



2020-03-26

Socialstyrelsen
socialstyrelsen@socialstyrelsen.se
dnr 4.1-6870/2020

Remissvar: Förslag till nya och ändrade regler om läkarnas ST och AT (dnr 4.1-6870/2020)

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är läkarkårens oberoende, vetenskapliga professionsorganisation, en ideell, partipolitiskt och fackligt obunden förening. Vårt syfte är att verka för förbättrad hälsa och sjukvård genom att främja vetenskap, utbildning, etik och kvalitet. SLS har getts möjlighet att yttra sig över rubricerade föreskrifter och vill lämna följande synpunkter.

Inför beredningen av SLS svar, som i huvudsak skett i SLS delegation för utbildning, har synpunkter inkommit från många av SLS sektioner, Kandidat- och underläkarföreningen samt SLS kommitté för eHälsa. SLS vill hänvisa till dessa yttranden, som är en del av SLS svar, för viktiga specialitetsspecifika synpunkter och förslag till förändringar av förslagen. Det gäller särskilt målen för de olika specialiteterna.

SLS lämnar mer övergripande synpunkter.

Allmänna synpunkter

SLS har redan i sitt remissvar på *Bastjänstgöring för läkare, Ds 2017:56*, uttalat ett stöd för BT. SLS är positivt till den progressiva utvecklingen från läkarnas grundutbildning via BT och fortsatt specialisering som en del i det yrkeslivslånga lärandet. SLS efterslyste föreskrifter som är övergripande, enkla och tydliga med frihetsgrader (s.k. frirum). SLS framhöll vikten av att tjänstgöringen är kliniskt orienterad. SLS menade att utredningens formulering kring att målen huvudsakligen skulle uppnås genom klinisk tjänstgöring borde kunna begränsa risken för att mängden mål i BT kunde medföra stora kurskrav för att uppnå kompetenserna i BT.

SLS bedömer mot denna bakgrund att det möjligen är väl många mål. De som gör den nya läkarutbildningen kommer att ha examinerats på flera av dessa mål, exv. skriva vårdintyg i sin utbildning som leder till legitimation. Men det finns vissa oklarheter som påpekas nedan för de som studerat utomlands. SLS synpunkt kvarstår om att då BT träder i kraft och det gamla systemets AT-läkare samtidigt finns kvar i full omfattning, det sannolikt skapas kraftigt ökade volymer för flera tjänstgöringskliniker och att det i sin tur ställer stora och ökande krav på antal handledare som även har nya bedömningsuppgifter i BT. Resurser för handledning, handledare och fortbildning av handledare kommer att behövas för att klara uppdraget.

SLS anser att staten tillsammans med regionerna behöver ta ett övergripande ansvar för att tillräckligt med AT-tjänster inrättas så länge AT finns kvar för att det inte ska uppstå väntetider och flaskhalsar under AT samt vid övergången till BT/ST. Vidare menar SLS att staten tillsammans med regionerna behöver ta ett gemensamt ansvar för att tillräckligt med BT/ST-tjänster inrättas från och med att det nya regelverket börjar gälla.

SLS vill framhålla att det är mycket olyckligt att det ännu inte finns några förslag på övergångsbestämmelser, vilket försvårar planering för genomförandet både för den enskilde läkaren och de enheter där utbildningen äger rum.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2020:XX) om läkarnas specialiseringstjänstgöring

Synpunkterna följer i huvudsak kapitelindelningen i förslaget till föreskrift.

2 kap. Organisation och ansvar hos vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring

SLS tillstyrker att en av verksamhetscheferna vid BT-läkarens tjänstgöringsställen eller en annan person med en lämplig organisatorisk ställning ska ha ett övergripande ansvar för BT-läkarens basjämsstgöring.

3 kap. Specialiseringstjänstgöringen

Tjänstgöringstid

SLS anser att minimtiden för BT kan vara ett halvt år men att normtiden för BT bör vara ett år, där placeringarna kan utformas efter en gemensam schematekniskt utformad matris. I en sådan underlättas kontinuerlig handledning och utvärdering med formativa bedömningar och en slutlig med extern bedömning.

Det är viktigt med en strukturerad BT, utgående från utbildningsprogram med tillräckliga handledarresurser, då det inte anges någon maxtid, så att tjänstgöringen inte i onödan drar ut på tiden. Om BT behöver förlängas för att nå målen, måste det vara tydligt vem som ansvarar för de delar som förlängs. Detta blir särskilt viktigt eftersom BT kan organiseras för sig med egen anställning och det i Socialstyrelsens förslag inte är möjligt med krav att BT ska vara godkänd innan den fortsatta specialiseringen påbörjas.

Tjänstgöringsställen

SLS tillstyrker förslaget (3:4) om att använda den särskrivna benämningen "akut sjukvård" i stället för det betydligt smalare "akutsjukvård", och syftet att ge BT-läkaren möjlighet att handlägga akuta sjukdomstillstånd inom ett flertal diagnosområden.

SLS är positivt till tanken att ha de två föreslagna placeringarna samt tanken att i övrigt begränsa antalet placeringar. Samtidigt är det viktigt att framhålla att då BT är målstyrd måste det inom ramen för BT finnas möjlighet att uppfylla samtliga mål. **SLS vill särskilt framhålla** att såsom nämnts i *Bastjänstgöring för läkare, Ds 2017:56* och *regeringens proposition (prop. 2017/18:274)* *Bastjänstgöring för läkare* bör psykiatrien särskilt beaktas undet BT.

Vidare är det viktigt att BT kan fullgöras i såväl slutenvård, öppenvård, nära vård samt primärvården.

SLS går inte in på anställnings- och villkorsfrågor, men ser gärna att Socialstyrelsen tydliggör vad som ingår i Socialstyrelens uppgift och vad som hänvisas till regionerna samt arbetsmarknadens parter, det är nu lite otydligt. SLS vill markera att de frågor som ligger utanför Socialstyrelsen är viktiga delar för en BT/ST-utbildning av hög kvalitet vilket behöver tydliggöras.

4 kap. Handledning

SLS vill som inledningsvis nämndes, understryka vikten av att tid och resurser avsätts för handledning, handledarutbildning och fortbildning av handledare. De kontinuerliga bedömningarna och måluppfyllelse kräver "handledarkontinuitet". De parallella systemen med AT och BT ställer höga krav på tillgång till handledare.

SLS tillstyrker förslag (4:3) om att en av handledarna ska vara huvudansvarig handledare för BT-läkaren.

Förslaget (4:3) om att huvudansvarig handledare för ST-läkare ska vara handledaren vid det huvudsakliga tjänstgöringsstället är en striktare reglering än dagens allmänna råd (bör-krav). **SLS vill lyfta fram** att detta kan ställa till problem för mindre kliniker med få specialister.

SLS tillstyrker förslaget (4:4) att ST-läkare kan vara handledare för BT-läkare, men vill betona vikten av att handledning i sin tur sker under handledning samt att ST-läkarna bör ha kommit en bit in på sin ST, exempelvis 2 år, innan de börjar vara handledare.

5 kap. Bedömning av kompetens

SLS är positivt till förslag (5:5, 5:6) med en kombination av övergripande handledare och extern bedömare för den sammantagna bedömningen av BT, då det ger en mer rättssäker process eftersom den externa bedömaren skaffar sig en överblick över de olika ingående placeringarna och handledarnas förmåga till en utbildning som leder till att målen uppfylls. Men vi vill framhålla den oro som flera sektioner ger uttryck för då det gäller att hitta externa bedömare, varför det är viktigt att inkludera den stora resurs som finns av ej kliniskt aktiva läkare inom varje specialitet.

7 kap. Tillgodoräknande och erkännande

SLS är positivt till förslagen om tillgodoräknande. Det var otydligt i den föregående promemorian vad som kunde tillgodoräknas, t ex vik. innan BT, men har här tydliggjorts (7:1). Då BT/ST är målstyrda är givetvis ett viktigt villkor för tillgodoräknande att målen uppnås samt att kontinuerliga bedömningar skett under varje avsnitt och slutbedömning efter fullgjord ST. Även här kommer oklarheter om övergångsbestämmelser in. SLS konstaterar dock att det i konsekvensanalyserna anges att läkare som gjort AT kan ansöka om AT/BT samtidigt (7:2), och gå in i nya ST.

8 kap. Bevis om baskompetens och specialistkompetens

SLS avstyrker kravet på bevis om baskompetens för specialister som vill dubbelspecialisera och som inte har ett bevis om baskompetens, som blir en följd av bestämmelsen i 8:4. Det bör vara möjligt för befintliga specialister (som inte har baskompetensbevis) att göra ytterligare specialiseringstjänstgöring utan krav på bastjänstgöring.

Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

SLS anser att det är mycket olyckligt att övergångsbestämmelserna i patientsäkerhetsförordningen inte är beslutade. Det blir därmed oklart vilka som fortsatt kan ansöka om specialistbevis enligt kraven i de äldre ST-föreskrifterna och hur övergången ser ut till nya ST inkl BT samt hur lång övergångstiden kan vara.

Målbeskrivningarna

SLS delar Socialstyrelsens syn att utgångspunkten för målbeskrivningen för BT bygger på en progression för det som lärts ut under läkarutbildningen. Det är därför viktigt att de mål som redan genomförts och examinerats under läkarutbildningen inte genomförs ytterligare en gång under BT. För läkare som studerat utomlands där målen ibland inte har uppnåtts under grundutbildningen är det däremot viktigt att dessa mål uppfylls under BT.

SLS delar även Socialstyrelsens syn att målbeskrivningarna för BT endast innefattar kompetenskrav då ju utbildningen är målstyrd.

SLS delar synen på att det nya målet a3 medför en progression i medicinsk vetenskap genom aktivt deltagande i hur medicinsk vetenskaplig kunskap kan implementeras i hälso- och sjukvården och självständigt kunna utföra detta. Samtidigt är det viktigt att detta mål uppnås med ett vetenskapligt synsätt och kritiskt granskande förhållningssätt, varför utbildning i vetenskap måste ske, så att kompetensen från läkarutbildningen i medicinsk vetenskap inte bara bibehålls utan också utvecklas under progression till en högre nivå. När det sedan gäller det vetenskapliga arbetet så finns det inom

en sådan stor organisation som Läkarsällskapet lite olika syn på detta inom de olika sektionerna. Sammantaget vill vi dock framhålla att det är viktigt att även läkare som studerat utomlands fullgör ett vetenskapligt arbete på samma nivå som inom läkarprogrammet, så att alla totalt sett efter fullgjord läkarutbildning, BT och ST ligger på samma nivå. För de läkare som studerat i Sverige delar vi Socialstyrelsens syn på att utbildningen från läkarprogrammet via BT/ST ska ske i progression, vilket medför att ett eventuellt vetenskapligt arbete bör ligga på den nivån att det snarare motsvarar en forskarutbildning. SLS anser därför att det är viktigt att bejaka möjligheten till att påbörja forskarutbildning parallellt med ST-utbildningen. Det är ju här viktigt att poängtera att om en ST-läkare önskar göra en annan form av vetenskapligt arbete under sin tjänstgöring utöver vad som skrivs in i Socialstyrelsens mål, finns det ju inget som hindrar detta.

SLS vill också betona vikten av att en fortsatt progression utifrån läkarprogrammet även sker avseende ledarskapsfrågor under hela ST-utbildningen.

SLS vill uppmärksamma Socialstyrelsen på att sektionerna har många egna synpunkter och förslag på målen – både BToch ST – och att Socialstyrelsen tar del av dessa i sektionssvaren som är en del av SLS svar och bilagda i sin helhet!

SLS har uppmärksammat att det som i dag kallas *Kompetensbeskrivningar* och *Delmål C* samt allmänna råd om Utbildningsstruktur inte finns kvar i förslaget. SLS noterar att flera sektioner dock önskar att texterna finns kvar. Om Socialstyrelsen inte anser att texterna lämpar sig i föreskrift, vilket anges som skäl, **anser SLS** att texterna bör finnas kvar i annan form.

Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2020:XX) om ändring i föreskrifterna (SOSFS 1999:5) om allmäntjänstgöring för läkare

SLS tillstyrker förslaget om att ST-läkare ska kunna handleda AT-läkare, men vill betona vikten av att handledning i sin tur sker under handledning, och att personlig handledare och huvudhandledare ska ha genomgått handledarutbildning. SLS anser att ST-läkarna bör ha kommit en bit in på sin ST, exempelvis 2 år, innan de börjar vara handledare..

SLS tillstyrker även att kravet om att tjänstgöringsavsnittet i allmänmedicin ska ligga sist i allmäntjänstgöringen tas bort. Vi vill dock uppmärksamma på behovet av handledningstid vilket sektionen för allmänmedicin påtalar.

Sammanfattningsvis

- SLS uttalar sitt stöd för BTBT och är positivt till den progressiva utvecklingen från läkarnas grundutbildning via BT och fortsatt specialisering som en del i det yrkeslivslånga lärandet.
- SLS vill framhålla att det är mycket olyckligt att det ännu inte finns några förslag på övergångsbestämmelser, vilket försvårar planering för genomförandet både för den enskilde läkaren samt de enheter där utbildningen äger rum.
- SLS är positivt till tanken att ha de två föreslagna placeringarna samt tanken att i övrigt begränsa antalet placeringar. Samtidigt vill SLS särskilt framhålla att psykiatrien särskilt bör beaktas under BT.
- SLS vill understryka vikten av att tid och resurser avsätts för handledning, handledarutbildning och fortbildning av handledare samt att en av handledarna ska vara huvudansvarig handledare för BT-läkaren.
- SLS är positivt till förslaget med en kombination av övergripande handledare och extern bedömare för den sammantagna bedömningen av BT.

- SLS vill betona vikten av att en fortsatt progression utifrån läkarprogrammet även sker avseende ledarskapsfrågor under hela ST-utbildningen.

För Svenska Läkaresällskapet

Britt Skogseid
Ordförande



Hans Hjelmquist
Ordförande delegationen för utbildning

Bilaga: Remissvar från

SLS sektioner för

- akutsjukvård
- allergologi
- allmänmedicin
- anestesi och intensivvård
- barn- och ungdomspsykiatri
- beroendemedicin
- dermatologi och venereologi
- gastroenterologi
- geriatrik
- hematologi
- infektionssjukdomar
- internmedicin
- kirurgi
- klinisk fysiologi
- klinisk kemi
- neurokirurgi
- njurmedicin
- nuklearmedicin
- ortopedi
- otorhinolaryngologi, huvud- och halskirurgi
- pediatrik
- plastikkirurgi
- psykiatri
- rättspsykiatri
- socialmedicin

SLS Kandidat- och underläkarförening
Intresseföreningen ST-läkare i psykiatri
SLS eHälsokommitté



SWESEM, Svensk förening för akutsjukvård

Specialistföreningen för ST-läkare och specialister i akutsjukvård.

2020-02-26

Svenska Läkarförbundet **Gem 2020/0030**

Svenska Läkaresällskapet

SVAR PÅ REMISS: Förslag till nya och ändrade regler för läkares ST och AT dnr 4.1-6870/2020

Socialstyrelsen har tagit fram förslag till nya regler för läkarnas specialiseringstjänstgöring (ST), som i framtiden ska inledas med en bastjänstgöring (BT) som en utveckling av att läkarutbildningen förlängs till sex år och blir legitimationsgrundande. Allmäntjänstgöringen (AT) försvinner därmed.

Socialstyrelsen föreslår bland annat:

- Att BT ska innehålla tjänstgöring inom primärvård och akut sjukvård och en BT-läkare bör inte ha fler än fyra tjänstgöringsställen.
- Handledaren för en BT-läkare måste inte vara specialist utan kan även vara ST-läkare. Handledaren måste dock ha genomgått handledarutbildning.
- I den slutliga kompetensbedömningen av BT-läkaren ska en extern bedömare som är specialistläkare delta.
- Nya delmål för BT och delvis förändrade delmål för ST

SWESEM tackar SLF och SLS för möjligheten att besvara remissen och välkomnar Socialstyrelsens förslag som moderniserar läkarutbildningen och specialiseringstjänstgöringen. Med en gemensam BT får läkare utbildade i Sverige eller annat land en gemensam introduktion till hälso- och sjukvården i Sverige och progression i lärandet genom sin specialiseringstjänstgöring.

SWESEM, Svensk förening för akutsjukvård

Hemsida www.swesem.org

E-mail info@swesem.org

Sammanfattning av SWESEMs synpunkter:

Angående Förslaget till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2020:XX) om läkarnas specialiseringstjänstgöring (och bilagor 1–13)

- Felstavning i texten på sid 5: "Handledningen bör planeras in den ordinarie tjänstgöringen för både handledaren och BT-läkaren eller ST-läkaren." Det saknas ett "i" mellan "in" och "den".
- SWESEM stödjer förslaget att både specialister och ST-läkare kan handleda BT-läkaren.
- SWESEM stödjer förslaget att den huvudansvariga handledaren, tillsammans med en annan specialist skall godkänna ST-läkarens totala tjänstgöring.
- SWESEM stödjer förslaget med förtydligandet med den huvudansvariga handledarens övergripande ansvar för handledning under BT och ST samt förslaget att den huvudansvariga handledaren även tjänstgör på BT eller ST-läkarens huvudsakliga tjänstgöringsställe för att säkerställa faktisk handledning.
- SWESEM ställer sig frågande till hur den externa granskningen av BT-läkarens kompetens skall organiseras.
- Övergångsregler måste förtydligas så att läkare som idag gör ST enligt SOSFS 2015:8 fortfarande kan ansöka om bevis om specialistkompetens under flera år framöver då AT ännu inte anpassats för att inkludera BT-kompetenskraven och skulle för många läkare innebära att de måste förlänga sin tjänstgöringstid för att komplettera kraven.

Angående Bilagor

- Feltryck i Bilaga 5 ansökan om bevis om specialistkompetens: på sid 2 under "Har sedan tidigare bevis om specialistkompetens" så stämmer inte datumraderna överens med respektive specialitet som kan skrivas in.
- Bilaga 10 intyg om kurser: Nederst på sidan skall "handledare eller kursledare" intyga men sedan kommer kursledare före handledare som kryssval. Mer logiskt och minska risken för felkryss vore att texten i raden ovanför har samma ordföljd som kryssraden, dvs byts till "kursledare eller handledare".
- Bilaga 13 Intyg om delmål för specialistläkare från tredjeland: har annan storlek på typsnitten för rubriker än de övriga intygen om det avses att de ska ha likadant utseende.

Angående Förslaget till Läkarnas specialiseringstjänstgöring – Målbeskrivningar 2020

1) Bastjänstgöringens målbeskrivning och delmål

- SWESEM stödjer kompetenskraven i delmål bt1 angående Akuta och icke akuta sjukdomstillstånd som lägger kompetensnivån på en rimlig nivå för en nybliven legitimerad läkare under de tidsramar som är uppsatta för bastjänstgöringen.

- SWESEM anser att delmålen under bt2 psykiatri är högt ställda, nivån uppnås säkert efter en svensk utbildning men kräver troligtvis en separat psykiatriplacering för de med utländsk examen, vilket vi stödjer.
- SWESEM stödjer delmål bt3-11,13-17 utan vidare kommentarer.
- SWESEM stödjer delmål bt12 - Barn och ungdomar som inte har en motsvarighet i dagens ST. Däremot undrar vi om det kommer krävas särskild sidotjänstgöring för att uppnå delmålet förutom den obligatoriska tjänstgöringen på Primärvård då det på många orter föreligger uppdelning mellan barnsjukvård och vuxenvård både vad gäller polikliniska och akuta besök.

2) Specialisttjänstgöringens målbeskrivning a, b och c-delmål:

- SWESEM stödjer förändringen kring minskade krav på systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete till deltagande i utvecklingsarbete.
- SWESEM stödjer den generella förenklingen i språket och uppdelningen av kompetenskraven medarbetarskap, ledarskap och lärande.
- De föreslagna c-delmålen är i stor utsträckning likalydande som de nuvarande.

Vi har följande invändningar mot förslaget:

- SWESEM saknar kompetensbeskrivningarna¹ för varje specialitet i målbeskrivningen för ST som fanns med i SOSFS 2015:8. Just kompetensbeskrivningen definierar specialiteten akutsjukvård och vi kräver att den finns med även i kommande målbeskrivning.
- SWESEM saknar också den förklarande texten inför delmål C från SOSFS 2015:8 avseende specialiteten akutsjukvård². Denna text är grundläggande för förståelsen av specialiteten och vi kräver att den finns med även i kommande målbeskrivning.
- SWESEM invänder mot att det i delmål c7 att kravet på "självständigt skriftligt arbete enligt vetenskapliga principer" har tagits bort i den nya målbeskrivningen och ersatts med det lägre ställda kravet "deltagande i implementeringsarbete". Vilket även förändrar nuvarande delmålet a5, medicinsk vetenskap till det föreslagna delmålet a3 medicinsk vetenskap.

SWESEM anser att det är viktigt att bibehålla kravet att utföra ett självständigt arbete enligt vetenskapliga principer då det bygger vidare på det vetenskapliga arbetet på grundutbildningen, eftersom det ska riktas in på läkarens specifika framtida arbetsfält.

Vidare hoppas vi att det vetenskapliga arbetet under specialistutbildningen kan öka rekryteringen till forskarutbildningen. Vi vänder oss mot Socialstyrelsen resonemang, där en motivering till att ta bort kravet på vetenskapligt arbete är de varierande krav på kompetens och aktiviteter Socialstyrelsen sett. Vi menar att problemet snarare ligger i målets formulering som lämnar stort utrymme för tolkning. Ett förtydligande av målet så alla vet vilken nivå som förväntas vore snarare på sin plats.

¹ Se bilaga 1 för kompetensbeskrivning specialitet akutsjukvård

² Se bilaga 2 för den beskrivning av specialiteten akutsjukvård som avses

Akutsjukvård är ett ungt och relativt unikt vetenskapligt ämne, och det är därför särskilt viktigt för akutsjukvård att forskningen ökar. Det saknas idag evidensbaserade riktlinjer inom de flesta områden inom akutsjukvård, och vi har få läkare med vetenskaplig kompetens. Vi menar att det vetenskapliga arbetet under specialistutbildningen har ett särskilt stort värde för framtidens patienter inom akutsjukvården.

Angående Förslaget till ändring av föreskrifterna i läkarnas allmäntjänstgöring

- SWESEM stödjer den föreslagna förändring att placeringen allmänmedicin inte behöver ligga sist i AT.
- SWESEM stödjer den föreslagna förändring att även ST-läkare skall kunna handleda AT-läkare liksom ST-läkare skall få handleda BT-läkare.

Övrigt:

- SWESEM delar Socialstyrelsens bedömning kring vilka kurser som kan tänkas behöva anordnas för BT-läkarna för att uppnå kompetens.

SWESEM föreslår:

- Att kompetensbeskrivningarna på något sätt behålls, om inte i föreskrifter för BT/ST så i en annan form med Socialstyrelsen som författare. För att från myndigheten definiera varje enskild läkarspecialitet och sammanfattning av den totala kompetensen.
- Att det vetenskapliga arbetet under specialiseringstjänstgöringen kvarstår inklusive vetenskaplig teori med kurskrav.

Slutligen vill SWESEM tacka Socialstyrelsen för ett mycket gediget arbete där ni har tänkt igenom varje förändring och eventuella konsekvenser på ett bra sätt i den bifogade konsekvensutredningen som ger svar på många frågor kring BT-införandet och ST-utbildningen.

För Svensk förening för akutsjukvård:

Arin Malkomian, ordförande i SWESEM

Hilda Hahne, sekreterare i SWESEM

SWESEM, Svensk förening för akutsjukvård

Hemsida www.swesem.org

E-mail info@swesem.org

Bilaga 1 Kompetensbeskrivning för specialiteten Akutsjukvård från SOSFS 2015:8

Akutsjukvård

Kompetensbeskrivning

Specialiteten akutsjukvård karaktäriseras av handläggning av alla akuta sjukdomstillstånd och olycksfall, i alla åldrar, under begränsad tid och med tillgängliga resurser. Akutsjukvården innefattar larmfunktion, prehospitalt omhändertagande och handläggning på akutenhet.

Kompetensområdet omfattar

- värdering av risken kontra nytta med olika handläggnings- alternativ ur ett medicinskt, logistiskt och etiskt perspektiv samt ur ett patientsäkerhetsperspektiv, och
- ledning och prioritering av vårdinsatser såväl för den enskilda patienten som för akutenheten som helhet, inklusive arbetsledning i situationer där det akuta vårdbehovet överstiger tillgängliga resurser.

Samverkan med andra specialiteter och professioner inom hälso- och sjukvårdens organisation är viktigt för kompetensområdet.

Kompetenskrav

För akutsjukvård gäller delmålen a1–a6, b1–b5 samt c1–c13.

Delmål c

Den specialistkompetenta läkaren ska

- behärska identifiering, prioritering, stabilisering och behandling av patienter med instabila vitalfunktioner och livshotande sjukdomstillstånd, och
- kunna självständigt prioritera, utreda och utifrån en sannolikhetsbedömning behandla patienter i alla åldrar och med alla kontaktorsaker som förekommer på en akutenhet.

För detta krävs en förmåga att tillämpa epidemiologiska kunskaper och att verka preventivt.

Vidare ska den specialistkompetenta läkaren ha förmåga att värdera risker och nytta med olika handläggningsalternativ ur ett etiskt perspektiv, ett patientsäkerhetsperspektiv och ett logistiskt perspektiv.

Den specialistkompetenta läkaren ska även kunna

- ansvara för medicinskt säkra transporter samt planera uppföljning både inom och utanför den egna sjukvårdsenheten, och
- leda vårdinsatser och resursfördelning samt kontinuerligt anpassa dem efter både den enskilda patientens och hela enhetens varierande behov.

Remissvar från Svensk Specialitetsförening för Allergologi gällande förslag till Socialstyrelsens föreskrifter och råd om läkares specialiseringstjänstgöring 2020

Allergologi är sedan 2015 en tilläggsspecialitet till en av 14 basspecialiteter. Huvudsakligen är det de internmedicinska specialiteterna samt allmänmedicin som tillgodoser delmål c1 + c2 (ha kunskap om samt initialt kunna handlägga vanliga, allvarliga samt akuta invärtesmedicinska tillstånd). Socialstyrelsen beslöt även att klinisk immunologi som är en laboratoriemedicinsk specialitet samt öron-, näs och halssjukdomar som är en icke internmedicinsk specialitet skulle kunna vara basspecialitet till Allergologi. Detta har i praktiken inneburit att specialistutbildningen i tilläggsspecialiteten Allergologi kommer att bli olika lång beroende på basspecialiteten. För basspecialiteter med internmedicinsk bakgrund räcker i regel minimitiden på 2,5 års utbildning i Allergologi efter erhållen specialistkompetens i basspecialiteten. För övriga basspecialiteter krävs längre utbildningstid för att uppfylla samtliga målbeskrivningens krav. I praktiken har detta inneburit att individuella utbildningsplaner har fått upprättas i Allergologi beroende på basspecialitet, vilket i praktiken också har kunnat göras. Detta har också lett till att kvaliteten i specialistutbildningen har kunnat upprätthållas trots betydande olikheter i basspecialiteter.

I förslag till ny specialiseringstjänstgöring framgår att socialstyrelsen inte kommer att ändra den kompetensnivå som krävs för att få ett bevis om specialistkompetens, vilket fortsatt kommer att säkerställa kvaliteten i specialistutbildningen i Allergologi, trots olikheter i basspecialitet. De smärre förändringar socialstyrelsen föreslår i a- och b-målen torde inte heller påverka specialiseringstjänstgöringen i Allergologi på något negativt sätt. För tilläggsspecialiteten Allergologi är oförändrade krav på kompetensnivå för att få specialistbevis det centrala för att upprätthålla hög kvalitet på specialiseringstjänstgöringen.

Många yngre läkare vill gärna "pröva på" att arbeta inom den specialitet som de är intresserade av. Detta kan vara en nackdel för tilläggsspecialiteter om inte en viss del av denna tjänstgöring kan inräknas i specialistutbildningen i basspecialiteten. I regel är detta möjligt inom de internmedicinska specialiteterna vad gäller Allergologi. I praktiken är det i regel svårt att tvinga läkare att direkt efter grundutbildningen omedelbart välja vilken framtida specialitet de ska utöva. Hur stor andel av tjänstgöringen som kan räknas in i specialiseringstjänstgöringen för att uppfylla målbeskrivningen måste därför variera från fall till fall såvitt vi förstår. Finansiering av tjänstgöring och övrig specialiseringstjänstgöring måste klargöras för att inte orsaka hinder och problem.

Göteborg 14/3 2029

För Svensk Specialitetsförening i Allergologi (SSA)

Monica Arvidsson

ordförande

Remissvar 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 bejakar 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.

5kap§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 bedömare 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.

7kap§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 bejaktar 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

Remissvar AT/BT/ST från SFAI

Vi tackar för förtroendet att besvara remissen och besvarar samtliga delar avseende AT/BT/ST i ett och samma dokument. Vi är i huvudsak positiva till föreslagna ändringar, men på detaljnivå behöver flera områden förtydligas eller förändras.

Vi kommenterar våra svar utifrån struktur och innehåll avseende de tre formerna av utbildning och inte efter grunddokumenten. Vår situation inom anestesi- och intensivvård de senaste veckorna har påverkat vår möjlighet att till fullo genomarbeta remissvaret. Vi ber överseende för detta, men det har varit utanför vår kontroll.

Struktur:

AT:

AT-förordningens förändringar: Vi ställer oss positiva till dessa förändringar, men önskar att man betonar att ST-läkare som ska handleda AT bör ha några års erfarenhet som ST och inte själv precis lämnat sin egen AT.

Övergångslösning måste till för att förhindra att AT blir en flaskhals i samband med systembytet, detta måste resurssättas till regionerna från staten. Resursen behöver överstiga behovet av ST i resp region för att inte individer ska fastna mellan systemen.

Legitimerade läkare, där legitimation uppnått enligt AT-förordningen, ska inte behöva göra BT som del av sin ST, detta behöver förtydligas i förordningen om ST.

BT:

Vi ser en risk med att BT/ST samordnas i dimensioneringsaspekten, det kan medföra för få BT-tjänster, särskilt initialt innan AT är avskaffad och huvuddelen som gör BT har icke-svensk examen.

Huvudhandledaren bör kunna vara en studierektor, som inte fysiskt handlett på golvet, då de har mer erfarenhet och kunskap om regelverket jämfört med en "vanlig"; särskilt om BT-läkaren har svårigheter. Risk för jäv kan föreligga om en huvudhandledare har handlett och därmed med ett underkännande även underkänner sin egen handledarinsats (och kanske därmed avstår från ett underkännande).

Den som har tjänstgjort som läkare under handledning innan hen fått legitimation som läkare i Sverige, eller motsvarande bevis om behörighet i annat land, får tillgodoräkna sig det som tjänstgöringstid i sin specialisttjänstgöring och bastjänstgöring, dock högst sex månader. God kännedom om upplägg av utbildning i andra regioner och länder blir avgörande för rätt bedömning i dessa fall. Hur ska den kompetensen åstadkommas på samtliga kliniker?

ST anesthesi- och intensivvård:

Allmänna råd om utbildningsstruktur tas bort. Det innebär att det allmänna rådet i målbeskrivningarna försvinner kring specialanestesi samt att introduktion med målet jourkompetens försvinner. Man hoppas att målstyrningen av ST istället tillgodoser dessa behov. Frågan är då hur socialstyrelsen kommer att bedöma ansökningar där placering inom specialanestesi saknas men där huvudhandledare + annan specialist intygar uppnådd kompetens.

Vi saknar en formulering i målbeskrivningen motsvarande målbeskrivningarna 2015, där det idag står: "För anesthesi och intensivvård gäller a1–a6, b1–b3 och b5 samt c1–c13". Målet b4 (försäkringsmedicin) är ej aktuellt inom anesthesi- och intensivvård.

För bevis om specialistkompetensbevis krävs bevis om baskompetens, viktigt att det i övergångsbestämmelserna tydligt framgår att de som är legitimerade enligt ATförordningen inte behöver bevis om baskompetens.

För att förbättra förutsättningar för handledning och bedömning föreslås nu utbildningsprogrammet innehålla planerad tid för handledning och bedömning. Detta är positivt.

Det individuella utbildningsprogrammet (IUP) kan omfatta hela ST eller vara separat för BT och tjänstgöringen i övrigt. Individens utbildningsprogram kommer då att bli beroende på var man gör sin BT, då den kan läggas upp olika inom respektive region. Det innebär att ett mycket större ansvar läggs på huvudhandledaren. Handledaren ansvarar för den kontinuerliga kompetensbedömningen och den slutliga bedömningen om uppnådd specialistkompetens görs av handledare+ en annan specialistkompetent läkare. Detta ger bättre förutsättningar till kontinuerlig bedömning och utvärdering av kompetens. Bra! Vidare kommer handledaren att få ett större och tydligare uppdrag. Handledare kommer kanske också i mindre utsträckning att påverkas i sin bedömning av kliniken behov av nya specialistläkare.

I nuvarande föreskrift anges dock att verksamhetschef (VC) ansvarar för att IUP tas fram, följs upp och regelbundet revideras, att huvudhandledare utses och att kontinuerliga bedömningar dokumenteras. I den nya föreskriften ansvarar VC för att IUP tas fram och att huvudhandledare utses. Sedan anges det att IUP regelbundet skall följas upp och revideras men det anges inte vem som ansvarar för det (3 kap 5§). Det anges att bedömningar ska dokumenteras men inte vem som ansvarar för att så sker. SFAI anser att ansvarig ska utses för dessa funktioner, t ex huvudhandledaren. Ytterst ansvarig måste dock VC vara, av arbetsrättsliga skäl, då hen fördelar resurser och är den som anställer en specialistläkare. Sammantaget måste ansvarsfunktionerna tydligt beskrivas.

Kunskapsmålet Medicinsk vetenskap inriktas nu på hur medicinsk vetenskap ska implementeras. Mål A3 – Vetenskapliga arbetet utgår. Stor skillnad mot idag då det egna arbetet utgår och ersätts med ett implementeringsarbete istället. Det behövs inte längre någon kurs i vetenskaplig metodik; kurs kommer att behövas för att kunna göra implementeringsarbete av hög kvalitet. Risk för att kompetens inom vetenskapligt synsätt och kritiskt granskande förhållningssätt försämras.

Innehåll:

BT:

BT och ST, behöver separeras i större grad i förordningen, då det är otydlig gräns avseende måluppfyllelse mellan dem, särskilt om de görs hos olika huvudmän. BT bör göras tidigt i ST, innan

hälften av målen nåtts i ST, helst först, då det saknas krav på godkänd BT för att fullfölja ST. Hur mycket som får göras av ST innan BT är godkänd måste anges tydligt, särskilt som även annan tjänstgöring innan BT kan tillgodoräknas i BT (se nedan).

Längden på BT kan anpassas efter individuell planering. Denna planering behöver vara klart med ev tillgodoräknande/valideringar innan start av BT-placeringen, så det är möjligt att schemalägga rätt tid och rätt utbildningsmoment för varje individ. Viktigt att tidigare kunskap verkligen blir validerat och inte bara tillgodoräknas. Förslagsvis av den externa bedömare, så att hela BT för varje person utvärderas av en och samma bedömare. Det kräver god framförhållning och i initialskedet många externa bedömare.

Bt12 (barn och ungdomar) ingår i BT, viktigt att ej förväxla med specialanestesi c11 för Anestesi- och intensivvård.

ST anestesi- och intensivvård:

Förskriften HSLF-FS 2020:xx– rubriken smärtlindring §11 bör ersättas med "algologi" och inte bara "smärtlindring", det är specialistkunnande om smärta och inte enbart smärtlindring som avses. Utbyte av namn på tilläggspecialiteten bör inte skapa oklarhet om innebörden av specialiteten.

A1 lagar – det behövs antingen kurs eller klinisk tjänstgöring. Det betyder att kurskravet utgår. Just lagar och förordningar lämpar sig bra för kursforumet och vid enbart klinisk tjänstgöring är det inte självklart att samtliga relevanta lagar ingår.

A3 – Vetenskapliga arbetet utgår. Medicinsk vetenskap inriktas på hur medicinsk vetenskap ska implementeras. Stor skillnad. Arbetet utgår och ersätts med ett implementeringsarbete istället. Det behövs inte längre någon kurs. Risk för att kompetens inom vetenskapligt synsätt och kritiskt granskande förhållningssätt försämrats.

A6 (Lärande) - "Ta ansvar för lärande på arbetsplats, förmedla kunskaper, genomföra undervisning". Delmålet kräver *Kurs* vilket inte anses rimligt. Genomförd tjänstgöring och allmänna råd om teoretiska studier och medsittning räcker. Om kurs behövs för att kunna handleda AT/BT-läkare bör det tydligt formuleras. De som tidigare genomgått handledarutbildningskurs under AT/ev BT bör kunna tillgodoräkna sig denna.

B3 Läkemedelsbehandling inom den egna specialiteten. - Tidigare b3.3-3.7 verkar utgå. Kurs endast allmänt råd. Bra!

B5 Palliativ vård. Här bör metoden för att nå målet enbart vara tjänstgöring, auskultation räcker inte för att ha genomfört brytpunktsbedömning och beslut om övergång till palliativ vård inkl information till patient och anhörig.

C1 Tillämpning av de medicinska och naturvetenskapliga grundvetenskaperna. Behöver omformuleras i sin helhet. Tex Behärska tillämpliga delar av grundläggande naturvetenskapliga principer viktiga för specialiteten.

C2 Medicinteknisk utrustning behöver omformuleras tex Behärska användning, risker, för- och nackdelar med den medicintekniska utrustning som används inom specialiteten för att möta den utveckling som skett sedan SOSF2015:8

C7 Förhållningssätt, etiska beslut och kommunikation. Detta mål fördjupar b5, vårt förslag är att C7 ersätter b5 inom anestesi och intensivvård.

C9 Svårt sjuka och skadade patienter. Barn ingår i svårt sjuka och skadade patienter och behöver därför inte nämnas separat. Andel svårt skadade barn är extremt lågt varför ingen specialitet kommer att kunna förmå att uppnå kompetensnivån "behärska". Text Behärska omhändertagandet av svårt sjuka och skadade patienter. Behärska metoder för stresshantering och ledarskap i akuta situationer.

C12 Andra specialiteter och synsätt. Bör utgå. Tjänstgöring inom anestesi och intensivvård innebär kontinuerligt samarbete med andra specialiteter. Idag ingår 24 månaders tjänstgöring på IVA vilket ger god kännedom om andra specialiteters verksamhet och synsätt, såväl med kirurgisk och medicinsk inriktning. Enligt SOSFS 2015:8 har tjänstgöring inom den egna verksamheten varit tillräckligt och godkänts vid specialiseringsansökan. Samma synsätt bör gälla framgent.

C13 utgått och ersatts med A1. Välkomnas.

Övriga kommentarer:

I konsekvensutredningen betonas upprepade gånger att läkare som kommer utanför Sverige kommer att vara ekonomiskt belastande för arbetsgivaren. Den ekonomiska beräkningen är i vissa tillfällen oerhört detaljerad (ned till enstaka krona) men bygger på antaganden som är mycket oklara, tex lönekostnad. Det finns risk att arbetsgivaren av det skälet avstår från att anställa BT/ST med utländsk examen, vilket undandrar svensk sjukvård kompetens. Vi har förståelse för att mer utbildning behövs för vissa individer men det kommer inte att vara kopplat enbart till examensland och önskar att konsekvensbeskrivningen formuleras mer ödmjukt givet alla osäkerhetsfaktorer.

För Svensk förening för Anestesi- och Intensivvård (SFAI)

Karin Björnström Karlsson

Maja Ewert

Vetenskaplig sekreterare

Ordförande i KVA

susann.asplund@sls.se

Synpunkter från SFBUP (Svenska Föreningen för Barn- och ungdomspsykiatri) angående Socialstyrelsens remiss om förslaget till bastjänstgöring (BT) och nya ST.

Efter att ha följt diskussionerna kring utformningen av den nya sexåriga läkarutbildningen och bastjänstgöringen (BT) samt tagit del av det förslag som Socialstyrelsen har lagt fram avseende utformningen av nya ST, så vill vi framföra nedanstående synpunkter.

Som Socialstyrelsen skriver i sin konsekvensutredning utgör den förändrade specialiseringstjänstgöringen med inledande bastjänstgöringsdel en del av en större reform för läkaryrket. Det är således viktigt att vid förändring av allmäntjänstgöringen (AT) och specialisttjänstgöringen ta hänsyn till övriga förändringar i utbildningsstrukturen för läkare.

När man tar bort AT och i förslaget för BT *tar bort en tidigare obligatorisk psykiatrisk placering behöver man diskutera vad som går förlorat*. Vägs dessa delar upp av att läkarutbildningen förlängs med 6 månader? Det anser vi inte vara möjligt. Den psykiatriska baskompetens som AT-läkare får genom klinisk tjänstgöring inom psykiatri kommer även fortsättningsvis att behövas när BT införs. En placering inom psykiatri under läkarutbildningen kan inte ersätta en tremånaders klinisk tjänstgöring under AT utan att man går miste om behövlig psykiatrisk kompetens. Vi saknar en djupare diskussion kring hur grundläggande kunskaper om psykiatrisk sjukdom och psykiatrisk tvångsvårdslagstiftning tillgodoses i det föreslagna upplägget för BT och ST.

Det aktuella förslaget för BT, utan en obligatorisk tjänstgöring i psykiatrisk verksamhet, skulle dessutom innebära att huvudhandledare och externa bedömare som är verksamma inom andra specialiteter skulle få mandat att avgöra huruvida kompetenskraven för den psykiatriska kompetensen är uppfyllda eller ej. Det ser vi som orimligt.

Delmål bt2

Enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT, 4§: "Ett beslut om intagning på en sjukvårdsinrättning för tvångsvård får inte fattas utan att ett läkarintyg (vårdintyg) har utfärdats, av vilket det framgår att det finns sannolika skäl för att förutsättningarna för sluten psykiatrisk tvångsvård av patienten är uppfyllda. Vårdintyget ska grundas på en särskild läkarundersökning."

Som legitimerad läkare, oavsett specialitet, skall man kunna identifiera och basalt bedöma patienter som lider av allvarlig psykisk sjukdom med fara för liv och hälsa såsom akuta psykostillstånd, manier, svåra depressioner, avancerat självskadebeteende, självsvält, hög självmordsrisk mm. Legitimerade läkare förväntas kunna utfärda medicinskt välgrundade och juridiskt giltiga vårdintyg som medger att personer kan frihetsberövas, vårdas mot sin vilja och tvångsmedicineras. För denna grannliga uppgift krävs kompetens att bedöma såväl art som grad av sjukdom och den kan endast uppnås genom klinisk tjänstgöring inom psykiatrisk verksamhet. Där kan man bygga upp en erfarenhetsbank och få referensramar för när det är rimligt/nödvänt att utfärda ett vårdintyg.

Vi anser vidare att det är inom psykiatrisk verksamhet som man lär sig diagnosticera och handlägga såväl akuta som icke akuta psykiatriska sjukdomstillstånd, bedöma suicidrisk, identifiera tecken på förvirringstillstånd och beroendestillstånd samt kunna vidta adekvata åtgärder. Detsamma gäller för

resten av bt2-delmålet även om man exempelvis i primärvården möter patienter med psykisk ohälsa och lindrigare psykiatriska tillstånd, som kanske aldrig behöver använda specialistpsykiatrins resurser.

Vi har också svårt att se hur man kan förväntas avgöra om förutsättningarna för sluten psykiatrisk tvångsvård uppfylls om man aldrig har tjänstgjort i svensk specialistpsykiatri? Detta är fallet för framtida specialistläkare inom andra specialiteter från tredjeländ som arbetar i Sverige. De kommer enligt förslaget inte att ha haft någon kontakt med svensk specialistpsykiatri vare sig under läkarutbildningen, BT eller ST. Trots detta har denna grupp av läkare samma befogenhet att utfärda vårdintyg för psykiatrisk tvångsvård som läkare utbildade i Sverige. Socialstyrelsen bedömer att det "kan behövas kurs om sammanlagt 1 dag för läkare utbildade utomlands" för att tillgodogöra sig kunskap om psykiatriska sjukdomstillstånd och övrig psykisk ohälsa. Detta bedömer vi vara långt ifrån tillräckligt. De utlandsutbildade läkarna kommer fortsatt sakna kunskap om psykiatri i en svensk kontext liksom om psykiatrisk juridik och tillämpningen av den.

Inte heller är det tillräckligt att läkarstudenter i Sverige får några veckors praktik inom psykiatrisk verksamhet för att uppnå kompetens att kunna avgöra om förutsättningar för om sluten psykiatrisk tvångsvård sannolikt uppfylls eller inte.

Läkemedel tillhörande det psykiatriska fältet förskrivs i hög utsträckning även inom andra delar av sjukvården. Felaktig eller obetänksam förskrivning kan få allvarliga och långsiktiga konsekvenser, inte minst i form av iatrogena substansberoendetillstånd.

Patienter med psykisk sjukdom finns överallt inom sjukvården. Vi befärar att bristfälliga kunskaper inom psykiatri och psykiatrisk tvångsvårdslagstiftning bland läkare i Sverige kan få allvarliga konsekvenser för dessa patienter. Bemötandet av dem spelar stor roll för vad som i praktiken kan uppnås även inom den somatiska vården. Dessa personer utgör en svag patientgrupp, som lätt far illa när tillräcklig kompetens kring bemötande saknas. Patienter med psykisk sjukdom drabbas i högre grad än snittbefolkningen av somatisk sjukdom.

Delmål bt12

Delmålet handlar om barn och unga. Här kan man nog delvis uppfylla delmålet vid tjänstgöring inom allmänmedicin och akut sjukvård, men även detta delmål kan man uppfylla vid tjänstgöring inom psykiatrisk verksamhet, inte minst inom barn- och ungdomspsykiatri.

Övrigt

Delmål a1 och **delmål b3** i målbeskrivningen: I förslaget finns för båda dessa delmål kompetenskrav inriktade mot att särskilt gälla och vara relevanta för den egna specialiteten. Det förefaller som att man skulle behöva uppfylla dessa på nytt vid byte av specialitet och således ej längre kunna se dem som specialitetsövergripande. I så fall vore det enligt vår mening bättre att ha kompetenskraven kvar under c-delmålen.

Delmål b5: Palliativ vård. Detta är ett delmål som med kravet på kurs, klinisk tjänstgöring alt. auskultation är problematiskt för ST-läkare på BUP. Vi har inga sidoutbildningar där det på ett naturligt sätt kommer in och i vår specialitet blir det knappast aktuellt med denna typ av samtal. Vi ser inte heller att en klinisk tjänstgöring eller auskultation inom vård av vuxna tillför något som är relevant kompetens för vår specialitet. Vad gäller kompetens att föra samtal och kommunicera så ägnar vi en mycket stor del av tiden under hela ST åt att både utbildas i och tillämpa denna kompetens. *Vi har således ett starkt önskemål om att få stryka detta ST-delmål i målbeskrivningen för Barn- och ungdomspsykiatri.*

Utöver delmål bt2 (Psykiatriska sjukdomstillstånd och övrig psykisk ohälsa) och bt12 (Barn och ungdomar) så anser vi att placering inom psykiatrisk verksamhet till viss del ger måluppfyllelse även för delmål bt3 (Lagar och andra författningar inom hälso- och sjukvården), bt8 (Etik i det dagliga arbetet), bt9 (Bemötande) samt bt15 (Läkemedelsbehandling).

Vidare anser vi att mycket som står om BT är otydligt och motsägelsefullt som att en BT skall vara inledande men ändå skall kunna pågå tills precis innan man är klar med ST för att nämna ett exempel.

Vi tycker att texten är lite svårtolkad/otydligt skriven avseende att man gjort en striktare skrivning om *Huvudansvarig handledare* för ST-läkare och att denne skall ha sin anställning där ST-läkaren gör sin huvudsakliga tjänstgöring. Om avsikten är att huvudhandledare *ska* vara anställd där ST-läkaren huvudsakligen tjänstgör så är anser vi att det vore olyckligt. Det kan exempelvis för mindre kliniker betyda att ST-läkaren kanske får ta den specialist som står tillbuds som huvudhandledare istället för att få en som bedöms vara en bra handledare.

Sammanfattningsvis vill vi framför allt framhålla att vi anser att det krävs minst tre månaders obligatorisk klinisk tjänstgöring inom psykiatrisk verksamhet, vuxen- och eller barn- och ungdomspsykiatrisk, för att uppnå kompetens i enlighet med innehållet i bt2 (*Psykiatriska sjukdomstillstånd och övrig psykisk ohälsa*). Det är inom specialistpsykiatri som man lär sig bedöma, diagnosticera och behandla akuta och icke akuta psykiatriska sjukdomar samt när det är relevant att utfärda ett vårdintyg som medger att patienten kan frihetsberövas och vårdas mot sin vilja. Teoretisk kunskap, praktik under läkarutbildningen eller tjänstgöring inom annan specialitet kan inte ersätta tjänstgöring inom psykiatrisk verksamhet.

Tjänstgöring i psykiatrisk verksamhet ger utöver delmål bt2 och b12 även delvis måluppfyllelse för bt3, bt8, bt9 och bt15.

Delmål b5, Palliativ vård, är problematiskt för BUP:s ST-läkare att nå upp till kraven för klinisk tjänstgöring eller auskultation. Vi träffar inte denna kategori av patienter. Vad gäller förmågan att föra samtal och kommunicera så utbildas ST-läkarna och tränas i detta under hela ST. Detta är ett av de viktigaste redskapen vi använder oss av i mötet med våra patienter inom psykiatri. Vi vill att Barn- och ungdomspsykiatri blir undantaget från att ha med delmål b5 i målbeskrivningen.

För SFBUP 2020-03-14

Lena Spak
SFBUP:s utbildningsutskott
ST-studierektor BUP, Region Väst

Sara Lundqvist
Ordf. SFBUP

Gunnel Svedmyr
SFBUP:s utbildningsutskott
Utbildningsutskottets representant i SFBUP
ST-studierektor BUP, Region Mitt

Ida Gebel-Djupedal
ST-representant SFBUP
Ordf. i STP (ST-läkare i Psykiatri)

I samråd med SFBUP:s utbildningsutskott

Remissvar Svensk förening för Beroendemedicin avseende förslag till

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2020:XX) om läkarnas specialiseringstjänstgöring
- Läkarnas specialiseringstjänstgöring – Målbeskrivningar 2020
- Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2020:XX) om ändring i föreskrifterna (SOSFS 1999:5) om allmäntjänstgöring för läkare
- Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2020:XX) om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2015:8) om läkarnas specialiseringstjänstgöring
- Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2020:XX) om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (HSLF-FS 2017:80) om legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården vid utbildning från tredjeländ

Gällande BT

En legitimerad läkare förväntas utfärda medicinskt välgrundade och juridiskt giltiga vårdintyg som kan innebära att en person frihetsberövas mot sin vilja. Det är ett synnerligen kvalificerat ansvar som innebär medicinska, juridiska och etiska avvägningar. Läkaren behöver inte bara teoretisk kunskap för att kunna göra dessa bedömningar utan även praktisk erfarenhet som endast kan säkerställas genom klinisk tjänstgöring. Den praktik som kommer rymmas inom den nya sexåriga läkarutbildningen är begränsad och löser inte heller problemet med att läkare som utbildats utanför Sverige saknar psykiatrisk kompetens i en svensk kontext. För att uppfylla de delmål som specificeras i Socialstyrelsens förslag till målbeskrivningar avseende ST och BT bör det krävas klinisk tjänstgöring inom det psykiatriska fältet under BT.

Vi ser positivt på att både ST-läkare och specialistläkare får handleda BT-läkare samt att handledare ska ha genomgått en handledarutbildning.

Gällande tilläggsspecialiteten Beroendemedicin

Det är angeläget att det finns tydliga övergångsbestämmelser. Dels för att man ska kunna ansöka om specialistkompetensbevis enligt krav i äldre bestämmelser under en fastställd period. Dels för att inte försvåra för specialistläkare i psykiatri att genomföra utbildning inom tilläggsspecialiteten beroendemedicin, då det finns ett tydligt behov av ökad kompetens inom sjukvården när det gäller beroendemedicin.

Vi ser positivt på att specialist i psykiatri till och med 30 juni 2025 kan jämföras med specialist i beroendemedicin när det gäller att fungera som handledare till ST i beroendemedicin.

När det gäller målbeskrivningens c-delmål så föreslås att termen *missbruk* byts ut till **riskbruk/skadligt bruk/beroende**, alternativt **användning** eller **bruk**. Termen *missbruk* bör undvikas inom hälso- och sjukvården eftersom den saknar definition och kan ses som stigmatiserande.

I delmål c1 föreslås formuleringen ”vanligt förekommande **riskbruk** och beroendetillstånd” respektive ”*handlägga bruk av nyare och ovanliga substanser*”.

I delmål c12 föreslås formuleringen ”*hos patienter med riskbruk eller beroende som är av*”.

Svensk förening för Beroendemedicin

2020-03-16

Hej!

Var god se nedan vår sammanställning av synpunkter ifrån sektionen för Dermatologi och Venerologi avseende Remiss från Socialstyrelsen - förslag till nya och ändrade regler om läkarnas ST och AT (dnr 4.1-6870/2020).

Övergripande anser vi inom sektionen för dermatologi och venerologi att;

1. Målbeskrivningen är viktig och tiden som givits ifrån Socialstyrelsen för sektionerna att gå igenom, revidera och förankra har varit alldeles för kort.
2. I konsekvensanalysen skriver socialstyrelsen "Socialstyrelsen har inte heller skäl att ifrågasätta förmågan hos de verksamheter som tar emot läkare för specialisttjänstgöring att på ett bra sätt strukturera tjänstgöringen. Vi föreslår därför inte motsvarande allmänna råd i de nya målbeskrivningarna". Då många specialiteter, i regioner med vårdval, har problem med en fragmenterad vård, vilket innebär påverkan på ST-utbildningen finns behov av översyn för att säkerställa en bred och kvalitetssäkrad specialisttjänstgöring i dessa regioner. Inte minst för att inte ST-läkaren ska komma i kläm och behöva "grå-blocka" ihop en fullvärdig ST-utbildning. Vi efterfrågar en mer öppen och noggrann konsekvensanalys ifrån Socialstyrelsens sida, i samråd med berörda specialiteter, av vad fragmenterad vård kan innebära för ST-utbildning och gemensamt utarbetande av riktlinjer för struktur och bredd för ST-läkare i dessa regioner.

Mer specifikt anser vi;

1. Att begreppet "akutsjukvård" i BT måste förtydligas och att **dermatologi och venerologi definitivt inte ska kunna vara en del av BT.**
2. Målet för palliation bör lättas för ST inom dermatologi och venerologi ifrån dagens krav på kurs i 3-5 dagar.
3. Enligt tidigare beslut inom vår sspecialitetsförening (SSDV) kommer även styrelsen för SSDV i samband med denna remiss skicka in önskemål om ändring av namn på vår specialitet ifrån dagens Hud- och könssjukdomar till Dermatologi och venerologi.

Vänliga hälsningar /

Utbildningsgruppen i SSDV genom Josefin Lysell, överläkare, Med dr
Karolinska Universitetssjukhuset, Karolinska Institutet
Stockholm

Utbildningsutskottets synpunkter på

Remiss från Socialstyrelsen - förslag till nya och ändrade regler om läkarnas ST och AT (dnr 4.1-6870/2020)

Allmänna synpunkter

Vi konstaterar att det är en väldigt stor och övergripande förändring som kommer att ske inom vården och som också kommer kräva stora anpassningar för verksamheterna.

Det är bra att mycket fokus har lagts på regler kring handledarskap och kompetensbedömning under BT och ST, och att man tänker sig extern bedömning för att kompetensbedömningen inte ska vara godtycklig.

Det är bra att ST-läkare kan vara handledare under delplaceringar av BT, under förutsättning att de gått handledarutbildning.

Vi ser en risk att läkarnas kunskapsbredd ytterligare smalnar med kortare tid som utbildningsläkare (AT+ST är ca 7 år medan BT+ST är ca 6 år), vilket i många fall riskerar utesluta framför allt kirurgisk kompetens hos många gastroenterologer.

Synpunkter på Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2020:XX) om läkarnas specialiseringstjänstgöring

Verksamhetschef ska ej vara och studierektor eller handledare

Studierektor ska vara *läkare* med specialistkompetens

Handledarutbildning bör omfatta: ledarskap

Föreskriften för BT

Under akut sjukvårdsplaceringen ska BT-Läkaren få möjlighet att handlägga akuta sjukdomstillstånd inom ett flertal *diagnosområden*.

Här behöver man precisera formuleringen "diagnosområden" eftersom den är för vag. I värsta fall kan det leda till att man snävar in diagnosområden så att man endast behöver tjänstgöra inom en specialitet. Vi vill se en bredd av diagnosområden, och att de någonstans nämns, så att de omfattar både medicinska och kirurgiska specialiteter.

Föreskriften för ST

I det vetenskapliga arbetet under ST bör den externa granskaren vara en vetenskapligt meriterad läkare

Synpunkter på målbeskrivningarna

BT-delmål:

Bt1: Ändra 2:a punkten, ersätt farliga med allvarliga

Bt2: Ändra 2:a punkten till – kunna initiera handläggning av akuta psykiatriska sjukdomstillstånd

ST-delmål:

Delmål a7: Allmänna råd: kurs som utbildningsaktivitet

Delmål b3: Ändra 1:a punkten till - kunna anpassa läkemedelsbehandling inom den egna specialiteten utifrån enskilda patienters ålder, kön, vikt, njur- och lever-funktion samt eventuell samsjuklighet och övrig medicinering, samt anpassa till faktorer som fertilitet, graviditet och amning.

Lägg till under samma delmål: - kunna kritiskt granska och värdera information om läkemedel inom den egna specialiteten. Uppvisa kunskap om hälsoekonomiska aspekter av läkemedelsbehandling.

Delmål b4: Ändra 1:a punkten till - kunna tillämpa metoder inom försäkringsmedicin som en del av behandlingen av den enskilda patienten, inklusive samverkan med aktörer inom och utanför hälso- och sjukvården

Vad gäller målbeskrivningen för Gastroenterologi och hepatologi, särskilt vad gäller c-målen, är den mycket allmänt hållen och kräver stöddokument för att fungera. Under delmål c8 som gäller endoskopiutbildningen, t ex, behövs dokument som förtydligar vad varje mål ska innehålla rent konkret, såväl kvantitativt som kvalitativt.

Angående: "Förslag till nya och ändrade regler om läkarnas ST och AT (dnr 4.1-6870/2020)"

Kommentarer från Svensk Geriatrisk Förening (SGF)

1. Svensk geriatrisk förening saknar ett särskilt delmål rörande Äldres hälsa, likt delmålet bt12 "Barn och ungdomar".

Detta eftersom Sverige har en åldrande befolkning och med det ökande krav på kunskaper hos alla inom medicinsk vård av äldre. Med tanke på att BT är mycket kortare än nuvarande AT och inte lika styrd gällande placeringar, är det av yttersta vikt att det åtminstone finns angivna kunskapskrav gällande äldre i målbeskrivningen för BT.

2. Gällande kompetenskravet för delmål bt17. "Behov av palliativ vård "

"Den baskompetenta läkaren ska

- kunna identifiera behov av palliativ vård hos en patient och kunna vidta adekvata åtgärder"

Vi anser att ordet "adekvat" bör ersättas av en beskrivning av vad man faktiskt anser att en läkare på BT-nivå ska kunna. Adekvata åtgärder är alldeles för omfattande och blir svårbedömt.

Förslag:

Den baskompetenta läkaren ska

- *kunna identifiera behov av palliativ vård*

- *kunna identifiera behov av brytpunktssamtal*

– känna till grundläggande principer för palliativ symtomlindring med beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov.

3. Vi anser också att ST-målet b5 "Palliativ vård i livets slutskede" har urvattnats jämfört med tidigare b5 och att det fortsatt bör specificeras grundläggande principer för palliativ symtomlindring med beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov och i princip kvarstå som tidigare.

4. Vi anser att det bör specificeras att ett år är normtiden för bastjänstgöringen, inte bara att det anges att 6 månader är minsta tiden för BT. Detta anges i konsekvensutredningen, och vi anser att det bör framkomma i Gemensamma författningssamlingen under 3 kap 4§. Detta för att minska risken för att verksamheter med automatik planerar för endast 6 månaders BT, vilket vi anser vore mycket olyckligt.

5. Gällande Gemensamma författningssamlingen 3 kap 1§:

Vi anser att det föreligger en otydlighet i formuleringen och avsikten om hur lång just ST-tjänstgöringen skall vara: "Av 4 kap. 1 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) framgår att specialiseringstjänstgöringen ska fullgöras genom tjänstgöring som läkare under handledning och genom deltagande i kompletterande utbildning under minst fem år och sex månader. Specialiseringstjänstgöringen ska inledas med bastjänstgöring under minst sex månader."

Om BT varit 12 månader eller mer; kan man då tillgodoräkna sig mer tid av BT som ST? Det kan medföra att en läkare som ansetts behöva längre BT, får göra kortare ST vilket inte borde vara acceptabelt. **Det borde formuleras tydligare att ST är minst 6,5 år och ska inledas med BT under 6 månader.** Detta oavsett att ST är målstyrt.

6. Gällande ändringar av ST- tjänstgöringen delmål a3 Medicinsk vetenskap anser vi att det inte är bra att kraven på vetenskapligt arbete har minskats och ersatts av "kunna ta ett ansvar för att medicinsk vetenskaplig kunskap implementeras och tillämpas.. ", och där kravet på utbildningsaktiviteter är deltagande i implementeringsarbete. Det är angeläget att stimulera medicinsk forskning vilket minskas nu. Många vetenskapliga arbeten under ST är inledningen på forskning. Det är stor skillnad på att genomföra ett vetenskapligt arbete under ST, efter ofta flera års tjänstgöring med annan klinisk erfarenhet och intresse, jämfört med arbetet under grundutbildningen som har andra förutsättningar.

7. Vi beklagar att specialitetsföreningarna inte fått chansen att revidera c-målen i samband med denna revidering och skapandet av delvis ny målbeskrivning. Förändringarna för ST är förhållandevis stora, och det hade varit mycket värdefullt om specialitetsföreningarna fått möjlighet till översyn av sina respektive c-mål i samband med detta.

2020-03-13

Styrelsen Svensk geriatrisk förening

/Lena Holmquist Henrikson

utbildningsansvarig



Göteborg 200309

Svensk Förening för Hematologis styrelse har tagit del av Socialstyrelsen förslag till nya och ändrade regler om läkarnas AT, BT och ST.

Avseende BT ses egentligen inga förändringar jämfört tidigare skrivelser mer än att en del mål från ST flyttas dit och att det är ytterligare specificerat.

När det gäller de generella målen så är framför allt mål a1, a5 och i viss mån a6 i förändrat. När det gäller a1 anser vi att det är logiskt att lagar och andra författningar för den egna specialiteten flyttas dit.

Avseende a5 så har kravet att genomföra ett vetenskapligt projektarbete ersatts av att ST-läkare ska delta i ett implementeringsarbete. Vi tycker att det är bra: de allra flesta som gör ST har ju nyligen genomfört ett vetenskapligt arbete och det blir då relativt meningslöst att göra ett nytt av mindre omfattning, vilket man uppmärksammat och nu tar bort. En invändning är dock att utanför universitetssjukhuset kan det innebära att möjligheten att stimulera och väcka intresse för klinisk forskning kan försvåras.

Att lärande, delmål a6, har flyttats från tidigare delmål a1 till eget delmål anser vi vara positivt. Det är en naturlig del av vårt dagliga yrkesliv, och att det nu lyfts fram på ett annat sätt är viktigt och vi tror att det kan bidra till att fler genomgår nödvändiga handledarutbildningar.

Vi noterar att de ämnesspecifika målen för hematologi (c6-c14) är identiska med tidigare ST-målbeskrivning och har inga synpunkter på det.

För styrelsen

Per-Ola Andersson

Ordförande SFH



Svenska infektionsläkarföreningen(SILF)s svar på Socialstyrelsens remiss – förslag till nya och ändrade regler om läkarnas ST och AT med diarienummer 4.1-6870/2020

SILF har tagit del av ovanstående remiss och här följer våra synpunkter.

Avseende den totala tiden för ST (inklusive BT) anges det till 5,5 år med en minimumtid för BT på 6 månader. Som vi förstår har man dock tänkt sig att normtiden för BT ska vara 12 månader, och i så fall innebär ju det att ST-delen (efter BT) förkortas från nuvarande 5 år till 4,5 år. Där finns en risk för att framtida specialister inte kommer ha tillgodogjort sig tillräcklig specialitets-specifik kompetens jämfört med dagens specialister som har genomgått 5 års ST-utbildning. Detta är vi oroad över och hade gärna sett att man förtydligade normtiden för ST (exklusive BT) till 5 år.

Avseende skrivelsen om vetenskapligt arbete upplever vi det som otydligt formulerat i förslaget till den nya a3-delmålet med ”kunna ta ett ansvar för att medicinsk vetenskaplig kunskap implementeras och tillämpas i hälso- och sjukvården” samt ”deltagande i implementeringsarbete” som utbildningsaktivitet. Det riskerar att kunna tolkas allt för fritt, nästan som att det ST-läkaren gör under sitt vanliga kliniska arbete skulle vara tillräckligt. Vi anser att det med fördel kan vara krav på att någon form av vetenskapligt arbete ska redovisas skriftligt, även om det inte behöver lika omfattande som idag. Om normtiden för ST (efter BT) blir 4,5 år, vilket vi emotsätter oss ovan, är det dock rimligt att det i första hand är det vetenskapliga arbetet som minskar i omfattning till förmån för klinisk tjänstgöring.

Vi tycker det är synd att man inte behåller nuvarande ”AT-tenta” eller annan skriftlig examination i slutet av BT. Speciellt eftersom innehållet nu blir friare under BT än dagens AT så vore det önskvärt med en skriftlig examination som kompetensbedömning.

Vi ser en farhåga i att man måste ta alltför stor hänsyn till vilka placeringar BT-läkaren har gjort när man utformar dennes ST-utbildningsplan. En individ som t.ex. har för avsikt att bli infektionsläkare kanske förlägger en del av sin BT på infektionsklinik för att snabbare kunna ta sig igenom en infektions-ST. För vår specialitet finns det dock en styrka i att läkare har tjänstgjort på flertal kliniker tidigare, t.ex. inom kirurgi som nuvarande AT-läkare alltid gör.

I 2020 års målbeskrivning föreslås att de stycken som beskriver ST-utbildningen i form av ”Kompetensbeskrivning”, ”Delmål C” och allmänna råd benämnda ”Utbildningsstruktur” tas bort. Vi vill fortsatt ha kvar dessa beskrivningar, och kommer i så fall att ha kvar dessa som rekommendationer från vår specialitetsförening. Dock hade vi önskat att de fortsatt fanns med i Socialstyrelsens målbeskrivning för att råden skulle få mer tyngd och ST-utbildningen fortsatt likvärdig på olika orter i landet.

För SILFs specialistutbildningskommitté (SPUK)

Lena-Maria Söder

Remissvar från SIM - Svensk Internmedicinsk Förening (SIM)

SOCIALSTYRELSEN, diarienummer 4.1-6870/2020

Remiss avseende förslag till:

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2020:XX) om läkarnas specialiseringstjänstgöring
- Läkarnas specialiseringstjänstgöring – Målbeskrivningar 2020
- Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2020:XX) om ändring i föreskrifterna (SOSFS 1999:5) om allmäntjänstgöring för läkare
- Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2020:XX) om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2015:8) om allmäntjänstgöring om läkarnas specialiseringstjänstgöring
- Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2020:XX) om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2017:80) om legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården vid utbildning från tredjeland

Styrelsen i SIM avger följande synpunkter:

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2020:XX) om *läkarnas specialiseringstjänstgöring*:

Läkarnas specialiseringstjänstgöring – *Målbeskrivningar 2020*:

- Bra att det tydliggörs att ST-läkare kan vara handledare för läkare under BT.
- Bra med tillägg om mål barn och ungdomar.
- Bra med förändring avseende vetenskapligt arbete (delmål a3).

INTERNMEDICIN:

- Under delmål c1 kompetenskrav är det tre s i "bass- specialiteter".

Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2020:XX) om ändring i föreskrifterna (SOSFS 1999:5) om *allmäntjänstgöring för läkare*:

- Bra med icke-tvingande ordning på tjänstgöring.
- Bra att det tydliggörs att ST-läkare kan vara handledare för läkare under AT.

Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2020:XX) om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2015:8) om allmäntjänstgöring om *läkarnas specialiseringstjänstgöring*:

Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2020:XX) om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2017:80) om *legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården vid utbildning från tredjeland*:

Synpunkter på remiss 4.1-6879/2020 från Utbildningskommittén i Svensk Kirurgisk Förening till SLS för inlägg till Socialstyrelsen

Synpunkter på BT:

I förslaget framgår att BT kan inledas som början på en ST placering och då ska verksamhetschefen för specialiteten vara den som organiserar och bedömer BT. Alternativt kan BT vara en isolerad tjänstgöring utan bestämd påföljande ST. Antal ST block ska bestämmas av regionens behov.

Det kan således finnas olika alternativ och former för BT. Om det ingår i ett ST program kan det räcka med 6 mån (2 tre mån placeringar i akut sjukvård och allmän medicin) och resterande två tre mån placeringar kan sen ingå och inräknas i tid för ST .

Om man gör ett isolerat BT behövs ett år med 4 tre månaders placeringar. Oklart vem som kommer att bestämma behovet av isolerade BT i en region?

Det förefaller bli svårt att kunna ha kontroll på antal BT i en region, sannolikt kommer ett vikariat efter avslutad läkarutbildning kunna övergå i en BT om kravet på handledning har uppfyllts.

Oklart om BT måste utannonseras.

Det kan vara svårt att planera för behovet/möjligheten att utbilda hos en enskild vårdgivare mer än ett år före vederbörande läkare faktiskt ska komma. Det ställer stora krav på att verksamheten har lång framförhållning på vilken kostym- budget/produktion den kommer att ha.

Specialisttjänstgöringen, inkl BT, ska vara minst 5,5 år. BT anges minst ska vara 6 mån, men anges också i normalfallet förväntas kräva 1 år. Normaltiden för specialisttjänstgöring blir då snarare 6 år.

BT ska bedömas av huvudhandledare, extern bedömare och huvudansvarig verksamhetschef. Det åligger huvudhandledaren att följs kompetensutvecklingen, samla in bedömningar från olika placeringar och göra en sammantagen bedömning. Den externa bedömaren uppgift är att kontrollera om intyg, bedömningsmallar mm är korrekta? Den externa bedömaren ska ju inte ha tjänstgjort vid samma enhet som läkaren som gjort BT.

Var kommer regionen få tag i externa bedömare? Ska det vara en grupp arvoderade pensionerade läkare?

Även att bestämma huvudhandledare kan bli svårt, ska den vara från allmän medicin eller akut sjukvård som är de två obligatoriska placeringarna eller om kombinerat BT/ST en handledare inom ST specialiteten, som då ska ha nära kontakt med allmän medicin, akut sjukvård samt två ytterligare placeringar innan den BT läkaren ens påbörjar ST placeringen?

Övergångsbestämmelser från 1 juli 2020 tills BT är fullt i bruk 2024 saknas eller är oklara.

Problemet med dubbelspecialisering med byte av specialisering till tex brist specialitet av en " äldre" specialist kräver att man genomgår BT. I konsekvensutredningen (sida 18) förfaller

det att nuvarande specialister som framgent vill skaffa sig en andra specialitet förväntas genomgå BT, vilket verkar ineffektivt.

Specifika synpunkter:

- Att uppfylla kravet på bt2 (psykiatriska sjukdomstillstånd och övrig psykisk ohälsa) utan att en placering inom psykiatrin har gjorts, kan bli svårt.
- bt12 (barn och ungdomar) och bt17 (behov av palliativ vård) kräver kanske att man tänker på hur man kombinerar sina placeringar, men borde gå att tillgodose inom akut sjukvård eller primärvård om man bara betänkt hur patientgrupperna på de ställen läkaren tjänstgör ser ut.
- Det känns rimligt att det är ok för ST-läkare, med utbildning i handledning, att vara handledare för BT-läkare. Det är ju dessutom ett krav i ST att ha pedagogisk verksamhet (a6).

Synpunkter på ST:

Angående ST utbildning i kirurgi ser vi inte att det innebär några större ändringar.

Nuvarande delmål a5 (i förslaget a3) är förändrat och kravet på eget vetenskapligt arbete är borttaget och ersatt med att ST ska delta i ett arbete med att implementera medicinsk vetenskaplig kunskap i vården. Det ska tydligare spegla behovet specialisläkaren har i sin framtida gärning, men beror även på att det har varit svårt att få till i alla verksamheter att kraven ser väldigt olika ut. (Konsekvensutredningen 2.2). Man kan dock fundera över om det riskerar att bidra till att vidga klyftan mellan "akademiska" verksamheter och andra, och då försvåra för potentiellt forskningsintresserade yngre kollegor som inte tjänstgör på universitetssjukhus att komma i kontakt med forskande enhet. I en sjukvård där alltmer av kirurgiska folksjukdomar behandlas utanför universitetssjukhus behöver vi stimulera även kirurger som utbildas i de verksamheterna att se till att klinisk forskning fortsätter att bedrivas.

Vi hade önskat att man lagt till en slutexamen och inte bara ha verksamhetschefen och handledarens bedömning om slutligt godkännande av ST utbildningen. Sverige är ett av få länder i Europa som inte har en slutexamen i kirurgi. Införandet av 6 årigt läkarprogram, BT är ju infört för att utbildningen ska vara likvärdig i Europa.

Den nya målbeskrivningen för specialisttjänstgöring i kirurgi (ink BT) förefaller kunna täckas med det kursutbud som Svensk kirurgisk förening erbjuder med KUB kurser.

Med KUB-kurserna och ATLS idag (nuvarande målbeskrivning) tillgodoses kurskraven för alla c-delmål utom c12 och c13.

- c13 (kunskap om lagar och förordningar speciellt relevanta för egna specialiteten) finns inte kvar som c-delmål i förslaget till ny målbeskrivning. Däremot återfinns kunskapskravet inom delmål a1, medan det i nuvarande målbeskrivning mer generellt hållna delmål a6 vad avser lagar och föreskrifter "flyttas" till delmål bt3 för BT.
- delmål c12 (katastrofmedicin) är oförändrat i förslaget. Ges som SK-kurs och även via några Katastrofmedicinska centrum.
- när det gäller delmål inom a och b tillgodoses de idag huvudsakligen direkt via regionerna och i tillämpliga fall av andra kursgivare - LIPUS etc.
- I det nya förslaget är det endast a5 "Ledarskap" och a6 "Lärande" som har krav på kurs som utbildningsaktivitet av a-delmålen.
- Bland b-delmålen finns kurs med som separat utbildningsaktivitet (inte .. eller kurs, all under allmänna råd) för b1 "kommunikation med patienter", b2 "förebyggande och hälsofrämjande arbete", b4 "försäkringsmedicin" samt b5 "palliativ vård". Man har tagit bort kurskravet vad gäller läkemedel men har förflyttat en del av det delmålet till BT.
- Generellt har kravet på kurser för delmålen inom a och b minskat ngt (de förväntas täckas av klinisk tjänstgöring i större utsträckning), men ingen skillnad inom c.

En övrig reflektion kring förändringar i målbeskrivning:

Textstyckena "kompetensbeskrivning", "delmål C" och "utbildningsstruktur" är borttagna.

När det gäller "utbildningsstruktur" var det ju råd om hur man borde strukturera ST och man upplever en risk att de hindrar alternativa bra sätt att ordna utbildningen på. När det gäller kirurgi så står det tex uttalat att utbildningen bör omfatta: klinisk handläggning och operativ träning, kirurgisk operativ jourverksamhet samt strukturerad träning i simulerad miljö. Det som möjligen skulle kunna påverkas negativt av att inte nämnas i en föreskrift är väl tillgången till strukturerad simulerad träning.

Slutligen, tryckfelskommentar:

- I bilaga 10 i filen "Förslag HSLF-FS 2020 XX + bilagor 1-13.pdf" som är blanketten för intyg efter genomgången kurs under ST (och alltså den blankett som alla KUB kursgivare ska fylla i) har man av misstag låtit rubriken där info om kursen ska anges vara "Utvecklingsarbete" istället för "Kurs".

Gabriella Palmer

Utbildningssekreterare, ordförande utbildningskommittén

Svensk Kirurgisk Förening



Svenska Läkarsällskapet, utbildningsdelegationen

Angående föreskrift om BT/ST 2020

Styrelsen för Svensk förening för Klinisk Fysiologi har följande synpunkter på Socialstyrelsens remiss - förslag till nya och ändrade regler om läkarnas ST och AT:

- Vi har förståelse för att övergångsbestämmelser måste stämma överens mellan patientsäkerhetsförordningen och Socialstyrelsens föreskrifter, men vi tycker det är olyckligt att inte redan nu få se ett förslag på dessa. Frånvaron av förslag på övergångsbestämmelser skapar oro. Vi anser att det är mycket viktigt med tydliga och rimliga övergångsbestämmelser, då vi idag har många läkare som just nu genomgår ST enligt 2015-års föreskrift och vi förväntar oss att fortsatt ha det under lång tid framöver, då den sexåriga läkarutbildningen ännu ej är genomförd i Sverige. Vi utgår från att de läkare som nu genomgår ST enligt 2015 och de som kommer in i systemet via nuvarande svensk grundutbildning och AT under en överskådlig framtid ska kunna genomgå ST enligt 2015-års föreskrift.
- Avseende hur kravet på baskompetens ska hanteras för befintliga specialister som vill göra ytterligare en specialisering håller vi med de intressenter Socialstyrelsen samrått med och hänvisar till i konsekvensutredningen, att man bör kunna skaffa sig en ytterligare specialitet utan krav på bastjänstgöring. Att inte godkänna att en specialistkompetent läkare, som erhållit specialistkompetens enligt tidigare föreskrifter, skulle ha kompetens motsvarande bastjänstgöring, även utan ett specifikt intyg, ser vi som orimligt.
- Vi ser positivt på målbeskrivningen för bastjänstgöring och att det finns en tydlig progression mellan dess delmål och de specialitetsövergripande delmålen (a- och b-delmålen) för den övriga specialiseringstjänstgöringen.
- Vi ser både för- och nackdelar med förslaget om att ersätta kravet på självständigt skriftligt arbete enligt vetenskapliga principer med ett implementeringsarbete (kommande delmål a3). Vi vet att det framförallt på icke-universitetssjukhus kan vara svårt att få till ett bra självständigt arbete, svårt att hitta handledare för detta med mera. Samtidigt kan ett sådant arbete

vara en inkörsport till att fortsätta med forskning och därmed ett sätt att rekrytera läkare till klinisk forskning.

- I den nuvarande allmäntjänstgöringen har de flesta AT-läkare möjlighet till valfri placering under del av AT-n och för klinisk fysiologi har detta varit ett bra sätt att få visa vår specialitet för unga kollegor och en väg för rekrytering. Vi hyser en farhåga att klinisk fysiologi och andra små specialiteter, särskilt kanske diagnostiska specialiteter, kommer ha svårare att kunna rekrytera läkare i det nya systemet med BT och ST. För att motverka detta ser vi det som angeläget att man i den kommande sexåriga grundutbildningen under de sista kliniska terminerna särskilt lyfter fram och ger möjlighet till verksamhetsförlagd utbildning inom små kliniska specialiteter.

Linköping som ovan

Karin Rodmar
Utbildningssekreterare

Anna Ormegard
Ordförande

Från: [Ivar Tjernberg](#)
Till: [Susann Asplund](#)
Kopia: [Johan Skogö](#)
Ärende: SV: Remiss från Socialstyrelsen - förslag till nya och ändrade regler om läkarnas ST och AT (dnr 4.1-6870/2020)
Datum: den 10 mars 2020 15:06:24

Hej Susann!

Här följer synpunkter på denna remiss från SoS från oss i Svensk Förening för Klinisk Kemi:

Svensk förenings för Klinisk kemi yttrande över remiss avseende HSLF-FS 2020:xx och Målbeskrivningar 2020, Dnr 4.1-6870/2020

Delmål a5 i dagens målbeskrivning har i den föreslagna målbeskrivningens delmål a3 urvattnats till det föga förpliktigande ”- *kunna ta ett ansvar för att medicinsk vetenskaplig kunskap implementeras och tillämpas i hälso- och sjukvården*”.

Dagens delmål a5 bör behållas i sin helhet, särskilt värdefull i vår specialitet är utbildningsaktiviteten ”*Självständigt skriftligt arbete enligt vetenskapliga principer*”. Om den inte kan ges en plats bland a-delmålen måste vi få möjlighet att utforma ett c-delmål med denna utbildningsaktivitet.

Påståendet i konsekvensutredningen att kravet på progression i förhållande till läkarutbildningen skulle leda till tangering av doktorsexamen inte riktigt och kan upplevas förolämpande.

Angående bedömning av BT-läkarens kompetens (5 kap HSLF-FS 2020:xx) är det vällovligt att krav ställs på att extern bedömare anlitas vid sidan av handledaren. Det är ändå olyckligt att det inte ställs krav på skriftlig examination motsvarande dagens AT-prov. Vi anser att godkänd BT skall baseras på godkänd (skriftlig/praktisk) examen för att säkerställa kvalitet och objektivitet samt att det skall gälla som krav för fortsatt ST-tjänstgöring. Att tillåta en ST-läkare fortsätta med sin ST-tjänst utan att ha godkänd BT kan knappast anses etiskt försvarbart annat än givetvis under en ansöknings-/hanteringsperiod.

4 kap 3§ sista stycket HSLF-FS 2020:xx: Kravet att ST-läkarens handledare tjänstgör vid samma tjänstgöringsställe som ST-läkaren omöjliggör ST-utbildning vid många av våra mindre sjukhuslaboratorier och därmed leda till svårigheter att lösa kompetensförsörjningen i framtiden. Dagens mildare skrivning med allmänt råd bör behållas.

Tiden för övergångsregler får inte understiga 20 år med tanke på de studenter som påbörjar läkarutbildningen 2020 och att det finns flera exempel på ST-läkare som på grund av föräldraledigheter m.m. behöver betydligt mer än 5 år för att hinna med sin ST. För kort tid med övergångsregler kan vara diskriminerande.

Bästa hälsningar,

Ivar Tjernberg

Från: Susann Asplund [mailto:susann.asplund@sls.se]

Skickat: den 13 februari 2020 16:58

Till: Susann Asplund <susann.asplund@sls.se>

Ämne: Remiss från Socialstyrelsen - förslag till nya och ändrade regler om läkarnas ST och AT (dnr 4.1-6870/2020)

Hej!

Ber verkligen om ursäkt, tredje försöket, dessa bilagor är tunga och jag får många studsar men vissa går fram. Målbeskrivningarna som bifogades från SoS är på ca 1 400 sidor och långt tyngre än vad de flesta kan ta emot. Jag har tagit bort den bilaga, och ber er istället gå in här för att hitta målbeskrivningarna: <https://www.socialstyrelsen.se/aktuellt/forslag-pa-nya-regler-for-lakarnas-st-bt-och-at/>

Hälsningar

Susann Asplund

Från: Susann Asplund

Skickat: den 13 februari 2020 16:24

Till: 'Susann Asplund Johansson' <susann.asplund@sls.se>

Ämne: Remiss från Socialstyrelsen - förslag till nya och ändrade regler om läkarnas ST och AT (dnr 4.1-6870/2020)

Till SLS sektioner, delegationer, kommittéer och kandidat- och underläkarföreningen

Hej!

SLS har fått Socialstyrelsens förslag till föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring och tillhörande konsekvensutredning m fl underlag på remiss. Tacksam för era synpunkter senast **den 16 mars 2020 till** susann.asplund@sls.se. Ärendet bereds i SLS av Utbildningsdelegationen.

Socialstyrelsens remiss innehåller förslag till

- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2020:XX) om läkarnas specialiseringstjänstgöring (och bilagor 1–13)
- Läkarnas specialiseringstjänstgöring – Målbeskrivningar 2020
- Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2020:XX) om ändring i föreskrifterna (SOSFS 1999:5) om allmäntjänstgöring för läkare
- Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2020:XX) om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2015:8) om läkarnas specialiseringstjänstgöring
- Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2020:XX) om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (HSLF-FS 2017:80) om legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården vid utbildning från tredjeland

Utöver förslagen till föreskrifter och allmänna råd så bifogas också Socialstyrelsens

- Remissmissiv



Synpunkter på ny BT- och ST-föreskrift från Svenska Neurokirurgisk Förening (SNF)

ST-läkarutbildning i neurokirurgi bedrivs sedan länge på 6 stycken universitetssjukhus i Sverige; i Umeå, Uppsala, Stockholm, Linköping, Göteborg och Lund. Totalt finns det samtidigt mellan 20 och 25 stycken ST-läkare i Sverige som genomgår ST-utbildning i neurokirurgi, och 4 till 5 av dessa ST-läkare slutför utbildningen varje år och blir specialistkompetenta neurokirurger. Ett årligt tillskott av 4 till 5 specialistkompetenta neurokirurger har visat sig tillräckligt för att försörja samtliga neurokirurgiska kliniker med läkarkompetens och resurser de senaste 10 åren. Dock förväntas behovet öka med 1-2 nya specialistläkare per år de kommande 5-10 åren, eftersom neurokirurger allt mer är engagerade i forskning, undervisning, och sjukvårdsadministrativa uppdrag.

Rekrytering av ST-läkare sker likartat på samtliga kliniker och är baserat på kliniska och akademiska meriter, färdigheter och lämplighet. Vanligen erbjuds legitimerade läkare tidsbestämda vikariat på en neurokirurgisk klinik för att pröva tjänstgöring inom specialiteten. Denna typ av "prov-tjänstgöring" är en mycket värdefull och viktig erfarenhet för läkaren som står inför valet att påbörja en krävande ST-utbildning inom en mycket smal klinisk specialitet i ett långt yrkesutövande. Likaledes är det värdefullt för den enskilda kliniken att få möjlighet att skaffa sig en uppfattning om läkarens kunskap, kompetens och lämplighet.

Införandet av bastjänstgöring (BT) som en inledande del av läkarnas specialiseringstjänstgöring är del i en större reform med förlängning av läkarutbildningen till 6 år, och avskaffandet av allmäntjänstgöring (AT). Direkt efter fullgjord läkarutbildning erhålls legitimation varefter läkaren förväntas påbörja BT som inledande del i en vald ST-utbildning. För neurokirurgi innebär det att legitimerade läkare som söker vikariat på en neurokirurgisk klinik kommer direkt från läkarutbildningen utan erfarenhet av tidigare klinisk tjänstgöring, alternativt har hen vikarierat inom annan klinisk specialitet. I likhet med andra smala specialiteter bör detta vara en nackdel i rekryteringsprocessen av ST-läkare för neurokirurgi. Vår erfarenhet är att AT eller motsvarande differentierad klinisk tjänstgöring är tillgodo för ST-läkaren då hen skall välja ST-utbildning för fortsatt yrkeskarriär. I likhet med Läkarförbundet föreslår Svenska Neurokirurgisk Förening att BT görs till en separat och från ST fristående tjänstgöring under handledning med föreslagna delmål för BT och ST A- och B-delmål.

I Socialstyrelsens konsekvensutredning diskuteras frågan om tjänstgöring efter legitimation som inte sker i en formell ST-anställning får räknas in i specialiseringstjänstgöringen. Utredningen tar inte ställning till om relevant och kvalitativ tjänstgöring som läkare under handledning får räknas in i specialiseringstjänstgöringen eller inte, men uttrycker att det finns utrymme för individuella bedömningar inom ramen för tjänstgöring inom den egna specialiteten, vilket SNF välkomnar.

Regeringen föreslår att BT bör fullgöras under 12 månader där tjänstgöring inom primärvård och akutsjukvård skall ingå med 3 månader vardera, och att ytterligare tjänstgöring inom en specialitet där kliniska inslag ingår i det vardagliga arbetet kan ingå med maximalt 6 månader. Om dessa 6 månader kan användas för tjänstgöring i neurokirurgi eller relevant ST-sidoutbildning, skulle tiden för ST-utbildningen i neurokirurgi utnyttjas mer effektivt.



Svensk Njurmedicinsk Förening

Synpunkter på Socialstyrelsens förslag till nya och ändrade regler om läkarnas ST och AT (dnr 4.1-6870/2020)

Svensk Njurmedicinsk Förening förstår att det finns behov att förändra och anpassa läkares kliniska utbildning efter grundutbildningen.

Det är viktigt att utbildningen i den nya formen, som föreslås med BT och ST, håller god kvalitet och bredd samt att anställningsformerna vid både BT och ST är tydliga och trygga.

Föreningen har några synpunkter på de förslag som remissen omfattar, där vi ser både brister och risker.

Idag har vi AT med en tydlig struktur och examination som säkerställer att alla vid läkarlegitimation har goda och likvärdiga kliniska kunskaper. Det är en tidsbegränsad anställning och det krävs ett godkännande för att erhålla läkarlegitimation och kvalificera sig för att kunna söka ST. I nuvarande förslag ger förlängd grundutbildning legitimation och därefter ska läkaren genomföra klinisk tjänstgöring i form av BT som en första del av ST.

Det krävs ett förtydligande av anställningsform och struktur för BT. Om arbetsgivaren anställer en läkare för BT, tar samma arbetsgivare då även ansvar för att läkaren får ST? Vi ser att det skulle kunna medföra en stor risk för att det skulle kunna bli svårt att få BT. Det är tveksamt om en arbetsgivare skulle anställa en läkare för en BT+ST utan någon kännedom om läkaren innan.

Anställningsformen för BT respektive ST måste tydliggöras.

BT innebär klinisk tjänstgöring under handledning i minst 6 månader, men BT är inte tidsbegränsad utan målstyrd. Tjänstgöringen ska innehålla minst 3 månader primärvård och 3 månader akut sjukvård. Det finns dessutom tydliga mål i kompetensbeskrivningen avseende kunskaper inom psykiatri, vilket innebär att tjänstgöring inom psykiatri är nödvändig och bör vara ett krav om målen ska uppnås.

Att BT inte är tidsbegränsad utan målstyrd kan vara en fara då det kan ta längre tid än förväntat och därmed förlänga ST.

Det är viktigt, även av denna anledning, att anställningsformen under BT är tydlig och skild ifrån ST.

Efter grundutbildning på 6 år ska BT genomföras på 6-12 månader.

Därefter, för ST, har de internmedicinska specialiteterna en gemensam kunskapsbas på 2 år. Det är viktigt att kunskapsmålen för BT ses över och anpassas och att det finns en tidsbegränsning så att tiden till specialistkompetens inte fördröjs.

Enligt förslaget krävs i vissa fall inte godkänd BT när man börjar ST. Även här krävs ett förtydligande av anställningsform och vad och vem som avgör ett sådant beslut.

Enligt förslaget ska ett flertal bedömningar av BT-läkarens kompetensutveckling göras under hela bastjänstgöringen. Som minimum ska en bedömning göras efter varje tjänstgöringsperiod. Därefter görs en sammantagen bedömning av huvudansvarig handledare och en extern bedömare i slutet av BT, för att säkerställa att BT-läkaren uppfyller alla kompetenskrav.

Det måste finnas en gemensam och tydlig struktur på nationell nivå för att få bevis på godkänd BT. Dels för att säkerställa att kunskapen efter BT är likvärdig i hela landet och dels för att varje arbetsgivare inte ska behöva utarbeta ett bedömningsunderlag.

Ett skriftligt kunskapstest likt AT-skrivningen ser vi som en kvalitetssäkring i kombination med extern bedömare.

Vi kommer i framtiden att ha läkare under BT med utbildning från andra länder och det är viktigt att vi kan säkra en likvärdig och god kvalitet.

Vi ser också en risk att införandet av BT kan innebära att det blir svårare att rekrytera till njurmedicin. Färre BT-läkare än nuvarande AT-läkare kommer att vara placerade på internmedicinska enheter under sin BT.

Sammanfattningsvis anser Svensk Njurmedicinsk Förening enligt ovanstående resonemang att:

- Det krävs förtydliganden av anställningsform innan BT kan tillsättas
- Det krävs en tydlig struktur av BT som bör vara skilt ifrån ST och ett krav på godkänd BT innan ST påbörjas
- Det ska finnas en tydlig gemensam struktur på nationell nivå för godkänd BT för att säkerställa likvärdig kompetens och kvalité.
- För att uppnå målen enligt kompetensbeskrivningen bör tjänstgöring inom psykiatrien på 2-3 månader vara ett krav.

För Styrelsen i Svensk Njurmedicinsk Förening

Agneta Cassel, ordförande i Utbildningsutskottet



Remissvar till Läkarsällskapet/Socialstyrelsen Gem 2020/0030

Förslag till nya och ändrade regler om läkarnas ST och AT (dnr 4.1–6870/2020)

Remiss avseende förslag till

1. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2020:XX) om läkarnas specialisttjänstgöring

3 kapitlet

1§ och 4§: Vi anser att förslagen 1. sammanslagning av BT och ST till en gemensam tjänst samt 2. att man under BT bara får ha högst 4 tjänstgöringsställen kommer medföra ökade svårigheter för framförallt små specialiteter att rekrytera nya ST-läkare. För oss som tillhör de mindre specialiteterna har den valbara placeringen under AT i nuvarande system utgjort viktig rekryteringsmöjlighet, där läkare har kunnat komma i kontakt med nuklearmedicin via radiologi eller klinisk fysiologi. Med bara fyra placeringar kommer sannolikheten minska för att de mindre specialiteterna kommer att väljas. Tyvärr har de mindre specialiteterna oftast inte mycket utrymme under läkarutbildningen heller. Vi ser en risk i att alltför få läkare kommer att välja BT med direkt koppling till ST i en mindre specialitet som man vet lite om.

Vi anser därför att det är viktigt att synliggöra så många specialiteter som möjligt under läkarutbildningen och BT för att tillgodose behov av nya specialister för att kunna bibehålla högkvalitativ vård. Många av de mindre specialiteterna utför centrala delar/undersökningar för att vårdförlopp ska kunna följas och vården ska fungera. Även kortare tider med svårighet att rekrytera ST-läkare tar oftast många år att reparera. Den nyliga sammanslagningen av flera specialiteter inom området Bild- och funktionsmedicin gav en efterföljande brist på ST-läkare inom t.ex. klinisk fysiologi. I BT borde ingå en plan för hur utbildningsläkare exponeras för fler specialiteter än de fyra som mest kan ingå i BT enligt denna plan.

I Konsekvensutredningen sidan 8 under *Tjänstgöringsställen i bastjänstgöringen* anges att samtliga 4 tjänstgöringsplaceringar skall vara göras inom kliniska specialiteter. Åtminstone en av placeringarna borde kunna göras inom diagnostisk specialitet alternativt att det finns obligatorisk plan för hur BT-läkaren ska exponeras för de diagnostiska specialiteterna.

4§ Vi anser att det är bra att även ST-läkare får handleda BT-läkare.

2. Läkarnas specialisttjänstgöring – Målbeskrivningar 2020

I målbeskrivning för BT är det starkt önskvärt att ytterligare ett delmål rörande kunskap om olika diagnostiska metoder läggs till.

Vi förordar inte förslaget om att ta bort eget vetenskapligt arbete under ST (delmål a3 Medicinsk vetenskap). Vi har upplevt att det vetenskapliga arbetet under ST har varit ett bra tillfälle för ST-läkaren att få testa forskning, man får tid avsatt och om fortsatt intresse finns kan det leda till vidare doktorandstudier. För en fortsatt framstående medicinsk forskning i Sverige är det viktigt att satsa på, skapa intresse och tid för forskning. Forskning bör vara en naturlig del av vården. I dagens högteknologiska sjukvård – ständigt införande nya metoder och behandlingar – kräver



god förmåga att ta till sig och kritiskt kunna bedöma nya forskningsresultat. Vi tycker det är fel att sänka dessa krav i utbildningen, när den verklighet man ska arbeta i stället ställer allt högre krav på förmåga att ta till sig och kunna analysera kontinuerligt flöde av ny vetenskap som ska implementeras i daglig sjukvård.

I målbeskrivningen för 2015 fanns förutom beskrivning av alla olika a-b- och c-delmål tre avsnitt med beskrivande fri text, ett med rubrik *Kompetensbeskrivning*, ett med rubrik *c-delmål* och ett med rubrik *Allmänna råd/Utbildningsstruktur*. Har ni tagit bort dessa avsnitt eller är de flyttade till annat ställe?

3. Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2020:XX) om ändring i föreskrifterna (SOSFS 1999:5) om allmäntjänstgöring för läkare

Inga ytterligare synpunkter.

4. Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2020:XX) om ändring i föreskrifterna (SOSFS 2015:8) om läkarnas specialisttjänstgöring

Inga ytterligare synpunkter

5. Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2020:XX) om ändring i föreskrifterna (SOSFS 2017:80) om legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården vid utbildning från tredjeland

Inga ytterligare synpunkter

6. Konsekvensutredning

Kommentarer till

Sidan 8-9: Vi menar att det är mycket viktigt att BT och ST hålls som separata delar och att man är klar och godkänd med BT innan man startar ST.

Vill minnas att man tidigare sagt att BT skulle vara ett år. Nu verkar det som man slår ihop till en gemensam tjänst där BT blir inledningen, där sista halvåret verkar glida in i ST. Men målbeskrivningen för BT är omfattande, och risken blir stor för intrång på tid som är avsatt till ST. Vi ifrågasätter om det verkligen är realistiskt att tro att man kommer kunna uppnå både ST och BT-mål på 5,5år? Här får man även tänka sig in i BT/ST-läkarens situation. Hur många kommer direkt efter avslutad läkarutbildning veta att de ska söka t.ex. BT- ST-Klinisk fysiologi eller radiologi? Risken blir stor att man får många nyutexaminerade läkare som hoppar omkring på vikariat utan organiserad handledning innan de vet vad de vill bli.

Vi bedömer att en sammanslagning av BT och ST blir ytterligare en sak som riskerar påverka våra rekryteringsmöjligheter negativt.

Sidan 10: Huvudansvarig handledare: här verkar det som man förordar en huvudansvarig handledare för både BT och ST, vilket vi bedömer kommer att bli svårt för oss som diagnostisk specialitet med hänsyn till skillnaden jämfört kliniska specialiteter.



SVENSK FÖRENING FÖR NUKLEARMEDICIN

SWEDISH SOCIETY OF NUCLEAR MEDICINE

sid. 3(4)

Sidan 15: Nuklearmedicin är en tilläggsspecialitet i Sverige idag, medan det inom de flesta andra EU-länder är en egen specialitet där man lägger 5 år på utbildning i just nuklearmedicin. Vid rekrytering av kollegor från andra specialiteter får man ofta från både sökande och arbetsgivare krav om att tillgodoräkna sig så mycket som möjligt från tidigare ST. Därför viktigt ni i anslutning till detta betonar att det som har högst prioritet är att kunskapsmålen är uppfyllda.

Sidan 17-18 Bevis om specialistkompetens: Här har vi förstått det som att är man specialist godkänd enligt gammal ordning och bestämmer sig för att lägga till eller byta specialitet, så måste man även göra bastjänstgöringen (BT) eftersom man inte gjort detta tidigare. Detta tycker vi är fel. De som fått godkänd svensk läkarlegitimation och är godkända fram till nu har ju alla genomfört godkänd AT. Så detta borde självklart räknas som godkänd BT. Om det finns kurser som är nya eller har förändrat innehåll jämfört i tidigare system (AT), som bedöms så viktigt att de motiverar att man ska göra ny BT - bör inte då alla redan färdiga specialister gå om dem oavsett om man byter specialitet eller ej?



Sammanfattning:

I Sverige idag har vi många kliniska fysiologer och radiologer som arbetar med nuklearmedicin utan vara formella specialister i nuklearmedicin. Det är från dessa två grupper som vi i huvudsak rekryterar till ST, vilket vi tagit hänsyn till när vi skrivit vårt svar.

Nuklearmedicin är en tilläggspecialitet i Sverige idag, medan det inom de flesta andra EU-länder idag är en egen specialitet där man lägger 5 år på utbildning i just nuklearmedicin.

Nuklearmedicin är en specialitet under stor utveckling och utbyggnad. Våra undersökningar ingår i allt fler vårdförlopp, inte minst inom tumördiagnostik. För att kunna hålla en god och jämlik sjukvård över landet är det därför viktigt att vi blir fler specialister och att vi kan ersätta pensionsavgångar.

Vi anser att flertal förslag i utredningen om BT och ST kommer att påtaglig påverka våra möjligheter att rekrytera ST-läkare i framtiden negativt och har därför följande synpunkter:

- Vi menar att föreslagen förändring av AT till BT kommer att medföra påtagligt ökade svårigheter att rekrytera nya ST-läkare, framförallt för små specialiteter som man inte exponeras för så mycket under läkarutbildningen. Se även ovan.
- Vi förordar att man håller BT och ST som separata delar och att man måste ha godkänd BT innan man startar ST.
- Vi förordar även separata handledare för BT och ST, då det kan vara svårt för diagnostiska specialiteter att ansvara för BT men att vi absolut bör ha huvudansvar för handledningen under ST.
- I målbeskrivning för BT är det starkt önskvärt att ytterligare ett delmål rörande kunskap om olika diagnostiska metoder läggs till.
- När det gäller delmål a3 Medicinsk vetenskap för ST förordar vi starkt att man ska behålla eget vetenskapligt arbete
- De som fått godkänd svensk läkarlegitimation och är godkända fram till nu har ju alla genomfört godkänd AT. Så detta borde självklart räknas som godkänd BT.

För styrelsen Svensk Förening för nuklearmedicin (SFNM)

2020-03-15

Elin Trägårdh
Ordförande SFNM
Bild och Funktion
Skånes universitetssjukhus, Malmö
Elin.tragardh@skane.se

Eva Olsson
Facklig sekreterare SFNM
Fysiologiska kliniken
Universitetssjukhuset Linköping
Eva.olsson@regionostergotland.se

Från: [SOF-Kansli](#)
Till: [Susann Asplund](#)
Ärende: Svar på remiss från Socialstyrelsen - förslag till nya och ändrade regler om läkarnas ST och AT (dnr 4.1-6870/2020)
Datum: den 4 mars 2020 16:39:21

Svensk Ortopedisk Förening (SOF) tackar för möjligheten att inkomma med synpunkter på Socialstyrelsens förslag på ny föreskrift om läkarnas specialiseringstjänstgöring och ny målbeskrivning för specialisering inom Ortopedi.

Vår bedömning sammantaget är att den nya författningen (med införandet av BT) och den nya målbeskrivningen inom Ortopedi kommer innebära hanterbara förändringar för utbildning inom Ortopedi.

- Vi **tillstyrker** möjligheten att erbjuda BT i separat anställningsform. Ortopedi bedrivs på sjukhus i alla storlekar. En möjlighet till separat BT kommer även fortsättningsvis kunna bereda framtida kollegor en bra grund att stå på genom BT-tjänstgöring på mindre sjukhus som inte sedan har lika många ST-tjänster att erbjuda. *Konsekvensutredning sid 9.*
- Vi **avstyrker** att befintliga specialister (som följt gamla systemet med AT och ej BT) som ska göra ytterligare specialisering enligt de nya reglerna skulle omfattas av kravet på bastjänstgöring eftersom de inte gjort sådan tidigare (6 mån mintid). Det skulle innebära att ortopedier enligt gamla systemet som sedan vill bli handkirurger enligt nya systemet skulle vara tvungna att göra 6 mån BT varav 3 mån primärvård. Handkirurgi har tidigare varit en grenspecialitet till Ortopedi. Utifrån ställda kunskapskrav bedöms detta vara orimligt. *Konsekvensutredning sid 18.*
- Vi vill också betona vikten av att bibehålla hög kunskapsnivå hos färdiga specialister vad gäller vetenskap när det självständiga arbetet försvinner från ST. Att nivån bibehålls kan följas upp i samband med framtida revisionsarbete.

För SOF,

Anne Garland, Vice Ordförande och Utbildningsansvarig

/

Lena Göthe

SVENSK ORTOPEDISK FÖRENING
Tuna Industriväg 4
153 30 JÄRNA
Tfn: 08-550 390 50

Mobil: 076-550 81 34

www.ortopedi.se



Svensk förening för Otorhinolaryngologi, Huvud- och Halskirurgi

Swedish Association of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery

Till Svenska Läkaresällskapet

Svensk förening för Otorhinolaryngologi, Huvud- och Halskirurgi (SFOHH) vill härmed lämna följande synpunkter och remissvar på Socialstyrelsens förslag om nya och ändrade regler för läkares ST och AT.

För specialiteten Öron-, näs- och halssjukdomar kommer föreslagna nya och ändrade regler om läkarnas ST och AT att ha stor betydelse för hur vi organiserar vår ST-utbildning, men även för rekrytering till specialiteten. Svensk Förening för Otorhinolaryngologi, Huvud Hals kirurgi (SFOHH) vill framföra följande synpunkter:

1. Mycket talar för att BT kommer att bli en egen tjänst som utannonseras separat. En godkänd BT godtas i alla specialiteter – BT genomförs bara en gång. Kopplingen mellan fortsatt specialiseringsutbildning och BT blir därför inte given. Att i detta läge överlåta helt till regional reglering att planera antalet BT-platser efter det framtida behovet av specialistläkare (inom den regionen) kan leda till ett fördröjt och för litet utbud av BT-platser. Detta kan i sin tur leda till fördröjning i utbildning av färdiga specialister. Vidare kan det bli en stor skevhet i hur BT-platserna fördelas över landet. Utbudet av BT-platser bör också ta stor hänsyn till antalet legitimerade läkare som utexamineras. Vi rekommenderar därför en centralt reglerad nationell fördelning av ett basutbud av BT-tjänster.
2. Tiden för BT är satt till minst sex månader. Denna tid är för kort av bland annat följande skäl:
 - a. Den föreslagna målbeskrivningen för BT är tämligen omfattande. För att kunna visa att kompetens är uppfylld för hela BT målbeskrivningen bör därför minimitiden för BT förlängas.
 - b. Om målbeskrivningen skall uppfyllas på sex månader finns risk att målbeskrivningen får mindre tyngd och att BT-läkaren blir godkänd utan att egentligen uppfylla målen.
 - c. Då det dessutom är flera mål som kommer åter under ST efter att BT:n är avslutad ökar risken ytterligare för att målbeskrivningen för BT förlorar sin betydelse och att vissa delmål måste undervisas dubbelt för att säkerställa kvaliteten
3. Obligatoriskt innehåll är endast allmän medicin och akut sjukvård. SFOHH befarar att båda dessa delar kan komma att uppfyllas utan tjänstgöring på sjukhus vilket är fullt möjligt med nuvarande skrivning. Som förberedelse inför fortsatt ST är det avgörande att BT-läkaren erhåller kunskap och blir förtrolig med hur sjukvård fungerar på enhet där ineliggande vård bedrivs.

4. I målbeskrivningen utgörs delmål bt2 av kompetens att bedöma akuta och icke akuta psykiatriska sjukdomstillstånd. Vi är medvetna om att det stora flertalet av dessa patienter sköts inom ramen för allmän medicin men det är viktigt att under BT även få en insyn i slutenvårdens handläggning av dessa patienter och handläggning av mera komplicerade tillstånd. En förutsättning för detta är placering på psykiatrisk enhet, och lämpligen på akutmottagning för psykiatriska sjukdomstillstånd. Detta bör således vara obligatoriskt inom ramen för BT.
5. Delmål a3 är oklart formulerat och öppnar för fortsatt oklar tolkning. Det behövs ett bättre ställningstagande kring det vetenskapliga arbetet under ST. Vilka krav ställs? Formuleringen ”kunna ta ett ansvar för att medicinsk vetenskaplig kunskap implementeras och tillämpas i hälso- och sjukvården” är så vag att den kan tolkas hur som helst. Råden för genomförandet är precis lika oklara och behöver förtydligas. SFOHH skulle önska en precisering där en tydlig inriktning finns.

2020-03-14, För Svensk Förening för Otorhinolaryngologi, Huvud- och Halskirurgi (SFOHH)

Per von Hofsten, ordförande SFOHH

Måns Eeg-Olofsson, vice ordförande och utbildningsansvarig SFOHH

Ann Hermansson, Vetenskaplig sekreterare SFOHH

Diana Berggren, ledamot SFOHH



Svenska Barnläkarföreningen
The Swedish Paediatric Society

Svenska Barnläkarföreningens svar på remiss från Socialstyrelsen:

Förslag till nya och ändrade regler för läkares ST och AT

Allmänt

Övergångsreglerna behöver förtydligas. Vilken målbeskrivning ska ST-läkare med svensk legitimation efter 1 juli 2020 basera sin ST på?

Det framgår inte om BT måste vara godkänd av Socialstyrelsen innan resten av specialiseringstjänstgöringen får påbörjas. Om BT organiseras centralt – och BT inte måste vara godkänd innan ST formellt påbörjas – kommer eventuella krav på komplettering från Socialstyrelsen att landa i knät på verksamheten/specialiteten. Arbetsgivare kommer inte vilja riskera detta, vilket sannolikt ökar risken för s.k. ”gråblock” i förlängningen.

”BT ska innefatta minst tre månaders tjänstgöring inom akut sjukvård”, en tjänstgöring som ska ge BT-läkaren möjlighet att ”handlägga akuta sjukdomstillstånd inom ett flertal diagnosområden”. Både begreppet ”akut sjukvård” och ”akuta sjukdomstillstånd inom ett flertal diagnosområden” behöver definieras och/eller beskrivas! Kan man t.ex. tillgodoräkna sig delmålen genom en tre månaders tjänstgöring inom barnmedicin där jourtjänstgöring inkluderas?

Målbeskrivning BT

Från Svenska Barnläkarföreningens sida är vi positiva till att ”Barn och ungdomar” inkluderas som ett eget delmål under BT (delmål bt12).

Målbeskrivning BT och ST

Separata målbeskrivningar för BT och ST är tydligt men det behövs också en **sammanställning av Delmål Läkares ST**, de flesta är ju gemensamma för BT och ST och det skulle då framgå mer vad man tänker ska ingå i respektive del (BT resp ST) och hur progressionen kan tänkas se ut.

Handledarutbildning

Vi tycker att förtydligandet kring handledning under BT som finns i konsekvensanalysen är bra. ST-läkare kan absolut vara bra handledare under BT men måste i så fall få handledarutbildning. **Utbud av handledarutbildning, tid för handledning och fortbildning av handledare** är en av de stora utmaningarna i denna reform. Vi anser att man generellt underskattar den tid och träning som krävs för god handledning.

Vem bedömer ST-läkarens kompetens?

”Bedömning ska göras av den huvudansvariga handledaren och ytterligare en läkare som har ett bevis om specialistkompetens i den specialitet som ST-läkaren avser att uppnå.”

- Verksamhetschefens roll borttagen angående att bedöma ST-läkarens kompetens.
- Krav på samråd med studierektor finns inte längre med.
- Hur utses ”ytterligare läkare”, vem utser hen?

Ny målbeskrivning ST

Delmål a1: ”Lagar och andra författningar för den egna specialiteten” kopplar till bt3 och ersätter tidigare a6 (SOSFS 2015:8). Varför ska detta finnas som specialitetsövergripande delmål när man i formuleringen skriver ”egna specialiteten”? Delmål bt3 gäller för många specialiteter och för övriga kan detta ligga kvar som ett c-mål.

Delmålet är svårt att säkerställa med endast klinisk tjänstgöring, utan bör kompletteras med ett kurskrav.

Delmål a3: Vi anser att det är olyckligt att kravet på ett ”skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer” tagits bort och istället ersatts av ett kompetenskrav på att ”ta ansvar för att medicinsk vetenskap implementeras och tillämpas” samt ett krav på ”deltagande i implementeringsarbete”. Vi kan förstå resonemanget med att det är svårt att få till en progression jämfört med grundutbildningen utan att det tangerar en doktorsexamen.

Det vetenskapliga arbetet ger dock en möjlighet för ST läkaren att aktivt tillämpa vetenskapliga principer och fördjupa sig i ett vetenskapligt resonemang. Det kan vara en inkörsport till forskningen och en chans att starta upp forskning eller annat vetenskapligt arbete som sedan kan fortsätta och utvecklas vidare även efter fullgjord ST.

Denna förändring sänder en signal om att klinisk forskning inte prioriteras som en viktig del av sjukvården, med risk för att färre läkare blir aktiva/involverade i klinisk forskning. Detta är en extremt viktig faktor för att den svenska sjukvården även ska utvecklas i framtiden. Speciellt i dessa tider där vetenskapligt tänk, kritiskt förhållningssätt och källkritik är eftersatt i samhället är det väl extra viktigt att vi säkerställer att landets specialistläkare jobbar i enlighet med Evidence Based Medicine?

Implementering av medicinsk kunskap är dock mycket viktigt inom hälso- och sjukvården och behöver få mer fokus. Vi skulle dock önska en större tydlighet både vad gäller krav på nivå av ansvar/aktivitet och vetenskaplighet.

Förslag till ny formulering av delmål a3

Nytt delmål	Utbildningsaktiviteter
kunna ta ett ansvar för att medicinsk vetenskaplig kunskap implementeras och tillämpas i hälso-och sjukvården genom tillämpandet av medicinskt vetenskapliga principer	Aktivt ansvar för implementeringsarbete

Individuellt utbildningsprogram för ST

Vi tycker att det är bra med ett förtydligande med vad som skall innefattas i ett individuellt utbildningsprogram, men anser att när man enbart betonar vikten av att det skall innehålla (i) planerade interna och externa utbildningsaktiviteter, (ii) planerad tid för handledning och bedömningar samt (iii) planerad tid för självstudier, finns återigen risken att för stor del av fokus på hur man blir en bra läkare läggs på just teoretiska eller faktabaserade kunskaper.

För att bli en bra läkare behövs **kunskaper** (teoretiska eller faktabaserade), **färdigheter** – kognitiva (som inbegriper användning av logiskt, intuitivt och kreativt tänkande) och praktiska (som inbegriper manuell skicklighet och användningen av metoder, material, verktyg och redskap) men även **kompetens** (förmågan att ansvarsfullt, självständigt och omdömesgillt använda sina kunskaper och färdigheter i samarbete med andra). De senaste förordningarna gällande ST har gjort att fokus mer och mer legat på det förstnämnda. För att motverka detta i nästa förordning föreslår vi att man i utbildningsprogrammet lägger in krav på planering av progression och bedömning avseende kompetens enligt kompetenstrappan <https://www.dropbox.com/sh/c9wtb73p7naz89t/AAAFxewHElkoed2XoNjypilna?dl=0> eller motsvarande.

Kurskrav etik

Delmål bt8 kan slås samman med delmål bt9 (jfr delmål a2 enl SOSFS 2015:8) och kallas "Bemötande och etik i det dagliga arbetet" (basnivå i kommunikation med andra kunna identifiera och hantera värdekonflikter).

Delmål a4: Etik är ett viktigt och svårt ämne som kräver progression genom utbildningen. Kompetens för etiska frågor brister ofta på klinikerna och om målsättningen är att ST-läkaren ska kunna "analysera med utgångspunkt i medicinsk-etiska principer" räcker inte klinisk tjänstgöring som utbildningsaktivitet. Hur är det tänkt att detta ska kunna uppnås via deltagande i utvecklingsarbete? Vi anser att detta delmål bör ha krav på kurs på samma sätt som det krävs för kurs för lärande, kommunikation, ledarskap, sjukdomsförebyggande arbete, läkemedel och försäkringsmedicin.

För Svenska Barnläkarföreningen, 15 mars 2020

Per Brolin, ordförande, BLF

Eva Albinsson, ordförande, BLFs Utbildningsutskott

Svar från SPKF till SLS beträffande förslag till nya och ändrade regler om läkarnas ST och AT (dnr 4.1-6870/2020)

Baserat på den av SoS delgiven dokumentation finner Svensk Plastikkirurgisk Förenings (SPKF) styrelse att de föreslagna ändringarna till viss del kan ha negativa effekter på den plastikkirurgiska professionen. Avskaffandet av allmäntjänstgöringen innebär en totalt sett förkortad klinisk utbildning inom andra kirurgiska specialiteterna, bl.a. ortopedi och allmänkirurgi, men även narkos. Avsaknad av obligatorisk medicinplacering och psykiatriplacering kan också inverka menligt på plastikkirurgens förmåga att handlägga tillstånd som relaterar till nämnda specialiteter, och som patienter som handläggs inom plastikkirurgin kan drabbas av. Vi bedömer det som angeläget att säkerställa att tillfället att tillgodogöra sig denna kunskap inte försämras i det föreslagna systemet.

I fråga om ändringen av formerna för det vetenskapliga arbetet upplever vi att det föreslagna implementeringsarbetet sannolikt inte i tillräcklig grad kommer att bidra till att utveckla ST-läkarens vetenskapliga förhållningssätt till den medicinska professionen. I en verksamhet där evidensbaserad vård och kunskapsstyrt arbete är ett grundkrav innebär det vetenskapliga arbetets försvagning en reell utbildningsmässig försämring.

Då BT-tjänsten företrädesvis kräver placering på vårdcentral och inom akutsjukvården befarar vi att denna kan bli en utbildningsmässig flaskhals. I AT-systemet är spridningen större, med konsekvensen att fler "ryms" i systemet samtidigt. Risken är att väntetiderna för att fullgöra BT-placeringarna i bästa fall kan komplicera- och i värsta fall fördröja – fullgörandet av ST-utbildningen. Vi ställer oss också kritiska till att BT:n inte föregår ST:n, detta då mycket av kunskaperna som ST-kollegorna förväntas ha förvärvat under BT-utbildningen är av vikt för att kunna handlägga patienter i det dagliga arbetet som ST-läkare.

Sammantaget sett bedömer vi att de föreslagna ändringarna försvagar de framtida ST-läkarnas kunskapsunderlag. Vår önskan är systemet utformas så att detta kunskapstapp minimeras. I den mån systemet implementeras är vår förhoppning också att man, så långt det är möjligt, säkerställer en smidig övergång från det tidigare systemet. Det innebär främst att den som tidigare genomgått AT inte ska behöva fullgöra en BT-utbildning.

Amar Karalija

Styrelseledamot SPKF (sammankallande i utbildningskommittén)

2020-03-16

Remissvar: Synpunkter på Socialstyrelsens förslag till nya och ändrade regler om läkarnas ST och AT (dnr 4.1-6870/2020)

Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) tackar för möjligheten att yttra sig över rubricerade remiss.

AT/BT

Genomgång av remissen och konsekvensanalysen. SPF är eniga om att psykiatridelmålen är välformulerade och adekvata. Vi anser dock att tjänstgöring i tillräcklig omfattning inom Psykiatri under BT är absolut nödvändig för att kunna uppnå de formulerade delmålen.

SPF tillstyrker rekommendationen till formativ bedömning, så som det beskrivs i remissen. En oro är dock hur slutbedömningar i praktiken ska bli likvärdiga och hur utbildningskvaliteten ska säkerställas? Det ter sig orimligt att psykiatrisk kompetens, efter genomgången BT, kan bedömas av handledare, utan egen erfarenhet av arbete inom psykiatri, utifrån hur delmålen är formulerade.

En viktig aspekt är hur det ska säkerställas möjlighet till BT för de legitimerade läkare som efter examen inte direkt erbjuds/tackar ja till en kombinerad BT/ST? Vilken verksamhetschef vill ta dessa BT-läkare under sina vingar och säkerställa att de får individuellt utbildningsprogram och huvudansvarig handledare, för en relativt kort period? Blir dessa BT-läkare lika attraktiva, eller kommer de att själva få försöka ordna sin utbildning? Hur säkerställer vi att det blir samma kvalitet för båda grupperna? Förtydliganden behövs om var ansvaret ligger för bl.a. finansiering, handledning, individuellt utbildningsprogram. SPF uttrycker en oro för att unga läkare riskerar komma i kläm i övergången till BT och ST.

Vidare anser SPF att det saknas en tydlighet kring hur man ska säkerställa såväl BT-läkarens utbildningstrygghet, som BT-läkarens kompetens. Handledarens uppdrag under BT är omfattande, men befogenheterna när BT-läkaren inte uppnår de utsatta målen behöver förtydligas. Kan handledare, ensam eller i samråd med verksamhetschef fatta beslut om förlängning av BT? Eftersom målen inte är uppfyllda är det rimligt att utgå ifrån att den förlängda tjänstgöringen inte kan tillgodoräknas i en ST utbildning, utan fortsätter att vara del av BT. Hur skall finansiering se ut i så fall? Även BT-läkarens rätt till exempelvis överklagan eller annan bedömare behöver specificeras. Kan BT-läkaren begära annan bedömare? Här bedömer SPF att det behövs en tydligare skrivning.

ST 2020

SPF anser att de delmål som i detta förslag flyttas från ST till BT är adekvata utifrån att BT-läkaren är legitimerad. En skillnad mellan ST 2015 och ST 2020 är att de som bedömer erhållen kompetens inför specialistansökan är huvudhandledaren (som tidigare) och ytterligare en specialist (eventuellt extern bedömare). Verksamhetschefen roll blir att bekräfta uppnådd arbetad tid. Detta förtydligande av roller inför ansökan ses inte som något kontroversiellt.

Oroande är att både vetenskapliga arbetet och kvalitetsarbetet försvinner. Vetenskapliga arbetet ersätts med utbildningsaktivitet; deltagande i implementeringsarbete. Svenska Psykiatriska Föreningen uttrycker en oro att detta kan leda till försämrade möjligheter för kliniskt verksamma läkare att delta i forskning. Det är redan en konstaterad brist på forskande läkare. Ambitionen med att introducera ett obligatorisk vetenskapligt arbete i specialiseringstjänstgöringen var att höja kvalitén på utbildningen. Läkaryrket innebär ett livslångt lärande. Att inom sitt valda specialistområde fördjupa sig i vetenskaplig litteratur och framförallt utveckla ett vetenskapligt tankesätt och förstå hur vetenskapligt arbete går till ökar kompetensen i det kliniska arbetet, ger verktyg att kritiskt granska bl.a. studier presenterade i marknadsföringssyfte.

Förändringen riskerar att äventyra den höga kvalitén vi under de senaste åren uppnått inom ST utbildning i Sverige. Den riskerar även att förvärra en redan konstaterad brist på forskande läkare. Förslaget kan delvis förstås utifrån att det idag är väldigt ojämnt över landet med möjligheter för ST-läkare att få kompetent handledning i sina ST-projekt, vilket på ett olyckligt sätt kunnat förlänga ST på ett icke önskvärt sätt för enskilda läkare. Det saknas i konsekvensanalysen ett resonemang kring hur vi ska säkerställa bibehållande av vetenskapligt förhållningssätt och återväxten av forskande läkare, vilket vi ser som en allvarlig brist.

För Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse med stöd av Utbildningsutskottet

Lotta Sandström
styrelseledamot SPF
ordförande i Utbildningsutskottet
ÖL i Psykiatri

Alessandra Hedlund
ordf Svenska Psykiatriska Föreningen
ÖL i Psykiatri

Remissvar från Svenska Rättspsykiatriska Föreningen angående Socialstyrelsens remiss om förslag till nya och ändrade regler om läkarnas ST och AT (dnr 4.1-6870/2020) med analys av dess konsekvenser för psykiatri och rättspsykiatri

Till Socialstyrelsen

Till Sveriges läkarförbund

Till Svenska Läkaresällskapet

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen har tagit del av Socialstyrelsens remiss om nya föreskrifter för BT, ST och AT. Föreningen har ett antal synpunkter på denna remiss och de övergripande förändringar som denna remiss är en del av, främst kring hur BT kommer att ersätta AT och konsekvensen av detta för psykiatri och rättspsykiatri, vilket också är det område som innebär störst förändringar, och det område som Socialstyrelsen har fokuserat sitt utredningsarbete på.

Föreningen anser att konsekvenserna av de föreslagna förändringarna kommer att bli mycket stora för psykiatri, närmast uteslutande till det sämre, och noterar att liten eller ingen hänsyn tycks ha tagits till detta. Det är anmärkningsvärt att Socialstyrelsens konsekvensanalys kring de nya målbeskrivningarna knappt nämner psykiatri alls (mer om detta nedan). I förlängningen innebär konsekvenserna för psykiatri även konsekvenser för rättspsykiatri, som i form av en grenspecialitet till psykiatri bygger på en fungerande psykiatri.

Utöver detta finns specifika negativa konsekvenser för gren- och tilläggsspecialiteter som rättspsykiatri, beroendemedicin och äldrepsykiatri. Förändringarna motverkar bland annat Svenska Rättspsykiatriska Föreningens mål att fler ska utbilda sig till rättspsykiater.

Förslagen leder till ännu större brist på både över- och underläkare inom psykiatri

Att psykisk ohälsa är växande och bör prioriteras inom vården har varit ett högst aktuellt ämne i debatten på senare tid. Ett av problemen inom psykiatri är brist på utbildad personal, vilket inkluderar läkare.

Socialstyrelsen själv konstaterar i sin sammanställning "Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård" från Nationella planeringsstödet 2019 att de tre specialiteter som flest regioner bedömer brist av specialistläkare i är allmänmedicin, geriatrik och psykiatri. Även SKL bedömer att psykiatri är en av de tydligaste bristspecialiteterna i landet. När Socialstyrelsens dåvarande generaldirektör Bror Rexed 1968 presenterade den då nya AT var ett av huvudsyftena med reformen och med dess upplägg med obligatoriska längre placeringar inom primärvård och psykiatri att motverka brist på läkare på mindre orter och just inom dessa två bristspecialiteter.

I dagsläget, över 50 år senare, arbetar många underläkare inom psykiatrin i form av just AT eller som legitimerade och olegitimerade underläkare. Många psykiatriska kliniker (i högre grad utanför större orter) är beroende av dessa underläkare för sin löpande verksamhet, och dessa placeringar är den första riktiga kontakten som underläkare får med psykiatrin (förutom en ytterst begränsad kontakt under ett par veckor av grundutbildningen). Placeringarna är också det främsta skälet till att många underläkare numera väljer att arbeta och börja specialisera sig inom psykiatrin.

Med den föreslagna bastjänstgöringen, och med ambitionen att bli av med flaskhalsen inför AT, kommer få underläkare som inte redan har siktet inställt på psykiatrin att komma i kontakt med denna specialitet och välja denna bana. Föreningens bedömning är att detta oundvikligen kommer att leda till att färre underläkare väljer att påbörja ST i psykiatri, vilket i förlängningen kommer att göra bristen på specialistläkare i psykiatri ännu större än idag.

Bastjänstgöring saknar adekvat psykiatriplacering

Föreningen bedömer att ett av de största problemen med föreslagen bastjänstgöring (BT) är att de placeringar som det ställs krav på att de ska ingå i denna inte alls motsvarar den bredd som finns i nuvarande allmäntjänstgöring (AT). Framför allt så saknas krav på adekvat psykiatriplacering i den tilltänkta bastjänstgöringen. Föreningen anser denna avsaknad högst olämplig. Att tänka sig att primärvårdsplaceringen ska tillgodogöra läkare som genomför bastjänstgöring adekvat erfarenhet av psykiatri är inte rimligt. Primärvården ansvarar för första linjens psykiatri, men detta är inte representativt för psykiatrin som helhet, med dess bredare psykiatriska sjukdomspanorama.

Det har framförts att det skulle räcka att den psykiatriska kompetensen hos blivande BT-läkare skulle examineras av primärvårdsläkare med ”god kunskap inom psykiatri”. Föreningen håller inte alls med om detta. Även om man skulle tycka att vissa nuvarande specialister i allmänmedicin kunde göra detta, kan man fråga sig hur blivande specialister i allmänmedicin som själva inte gjort AT utan bara BT skulle tillskansa sig ”god kunskap inom psykiatri”. Lite raljerande kan man ställa sig frågan hur det är tänkt att återväxten av sådana primärvårdsläkare som kan examinera psykiatri i BT ska ske när AT byts ut mot BT.

Förståelsen för psykiatrisk problematik kommer att minska i läkarkåren

Förutom att den föreslagna reformen kommer att leda till att färre underläkare väljer att arbeta inom psykiatrin, kommer förståelsen av avsaknaden av adekvat psykiatriplacering under läkarutbildning eller bastjänstgöring att påverka kompetensen inom och förståelse för psykiatri bland de läkare som väljer andra specialiteter. Den kontakt med specialistpsykiatrin som kommer att finnas kvar är ett fåtal veckor under grundutbildningen. Denna period är mycket begränsad, sker ofta tidsmässigt samtidigt som flera andra placeringar, och sker enligt föreningen för tidigt under läkarens professionaliseringsprocess för att ge en tillräcklig förståelse för psykiatri. Bland läkare utbildade utomlands utgör även språkbarriärer en betydande svårighet för att få en reell förståelse för psykisk ohälsa.

Psykisk ohälsa har länge varit föremål för stigmatisering i samhället, och även om detta har förbättrats väsentligt på senare tid, förekommer bristande förståelse för psykisk ohälsa än idag, såväl bland allmänhet som tyvärr inom delar av sjukvården. Psykisk ohälsa medför i många fall även försämrad somatisk hälsa av olika skäl, bland annat eftersom patienter med psykisk ohälsa kan drabbas av bristande förståelse inom delar av den somatiska vården, vilket bidrar till att dessa patienter drar sig för att söka sjukvård. Ett av de främsta skälen att psykiatri har ingått i allmäntjänstgöringen (förutom att försöka säkerställa tillgången av personal inom psykiatri) har varit att man har ansett att förståelse för psykisk ohälsa är viktig för alla läkare. Föreningen befarar att denna förståelse i framtiden riskerar att försämras.

Bastjänstgöring är ett missvisande begrepp

Begreppen som valts för det som kallas bastjänstgöring, inklusive begreppet baskompetensbevis, är högst olyckliga, eftersom man rimligtvis kan tycka att en baskompetens för en blivande specialistläkare (även inom andra specialiteter än de psykiatriska) bör vara att ha adekvat baskompetens även om psykiatri. Sådant får nuvarande AT-läkare, men BT-läkarna kommer inte att få detta.

Föreningen föreslår därför att begreppen bastjänstgöring och baskompetens ersätts med somatisk bastjänstgöring (SBT) och somatisk baskompetens, för att tydliggöra att psykiatrisk bastjänstgöring och psykiatrisk baskompetens inte kommer att ingå i dessa begrepp. Detta för att undvika att förvilla allmänheten att tro att läkare som genomfört SBT har adekvat psykiatrisk baskompetens.

Rättssäkerheten vid tvångsvård försämrar

Föreningen vill även belysa att läkare med de föreslagna förändringarna kommer att bli legitimerade och därmed ha befogenhet att utfärda vårdintyg för psykiatrisk tvångsvård utan att ha behövt ha någon erfarenhet av specialistpsykiatri. Detta inkluderar bland annat läkare utbildade utanför Sverige med psykiatriplacering som inte ger djupare förståelse för psykisk ohälsa eller tvångsvård på grund av språkbarriärer eller tvångsvårdslagstiftning i dessa länder som skiljer sig från den svenska i väsentliga delar. Även efter legitimation, bastjänstgöring och specialisering kan dessa läkare fortsatt sakna erfarenhet av specialistpsykiatri, men förväntas fortsatt genomföra vårdintygsbedömningar.

När den äldre tvångsvårdslagstiftningen LSPV i början av 1990-talet ersattes med nuvarande lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) betonade man i förarbetena att kravet för vårdintygsförfattande skulle skärpas till just legitimerad läkare, med motiveringen att detta (alltså efter AT med obligatorisk psykiatriplacering) medförde behövligt ökat krav på psykiatrisk kompetens, eftersom man ansåg att den äldre ordningen, där läkare utan sådan kompetens initierar tvångsvård, var rättsosäker. Denna rättsosäkerhet kommer nu alltså att återuppträffa.

Saknade övergångsregler försvårar dubbelspecialisering

Föreningen anser vidare att kravet att läkare som har befintliga svenska specialistbevis enligt nuvarande (2015) eller tidigare (2008) målbeskrivning som önskar genomföra en ny specialisering enligt det nya regelverket (2020) skulle behöva komplettera med en bastjänstgöring (eller komplettering av de delar som inte kan tillgodoräknas från tidigare AT) medför orimliga konsekvenser för föreningens målgrupp som är specialister i psykiatri men avser bli specialister i grenspecialiteten rättspsykiatri.

I praktiken skulle dessa då behöva komplettera med åtminstone akutsjukvårdsplacering, vilket inte motsvarar något faktiskt behov för det blivande arbetet som rättspsykiater. Detsamma kan gälla flera andra gren- och tilläggsspecialiteter, men konsekvenserna blir mer orimliga för gren- och tilläggsspecialiteter där placeringar som krävs för BT är mer avlägsna från de arbetsuppgifter som basspecialiteten (psykiatri) eller grenspecialiteten (rättspsykiatri) vanligen innebär.

Ju längre sedan en sådan specialist i basspecialiteten psykiatri genomfört sin AT, desto större hinder kommer behovet av att komplettera med BT att innebära för dessa specialistläkare, samtidigt som den praktiska nyttan av sådan komplettering i praktiken blir ytterst liten. I praktiken kommer detta att innebära ett hinder mot att läkare genomför grenspecialisering till rättspsykiatri, framför allt ju längre sedan de blivit specialister. Detta står i direkt motsats till föreningens ambition att flera specialister i psykiatri som idag redan arbetar inom rättspsykiatri formellt ska bli specialister även i rättspsykiatri.

Även utlandsrekrytering till grenspecialiteter försvåras

Att det ställs krav på färdiga specialistläkare från tredje land att dessa även måste uppfylla kompetensmålen för bastjänstgöringen medför flera konsekvenser för psykiatri. En konsekvens är att tiden innan dessa läkare blir kliniskt verksamma som specialister överlag kommer att förlängas. Mot bakgrund av den brist på psykiater som vården har är detta olyckligt.

En annan konsekvens är att det kommer att ställas krav på akutsjukvård för att kunna tillgodoräkna till ett specialistbevis i psykiatri från tredje land, vilket ju i och för sig kan vara bra i vissa fall, men inte nödvändigtvis behövt för att kunna fungera som specialistläkare i psykiatri inom många verksamheter. Kravet framstår även skevt om man jämför med att inga krav ställs alls på att en bastjänstgöring innehåller någon adekvat psykiatriplacering för läkare med specialistbevis från andra specialiteter från tredje land (med begränsad kontakt med psykiatri under grundutbildning). Dessa kan komma att arbeta som specialistläkare utan att alls ha haft någon kontakt med specialistpsykiatri, vare sig under grundutbildning, bastjänstgöring eller specialisering. Mot bakgrund av detta framstår kravet att specialister i psykiatri från tredje land måste komplettera med tre månader akutsjukvård högst obalanserat.

En ny bastjänstgöring, som delvis är utformad med just syftet att utgöra en introduktion till svensk sjukvård för läkare utbildade i tredje land, borde innehålla mer inslag av psykiatri än nuvarande allmäntjänstgöring, inte mindre.

Patienterna är ytterst de som drabbas

Föreningen vill betona att den lista över berörda parter av dessa förändringar som finns i avsnitt 4 i konsekvensanalysen saknar den viktigaste parten som påverkas, nämligen patienterna. Patienter med psykisk ohälsa som kommer i kontakt med olika delar av vården kommer generellt, av skälen ovan, att få sämre vård och drabbas av ökad stigmatisering, eftersom den psykiatriska kompetensen och förståelsen hos landets läkare generellt kommer att försämrats. Dessutom kommer tillgången till läkare som väljer att arbeta inom psykiatri med all sannolikhet att minska, eftersom kontakt med specialiteter är den främsta faktorn vid val av specialitet för läkare under utbildning, vilket kommer att drabba patienterna då det blir svårare att få adekvat bedömning och behandling vid psykisk sjukdom.

Det tycks saknas insikt om och hänsyn till stora konsekvenser för psykiatri

Föreningen noterar med förvåning att konsekvensanalysen väsentligen saknar resonemang om konsekvenserna för psykiatri, som är omfattande. Föreningen befarar att den psykiatriska kompetensen som en följd av reformen kommer att försämrats i läkarkåren som helhet, och att möjligheterna till rekrytering av blivande psykiater kommer att försämrats. Föreningen noterar att en enda hänvisning till psykiatri som finns i konsekvensanalysen, är att Socialstyrelsen har kommit fram till att det behövs en endagarskurs om ”psykiatriska sjukdomstillstånd och övrig psykisk ohälsa” för läkare som utbildats utomlands, vilket förstås inte alls är tillräckligt på något sätt, men belyser den oförstående inställning som tycks finnas kring det som föreningen befarar är stora konsekvenser för den psykiatriska kompetensen i större delen av den framtida läkarkåren i landet.

Övriga synpunkter

Avseende kompetensbedömningar av bastjänstgöringen anser föreningen att det är bra att olika moment bedöms för sig, samt att en samlad bedömning också görs i slutet av bastjänstgöringen. Föreningen anser dock att det är otillräckligt klarlagt hur den externa examinationen av bastjänstgöringen ska ske, eller av vem. Det har inte framgått vilken specialistkompetens som man tänker sig krävs för att vara sådan extern examinator. Vilken kompetens examinatorn har kommer med all sannolikhet att prägla bedömningen.

Föreningen anser vidare att det inte är lämpligt att det separata intygandet av att en blivande specialist genomfört behövliga utbildningsaktiviteter tas bort. Att intygen av utbildningsaktiviteterna själva skulle räcka för detta som Socialstyrelsen tänker sig åsidosätter den samlade bedömning av vilka utbildningsaktiviteter som är relevanta för den aktuella specialiteten (specifika kurser i fallet rättspsykiatri, som Socialstyrelsen inte kan förväntas ha full insikt i) och för den aktuella läkaren (särskilda behov i enskilda fall).

Avseende målbeskrivningarna för specialitetstjänstgöringen har Socialstyrelsen valt att främst justera delmål utifrån införandet av BT, genom att i huvuddrag flytta delar av innehållet i a- och b-delmål till nya bt-delmål. Detta kan vid första anblick te sig logiskt, då det handlar om allmänna delmål för samtliga specialiteter, och bastjänstgöringen ska vara allmän för samtliga specialiteter. Problemet är att det medför att dessa delmål därmed förväntas uppfyllas just under inledande BT och inte under resten av ST. Med nuvarande målbeskrivning (SOSFS 2015:8) förväntas ST-läkare kontinuerligt utveckla kompetenser inom t.ex. ledarskap, vetenskaplighet, kommunikativ kompetens och handledning under hela ST, och dessa kompetenser ska utvärderas kontinuerligt av handledare under hela ST. Att bedömningen av dessa kompetenser främst är tänkt att ske under inledande BT förefaller ogenomtänkt, eftersom det faktiskt handlar om kompetenser som kan förväntas utvecklas under hela ST.

För Svenska Rättspsykiatriska Föreningen,
Jonatan Adling
ST-läkare i psykiatri, ledamot i SRPF, ledamot i STP

Remissvar Förslag till nya och ändrade regler om läkarnas ST och AT (dnr 4.1-6870/2020)

Svensk förening för socialmedicin tackar för möjligheten att yttra oss i ärendet.

Vi har två punkter som vi önskar framföra.

Angående gråblockande, s 7.

Konsekvensutredningen skriver:

"En fråga som ofta kommer upp är om tjänstgöring efter legitimation som inte sker i en formell ST-anställning och inte är inordnad i en ST-organisation kan räknas som tid i ST om tjänstgöringen sker under handledning. Bland läkarna kallas detta för gråblockande. Vi har därför övervägt om vi kan göra en tydligare reglering för vad kriterierna är för att en tjänstgöring ska få räknas in i specialiserings-tjänstgöringen. Det framgår av 4 kap. 1 § patientsäkerhetsförordningen att specialiserings-tjänstgöring ska fullgöras genom tjänstgöring som läkare under handledning och deltagande i kompletterande utbildning. Ett alternativ som vi övervägt är om vi i föreskrifter skulle lägga till att en läkare också måste ha ett sådant individuellt utbildningsprogram som vi föreskriver om för att tjänstgöringstiden ska få räknas in i ST. Det skulle då bli tydligare vilken tjänstgöring som är ST och vilken som inte är ST. (...)

*Sammantaget bedömer vi att vi **inte ska föreslå någon regeländring** i denna del. Den nuvarande ordningen skapar incitament för att komma in i en "riktig" ST och den ger också utrymme för individuella bedömningar."*

Vi förstår utredningens resonemang och **vi är nöjda med att ingen ändring görs**. Vi skulle dock inte heller motsätta oss en regeländring där man måste ha en utbildningsplan samt handledning för att kunna räkna in tjänstgöringen i ST. Utifrån socialmedicinens speciella situation är det **viktigaste att möjlighet till gråblockande finns kvar**, även om vi håller med om behovet av att gå mot "riktig" ST.

Idag finns det fyra ST-tjänster i socialmedicin i landet. Det innebär att för majoriteten av de ca 20 unga läkare som de senaste två åren vänt sig till vår förening för råd kring ST är enda vägen att bli specialist att gråblocka. Detta har varit praxis länge inom socialmedicin just på grund av bristen på ST, men också för att specialiteten lämpar sig för tjänstgöring på olika myndigheter, folkhälsoenheter och komplexa psykosociala verksamheter där arbetsgivaren är i behov av kvalificerad arbetskraft och där det därför inte varit ett problem att finansiera randningar utan "ryggsäckspengar".

Vi är alltså eniga med utredningen i att incitamenten i regelverket bör knuffa arbetsgivaren i riktning mot riktiga ST-block, men vi vill försäkra oss om att möjligheten att göra en ST genom gråblock finns kvar, vilket det nu gör enligt utredningens förslag.

Angående vetenskapligt arbete under ST, s 22.

*"Vi föreslår istället att delmålet medicinsk vetenskap inriktas på hur medicinskt vetenskaplig kunskap kan implementeras i hälso- och sjukvården. Enligt vår bedömning svarar det bättre mot syftet att ST-läkarna ska uppnå den kompetens som behövs för att arbeta som specialistläkare. I linje med denna förändring föreslår vi också att ändra det nuvarande kravet på självständigt skriftligt arbete enligt vetenskapliga principer. Istället föreslår vi att den specialistkompetenta läkaren ska ha **deltagit i implementeringsarbete**, det vill säga ett*

arbete som genomförs i vilket ST-läkaren medverkar till att medicinsk vetenskaplig kunskap implementeras och tillämpas i hälso- och sjukvården.”

Vi förstår förslaget där betoningen ligger på evidenstillämpning. Vi förstår också att det ibland kan vara svårt att hitta lämpliga projekt/handledare för ett vetenskapligt arbete av god kvalité. Men vi delar inte bedömningen att *deltagande i implementeringsarbete* i dess föreslagna form skulle räcka för att i dagens sjukvård, där kunskapsstyrning betonas alltmer, arbeta som specialistläkare. Tvärtom är behovet större än någonsin att kunna förhålla sig till evidens, och inte enbart evidens genom att delta i implementeringsarbete.

Vi vill därför protestera mot och varna för att ta bort kravet på ett skriftligt vetenskapligt arbete. Som verksamma på läkarprogrammet ser många av oss att studenterna har allt sämre förmåga att formulera sig i skrift; läkare får dessutom betydligt mindre utbildning än andra att skriva vetenskapligt. Således är snarare mer än mindre träning i dessa färdigheter befogad då de måste anses ingå som en väsentlig del för att kunna fullgöra sitt uppdrag som specialistläkare.

Slutligen ser vi en stor fara med att definiera delmålet medicinsk vetenskap som implementeringsarbete. Implementering är ett vetenskapsområde med stor bäring på hälso- och sjukvårdens uppdrag, men samma kan sägas om förbättringskunskap (improvement science), hälsoekonomi, organisationspsykologi eller beteendevetenskap, och, inte minst deltagande i forskningsarbete i *medicinsk vetenskap* inom det egna området! Detta vetenskapliga arbete är viktigt att värna av flera skäl. Utöver att ge läkare redskap att förhålla sig till ny kunskap och nya studier, är det också en viktig väg att stimulera läkares intresse för forskning. Vi behöver fler läkare som forskar- och att ta bort detta utbildningsmoment är ett farligt steg tillbaka.

Vårt förslag är därför att man istället breddar möjligheter att uppfylla målet. Ett vanligt problem är brist på handledare, och vi föreslår att man fokuserar på att lösa detta, inte att minska kraven på vetenskaplig träning. Man kan tänka sig att uppmuntra samarbete med kollegor på andra kliniker/ sjukhus och även andra vetenskapsområden för att rekrytera handledare från dessa i ST-arbetet. Det är naturligtvis viktigt att ge möjlighet för ST-läkare att delta i implementerings- eller förbättringsarbete, men detta behöver inte ske som en individuell uppgift utan bör ske som del i ordinarie verksamhet i lärande organisationer. I den mån implementerings- eller förbättringsarbete görs inom ramen för delmålet medicinsk vetenskap för ST bör man inte nöja sig med att enbart *delta* i sådant arbete, utan kravet bör vara att förhålla sig till och tillämpa den vetenskapliga litteratur som finns inom dessa områden.

Anna Sarkadi, ordförande
Svensk socialmedicinsk förening



STP är en intresseförening för ST-läkare inom psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri, beroendemedicin och äldrepsykiatri. STP arbetar för att förbättra utbildningen för blivande specialistläkare inom dessa specialiteter.

I STP välkomnas alla ST-läkare inom de psykiatriska specialiteterna, samt andra utbildningsläkare som arbetar inom psykiatri och/eller har ett psykiatriskt intresse (exempelvis vikarierande underläkare efter legitimation innan ST-tjänst och läkare som gör psykiatri-AT).

Vi samarbetar med moderföreningarna för specialistläkare:

- SPF (Svenska Psykiatriska Föreningen),
- SFBUP (Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri),
- SRPF (Svenska Rättspsykiatriska Föreningen),
- SFB (Svensk Förening för Beroendemedicin),
- SFÅP (Svensk Förening för Äldrepsykiatri).

Remissvar ST-läkare i Psykiatri

Remiss från Socialstyrelsen - förslag till nya och ändrade regler om läkarnas ST och AT Diariennr: 4.1-6870/2020

Som Socialstyrelsen skriver i sin konsekvensutredning utgör den förändrade specialiseringstjänstgöringen med inledande bastjänstgöringsdel en del av en större reform för läkarutbildningen och läkaryrket. Beslutet innebär att man i princip mer än halverar tiden för allmäntjänstgöring från nuvarande 18–21 månader till bastjänstgöring på 6–12 månader och tar bort den obligatoriska psykiatriplaceringen. Vad går förlorat i processen? Vägs dessa delar upp av att grundutbildningen, dvs läkarprogrammet förlängs med 6 månader? Vi som arbetar inom psykiatri befarar att så inte är fallet, och i de initiala rapporterna från lärosätena sker inte en närmelsevis motsvarande utbyggnad av psykiatrimoment. Resultatet blir en svensk läkarkår där man vid formell kompetensnivå legitimerad läkare i praktiken har en lägre psykiatrisk kompetens och sämre kunskaper i psykiatri jämfört med dagens legitimerade läkare i Sverige. I förlängningen, då BT inte obligat innebär tjänstgöring i psykiatri kommer denna bristande kompetens kvarstå hos blivande ST-läkare och specialistläkare.

En djupare diskussion kring hur grundläggande kunskaper inom psykiatri, beroendemedicin, barn- och ungdomspsykiatri och psykiatrisk tvångsvårdslagstiftning tillgodoses i föreslaget upplägg för BT och ST saknas.

Nedan följer en konsekvensanalys uppdelad efter rubriker:

Rättssäkerhet

Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT)

I detta sammanhang vill föreningen belysa att läkare kommer att bli legitimerade och därmed ha befogenhet att utfärda vårdintyg för psykiatrisk tvångsvård utan att ha behövt ha någon erfarenhet av specialistpsykiatri. Detta inkluderar bland annat den växande gruppen läkare utbildade utanför Sverige där grundutbildningen kan ske väsentligen helt utan kontakt med specialistpsykiatri. Även efter legitimation och bastjänstgöring och specialisering kan dessa läkare fortsatt sakna erfarenhet av specialistpsykiatri, men förväntas fortsatt genomföra vårdintygsbedömningar.

När den äldre tvångsvårdslagstiftningen LSPV (Lag om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall) i början av 1990-talet ersattes med nuvarande LPT betonade man kravet på att enbart legitimerade läkare skulle få skriva vårdintyg, dvs läkare efter AT med obligatorisk psykiatriplacering. Detta menade man med medförde ett behövt ökat krav på psykiatrisk kompetens då man ansåg att den äldre ordningen, där läkare utan sådan kompetens initierat tvångsvård, var rättsosäker. Denna rättsosäkerhet kommer nu alltså att återuppträffa. Efter aktuell reform kommer från universitet examinerade studenter erhålla läkarlegitimation och ha rätt att utfärda vårdintyg för tvångsvård. På intet sätt har detta problematiserats eller uppmärksammas under utredningens process.

Enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård 4§ ”Ett beslut om intagning på en sjukvårdsinrättning för tvångsvård får inte fattas utan att ett läkarintyg (vårdintyg) har utfärdats, av vilket det framgår att det finns sannolika skäl för att förutsättningarna för sluten psykiatrisk tvångsvård av patienten är uppfyllda. Vårdintyget ska grundas på en särskild läkarundersökning.”

Hur kan man förväntas avgöra om förutsättningarna för sluten psykiatrisk tvångsvård uppfylls om man aldrig satt sin fot inom svensk specialistpsykiatri? Detta har redan varit fallet för specialistläkare inom andra specialiteter från tredje land som arbetar i Sverige, eller läkare utbildade i tredje land som ej behöver göra nuvarande AT. De kommer enligt förslaget inte att ha haft någon kontakt med svensk specialistpsykiatri under grundutbildningen, bastjänstgöringen eller specialiseringen. Trots detta har denna grupp av läkare samma befogenhet att utfärda vårdintyg för psykiatrisk tvångsvård som läkare utbildade i Sverige. Socialstyrelsen bedömer att det ”kan behövas kurs om sammanlagt 1 dag för läkare utbildade utomlands” för att tillgodogöra sig kunskap om psykiatriska sjukdomstillstånd och övrig psykisk ohälsa. Det kan vi inte stå bakom då vi bedömer att detta är långt ifrån tillräckligt. Man kan också fråga sig om några veckors praktik inom psykiatri som svensk läkarstudent kan anses tillräckligt för att kunna avgöra om förutsättningar för sluten psykiatrisk tvångsvård sannolikt uppfylls.

Utöver kliniskt arbete inom psykiatrisk verksamhet som del av allmäntjänstgöringen testades även grundläggande psykiatriska kunskaper i samband med AT-tentamen. Även denna möjlighet till teoretisk repetition av ex. tvångsvårdslagstiftning för de svenskt utbildade läkarna går förlorad i och med att Socialstyrelsen nu avstår från rekommendationer om specifika utbildningsaktiviteter i föreslaget upplägg för BT.

Lagen om vård av missbrukare (LVM)

Ytterligare en kompetens som läkare i Sverige är ålagda att inneha är att kunna göra en kvalificerad anmälan enligt LVM till kommuner för att inleda utredning om LVM för missbrukare som riskerar liv och hälsa eller ”att förstöra sitt liv”. Ytterligare behöver man inneha kompetens om att utfärda LVM-intyg efter att sådant begärts av sociala myndigheter. Inte heller denna kompetens kommer beredas inom ramen för föreslagen BT. Kunskaper om läkemedelshantering, alkohol och droger är även av stor vikt för Sveriges läkare. Inte minst har detta aktualiserats av den pågående opioidkrisen med ett stort antal dödsfall och pågående rättsprocesser i USA senaste tiden.

Bedömning av psykiatrisk kompetens inom BT

Socialstyrelsen föreslår enbart kompetenskrav för bastjänstgöringen och avstår från rekommendationer om specifika utbildningsaktiviteter och uppföljningar. STP finner det

glädjande att man valt att särskilt specificera en rad kompetenser inom psykiatri som man bör inhämta under BT, och instämmer med valet av dessa rubriker.

Vad gäller kompetensbedömningarna har man valt att inte förskriva särskilda metoder för dessa i tvingande regler men rekommenderar att slutlig bedömning bör göras av extern bedömare tillsammans med huvudhandledare. Huvudhandledaren behöver enligt det nya förslaget inte vara specialistläkare utan kan vara ST-läkare som genomgått handledarutbildning. Att låta huvudhandledare och externa bedömare som är verksamma inom andra specialiteter avgöra huruvida kompetenskraven inom psykiatri uppfylls är inte rimligt. Inom kort kommer denna bedömning att göras av läkare som själva aldrig gjort någon placering inom psykiatri, förutom under läkarutbildningen på universitetet.

STP befarar att denna bedömning inte kommer tillgodose att erforderlig psykiatrisk kompetens är uppnådd. Vi bedömer inte heller att några månaders arbete inom primärvården är tillräckligt för att tillgodogöra sig tillräckliga grundläggande kunskaper inom specialistpsykiatri och psykiatrisk tvångsvård.

Primärvården ansvarar för första linjens psykiatri, men detta är inte representativt för psykiatrin som helhet, med dess bredare psykiatriska sjukdomspanorama. Denna avsaknad av adekvat psykiatrisk placering under bastjänstgöringen är enligt STP vår största farhåga med föreslagen reform.

STP anser inte att man kan uppfylla förslagets mål i psykiatri utan en placering i psykiatri, vars omfattning bör vara minst 2 månader.

Vårdkvalitet

Vi befarar att bristfälliga kunskaper inom psykiatri bland läkare i Sverige kan få allvarliga medicinska konsekvenser för våra psykiatriska patienter som redan är en utsatt grupp i samhället med betydande somatisk samsjuklighet. Kunskaper om psykiatriska sjukdomar och dess handläggning behövs inom hela det medicinska fältet med patientkontakt. Det är redan känt att patienter med psykiatrisk sjukdom erhåller sämre somatisk vård och har en förkortad livslängd. Med ett ökat avstånd mot övrig sjukvård, och en försämrad psykiatrisk kompetens hos den svenska läkarkåren riskerar denna stigmatisering att öka, och STP befarar därför att även den somatiska vården av psykiatriska patienter kommer att försämras.

Mellan år 2016 och 2018 ökade antalet besök inom barn- och ungdomspsykiatrin med 24 %. Bland vuxna utgör nu psykiatriska diagnoser den vanligaste orsaken till sjukskrivningar, 2018 hela 44 %. Det ligger i samhällets intresse att läkares kunskaper inom psykiatri ökar, inte minskar, vilket föreslaget upplägg för BT och ST riskerar att leda till.

Rekrytering och bemanning inom svensk psykiatri

När AT-tjänst infördes i Sverige var en av huvudorsakerna behovet av att tillgodose rekrytering av läkare utanför de större tätorterna där lärosätena var belägna, och för att säkerställa rekrytering av läkare inom primärvård och psykiatri. Dessa specialiteter har fortfarande ett stort rekryteringsbehov i ett internationellt sett sjukhustyngt sjukvårdssystem. Aktuell reform kan antas få följande konsekvenser för rekrytering och bemanning:

- (1) Minskning av antalet vikarierande underläkare före AT/BT-tjänst, vilket kortsiktigt är en karriärfördel för unga läkare då denna anställningsform varit ofördelaktig. Detta riskerar dock att försvåra bemanning av psykiatrisk slutenvård och akutsjukvård om inte en motsvarande ökning av antalet ST-läkare eller specialister sker.
- (2) Minskade gränssytor för Sveriges läkare mot psykiatrin. Idag möter svenska läkare psykiatrin genom AT-tjänstgöringen, och när denna försvinner minskar möjligheten för unga läkare att få upp ögonen för psykiatrin som specialitet. Redan idag har vi en konstaterad brist på specialister inom psykiatri i större delen av landet. STP befarar att förslaget upplägg för BT kommer att försvåra rekrytering till psykiatrin ytterligare och späda på den specialistbrist vi redan märker av i våra verksamheter.

För STPs styrelse,

Karl Lundblad, Styrelseledamot, ST Vuxenpsykiatri

Ida Gebel Djupedal, Ordförande STP, ST Barn- och ungdomspsykiatri

Jonatan Adling, Styrelseledamot, ST Rättspsykiatri

Carin Frisk, Styrelseledamot, ST Vuxenpsykiatri, representant i Svensk förening för beroendemedicin styrelse.

Från: Göran Petersson <goran.petersson@lnu.se>

Skickat: den 16 mars 2020 17:19

Till: Susann Asplund <susann.asplund@sls.se>

Ämne: Re: Remiss från Socialstyrelsen - förslag till nya och ändrade regler om läkarnas ST och AT (dnr 4.1-6870/2020)

Hej!

Svar från SLS Kommitté för eHälsa:

Behov av ny tilläggsspecialitet inom klinisk informatik

Från såväl patienter, anhöriga, vårdpersonal, forskare som medicinteknik finns sedan länge en stark önskan om bättre funktionalitet och återanvändbarhet av information som samlas in eller skapas inom vården. Många projekt har trots detta gått i stöpet eller inte alls lett till förväntade förbättringar. För att göra bra kravställning och utveckling krävs kunskap både om informationshantering och vårdens unika förutsättningar. Sådan kompetens är ovanlig i Sverige idag; det finns två mastersprogram med inriktning hälsoinformatik men mycket sparsamt med utbildning riktad till vårdprofessionen, såväl grundutbildning som fortbildning.

Vi anser att det är viktigt att säkerställa *kompetens inom hälsoinformatik* hos kravställare och användare. I bland annat England, USA och Finland finns karriärvägar för vårdpersonal som vidareutbildar sig inom hälsoinformatik med tjänster av typen "Clinical Information Officer" och läkare kan subspecialisera sig inom hälsoinformatik.

Vi föreslår därför att socialstyrelsen:

- utreder väger att tillgodose kompetensförsörjning inom hälsoinformatik både inom grundutbildning och vidareutbildning för redan yrkesverksamma inom vården och
- utreder hur Sverige kan instifta en läkarspecialitet i hälsoinformatik, förslagsvis som en 2-årig grenspecialisering.

På uppdrag av eHälsokommittén

Göran Petersson

Ordförande