

Fortbildningen sedd ur ett allmänmedicinskt perspektiv

SVENSK FÖRENING FÖR ALLMÄNMEDICIN HAR TAGIT FRAM RIKTLINJER FÖR ALLMÄNLÄKARNA

Gösta Eliasson, specialist i allmänmedicin, Falkenberg; facklig sekreterare, Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)

● gosta.eliasson@sfam.se

Anders Lundqvist, specialist i allmänmedicin, Åhus; ordförande, SFAM:s utbildningsråd

Vi beskriver här principer och riktlinjer för allmänmedicinsk fortbildning, de praktiska tillämpningar som Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) erbjuder specialister i allmänmedicin och vad man kan förvänta sig i framtiden. Även om läkarens uppgifter och arbetssätt skiljer sig mellan olika specialiteter torde behoven och förutsättningarna för fortbildning se ut på liknande sätt.

Villkor för läkares livslånga lärande

World Federation for Medical Education (WFME) har formulerat villkor för läkares livslånga lärande [1]. Där beskrivs »continuous professional development« (CPD) som en »livslång, kontinuerlig process med syftet att vidmakthålla och utveckla de kunskaper, färdigheter, kommunikationsförmågor och förhållningssätt som enskilda läkare behöver för att tillgodose behov hos patienter och samhälle«.

Termen »continuing medical education« (CME) används i internationella sammanhang för aktiviteter som syftar till inhämtande av nya kunskaper och färdigheter liksom uppdatering och komplettering av tidigare förvärvade kunskaper. CME genomförs ofta i form av kurser, konferenser och föreläsningar.

CPD däremot inbegriper även det formella, informella och spontana lärande som upprätthåller, uppdaterar och utvecklar kunskaper, färdigheter och förhållningssätt och som oftast utgår från det praktiska vardagsarbetet. CME innebär för en specialistläkare främst uppdatering och förstärkning av det medicinska kunnandet. CPD däremot handlar inte bara om att ta till sig kunskaper och färdigheter, utan om en kontinuerlig professionell utveckling, en process som utvecklar förmågan att hantera en praktisk vardag där man måste kunna hantera osäkerhet, ta sig an komplexa uppgifter och finna nya lösningar på oväntade problem.

Delat ansvar

WFME anger i sina villkor att huvudansvaret för CPD åvilar individen, men att de professionella organisationerna och sällskapen är viktiga drivkrafter, inspiratörer och producenter av fortbildning [1]. Även uppdragsgivaren har ett ansvar: individen ansvarar för att tillgodogöra sig erforderlig kompetens och uppdragsgivaren för att det finns adekvat kompetens inom verksamheten.

Pedagogik

SFAM har tagit fram riktlinjer för allmänläkares fort-



Foto: Shutterstock/TT

»Dock är det i den stora mängden praktiska situationer som läkare har möjlighet att upptäcka, identifiera och klargöra de lärobehov som de behöver ta itu med i mer systematisk och målinriktad form.«

bildning [2]. Viktiga principer är att fortbildningen efter uppnådd specialistkompetens företrädesvis bör vara självstyrd och problembaserad och att utbildningsaktiviteter bör innehålla interaktiva element. SFAM:s riktlinjer bygger på kriterier från WFME,

HUVUDBUDSKAP

- Egen reflektion i vardagen och kollegial dialog är väsentliga för läkares professionella utveckling.
- Fortbildningsaktiviteter bör utgå från en utbildningsplan, och pedagogiken bör vara problembaserad.
- Återkommande kollegiala diskussionstillfällen i små grupper (FQ-grupper) rekommenderas.
- Att ha uppnått CME-poäng (continuing medical education) garanterar inte att ett lärande har ägt rum.
- Explicita krav på läkares fortbildning ska ingå i regionala vårdvalsavtal.

WONCA (en global organisation för kunskapsutveckling och erfarenhetsutbyte inom allmänmedicinen), Svenska läkaresällskapet, Sveriges läkarförbund och Svenska distriktsläkarförbundet.

Lärandeprocesser

I enlighet med begreppen CME och CPD går det ur pedagogisk synvinkel att urskilja två olika lärandeprocesser:

- Den första lärandeprocessen går ut på att tillägna sig generella kunskaper, färdigheter och förhållningssätt. Det kan ske individuellt med hjälp av olika läromedel eller i grupp med en lärare (Fakta 1). Denna pedagogik dominerar under grundutbildningen och tillämpas senare när man uppdaterar sina kunskaper om t ex diagnosmetoder, datorprogram och läkemedel.
- Den andra processen syftar till att göra sig förtrogen med och hemmastadd i komplexa och oklara sammanhang med öppenhet för omprövning och omvärdering av befintligt synsätt. Detta lärande uppstår ofta spontant i det dagliga arbetet och förstärks genom reflektion, ibland tillsammans med en kollega eller i en grupp.

Den första lärandeprocessen handlar i första hand om att lära nytt och att uppdatera och förstärka det medicinska kunnandet. Den andra processen handlar om att gradvis utveckla den komplexa och kontextberoende förmåga som krävs för att kunna se och tolka de komplexa mönster och sammanhang som gör det möjligt att hantera praktiska situationer [3].

Reflektion

Många hävdar att man lär sig mest genom att se patienter. Det är förmodligen sant, men det gäller bara om det finns möjlighet att följa upp enskilda patientmöten och fundera över handläggningen eller ta upp frågeställningar tillsammans med kollegor. Om denna möjlighet finns betyder det att den kompetens man tillägnar sig som läkare härrör mer från kontinuerlig professionell utveckling i vardagsarbetet än från enstaka kurser och föreläsningar.

En stor del av det lärande som sker i vardagen sker informellt och uppfattas oftast inte som fortbildning. Dock är det i den stora mängden praktiska situationer som läkare har möjlighet att upptäcka, identifiera och klargöra de lärobehov som de behöver ta itu med i mer systematisk och målinriktad form.

Poängsystem

Det finns länder som utformat sina fortbildningssystem så att det krävs ett visst antal CME-aktiviteter under en given tidsperiod. Läkarna erhåller bara poäng för deltagande i kurser, föreläsningar, smågruppsdiskussioner och andra aktiviteter. För att bli godkänd måste läkaren med vissa mellanrum uppvisa ett visst antal poäng, vilket leder till certifiering och anses borga för att kompetensutveckling har ägt rum.

Enligt WFME är risken med poängsystemen att metoderna för insamlandet av poäng blir det huvudsakliga målet, särskilt om poängen bara mäter antalet timmar tillbringade i en föreläsningssal. Jakten på poäng tycks till och med motverka det lärande som

FAKTA 1.

Exempel på lärmeter

- Falldiskussion
- Analys av kunskapsstöd
- Medsittning av och med kollegor
- Reflektion och dialog i vardagen, informellt eller mer organiserat
- ASK (Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog), en examensliknande metod för självvärdering tillsammans med kollega
- FQ-grupp (fortbildnings- och kvalitetsgrupp) och Balintgrupp
- Webbutbildning, webbseminarier, podcaster och videoinspelade föreläsningar
- Kurs
- Konferens
- Utvecklingsarbete och forskning
- Egen undervisning och handledning
- Läsning av artiklar och böcker

FAKTA 2.

Ur SFAM:s riktlinjer för allmänläkares fortbildning i vårdvalssystem [6]

- Vårdenheten ska tillhandahålla övergripande strukturella förutsättningar för fortbildning.
- Det ska finnas ett dokumenterat system för kvalitets- och säkerhetsavseende för personalens fortbildning.
- Fortbildningens omfattning och rutiner för genomförandet ska definieras.
- Uppföljning, utvärdering och redovisning av planerad och genomförd fortbildning ska ske regelbundet.
- Redovisningen av genomförd fortbildning bör ge möjlighet till jämförelse på vårdenhetsnivå och på regional och nationell nivå.
- I avtalet ska anges på vilket sätt vårdgivaren avser att kompensera vårdenheten för intäkt- och produktionsbortfall och direkta kostnader i samband med fortbildning.

FAKTA 3.

Exempel på allmänmedicinska mötesplatser

- Fortbildningsdagar i närområdet eller regionalt
- Kurstillfällen, t ex Provinsialläkarstiftelsen, Kursdoktorn i Västra Götalandsregionen, kommersiella kursgivare
- Svensk allmänmedicinsk kongress
- Nordisk kongress i allmänmedicin
- WONCA-konferenser (internationell sammanslutning för allmänläkare)
- Nätverksbaserade möten, t ex glesbygdsmedicinsk konferens
- Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog (ASK)

hade kunnat ske på ett mer motiverande och effektivt sätt [1].

SFAM har tidigare prövat att erbjuda sina medlemmar ett frivilligt, individuellt och webbaserat system för registrering av fortbildningspoäng. Intresset bland allmänläkarna för att registrera sina fortbildningsaktiviteter visade sig dock obefintligt, och systemet lades ner efter något år.

Utvecklingsplan och uppföljning

Genomslaget av CPD-begreppet har på senare tid medfört ökat fokus på läkarens egna resurser att ta över ledningen och ansvaret för det egna lärandet. Genom att använda en enkel, personlig utvecklingsplan som då och då stäms av med hjälp av kollegor och verksamhetschef kan läkaren följa upp den egna professionella utvecklingen och bedöma behovet av fortsatt lärande. ASK (Allmänläkares självvärdering i kollegial dialog) är en metod som utvecklats av SFAM för att bedöma kompetens och utvecklingsbehov med hjälp av en kollega [4].

Vårdvalsavtal och fortbildning

Sveriges läkarförbund gick 2018 igenom samtliga 21 regioners vårdvalsavtal och undersökte i vilken grad de uppfyllde fyra i förväg uppställda fortbildningskriterier [5]:

- allmänna krav på fortbildning
- fortbildningstid
- utbildningsplaner
- uppföljning.

Enstaka vårdvalsdokument uppfyllde alla kriterier, men många saknade ett eller flera. De minimikrav som SFAM anser bör ställas på en vårdenhet vad gäller fortbildning sammanfattas i Fakta 2.

Allmänmedicinsk fortbildning – en tillbakablick

Allmänmedicin blev en egen specialitet i början av 1980-talet. Fortbildningen under allmänmedicinens första decennium präglades av månatliga distriktsläkarmöten i närområdet med inbjudna sjukhusspecialister som föreläsare. Läkemedelsindustrin sponsrade kvällsföreläsningar, och det fanns ett mindre utbud av kurser.

I takt med att den allmänmedicinska identiteten växte sig starkare efterlystes fortbildning på specialitetens egna villkor med högre relevans för vardagsarbetet. I början av 1990-talet tog SFAM initiativ till en utredning av »efterutbildningen«, som fortbildningen efter uppnådd specialistkompetens då kallades, med föresatsen att skapa fortbildning av, med och för allmänläkare [6].

Lärandet i form av FQ-grupper (fortbildnings- och kvalitetsgrupper, små grupper bestående av 5-8 läkare) och Balintgrupper (med mer tonvikt på patient-läkarrelationen) där den kollegiala dialogen står i fokus, lyftes fram. SFAM:s lokalföreningar bildades med främsta syfte att genomföra förslagen i efterutbildningsutredningen. I slutet av 1990-talet deltog ungefär varannan allmänläkare i FQ-grupp [7].

Betydelsen av fasta strukturer för fortbildning i stället för lösa nätverk baserade på ideella krafter blev uppenbar vid millennieskiftet. Ett kortlivat statligt institut, Familjemedicinska institutet (Fammi),

»I nutid avspeglar den minskade volymen fortbildningsdagar per allmänläkare en allt tuffare arbetsmiljö.«

presenterade 2004 en utredning om fortbildningens infrastruktur [8]. Förslaget, som tydliggjorde ansvar, pedagogiska metoder, kompetensutveckling på olika nivåer, organisation lokalt och nationellt, uppföljning på grupp- och individnivå med redovisning samt finansiering, fick ett klenst gensvar hos huvudmännen. På vissa håll i landet tillsattes fortbildningssamordnare, och tillsammans med de nybildade läkemedelskommittéerna lyckades de få en producentobunden fortbildning att ta form. Samtidigt stramade man upp regelverket för industrifinansierad fortbildning.

På grund av bristande underhåll vände kurvan nedåt för FQ-grupperna, och i och med införandet av vårdval vittrade den infrastruktur som skapats under första delen av 2000-talet sönder. Som en reaktion på detta definierade SFAM riktlinjer för vårdvalsavtal [9].

I nutid avspeglar den minskade volymen fortbildningsdagar per allmänläkare en allt tuffare arbetsmiljö. Att delta i en fortbildningsaktivitet minskar sjukvårdsproduktionen och resulterar för många i en ansamling av ogjort arbete.

Infrastruktur och stöd

SFAM består av en styrelse och ett stort antal lokalföreningar, råd och nätverk. Ett av dessa nätverk består av ett tjugotal fortbildningssamordnare, allmänläkare med uppdrag från regionen eller den egna vårdcentralen att organisera lokala fortbildningsaktiviteter för specialister i allmänmedicin. Ett fortbildningsprojekt i samverkan med Svenska läkaresällskapet och med stöd av Socialstyrelsen pågår. I detta projekt kan utvecklingsintresserade allmänläkare utbyta kunskaper och erfarenheter och få råd och stöd av mer erfarna kollegor när det gäller lokala fortbildningsinitiativ och projekt.

SFAM har sedan 1990-talet och delvis med stöd av SBU publicerat studiebreve, ett studiematerial med fallbeskrivningar och fakta inom olika ämnen avsett som inspiration till arbetet i de ovan nämnda FQ-grupperna. Floran av kursgivare som erbjuder fortbildning till allmänläkare har på senare tid vuxit. SFAM har i dag skriftliga kvalitetskriterier för fortbildning och har möjlighet att erbjuda externa kursgivare kvalificerad kursgranskning. I tidskriften AllmänMedicin, som ges ut fyra gånger per år, medverkar allmänläkare med olika typer av reportage och artiklar, varav flertalet har ett högt fortbildningsvärde.

Regionerna har i olika omfattning gjort satsningar på infrastrukturen för fortbildning, och i vissa regioner har kompetenscentrum för allmänmedicin och/eller primärvård bildats. Läkemedelskommittéer och Strama-grupper sprider information genom arbetsplatsbesök. Utvecklingen av vårdens kvalitet och IT-stöd har behov av allmänläkarkompetens, och det

finns ett stort antal sakkunniggrupper med engagerade allmänläkare.

Den nya nationella kunskapsstyrningen strävar efter att uppnå en likartad infrastruktur över landet i syfte att skapa jämlik och patientsäker vård. Även i dessa sammanhang har allmänläkarna en viktig roll, exempelvis genom att leda ämnesgrupperna som tar fram kunskapsstöd för primärvård i samarbete med representanter för specialiserad vård.

Framtiden

En satsning för att förbättra arbetsmiljön för läkare bör ha utbildningsmöjligheter högt upp på agendan. Läkare behöver i framtiden i allt högre utsträckning hålla sig uppdaterade och snabbt kunna hitta relevant och evidensbaserad kunskap.

I dag är kunskapsstyrning ledordet för att skapa en mer jämlik och patientsäker vård, och sannolikt kommer vi att få se en mängd vårdprogram och riktlinjer tas fram för att sedan behöva implementeras i den vardagliga praktiken.

Men tillämpningen av befintliga rekommendationer är beroende av sammanhanget och patientens önskemål och preferenser, och här blir läkarens bedömningsförmåga och begreppet praktisk visdom betydelsefulla. Reflekterande samtal kollegor emellan utvecklar denna förmåga, och kollegiala dialoger på arbetsplatserna är en nyckel till lyckat införlivande av nya kunskaper och riktlinjer. Å ena sidan bygger

läkarens arbete på kunskaper och förmåga att tillämpa dessa. Å andra sidan måste läkaren i det praktiska arbetet väga in kontext och situation då patienter är unika, och ibland multisjuka, individer. Standardisering och individualisering blir två motpoler att förhålla sig till i den allmänmedicinska terrängen.

Digitalisering erbjuder fortlöpande nya former och metoder för lärande, men dessa kommer inte att kunna ersätta fysiska möten, utan bör fungera som komplement till dem (Fakta 3).

ST-läkare är vana vid handledning, egna studier och reflektionstid och att kunna ta ansvar för sin egen professionella utveckling. Framtidens allmänmedicinska specialister kommer att behöva stå upp för den kollegiala dialogen och värna den, även under pressade förhållanden. Professionen kommer i större utsträckning att behöva ta ledningen för den egna professionella utvecklingen och på olika nivåer se till att skydda och utveckla möjligheterna för reflektion. Praktiskt innebär det att någon av läkarna på arbetsplatsen har ett lokalt utbildningsansvar och att det i sjukvårdsområdet finns en utbildningssamordnare som ingår i och utvecklar sin kompetens i regionala och nationella nätverk. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2019;116:FPT9

REFERENSER

1. WFME Global standards for quality improvement. The 2015 revision. Ferney-Voltaire/Copenhagen: World Federation for Medical Education; 2015.
2. SFAM:s riktlinjer för fortbildning. Bakgrund, kunskapsläge och principer. Version 8. Stockholm: Svensk förening för allmänmedicin; 2018.
3. Eliasson G, Mattsson B. From teaching to learning. Experiences of small CME group work in general practice in Sweden. *Scand J Prim Health Care* 1999;17(4):196-200.
4. Allmänläkares fortbildning. Utredning. Stockholm: Svensk förening för allmänmedicin (SFAM); 2014.
5. Fortbildning i vårdval primärvård. Kartläggning av krav på fortbildning i landstingens och regionernas förfrågningsunderlag och uppföljningsregler för vårdval primärvård. Stockholm: Sveriges läkarförbund; 2018.
6. Måwe U. Allmänläkares efterutbildning. Rapport. Stockholm: Svensk förening för allmänmedicin (SFAM); 1993. <http://sfam.se/wp-content/uploads/2018/12/Fortbildningsradet-Allmanlakares-efterutb-del1-s1-31.pdf>
7. Lundqvist A. SFAM:s utbildningsprogram - vad finns idag? *Allmänmedicin*. 1999;20:45-6.
8. Fortbildning - familjeläkare. Position paper. Stockholm: Familje-medicinska institutet (Fammi); 2003.
9. »Golden Standard« för allmänläkares fortbildning i värdevals-system. Stockholm: Svensk förening för allmänmedicin (SFAM); 2012. <http://sfamportal.s3.amazonaws.com/files/5632ef7f-340600300401fec/Fortbildningsradet%20Golden-standard-120529-1-1%20PP.pdf>

SUMMARY

Learning methods in general practice

The Swedish Association of General Practice has published a set of guidelines for general practitioners' (GPs) learning in general practice/family medicine. This article is a summary of principles, guidelines and applications regarding Swedish GPs' continuing professional development (CPD). We argue that reflection on own practice, reflection with colleagues in small groups and use of written learning plans and portfolios for courses and lectures are important parts of CPD and should be increasingly used and supported by employers. Collection of CME credits for certification purposes does not ensure that educational measures have been effective. Statements of recurring CPD should be incorporated in contracts between health care authorities and health care units.