



Gemensam kunskapsbas för de invärtesmedicinska specialiteterna

- synpunkter från Svensk Förening för Hematologi, SFH.

SFH ställer sig mycket positiva till den nya specialitetstruktur som föreslagits av socialstyrelsen (SoS). Det är vår övertygelse att förändringen möjliggör en mer tidseffektiv och ändamålsenlig specialisttjänstgöring (ST) jämfört med idag.

Vi stödjer förslaget om en gemensam kunskapsbas för den invärtesmedicinska familjen med tidsåtgång på 2 år. Det är viktigt att kunskapsområdet definieras och gör det möjligt för ST-läkare att påbörja utbildning inom det nya systemet så snart som möjligt. För dem som redan påbörjat ST är det av yttersta vikt att SoS inrättar övergångsregler som möjliggör en smidig övergång till det nya systemet.

Vi ställer oss dock frågande och tveksamma till delar av förslaget om gemensam kunskapsbas och önskar framföra följande synpunkter.

Målet med dokumentet om gemensam kunskapsbas.

Målet anges vara att "övergripande ta ställning till strukturen för den gemensamma kunskapsbasen" men att "detaljer ska tas fram av specialitetsföreningarna i ett senare skede". Vi ställer oss mycket tveksamma till det sistnämnda då det skulle fördröja processen åtskilligt. Att detaljstyra kunskapsbasen anser vi inte heller nödvändigt. Målet med nuvarande arbete bör vara ett underlag som tar ställning till strukturen i utbildningen och övergripande definierar gemensamma sjukdomsgrupper och färdigheter. Detta ska självständigt kunna vara vägledande för planering och genomförande av ST. Förslaget styrker dessutom en "flexibilitet för varje enskild ST-läkare att i samråd med sin handledare välja ingående placeringar". Att föreslå ytterligare detaljstyrning av specialitetsföreningarna skulle motverka detta syfte.

Den gemensamma kunskapsbasens innehåll

Akut uppdrag

Vi ifrågasätter ambitionen att lista akuta tillstånd. En checklista av detta slag är svår att göra komplett och riskerar att flytta fokus från den generella förståelsen för akuta

invärtesmedicinska tillstånd till ett begränsat diagnosbaserat synsätt. Vi förespråkar istället att kunskap och förståelse kring organ och processer poängteras. Det akuta uppdraget innebär att självständigt kunna handlägga och bedöma när organ och invärtesmedicinska processer sviktar.

Om en lista trots allt ska användas och anses ändamålsenlig finns behov av förändring och komplettering. Akut hematologi saknas helt där flera tillstånd har hög morbiditet och mortalitet om de ej behandlas korrekt. Till detta bör räknas neutropen infektion, akut blödningsbenägenhet på basen av trombocytopeni eller koagulopati, trombotisk trombocytopen purpura, akut hemolys samt kunskap om när akut leukemi ska misstänkas.

Vidare anser vi att ulcus, i sitt akuta tillstånd, bör handläggas av kirurgisk enhet.

Vi stödjer bedömningen att bakjournskompetens inte uppnås inom ramen för ST, utan utvecklas under fortsatt klinisk tjänstgöring inom respektive specialitet.

Övrigt uppdrag

Vi delar bedömningen kring vikten av goda kunskaper avseende de stora folksjukdomarna. Enligt resonemanget ovan förordar vi dock organ- och processkunskap framför listade tillstånd. Således krävs goda kunskaper om metabolt syndrom och kronisk organsvikt, vilket krävs både för arbetet inom den egna basspecialiteten och för omhändertagande av internmedicinska patienter. Att lista endast ett fåtal sjukdomstillstånd som specialisten skall kunna handlägga primärt (vad betyder det?) anser vi motverkar syftet med en bred basutbildning. Avseende kardiovaskulär prevention anser vi att det bör handläggas av specialister inom Internmedicin och Allmänmedicin. Uppföljning av kroniska sjukdomar hos äldre, vilka ej kräver specialistkunskaper inom respektive basspecialitet, bör ske inom ramen för Allmänmedicin och Geriatrik.

Att besluta om och initiera palliativ vård samt behärska läkemedelsanvändning bygger på kunskap och erfarenhet som med svårighet uppnås inom ramen för två års gemensam kunskapsbas. Färdigheterna förväntas uppnås under hela ST. Övriga, i dokumentet ej nämnda, gemensamma delmål för basspecialiteterna utgörs av ledarskap, kommunikation och vetenskapligt förhållningssätt. Även dessa delmål förväntas uppnås inom ramen för hela ST.

Tid för ovanstående måste således fördelas under hela specialistutbildningen, inklusive den gemensamma kunskapsbasen. Utbildning i form av kurs samt tid för förbättringsarbete och arbete enligt vetenskapligt synsätt riskerar annars förläggas enbart under de 3 år som syftar till kompetens inom respektive basspecialitet.

Kurskrav föreslås för alla delmål. Vi ställer oss tveksamma till att utbudet av kurser kommer att täcka behovet och föreslår att kurs förordas men ej krävs inom varje delmål. Däremot kan ett minimum av totalantal kurser under hela ST krävas.

Utbildningens struktur

Det är naturligt att utbildningen i den gemensamma kunskapsbasen påbörjas i början av ST. Att inhämta hela den gemensamma kunskapsbasen under de två första åren förefaller dock orimligt. Som vi påpekar ovan kräver många delar i den gemensamma

kunskapsbasen återkommande utbildning under hela ST. Tiden som läggs på detta måste då summeras.

Tjänstgöring på akutmottagning bör inte planeras i en lång sammanhängande period utan fördelas på återkommande jourplaceringar såsom natt- eller dag- joursveckor. Även kunskaper inom delmål 2-4 samt delmål rörande kommunikation, ledarskap och vetenskap är av den karaktär att återkommande utbildning är nödvändig.

I det nuvarande förslaget är det otydligt hur fördelningen av den gemensamma basen ska ske, sammanhängande under två år eller fördelat under fem års ST?

Vi anser det nödvändigt att fördelningen sker under hela ST.

Val av tjänstgöringar

Vi delar uppfattningen att tjänstgöring inom *alla* basspecialiteter inte är möjligt då detta skulle leda till korta fragmenterade placeringar. För att uppnå de gemensamma delmålen 1 och 2 krävs tjänstgöring på enhet som följer patienten den första vårdtiden. Vi delar åsikten att breda internmedicinska enheter lättast tillgodoser dessa krav. I förslaget skrivs att "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". SFH har under hela utredningens gång påpekat att kunskap om organsvikt bör ligga till grund för valet av tjänstgöringar. Således måste blivande specialister som utbildas på universitetssjukhus/andra större sjukhus med fördel kunna planera en ST med placeringar på specialiserade enheter där just organsvikt lärs ut på ett funktionellt sätt. Hur valet av tjänstgöringar bäst tillgodoses kommer således att skilja sig mellan olika organisationer och avgörs bäst i samråd mellan handledare, ST-läkare och studierektor.

Fördelning av tiden

Tiden för den allmänna kunskapsbasen anges till två år. Föreslagen tid för akuttjänstgöring uppgår till ett år. Övriga tolv månader fördelas på delmål 2-4 samt delar av den tid som bör förläggas på delmål gällande kommunikation, ledarskap och vetenskapligt synsätt. Vi ifrågasätter fördelningen av tiden. Att självständigt hantera akuta sjukdomstillstånd kräver förstås tjänstgöring på akutmottagningen. Dagens förslag innebär dock en stor viktning mot handläggning de första timmarna. Detta sker på bekostnad av den fördjupning som krävs av en blivande specialist avseende omhändertagandet de första dygnet. För att uppnå kompetens inom delmål 1 bör tjänstgöring på akutmedicinsk vårdavdelningen betonas.

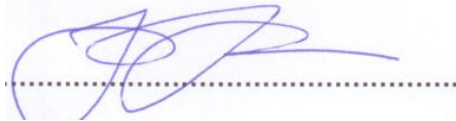
I dokumentet angivna farhågor

Vi ställer oss mycket tveksamma till scenariot att dubbelspecialisering kommer att krävas inom många enheter. Vi vill därför starkt invända mot formuleringen att "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." Kunskap om den akuta handläggningen och handläggning av sjukdomstillstånd de första dygnet skall inhämtas under den gemensamma kunskapsbasen. Vidare utbildning och klinisk erfarenhet sker därefter inom respektive basspecialitet. Det är vår absoluta övertygelse att fortsatt kliniskt arbete inom respektive basspecialitet ger den kunskap och erfarenhet som krävs för att handlägga invärtesmedicinska patienter de första dygnet. På detta sätt tillägnar sig idag majoriteten av specialister inom den

internmedicinska familjen i Sverige sin bakjournskompetens. Detta betonas ju även i förslaget där bakjournskompetens förväntas uppnås när "specialisten (oavsett basspecialitet) uppnått ökad klinisk erfarenhet och ökade kunskaper". Det är viktigt att SoS är tydliga med denna ståndpunkt.

SFH anser således att det vore mycket olyckligt om den nya specialitetsindelningen, istället för att uppfylla Socialstyrelsens intention att skapa en effektiv och ändamålsenlig utbildning, resulterar i ännu längre utbildningstider än de som i dagsläget är aktuella på grund av krav på dubbelspecialitet.

För Svensk Förening för Hematologi



Jan Samuelsson
Ordf. SFH
Docent/Överläkare/Sektionschef
Sektionen för hematologi och koagulation
Verksamhetsområde Internmedicin
Södersjukhuset