

Socialstyrelsens regler om AT kan motverka sina egna mål

Med viss förskräckelse läser jag Socialstyrelsens nya regler för AT (SOSFS 1998:6 /M/ Jag inser att jag själv inte skulle klara de krav Socialstyrelsen ställer på de läkare som nu gått sin AT. Mina fem år på sjukhus och 22 år som allmänläkare räcker inte. En elak röst inom mig frågar hur de AT-läkare jag handleder kommer att reagera när de upptäcker mina brister. Men, å andra sidan, jag har ju mitt på det torra med fast tjänst samt uppdrag som studierektor.

Hur tänker sig Socialstyrelsens beslutande ledamöter att AT-läkaren under sitt allra första halvår skall lära sig att på jourmottagningen självständigt kunna handlägga en rad svåra invärtesmedicinska tillstånd? I § 2 nämns exempelvis hjärtinfarkt, pneumotorax, sepsis, binjurebarksinsufficiens, hyperkalcemi, akut skov av inflammatorisk tarmsjukdom, hemolytiska tillstånd, intoxicationer. Delvis rör frågan ett definitionsproblem, dvs vad man menar med självständig handläggning. Vid flertalet av de i paragrafen nämnda tillstånden bör en klok AT-läkare så snart han/hon inhämtat anamnes och klarlagt den praktiska situationen kontakta bakjour och intensivvårdsläkare och låta dessa ta över ledning och ansvar. Om nu detta är vad som avses med självständig handläggning kan jag känna mig lugn inför eventuellt kommande sjukdomar. Men jag tycker inte att texten uppfyller de krav på entydighet som man måste kunna ställa på bindande regler.

Kan tolkas olika

Risken med den här texten är att den inte tas på fullt allvar och att den tolkas olika av skilda befattningshavare. Den skapar då ett läge av rättslöshet för både AT-läkare och handledare. I stort sett vem som helst kan sättas dit. Någon kan hävda att en AT-läkare som inte självständigt kan handlägga ett akut fall av inflammatorisk tarmsjukdom bör underkännas!

Kraven på färdigheter och kunskap inom områdena för operativa specialiteter förefaller mig rimliga medan formuleringarna i kapitlet psykiatri kortfattat ställer krav på kompetens för ytterst svåra bedömningar, exempelvis suicidrisk, behandling av akuta psykotiska tillstånd och indikationer för vårdintyg.

Inom mitt eget område, allmänmedi-

cin, känns det tryggt att handläggning av vaxpropp skall säkras, medan man visserligen behöver god kännedom om men endast krävs på viss erfarenhet av flertalet av de många sjukdomar och åkommor folk söker för på vårdcentralen.

En papperstiger?

De allmänna målen i 2:a kapitlet ser sig högflygande. Många av punkterna i 2 § gäller kunskaper och färdigheter som jag som förhållandevis ambitiös och erfaren läkare ständigt måste kämpa med för att någorlunda klara av och tillämpa. Internationell praxisforskning visar att jag inte är ensam om detta. En avsevärd del av de allmänna målen tillhör samhällsmedicin, mognad och etik. Dessa delar är väsentliga för väl fungerande läkare, men Socialstyrelsen ger inga anvisningar om hur den tänker sig att dessa egenskaper skall främjas under

AT. Blir inte målbeskrivningen en papperstiger?

Något som jag ansluter mig till är föreskrifterna om handledning. Men det kommer att ta tid att odla fram goda handledare och handledningsrutiner bland dagens stressade läkare. Man bör besinna att god handledning mer rör sig om nära relation och allvarlig ömsesidig respekt än om förmedling av kunskaper och kontroll. Detta gäller framför allt de viktiga humanistiska delarna av läkaryrket. Jag befarar att Socialstyrelsens föreskrifter om AT i sin av starka krav på medicinska kunskaper präglade utformning kan motverka denna del av handledningens innebörd och därmed också sina egna mål.

Stig Andersson
distriktsläkare,
studierektor för AT- och ST-läkare,
Säffle

Kommentar:

Omfattande förankringsarbete gjort

Med anledning av de frågor insändarskribenten och studierektorn Stig Andersson väckt i sin artikel vill vi framföra följande vad gäller den målbeskrivning för AT som trädde i kraft 1998-07-01.

Målbeskrivningen har utarbetats i nära samarbete mellan Socialstyrelsen, läkarorganisationerna och sjukvårdshuvudmännen. I det arbetet har också representanter för Högskoleverket och de medicinska fakulteterna medverkat. Denna rådgivande arbetsgrupp, som arbetat under Socialstyrelsens enhet för behörighets- och utbildningsfrågor, har för varje delavsnitt inhämtat underlag och synpunkter från bl a specialitetsföreningarnas representanter i Läkarförbundets specialistutbildningsråd (Spur). Dessa har i sin tur förankrat delmålen inom sina respektive sektioner. Målbeskrivningsarbetet har således föregåtts av ett omfattande förankringsarbete bland kolleger som inom sina respektive sektioner ansvarar för utbildningen och dess kvalitet. I arbetsgruppen har också företrädare för såväl Sveriges yngre läkare (Sylf) som Medicine studerandes förbund (MSF) ingått.

Den omarbetade målbeskrivningen innehåller ett flertal nyheter. Utgångspunkt för arbetet har varit att följa den modell för målbeskrivning som sedan 1992 gällt och fungerat bra för specialiseringstjänstgöringen. Föreskriven längd för AT har blivit mer flexibel och kan variera mellan 18 och 24 månader. Detta ställer större krav på målbeskrivningen vad gäller precision och tydlighet. Vidare har kraven på strukturerad och planerad handledning skärpts betydligt. Vad gäller specifika mål för respektive avsnitt har en väsentlig tyngdpunkt lagts på initial handläggning av akuta och livshotande tillstånd.

Initialt kunna handlägga och fatta viktiga beslut

Insändarskribenten kommenterar några specifika avsnitt i målbeskrivningen. Förståelsen av nivågraderingen av kunskapskraven underlättas betydligt om man läser hela stycket i sitt sammanhang och inte enbart presenterar brottstycken ur detsamma. Om man så förfar framkommer tydligt att kravet är »att självständigt kunna utföra/handlägga vid mottagning för akut jourverk-

Viktigt med fullständig hörselundersökning före skolstart

samhet och vid motsvarande vårdenheter» de uppräknade tillstånden. Denna text förefaller ganska klar och innebär precis det som står skrivet, nämligen att på akutmottagningen initialt kunna handlägga och fatta de viktiga beslut som krävs för att föra patienten vidare i vårdkedjan.

Självfallet inkluderar detta att tillsä tillse att patienten omgående erhåller vård på den kompetensnivå som krävs, vilket då kan innebära till exempel kontakt med bakjourhavande läkare eller i förekommande fall annan kollega med tillräcklig kompetens. Vidare krävs naturligtvis förmåga att vidta omedelbart livräddande åtgärder. Det förefaller ur vårt perspektiv fullt rimligt att avkräva AT-läkaren förmåga att i det akuta skedet handlägga dessa tillstånd. Detta borde vara en kunskap/färdighet som är självskrivna hos varje legitimerad läkare.

Vad gäller psykiatri förutsätter lagstiftningen att alla legitimerade läkare är väl införstådda med till exempel »indikation för vårdintyg». Varje legitimerad läkare är bemyndigad att utfärda sådan handling och därmed bidra till enskilda individers frihetsberövande.

Vad gäller skribentens synpunkter på 2:a kapitlet och speciellt 2 § hamnar man lätt i tvivelsmål huruvida skribenten faktiskt läst den målbeskrivning han kritiserar. Målbeskrivningen ger mycket tydliga indikationer på att AT skall vara en målstyrd utbildning som fullgörs under betydligt större krav på strukturerad handledning och stöd än vad som tidigare varit fallet. Det förefaller för oss vara fullkomligt självklart att i begreppet handledning inkludera personlighetsutveckling och ett förhållningssätt till patienter och etiska problem i sjukvården. Grundläggande är ju också att betrakta AT-läkaren som en självständig ansvarsfull individ som just påbörjat sin yrkesbana och ska dansa under stöd av äldre och mer erfarna kolleger i en livslång yrkesgärning. Detta kräver förstås också att de äldre kollegerna är beredda att ta ett ansvar för stöd till och utveckling av yngre kolleger, vilket vi hoppas att även insändarskribenten kan instämma i.

Ulf Gunnarsson

v ordförande i Sylfs styrelse

Nina Rehnqvist

överdirektör, Socialstyrelsen

Vi har med intresse tagit del av Margareta Bondestams och Birgitta Amcoffs undersökning i Läkartidningen 38/98 av lågstadieelever i Uppsala och författarnas observation att barn med problem i första klass avvek redan vid den skolförberedande undersökningen. Vi noterar dock med förvåning att den faktor som är viktigast för barnens kommunikation i skolan – hörseln – över huvud taget inte nämns vid namn i artikeln!

Lätta och måttliga samt ensidiga hörselskador hos barn i förskoleåldern undgår tyvärr ofta föräldrars uppmärksamhet och upptäcks först vid regelrätt hörselundersökning [1]. Syftet med hörselundersökning som en del av den allmänna skolförberedande undersökningen är därför i första hand att upptäcka lindrigare hörselskador. Hörselnedsättning, kan obehandlad ofta resultera i nedsatt kommunikationsförmåga och bristande koncentration samt avvikande utveckling av språk, tal och betyende hos barnet och i övriga symtom som författarna beskriver.

Hjälp i tid

De negativa konsekvenserna av en sådan hörselnedsättning kan ofta begränsas om adekvata insatser sätts in i tid. Ett hörselhandikapp kräver alltid lärarens uppmärksamhet i undervisningssituationen, men även insatser från hörselvården, begränsat antal elever i klassen, akustisk behandling av skolmiljö, hörseltekniska hjälpmedel och specialundervisning i förekommande fall. Barn med hörselnedsättning behöver även fortlöpande kontakt med hörselvården med tanke på eventuell progress av hörselskadan och optimal habilitering.

Dagens screeningundersökningar med Boel och 4-års kontroll fungerar otillfredsställande. Majoriteten av hörselskadade förskolebarn upptäcks av föräldrarna själva [1, 2]. Faktum är att dagens teknik beträffande hörseldiagnostik tillåter att allvarliga hörselskador kan upptäckas redan hos nyfödda och habilitering påbörjas under det första levnadsåret [3].

Syftet med vår replik är inte att ifrågasätta Bondestams och Amcoffs rekommendation med tätare samarbete mellan barnhälsovård och skolhäl-

sovård. Här borde även hörselvården inkluderas [4]. Vi vill snarare understryka betydelsen av fullständig undersökning av barnens kommunikationsförmåga före skolstarten. Denna undersökning bör inte baseras på frågeformulär utan på objektiva undersökningar av bl a hörseln. För barn med bristande koncentration och avvikande kommunikationsutveckling kan betydelsen av noggrann hörselundersökning knappast övervärderas.

Det är vår uppfattning att allmän översyn behövs beträffande screening för hörselskador hos Svenska barn med målsättningen: hörselscreening av alla nyfödda, samt hörselprov för alla barn vid 5–6 års ålder.

Konrad Konradsson

överläkare, hörselvården,

öron-, näs- och halskliniken,

Universitetssjukhuset i Lund

Bo Tideholm

specialistläkare, hörselvården,

öron-, näs- och halskliniken,

Universitetssjukhuset MAS, Malmö

Referenser

1. Holst E. Hörselskadade barns väg till diagnos. Audionomprogrammet, Vårdhögskolan Lund–Helsingborg 1997.
2. Hovind H, Parving A. Detection of hearing impairment in early childhood. *Scand Audiol* 1987; 16: 187-93.
3. White KR, Maxon AB. Universal hearing screening for infant hearing impairment: simple, beneficial and presently justified. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1995; 32: 201-1.
4. Mäki-Torkko E, Sorri M, Jarvelin MR. More education in pediatric audiology needed for welfare clinic nurses and doctor. *Public Health* 1997; 111: 93-6.