

Risk för godtycklig bedömning av ST-läkares kompetens

BÄTTRE STRINGENS OCH GRANSKNING KRÄVS FÖR ATT RÄTTVIST BEDÖMA UPPNÅDD SPECIALISTKOMPETENS I INTERNMEDICIN

För att bli specialistläkare i internmedicin kräver Socialstyrelsen att den specialistkompetente läkaren bl a ska kunna handlägga akuta internmedicinska sjukdomar och de till internmedicin relaterade akuta sjukdomstillstånden [1].

Svensk internmedicinsk förening (SIM) har försökt konkretisera vad detta innebär i sitt dokument »Särskilda rekommendationer för den nya målbeskrivningen för läkares specialiseringstjänstgöring (ST)« [2].

Krav på medicinska kunskaper

Enligt SIM ska specialister i internmedicin dels behärska differentialdiagnostik vid och initial handläggning av svåra eller potentiellt livshotande tillstånd, dels med rimlig säkerhet kunna utesluta allvarliga internmedicinska tillstånd på en akutmottagning [2].

Konkret ska läkaren, enligt SIM, behärska handläggning av dyspné, bröstsmärta och synkope [2] på akuten. Därtill ska läkaren initialt (dvs akut) kunna handlägga patienter med chock, kramper, huvudvärk, medvetlöshet, yrsel, akut konfusion, hypotermi, vanliga akuta förgiftningar, sepsis, meningit/encefalit, cystit/asymtomatisk bakteriuri, febril



Christian Bjurman, med dr, ST-läkare, medicinkliniken
● christian.bjurman@regionhalland.se



Samra Mangafic, överläkare, akutkliniken; båda Hallands sjukhus Varberg



Tord Juhlin, med dr, överläkare, medicinsk akutsjukvårdsavdelning, medicinkliniken, Skånes universitetssjukhus, Lund

urinvägsinfektion och infektioner i lunga och lungsäck [2].

Det finns även specificerade krav för de olika icke-akuta tillstånden inom internmedicin, t ex att behärska handläggning vid kronisk systolisk hjärtsvikt och utredning av hyperkalcemi, och inom angränsande basspecialiteter, t ex neurologi [1,2].

Dessutom ska läkaren behärska invasiva och icke-invasiva åtgärder som är relevanta för det internmedicinska kompetensområdet [1], t ex blodgasanalys (procedur och tolkning) och spirometritolkning [2].

Arbetsledande och pedagogisk

Specialistläkare i internmedicin ska vidare ha förmåga att leda arbetet i vårdteam [1]. För att kunna leda vårdteamet optimalt krävs tydliga direktiv från ledningen om vilka mål vårdteamet ska sträva emot, rimlig arbetsbelastning, integritet att alltid värna om patientens bästa och att övriga teammedlemmar samråder med läkaren i planeringen av patientens vård.

Vidare ska den specialistkompetenta läkaren besitta pedagogisk förmåga för att kunna informera och undervisa, främst patienter och deras närstående [1]. För detta krävs, förutom goda generella språkkunskaper, förmåga att anpassa språket till mottagarens kunskapsnivå samt kunskap om interkulturell kommunikation och hur man lämnar negativa besked.

Vidare ska den specialistkompetenta läkaren besitta pedagogisk förmåga för att kunna informera och undervisa, främst patienter och deras närstående [1]. För detta krävs, förutom goda generella språkkunskaper, förmåga att anpassa språket till mottagarens kunskapsnivå samt kunskap om interkulturell kommunikation och hur man lämnar negativa besked.

Samma krav som för färdiga specialister

Kraven för att bli färdig specialistläkare i internmedicin bör, enligt vår mening, inte vara större än vad som ställs på befintliga specialistläkare. Detta innebär att med rimlig säkerhet baserat på evidens, lagar och etik kunna ställa diagnos/utreda/behandla vanliga och/eller allvarliga internmedicinska sjukdomar. En specialistläkare ska också kunna informera/samråda med patienter/anhöriga/kollegor samt dokumentera anamnes/undersökning/

beslut i journalen. Det är även viktigt att specialistläkaren behärskar HLR med hög kvalitet.

Vidare bör en färdig specialist kunna handleda AT-läkare och ST-läkare på akutmottagningen och ha förmåga att organisera och omprioritera arbetet där.

Transparenta och väldefinierade mål

Bedömning av specialistkompetens bör ske mot transparenta, väldefinierade och likformiga mål som är möjliga att nå inom 5 år och med säkra bedömningsmetoder för att garantera en jämlik bedömning av och en minimumkvalitet på godkända specialister i landet.

Bristen på stringens och granskning gör att olika sjukhus i dag uppfinnar sina egna kriterier för uppnådd specialistkompetens.

SIM:s målbeskrivning listar transparenta och relativt väldefinierade mål och den kunskapsbas som ST-läkaren bör uppnå.

Hur kan man då bedöma om dessa mål är uppnådda? Handläggning av dyspné, bröstsmärta och synkope kan, enligt vår mening, utvärderas främst under tjänstgöring inom kardiologi och lungmedicin,

»Bristen på stringens och granskning gör att olika sjukhus i dag uppfinnar sina egna kriterier för uppnådd specialistkompetens.«

då ST-läkare ofta arbetar självständigt utan handledning/övervakning på akutmottagningen. Kunskap om övriga tillstånd på akuten, t ex intoxikation, utvärderas lämpligen genom journalgenomgång av fall som ST-läkaren haft på akuten. Detta kombineras med utvärdering av placeringar på dels neurologavdelning

HUVUDBUDSKAP

- Vi har noterat stora skillnader i bedömningen av ST-läkares uppnådda specialistkompetens både inom och mellan sjukhus.
- Det finns risker för ojämlig och orättvis bedömning av uppnådd specialistkompetens.
- Förändringar av bedömningsförfarandet måste till för att säkerställa en säker och rättvis vård.



Illustration: Shutterstock/TT

Hur bedöms att en ST-läkare har uppnått de olika kompetenser som krävs för specialistexamen och i förlängningen säkerställa en säker och rättvis vård? Med dagens struktur finns stor risk för att bedömningen blir ojämlig och orättvis.

(där t ex många patienter med yrsel vårdas), dels intensivvårdsavdelning (handläggning av medvetslösa patienter och patienter med sepsis och chock), dels infektionsklinik (handläggning av patienter med sepsis och diverse infektioner). Specialkompetens för olika tillstånd utvärderas lämpligen löpande genom tjänstgöring på olika vårdavdelningar.

Kunskap om procedur och tolkning vid blodgasanalys utvärderas lämpligen på lungklinik och intensivvårdavdelning. Färdighet i EKG-tolkning bedöms lämpligen på kardiologavdelning.

Enkätinstrument kan ge sken av objektivitet

Variation i hur måluppfyllelse värderas kan leda till orättvisa och ojämliga bedömningar av ST-läkares kompetens, såväl inom som mellan sjukhus. Enskilda patienthändelser, både positiva och negativa, och vänskapsband riskerar i dag att bli utslagsgivande i bedömningen.

Vi har noterat att godtycke vid specialistbedömningen riskerar att framstå som objektivt genom att olika enkätinstrument, med bristfälligt definierade frågor, används. Vad innebär t ex i »360 grader« (Sheffield peer review assessment tool) [3] »förmåga att klara av komplicerade patienter«, »förmåga att klara stress«, »närbarhet/pålitlighet«?

Vem är kompetent att avgöra det? Vilka enskilda händelser ligger till grund för bedömningen? Vad som t ex är »svårt/kom-

plicerat« för en neurolog kanske är simpelt för en kardiolog, eller omvänt.

Specialistkollegium osäkert instrument

Specialistkollegium är också ett osäkert bedömningsinstrument [4]. Flera månaders eller till och med års tjänstgöring ackumuleras och utvärderas då ofta vid ett enskilt tillfälle, när eventuella problem ofta redan är lösta, åtminstone om klinikens feedback fungerar adekvat. Bör ST-läkaren inte alltid få feedback i slutet av veckan när denna arbetat med en specialist så att eventuella brister snabbt kan korrigeras? Hur garanteras att enskilda händelser inte generaliseras och sprids i läkargruppen utan att huvudpersonen (ST-läkaren) kan bemöta vad som sägs? Hur garanteras att närvarande kollegor ger en korrekt bild av ST-läkarens aktuella kompetens?

Skattningen på formulären till kollegiet sker vidare mot »vad som förväntas«, men vad innebär »som förväntat« eller »över förväntan« [4] etc? Är förväntningarna desamma för alla läkare som ska utvärderas? Vet ST-läkaren och kollegorna som gör skattningen vad som förväntas, dvs har de läst och förstått Socialstyrelsens och SIM:s målbeskrivningar för specialistkompetens i internmedicin, eller används interna kriterier?

Många »frågor« är bristfälligt definierade. Vad menas t ex med utvärderingskategorin »nattarbete/jour«? Är det förmågan att gå många nattjourer eller att visa att man klarat att sköta sjukhuset nattetid/kvällstid (med eller utan bakjournkontakt)? Vad innebär »förmåga att hantera stress«? Hur definieras stress i detta fall? Hur mäts stresstålighet? Vem kan avgöra det? Beror stressen på orimlig och patient-osäker arbetsbörda? Går stresstålighet att träna upp?

Handledare och nära kollegor bäst lämpade

Vi tror i stället att handledaren, tillsammans med kollegor läkaren arbetat med i närtid, är bäst lämpade att skriftligen utvärdera och intyga läkarens kunskapsprogress och måluppfyllelse med månadsvisa intervall. Detta torde också vara gynnsamt för kunskapsutvecklingen.

Vidare bör handledaren, som komplement, ta del av journalanteckningar innehållande bedömningar från självständigt arbete som ST-läkaren utfört. Om handledaren får negativa signaler från någon annan kollega bör det utredas vad som ligger bakom kritiken och omedelbart återkopplas till ST-läkaren. Om huvudhandledaren

inte har arbetat tillräckligt mycket med ST-läkaren kan ett samtal i början, mitten och slutet av en längre sidotjänstgöring också vara ett bra sätt att utvärdera kunskapsutvecklingen.

Bedömningsstrukturen måste förändras

Värdet av att införa ett obligatoriskt skriftligt slutprov kan ifrågasättas, eftersom det finns en risk att det skulle examinera utantillkunskaper i stället för att fokusera på kliniskt resonerande. Det är även svårt för provkonstruktörer att konstruera ett prov med hög validitet som speglar kraven på framtida specialister.

Det är viktigt att ST-läkaren får feedback i god tid under sina olika placeringar. Att blivande specialister vid upprepade tillfällen skriver om sin kompetens, både styrkor och svagheter, kan också bidra till att de själva arbetar vidare på att utvecklas. Den blivande specialistens kommunikation med specialister från andra kliniker kan också vara ett bra sätt att utvärdera läkarens förmågor och kunskaper under en tjänstgöringsplacering.

Samverkans- och ledarskapsförmåga utvärderas bäst genom att ST-läkaren, med närvarande specialist, får leda några ronder. Bedömningen bör även kompletteras med klinisk tjänstgöring vid annat sjukhus för att säkerställa att jäv, såväl positivt som negativt, inte föreligger.

Dagens bedömningsstruktur innebär stor risk för ojämlig och orättvis bedömning av uppnådd specialistkompetens. Vi anser att en förändring är ett måste för att säkerställa en säker och rättvis vård. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2019;116:FI FX

REFERENSER

1. Socialstyrelsen. Invärtesmedicinska specialiteter. Internmedicin [citerat 12 jan 2019]. <https://www.socialstyrelsen.se/ansokaomlegitimationochintyg/bevis,specialistkompetens/Documents/stmal-internmedicin.pdf>
2. Svensk internmedicinsk förening. Särskilda rekommendationer för den nya målbeskrivningen för läkares specialiseringsjämsättning (ST). Internmedicin. Version 1.27 jan 2012 [citerat 12 jan 2019]. https://sim.nu/wp-content/uploads/2017/03/malbeskrivningen_sim_2012.pdf
3. 360 grader (Sheffield peer review assessment tool) [citerat 12 jan 2019]. <https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/pages/149383/3%20%20360%20grader%20medarbetare.pdf>
4. Örebro läns landsting, Övergripande studierektorsgruppen. Specialistkollegium. 14 sep 2018 [citerat 12 jan 2019]. <https://www.regionorebrolan.se/PageFiles/10677/specialistkollegium140918.pdf>