunna omhänderta patienter på enheter med bred invärtesmedicinsk verksamhet och akutmottagningar. Inom vissa specialiteter, kanske främst på större sjukhus/universitetssjukhus kan kanske en dubbelspecialisering inom två basspecialiteter som inte är internmedicin, tex njurmedicin+endokrinologi vara ett alternativ.

Med dagens allt äldre patienter och den moderna vårdens allt ökande behandlingsmöjligheter kommer svåra etiska beslut avseende att avstå viss behandling eller att avsluta livsuppehållande behandling, att behöva tas allt oftare. Detta ställer allt mer ökade krav på läkares förmåga att förhålla sig till dylika frågor och förmåga att fattat välgrundade beslut. Detta kräver god handledning och träning, är lika angeläget inom alla specialiteter och ingår därför naturligt i den invärtesmedicinska gemensamma basen.

**Farhågor kring den nya specialitetsindelningen**

Vid diskussioner angående Socialstyrelsens förslag till ändrad specialistindelning där specialiteten internmedicin ingår som basspecialitet tillsammans med andra invärtesmedicinska specialiteter, istället för att vara ensam basspecialitet med övriga invärtesmedicinska specialiteter som grenspecialiteter, återkommer gång på gång farhågan att tillgången till bakjourer med bred internmedicinsk kompetens ska minska drastiskt. Denna farhåga väntas främst drabbat mindre sjukhus, såsom länsdelssjukhus, utan utpräglad subspecialisering. Det är därför viktigt att framhålla att ST-utbildningen inte syftar till att uppnå bakjourskompetens. En nybliven specialist inom någon av de invärtesmedicinska specialiteterna kan inte anses vara kompetent att vara bakjour, till detta syftar inte specialistutbildningen. Bakjourskompetens uppnås först efter det att specialistläkaren har uppnått ökad klinisk erfarenhet och ökade kunskaper, främst genom fortsatt klinisk tjänstgöring som specialist men också teoretisk fortbildning.

Utveckling av specialiteten akutmedicin kommer att få konsekvenser avseende hur de invärtesmedicinska specialiteterna utvecklas ffa avseende akutuppdragets omfattning.

**Sammanfattning**

Socialstyrelsens förslag på ny specialitetsindelning för de invärtesmedicinska specialiteterna innebär att internmedicin, kardiologi, medicinsk gastroenterologi och hepatologi, endokrinologi och diabetologi, medicinska njursjukdomar, lungsjukdomar och hematologi samt geriatrik alla blir egna basspecialiteter inom ramen för en förändrad och tydligare definierad gemensam kunskapsbas.

Denna gemensamma bas omfattar akut uppdraget samt uppdraget att initialt kunna handlägga tillstånd från angränsande specialiteter inom såväl sluten- som öppenvård, med fokus på de stora invärtesmedicinska folksjukdomarna. Den gemensamma basen skall även syfta till att erhålla mycket god kompetens avseende läkemedel och läkemedelsanvändning samt mycket god kompetens avseende omhändertagandet av multisjuka och äldre samt palliativ vård. Den gemensamma kunskapsbasen för de invärtesmedicinska specialiteterna bör till största del inhämtas under den första delen av ST-tjänstgöringen. ST-utbildningen är målstyrd men en viss diskussion kring tidsaspekten går dock inte att undvika. Med tanke på invärtesmedicinens komplexisitet och bredd, bör sannolikt tiden för att uppfylla den gemensamma kunskapsbasens mål uppgå till 2 år varav ett av dessa bör bestå av tjänstgöring på akutmottagning. Specialistutbildningen inom de invärtesmedicinska specialiteterna syftar till att klara av primärjoursuppdraget och avser inte att syfta till bakjourskompetens. En gemensam kunskapsbas för de invärtesmedicinska specialiteterna kan inte ersätta specialistkompetens inom basspecialiteten internmedicin och systemet för dubbelspecialisering måste fungera effektivt och smidigt. En gemensam kunskapsbas för de invärtesmedicinska specialiteterna, med ökad samsyn kring vilka kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som är gemensamma, kommer att främja samtliga ingående specialiteter, leda till ökad kvalitet på specialistutbildningen samt öka vårdkvaliteten.

Tora Almquist

2013-01-31

**Referenser:**

1. Översyn av läkarnas specialitetsindelning. Socialstyrelsen. Artikelnummer 2012-7-9