

»Erkänn akutsjukvård som egen basspecialitet«

Socialstyrelsen bör ta konsekvensen av sitt eget beslut, anser nybliven specialist

Den svenska modellen för att uppnå specialistkompetens inom akutsjukvård fördyrar och försvårar uppbyggnaden av ett akutläkarsystem, menar Nicholas Aujalay.

Jag har nyligen tilldelats bevis om specialistkompetens i akutsjukvård av Socialstyrelsen i Sverige. Det som är intressant är att jag inte har någon annan basspecialitet, utan min specialistutbildning i akutsjukvård från USA tillsammans med specialistbevis från Island räcker som grund för beslut. Socialstyrelsen bör nu ta konsekvensen av detta beslut och erkänna akutsjukvård som en egen basspecialitet i Sverige. Annars blir följden att svenska läkare måste utbildas längre och får en sämre utbildning än sina europeiska kollegor.

»Emergency medicine« (EM) är i dag en etablerad specialitet i de flesta anglosaxiska länder och i många europeiska länder. I USA blev EM en erkänd specialitet 1979 efter ett tiotal år av uppbyggnad av utbildning och organisationsutveckling. Utvecklingen i USA kantades initialt av frågeställningar som nu, 30 år senare, florerar i den svenska debatten, såsom innehåll i utbildningen, kompetens, arbetsuppgifter, utbrändhet, dubbelspecialisering etc. I USA finns i dag ingen debatt om att avskaffa akutläkare som specialister, och akutlä-

karkompetens på landets akutmottagningar tas för givet av allmänheten, och av andra specialister. Kompetens på olika områden har demonstrerats och organisation, forskning, arbetsuppgifter med mera har utvecklats till ett väletablerat system. Farhågor om utbrändhet har inte besannats, enligt undersökningar i USA. EM är nu en av de absolut mest populära specialiteterna, och antalet sökande överstiger vida antalet utbildningsplatser.

I Sverige har ett antal sjukhus sedan ett tiotal år initierat akutläkarmodeller med utbildning och organisationsutveckling. Sedan 2006 har Socialstyrelsen i Sverige erkänt akutsjukvård som en tilläggspecialitet, det vill säga man måste uppnå specialistkompetens i en basspecialitet och sedan lägga till specialistkom-

petens inom akutsjukvård. Denna modell går rakt emot vad som förespråkats av både SWESEM (Svensk förening för akutsjukvård) och EuSEM (European society for emergency medicine) och försvårar och fördyrar uppbyggnaden av ett akutläkarsystem.

Följden blir att läkare som vill specialisera sig som akutläkare också måste utbildas i någon annan specialitet för att uppfylla Socialstyrelsens beslutsgrund för akutläkar-kompetens.

Detta innebär att akutläkarens utbildning förlängs flera år, vilket inte gynnar den enskilda läkaren då vägen till specialistexamen blir onödigt lång jämfört med andra specialiteter. Detta medför att rekryteringen till akutläkarutbildning försvåras.

Också den klinik som ska utbilda akutläkaren i en annan basspecialitet har lite att vinna på detta, då akutläkaren i framtiden bara delvis eller inte alls kommer att ägna tid åt denna basspecialitet. Detta gynnar knappast utbildningsklimatet för någon part och blir onödigt dyrt

och svårt att administrera. Den enskilde läkaren riskerar förlängd tid utan specialistlön och specialistkompetens, och klinikerna förlorar utbildningsplatser och pengar på läkare som utbildas i specialistområden där de inte kommer att verka.

Jag vill hävda att denna modell leder till sämre utbildning totalt, då både akutläkarutbildning och basspecialitet måste kompromissa inom respektive utbildning, så att den enskilde läkaren kan hålla en utbildningslängd på cirka 7–8 år. Enligt ovan finns det alltså redan argument för att inrätta akutsjukvård som basspecialitet i Sverige. Till detta måste nu ytterligare argument läggas, nämligen att Socialstyrelsen godkänner mig som specialist. Detta beslut baseras på det nordiska samarbetet med erkännande av respektive lands specialiteter.

Flera länder i EU har akutsjukvård som basspecialitet, och dessa läkare kan i förlängningen godkännas i Sve-



»Emergency medicine« är i dag en etablerad specialitet i de flesta anglosaxiska länder och i många europeiska länder.



NICHOLAS AUJALAY
specialist inom akutsjukvård i USA, Island och numera Sverige
nicholasaujalay@hotmail.com

rige som specialister, utan annan basspecialistkompetens. Det blir därför i förlängningen orimligt att kräva att svenska läkare ska genomgå en längre, sämre och dyrare utbildning än sina europeiska kollegor. Nuvarande ordning motverkar alltså uppbyggnaden av akutläkarverksamhet i Sverige och bör snarast ändras.

Jag skulle även vilja lägga till ett större perspektiv till detta, nämligen att sjukvård ska praktiseras utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Det finns i dag tillräckligt med internationell erfarenhet av akutläkarverksamhet för att hävda att kvalitet och effektivitet gynnas av akutläkar-

kompetens. Att bortse från denna internationella erfarenhet är inte längre rimligt.

Jag uppmanar härmed Socialstyrelsen att göra en konsekvensanalys av den nuvarande situationen och rimligen godkänna akutsjukvård och dess verksamhetsområde som en basspecialitet enligt internationell modell. Det skulle väsentligen underlätta rekrytering och utbildning av akutläkare, liksom organisationsutveckling i Sverige, och akutsjukvården skulle än mer utvecklas i riktning mot beprövad erfarenhet.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Svensk förening för akutsjukvård:

Akutsjukvård bör bli basspecialitet

■ Precis som angivits av artikeln är akutsjukvård en tilläggsspecialitet sedan 2006. Specialiteten har vuxit fram ur ett patientbehov, parallellt med utvecklingen av tidig diagnostik, behandling och ett behov av specialistkompetens i det akuta omhändertagandet. Kompetensområdet akutsjukvård finns definierat i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring [SOSFS 2008:17].

Svensk förening för akutsjukvård (SWESEM) anser att akutsjukvård bör bli en basspecialitet.

Vad kommer godkännandet av Nicholas Aujalay som specialist i akutsjukvård att föra med sig för praxis? Att avkräva specialister i akutsjukvård som kommer från våra nordiska grannländer eller andra EU-länder att komplettera med en ST-utbildning i en basspecialitet anser de flesta sannolikt vara orimligt.

Vidare väcker detta funderingar om hur vi mäter upp-

nådd specialistkompetens. Om uppfyllelse av kraven definierade i målbeskrivningen i akutsjukvård [SOSFS 2008:17] utgör grund för bedömningen av uppnådd kompetens bör specialister som kommer från Norden, EU och Sverige behandlas lika, och då faller det sig naturligt att vägen genom en annan bas är överflödig.

Efter fyra år av konsolidering är det dags att ta steget vidare till akutsjukvård som en svensk basspecialitet.

Maaret Castrén

professor i akutsjukvård, Karolinska institutet; Södersjukhuset, Stockholm

Gunnar Öhlén

ordförande i EuSEM

Cornelia Härtel

sammankallande i Svensk förening för akutsjukvårds (SWESEM) utbildningsutskott

Lisa Kurland

ordförande, SWESEM
lisa.kurland@sodersjukhuset.se

EU-expert ger ökat hälsoinflytande

I dag saknar Sverige en nationell expert inom Europakommissionens hälsosektor. Svenska myndigheter går miste om chansen att få en detaljerad inblick i arbetet inom detta område.



Sveriges aktiva engagemang inom Europakommissionens arbete inom hälsosektorn är för närvarande obefintligt, vilket är anmärkningsvärt. Totalt har Sverige i dagsläget 54 nationella experter (seconded national experts, SNE) vid Europakommissionen (Kommissionen). Av dessa finns endast en vid Generaldirektoratet för hälso- och konsumentfrågor (DG SANCO), närmare bestämt vid direktoratet för djurhälsa och djurskydd (Animal Health and Welfare Directorate).

En nationell expert har möjligheter att påverka och utveckla arbetet inom Kommissionen. Det måste ligga i de ansvarigas (Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet, Folkhälsoinstitutet, Läkemedelsverket) intresse och ansvar att aktivt bidra till utvecklingsarbetet inom Kommissionen och att påverka det genom

att erbjuda Kommissionen svenska experter.

Under nära två år (april 2008–december 2009) tjänstgjorde jag vid Kommissionen som nationell expert vid DG SANCO. Det är medlemsländerna som ställer en expert till Kommissionens förfogande. Den enhet jag tjänstgjorde vid (Health Threats Unit; Fakta 1) är placerad i Luxemburg. Socialstyrelsen stod för alla kostnader bortsett från de direkta omkostnader själva tjänstgöringen medförde (arbetsplats, tjänsteresor etc).

Min målsättning var att med min erfarenhet inom krisberedskapsområdet inom hälsosektorn bidra till att vidareutveckla ett generiskt (allmänt) angreppssätt, att introducera och initiera en mall för hur observatörsrapporter bör struktureras och presenteras i samband med studier av katastrofer (lessons learned) och att utveckla samverkan mellan hälsosektorn och »civil protection«. Jag fick möjlighet att uppnå dessa tre mål, vilket visar att man som nationell expert har möjlighet att såväl initiera nya aktiviteter som påverka utformningen av pågående aktiviteter.

Portalparagrafen för det mesta av arbetet inom hälsosektorn inom Kommissionen är artikel 152 under titeln XIII Folkhälsa i EU-fördraget (Fakta 2). Inom hälsose-



PER KULLING

med lic, f d medicinalråd; vid tiden för arbetet seconded national expert (SNE), Health Threats Unit, Public Health and Risk Assessment Directorate, Health and Consumers Directorate General (SANCO), European Commission; tidigare enhetschef, enheten för krisberedskap (EKB), Socialstyrelsen
per.kulling@hotmail.com

torns krisberedskap är det endast inom smittskyddsområdet som Kommissionen har legala förutsättningar att utfärda tvingande föreskrifter etc. Utredning pågår om förutsättningarna för att vidga mandatet till att innefatta även andra områden inom hälsosektorns krisberedskapsarbete.

Det var några områden som jag som nationell expert särskilt engagerade mig i:

Generisk beredskap. Jag blev ansvarig för en arbetsgrupp med medlemmar från några medlemsstater, bland annat Sverige, med uppgift att revidera ett »technical guidance document« [1]. Det tidigare dokumentet, från 2005, fokuserades till största delen på smittsamma sjukdomar. Det reviderade dokumentet har ett mer allmänt angreppssätt och slutfördes i december 2009 [1].

Mall för observatörsrapporter. Innan jag lämnade Socialstyrelsen hade jag aktivt deltagit i ett nätverk för observatörsstudier som leddes av dåvarande Krisberedskapsmyndigheten (KBM) – nuvarande Myndigheten för samhälls-

skydd och beredskap (MSB).

Jag hade där initierat framtagandet av en gemensam mall för hur observatörsrapporter ska skrivas efter studier av större olyckor och katastrofer. Denna mall var en vidareutveckling av de erfarenheter som de olika aktörerna i observatörsnätverket hade, i synnerhet Kamedo (Katastrofmedicinska observatörsstudier) [2], en verksamhet som Socialstyrelsen ansvarar för. Stor hänsyn togs även till det arbete som bedrivs inom ramen för World Association on Disasters and Emergency Medicine (WADDEM) [3]. Mallen har framgångsrikt använts av flera svenska myndigheter [4].

Jag ansvarade för en expertgrupp med uppdrag att ta fram en mall för observatörsrapporter inom ramen för ett projekt som drivs av WHO/EURO i samverkan med DG SANCO med finansiering från Health Programme [5]. Den svenska mallen användes som utgångspunkt för detta arbete. Expertgruppens produkt blev klar i december 2009, och vid ett expertmöte i maj 2010 i Turkiet inom ramen för WHO-projektet har denna mall vidareutvecklats och

förankrats i en vidare krets och kommer att spridas till andra aktörer.

Bygga broar mellan »civil protection« och hälso- och sjukvården. Inom Europakommissionen och i flera europeiska länder hanteras den prehospitala hälso- och sjukvården (inklusive »katastrofmedicin«) av »civil protection«, som oftast lyder under ett annat ministerium/ departement än den övriga sjukvårdsverksamheten. Inom Kommissionen var »civil protection« knutet till Generaldirektoratet för miljö (DG ENV), men är sedan den nya Kommissionen tillträtt knutet till Generaldirektoratet för humanitärt bistånd (DG ECHO).

Jag hade redan innan jag kom till Luxemburg sett behovet av nära samarbete och samverkan mellan hälso- och sjukvården och »civil protection«. Jag initierade i samverkan med civil protection inom Kommissionen framtagandet av ett dokument där ett antal områden identifierades inom vilka en vidareutveckling av samverkan och samordning är motiverad. Sådana aktiviteter finns i arbetsplanen för 2010 vid Health Threats Unit.

De svenska nationella experter som är engagerade vid Kommissionen bör med regelbundenhet (minst två gånger årligen) rapportera till sin svenska arbetsgivare om pågående aktiviteter inom det område han/hon är engagerad i. Detta ger en unik möjlighet för berörda svenska myndigheter att få en detaljerad in-

REFERENSER

1. Health security and preparedness (technical guidance document): Strategy for Generic Preparedness Planning. Technical guidance on generic preparedness planning for public health emergencies. http://ec.europa.eu/health/ph_threats/com/preparedness/prephome/preparedness_en.htm
2. Katastrofmedicinska observatörsstudier (Kamedo). <http://www.socialstyrelsen.se/krisberedskapsvarlden/halso-ochsjukvardens-krisberedskap/kamedo>
3. Sundnes KO, Birnbaum ML, editors. Task Force for Quality Con-

FAKTA 2

Artikel 152 i Avelning XIII: Folkhälsa

- Gemenskapen skall främja samarbete mellan medlemsstaterna
- Medlemsstaterna skall i samverkan med kommissionen inbördes samordna sin politik och sina program
- Kommissionen kan i nära kontakt med medlemsstaterna ta lämpliga initiativ för att främja en sådan samordning
- Besluta om åtgärder för att fastställa höga kvalitets- och säkerhetsstandarder i fråga om organ och ämnen av mänskligt ursprung, blod och blodderivat
- Rådet kan också med kvalificerad majoritet på förslag av kommissionen anta rekommendationer för de syften som anges i denna artikel.
- När gemenskapen handlar på folkhälsoområdet skall den fullt ut respektera medlemsstaternas ansvar för att organisera och ge hälso- och sjukvård.

blick i det pågående arbetet inom Kommissionen. Förutom inom krisberedskapsområdet (health threats) finns det anledning att överväga svenskt engagemang inom hälsosektorn inom följande områden: health programme and knowledge management, health information, health determinants, health strategy and health systems, health law and international, risk assessment, pharmaceuticals.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

- trol of Disaster Management: Health Disaster Management: Guidelines for Evaluation and Research in the Utstein Style. Prehospital Disast Med. 2003;17: Suppl 3. <http://www.wadem.org/guidelines.html>
4. Kulling P, Andersson H, Gell T, Nordensten C, Sigurdsson S. Use of a common, inter-sectoral template for observer reports of crisis. Prehospital Disast Med. 2009;24: Suppl 1:146. [abstract]. http://pdm.medicine.wisc.edu/Volume_24/issue_2/16wcdem.pdf
 5. Health Programme. <http://ec.europa.eu/eahc/health/index.html>

FAKTA 1

Huvudsakliga aktivitetsområden vid Health Threats Unit

- Översyn av EU:s regelverk för en integrerad strategi mot hälsohot (inbegriper alla hot inklusive CBRN – det vill säga kemiska, biologiska, radiologiska, nukleära)
- Samordning av vaccinationsstrategier
- pandemiberedskap
- Tuberkulos
- AMR (antimikrobiell resistens)
- EU:s krishantering och hantering av insatser för folkhälsa – HEOF (beredskap för akuta hälsoinsatser)
- Utbildning och övningar
- Allmän beredskapsplanering – Teknisk vägledning
- Nätverk för kommunikatörer
- Lagring

- Klimatförändringar
- Bio-säkerhet – »Bygga broar mellan säkerhet och hälsa: Kartläggning av god praxis vad gäller att hantera »CBRN-incidenter och säkerhet kring CBRN-ämnen«
- Modellering
- Hälsohot – Hälso- och sjukvårdsmyndigheten – Global Health Security Initiative (GHSI)
- Bio-säkerhet
- Forskning inom hälsosäkerhetsområdet
- Integrering av hälsorisker inom andra politikområden, till exempel samarbete med andra generaldirektorat, samarbete med EU-byråer och andra organ, internationellt samarbete (WHO, GHSI, Nato, Australia group etc)
- Hälsoprogrammet