

NYA MÅL FÖR ST-LÄKAREN

Socialstyrelsens nya målbeskrivningsmodell – en möjlighet till förbättring av hela specialiseringstjänstgöringen.

ANNIKA EKLUND-GRÖNBERG, specialist i allmänmedicin, distriktsläkare, Trollbäckens vårdcentral, Tyresö, ordförande i Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), ledamot av

Svenska Läkaresällskapets utbildningsdelegation, ledamot i SPUR-stiftelsens styrelse
annika eklund-gronberg@sfam.a.se



I januari 2005 presenterade Socialstyrelsen i en rapport sin nya målbeskrivningsmodell för läkares specialiseringstjänstgöring (ST). Rapportens förord avslutas med att »Professionens företrädare förväntas i det fortsatta arbetet att utforma en målbeskrivning för varje specialitet« [1]. Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) välkomnar detta uppdrag. Vår nuvarande målbeskrivning är målstyrd och innehåller mål inom de kompetensområden som nämns i rapporten (klinisk kompetens, ledarskap och kommunikation samt kompetens inom medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete) [2], men den behöver ses över och uppdateras. Vi vill också öka ST-läkarens eget ansvar för sin kompetensutveckling i enlighet med de tankar som uttrycks i »Vägen till specialist« [3]. En översyn av nuvarande målbeskrivning har pågått något år, och en arbetsgrupp (se Fakta 1) har tagit fram förslag till en ny målbeskrivning [4].

Huvudsyftet med målbeskrivningen är att definiera vad som krävs för att nå specialistkompetens och att ange vilket underlag som behövs för att verksamhetschef, studierektor och handledare ska kunna värdera kompetensen och intyga att målen är uppnådda. Den bör också ge möjlighet att bedöma vilka resurser som måste avsättas. En svår men viktig fråga är om det redan i specialistens målbeskrivning går att formulera kompetenskrav som underlättar inövandet av ett effektivt arbetssätt.

Utbildningsstruktur

Specialiseringstjänstgöringen är en fördjupad yrkesutbildning, liknande forna tiders gesällskap, och inte en del av grundutbildningen. Specialistkompetens innebär inte bara ett visst kunnande, utan också förmågan att omsätta kunnandet i praktisk handling och förmågan att anpassa sig till nya omständigheter genom att reflektera över sina handlingar, »reflection-in-action« [5]. Detta innebär att ST-läkaren själv bör ha huvudansvaret för sin professionella utveckling, men god handledning krävs också.

I Socialstyrelsens modell anges att avsnittet »Utbildningsstruktur« ska vara ett redskap för handledare, ST-läkare och övriga intressenter när det gäller att planera och genomföra ST så effektivt och meningsfullt som möjligt. Vi har uttryckt detta genom att beskriva en ST-process där det främsta instrumentet är en kvalitetscirkel: värdering av kompetens, uppsättande av utvecklingsmål, planering och genomförande av de åtgärder som

behövs för att nå målet, kontroll av att målet uppfyllts, ny värdering, och så vidare. Denna process sker bäst genom ett samarbete mellan ST-läkare, handledare och studierektor, men huvudansvaret är ST-läkarens. Sättet att arbeta kan användas för kontinuerlig kompetensvärdering och kvalitetssäkring under läkarens fortsatta yrkesliv.

För att värderingarna ska bli så likartade som möjligt över landet rekommenderar SFAM att varje ST-läkare får möjlighet att göra en avstämning tillsammans med en extern värderare, utbildad av specialitetsföreningen. Avstämningen bör ske ungefär halvvägs mot målet, en så kallad mitt-i-ST [6, 7, 8], för att eventuella brister i planeringen ska hinna rättas till i god tid.

Avslutningsvis gör ST-läkaren, handledaren och studierektorn en genomgång av den samlade utbildningsdokumentationen, varefter de två sistnämnda tillsammans med verksamhetschefen tar ställning till om målen uppfyllts. Slutbedömningen kan kompletteras med SFAMs specialistexamen [9, 10].

Klinisk kompetens

Utöver kunskapsinhämtning kräver kompetensutveckling ett praktiskt utövande, lärande genom tjänstgöring, »learning by doing« [3]. Klinisk kompetens utvecklas genom klinisk tjänstgöring anpassad till den blivande specialistens behov. Dessa varierar beroende på tidigare tjänstgöringar och yrkeserfarenheter. Vår uppfattning är att spännvidden har ökat, bland annat genom att fler ST-läkare har gjort sin grundutbildning utanför Sverige. För att på ett optimalt sätt nå samma mål krävs därför individuella tjänstgöringsplaner. Det gör det svårt att ange några exakta tidsangivelser för olika tjänstgöringsavsnitt. Eftersom utbildningsmiljön varierar över landet är det också svårt att ställa specifika krav på var kompetensen ska inhämtas. Huvudsaken är att den inhämtas.

En blivande specialist i allmänmedicin får naturligt nog huvuddelen av sin kompetens genom tjänstgöring på vårdcentral eller motsvarande. Utifrån ST-läkarens behov av ytterligare kunskap och färdighetsträning sker komplettering med annan tjänstgöring. Samtidigt skapas kontakter med de kliniker ST-läkaren som färdig specialist kommer att samarbeta med.

En betydelsefull del av den kontinuerliga kompetensutvecklingen är att delta i kollegiala fortbildningsgrupper. Detta bör starta redan under ST-tjänstgöringen, och vi anger därför att ST-läkaren aktivt ska delta i regelbundet återkommande lokala fortbildningsmöten, antingen i särskilda ST-seminarier där sådana anordnas eller i möten med en fast grupp av allmänläkare och blivande allmänläkare, så kallad FQ-grupp [11].

Handledaren fyller en mycket viktig funktion i den form av

»... i en specialitet som vår är en kontinuerlig avstämning mellan de personer som ska utföra bedömningen nödvändig.«

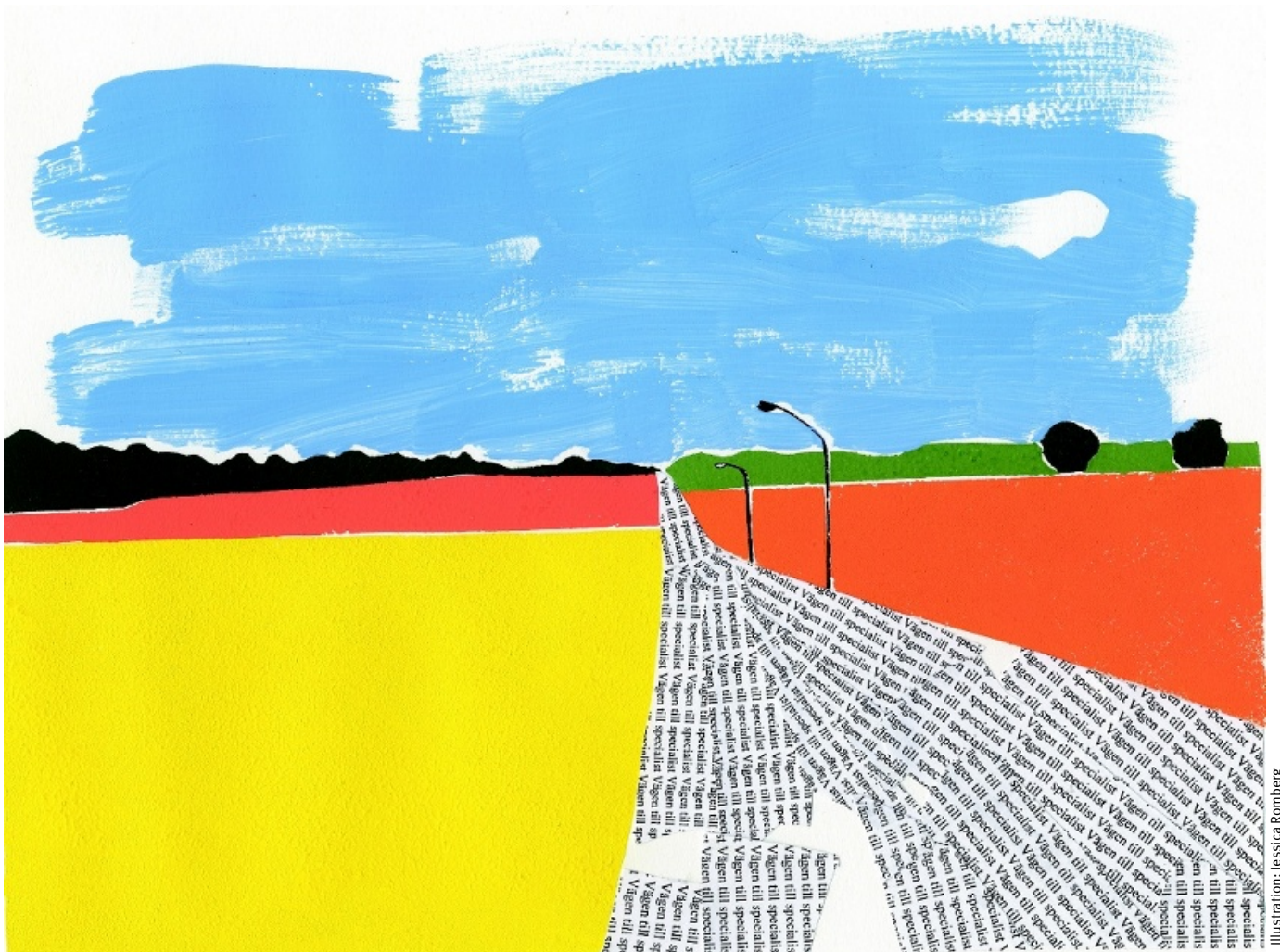
SAMMANFATTAT

Socialstyrelsens nya modell för målbeskrivning för läkares specialiseringstjänstgöring (ST) ger specialitetsföreträdarna en möjlighet att förtydliga och stärka hela ST-processen. **Förutom kunskapskraven** betonar Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) vikten av:

- **ST-läkarens eget** ansvar för sin kompetensutveckling
- **grundläggandet** av en kontinuerlig kvalitetssäkrad

kompetensutveckling under hela det fortsatta yrkeslivet

- **medsittning** och videoinspelningar av konsultationstillfällen som bedömningsgrund för klinisk och kommunikativ kompetens
- **en nationellt likartad** bedömning genom extern värdering (mitt-i-ST), ett fungerande studierektorsnätverk samt regelbundna SPUR-inspektioner.



Allmänmedicinens nuvarande målbeskrivning innehåller redan de kompetensområden som nämns i Socialstyrelsens rapport (klinisk kompetens, ledarskap, kommunikation, medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete), men målen behöver ses över och uppdateras.

yrkesutbildning som ST utgör och måste själv få en bra utbildning och realistiska förutsättningar för uppdraget. I SFAMs förslag till ny målbeskrivning anges att handledning under kliniskt arbete ska innefatta regelbundna samtal minst en timme per vecka, möjlighet till rådfrågning under löpande arbete, ömsesidig medsittning samt regelbunden ömsesidig genomgång av journaler och annan dokumentation. Handledning kan ges av olika personer, exempelvis under tjänstgöring på annan klinik, men det ska finnas en huvudhandledare.

Utvärdering av klinisk kompetens

Klinisk kunskap är förhållandevis lätt att utvärdera, exempelvis genom traditionella skrivningar. Vi rekommenderar att de i SFAMs examen ingående årliga skrivningarna görs av alla ST-läkare, inte minst för att de utgör ett bra underlag för diskussioner inom läkargruppen eller vid handledningstillfällen.

Klinisk kompetens är svårare att värdera enbart genom teoretiska moment. Den som gör värderingen bör också kunna iaktta den blivande specialisten i praktisk yrkesutövning, exempelvis under en praktikdag eller genom upprepade kortare medsittningar. Videospelningar underlättar jämförelser över landet och ger möjlighet till extern värdering.

Som metod för uppföljning av de kliniska delmålen anges i vår målbeskrivning en samlad utbildningsdokumentation, så kallad

portfölj eller portfölj, som innehåller en sammanställning av genomförd tjänstgöring och utbildningsmoment, intyg om godkända kurser, en skriftlig självvärdering, ett handledaromdöme inklusive bedömning av medsittningar eller videospelningar samt exempel på skriftlig dokumentation som intyg, brev, informationsmaterial eller liknande som skrivits av ST-läkaren. Vi rekommenderar alla ST-läkare att göra denna dokumentation kontinuerligt från första dagen, gärna elektroniskt. Den utbildningsguide på nätet som för närvarande utarbetas av en arbetsgrupp inom Sveriges läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet, tror vi kommer att underlätta [12].

Det är mycket viktigt att värderingen av den kliniska kompetensen sker på ett likartat sätt över landet. I en specialitet med få ST-läkare är detta inte något stort problem, men i en specialitet som vår är en kontinuerlig avstämmning mellan de personer som ska utföra bedömningen nödvändig. Studierektorerna i allmänmedicin har bildat ett nätverk som genom årliga träffar och en ständigt pågående diskussion över nätet sammanjämkar sina bedömningsgrunder. Fler gemensamma utbildningstillfällen och certifieringskrav diskuteras.

Kommunikativ kompetens

Ett absolut krav för att kunna bli specialist i allmänmedicin är en välfungerande kommunikativ kompetens. Samtidigt är den

FAKTA 1

SFAMs arbetsgrupp består av:
Meta Wiborgh, distriktsläkare och verksamhetschef i Luleå.
Karin Lindhagen, distriktsläkare i Uppsala, studierektor.
Eva Jaktlund, familjeläkare vid

privat driven vårdcentral i Fränsta, Västernorrland, tidigare ordförande i SFAMs ST-råd.
Annika Eklund-Grönberg, distriktsläkare i Tyresö.

kompetensen svår att objektivt bedöma. Vi har i vårt förslag till ny målbeskrivning infört obligatorisk och regelbunden med-sittning samt obligatoriska videoinspelningar av konsultationstillfällen för att ge handledaren möjlighet att stödja en god utveckling. Videoinspelningarna ger också en möjlighet till extern bedömning.

Efter medsittningarna är det av stor betydelse att handledaren eller värderaren förmår att ge en konstruktiv återföring. Det är i regel förhållandevis lätt att göra en värdering av kunskapsinnehållet i konsultationen, men värderingen av genomförandet kan vara svårare. Vi rekommenderar därför mycket starkt att alla handledare ska ha utbildning inom detta område, exempelvis genom de handledarutbildningar som studierektorerna anordnar. Dessa utbildningar kan med fördel ordnas gemensamt för olika specialiteter.

I läkarens arbete ingår att producera en stor mängd dokument: journaler, remisser, epikriser och, inte minst inom allmänmedicin, intyg och utlåtanden. Ett av våra delmål är därför »att besitta en god förmåga att dokumentera sitt arbete samt att muntligt och skriftligt på ett respektfullt, inkännande och effektivt sätt kommunicera med patienter, anhöriga och medarbetare samt med olika samhällsinstanser«. De personer som av olika skäl har svårt med det skrivna språket bör tidigt få möjlighet till den kompletterande utbildning som behövs för att klara denna arbetsuppgift.

Ett tungt ansvar för verksamhetschef och studierektor är att tidigt under ST-tjänstgöringen hitta och avråda det fåtal personer som av något skäl inte är lämpliga för specialiteten. Enligt vår erfarenhet handlar det oftast om bristande kommunikativ kompetens, och vi hoppas att denna arbetsuppgift ska underlättas av det krav på medsittning och videoinspelningar som nu införs. En rättvis bedömning underlättas av ett flertal inspelade konsultationer.

Ledarskapskompetens

Ledarskap är ett omfattande område, alltifrån förmågan att lägga upp sitt eget arbete till chefskap över en större verksamhet. Vi har valt att fokusera på förmågan att organisera det egna arbetet, att handleda AT-läkare och medicine studerande samt att medverka i utvecklingen av den egna enhetens arbetssätt. Alla

ST-läkare bör ha möjlighet att genomgå en ledarskapsutbildning, gärna tillsammans med ST-läkare från andra specialiteter. För den intresserade ST-läkaren bör det finnas möjlighet till ytterligare fördjupning med sikte på ett framtida chefskap.

Utvärderingen sker genom att ST-läkaren i sin kliniska vardag visar prov på sin kompetens inom detta område, och får detta intygat av verksamhetschef och handledare. Bedömning av handledarförmåga bör göras av både uppdragsgivare och adept.

Medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete

Förmåga till ett kritiskt och evidensbaserat förhållningssätt är nödvändig för en bra verksamhet, inte minst eftersom den medicinska kunskapen är omfattande och förändras snabbt. Att kritiskt kunna värdera en artikel eller annan information är en av grunderna i en läkares kunskapsinhämtande. Att kunna söka, värdera och använda ny kunskap utifrån de frågeställningar som dyker upp i det dagliga arbetet är av största betydelse. Vi har därför som obligatorium en kurs i EBM (evidensbaserad medicin). Även denna kurs kan med fördel vara gemensam för flera specialiteter.

Den allmänmedicinska forskningen ökar, men behöver få betydligt större omfattning än nu. Att under ST öva upp denna kompetens är viktigt inte bara för individen utan för hela specialiteten [13]. Ett fempoängsarbete, gärna utgående från den kliniska vardagen, är minimikravet.

Handledare för det vetenskapliga arbetet bör ha disputerat, och gärna vara knuten till allmänmedicinsk institution eller FoU-enhet.

Fortsatt kvalitetssäkring

Arbetet för att förbättra ST-tjänstgöringen stannar inte vid en genomarbetad målbeskrivning. ST-läkaren behöver fungerande arbetsvillkor samt stöd från handledare och studierektor för att ST-processen ska fungera optimalt.

För att kunna garantera att de läkare som erhåller specialistkompetens verkligen uppnått målbeskrivningens kompetensmål behövs en stark studierektorsfunktion med utökade befogenheter. Arbetsuppgifter och ansvar behöver ses över och förtydligas, och kompetensen värderas, helst certifieras. En för Sveriges läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet gemensam arbetsgrupp genomför just nu en översyn av studierektors- och handledarfunktionerna inom AT- och ST-tjänstgöringen. Vi tror att resultatet av detta arbete kommer att bli betydelsefullt för ST-tjänstgöringens kvalitet i stort.

För övrigt anser vi att SPUR-inspektioner bör genomföras inom samtliga studierektorsområden [14, 15].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Nya målbeskrivningar för läkares specialiserings-tjänstgöring – en arbetsmodell. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005. Artikelnr 2005-105-2. <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8658/2004-105-2.htm>
2. Målbeskrivning för allmänmedicin. SFAM. http://www.sfam.se/pdf/lilla_gula.pdf
3. Egidius C, Egidius H, Erwander B. Vägen till specialist: handledning och lärande för läkare i ST. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2003.
4. Förslag till ny målbeskrivning för allmänmedicin. SFAM. <http://www.sfam.se/documents/Malbeskrivning051007.pdf>
5. Schön DA. The reflective practitioner: how professionals think in action. Aldershot: Arena; 1995.
6. Mitt-i-ST dokument. SFAM. <http://www.sfam.se/mittist.html>
7. Johansson Y. Oberoende kompetensvärdering mitt i ST – stöd för allmänläkare. Läkartidningen 2004;101:2994-5.
8. Johansson Y. Rapport från SFAMs och Fammis projekt Mitt-i-ST 2004. Stockholm: Svensk förening för allmänmedicin; 2004.
9. Examenshandlingar. SFAM. <http://www.sfam.se/specialistexamen.html>
10. Måwe U, Johansson Y, Egidius H. Allmänmedicinen utvecklar specialistexamen. Läkartidningen 2001;98:859-60.
11. 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;17:196-200.
12. Demonstrations- och informationssida för Utbildningsguiden, Läkarförbundet. <http://www.lakarforbundet.se/Utbildningsguiden>
13. Håkansson A, Beckman A, Ekvall Hansson E, Merlo J, Månsson NO. Research methods as a means of developing academic general practice. Scand J Prim Health Care 2005;23:132-6.
14. Eliasson G. Ny modell för allmänmedicinska Spur-inspektioner i pilotprojekt; Kriterier för att få maximala 3 poäng vid inspektion. Rapport från 2001-2002 års inspektion. Läkartidningen 2002;99:4500-8. Rättelse 2002;99(47):4815.
15. Käärik U, Pontén J. Spur-inspektionen – en process med många positiva effekter. Rapport från 2002-2003 års Spur-inspektion; Kriterier för att få maximala 3 poäng vid inspektion. Läkartidningen 2004;101:588-602.