

Förslag om införande av en klinisk bastjänstgöring för läkare Ds 2017:56

Remissvar från svensk lungmedicinsk förening (SLMF)

Bastjänstgöringen (BT) är avsedd att ge en strukturerad yrkesintroduktion till svensk hälso- och sjukvård och läkaryrket för framtida läkare, oavsett i vilket land man har genomgått sin läkarutbildning. Införande av BT är viktig för läkare som utbildade i andra länder, samt för den svenska hälso- och sjukvården. Utlandsutbildade läkare har inte samma insyn i svensk hälso- och sjukvård som den som fått sin utbildning i Sverige. BT har möjligheter att ge en likartad grund för både svensk- och utlandsutbildade kollegor, vilket är positivt.

Förslaget innebär dock i sin nuvarande utformning att BT blir en del av ST-tjänstgöring, vilket bedömes vara en stor nackdel, då detta kan leda till att arbetsgivare tvekar att anställa oerfarna, för kliniken oprövade, läkare. Konsekvensen av detta blir att många nylegitimerade läkare riskerar en lång tids tjänstgöring på vikariatsförordnande innan dessa läkare ens kunnat påbörja en BT och ST. De kommer inte att ha rätt till handledning eller kurser under vikariatsförordnande eftersom denna rätt är knuten till att specialiseringstjänstgöring har påbörjats. Därför kommer BT inte att säkra en kortare väg till specialistkompetensen. Eller kommer alternativet finnas att man genom vikariat innan BT skulle kunna uppnå de lärandemål som uppsätts under BT, såsom gamla ”gråblock” och i så fall göra konstruktionen BT överflödig?

Enligt förslaget ska BT vara godkänd innan ST kan fortsätta, men intyg om uppnådd BT-kompetens ska skickas till Socialstyrelsen i samband med start av ST, vilket väcker följande frågor: Vem godkänner BT? Hur säkerställs lärandemålen? Vem i de olika verksamheterna har kompetens att bedöma BT-läkaren? Kan BT underkännas på lokal nivå så att ST inte kan påbörjas? Kan BT underkännas av Socialstyrelsen så att ST inte kan påbörjas? Intygsförfarande hos Socialstyrelsen för att erhålla kompetensbevis för bastjänstgöringen kan få negativa konsekvenser, innebärande en förlängd handläggningstid och sannolikt ställtider där läkaren och arbetsgivaren behöver vänta på Socialstyrelsen beslut.

Övriga frågor med anledning av godkännandeförfarandet: Vilka incitament finns det för arbetsgivare att verkligen förlänga tjänstgöringstiden under BT om den enskilde läkaren inte bedöms uppnå målen? Vi ser en risk med att BT ibland måste förlängas kopplat till aktuell ST. För en f d grenspecialitet med lång specialiseringstid har förlängd BT negativa konsekvenser för rekrytering av nya specialister. Förslaget om att arbetsgivaren/verksamhetschef, huvudhandledare och lokalhandledare som ser läkaren i arbete bedömer måluppfyllnaden kan stödjas under förutsättning att dessa har adekvat utbildning för bedömningen och att bedömningen blir likriktad över landet.

Vi ser också en risk med förlängning av minimitiden för ST till 5,5 år, inkluderande BT. Erfarenhetsmässigt brukar minimitiden vara normerande och den genomsnittliga ST-läkaren kommer att förväntas klara sin ST på 5,5 år, även om man inte kan förkorta BT:n. Vi är medvetna om att utbildningen ska vara målstyrd, men vi ser en signifikant risk att man vid upplägg av ST kommer att planera för enbart 5,5 års utbildning. En följd av det kan vara att de delarna av ST:n som har på förhand definierade tider, såsom. 1 år BT och 2 år Common trunk, kommer att dominera. I den situationen blir enbart 2,5 år ”över” för t.ex. lungsjukdomar. Det

kan inte vara meningen att man som ST-läkare tillbringar mindre tid med det man specialiserar sig inom, än med mer allmänna ämnen?

Anställningsvillkor inklusive lön under BT är inte tydliga i remissen. BT-läkare kommer att vara mer användbar som resurs och tillgång för hälso- & sjukvården än AT-läkare och därför måste anställningsvillkor regleras. Risken är att kvaliteten på BT kommer att variera över landet, vilket inte är rimligt utan BT måste bli likvärdig avseende uppfyllande av lärandemål. Tillräckligt med platser för BT måste säkerställas och vi anser att BT ska separeras från ST-tjänst av ovanstående skäl. Verksamheter som erbjuder BT måste kvalitetssäkras på liknande sätt som verksamheter som erbjuder ST.

Avskaffande av AT-tjänstgöring kommer leda till negativa konsekvenser för psykiatri och påverka läkarnas kliniska kompetens inom psykiatri. För att motverka dessa konsekvenser, föreslår vi att BT-läkare tjänstgöra minst en månad inom psykiatrisk akutsjukvård och deltar i jourverksamhet.

I förslaget anges också att Socialstyrelsen har för avsikt att utarbeta handbok för ”dels för läkarnas bastjänstgöring” (en förutsättning, enligt vårt förmenande), ”dels för de specialitetsövergripande delmålen i SOSFS 2015:8” (lite sent påtänkt efter tre år, anser vi, och överflödigt, då det dessutom redan genomförts av Läkarförbundet 2016 i skriften ”Rekommendationer för allmänna kompetenser i ST”)

Vi tycker också att det är problematiskt att justeringen av specialiseringstjänstgöringen kommer att medföra vissa ändringar i SOSFS 2015:8 och vi bedömer det som mindre lyckat att ha tre parallella system i bruk under perioden 2020-07-01 till 2022-04-30. Vi efterlyser därför tydliga övergångsregler för aktuell period.

För Svensk LungMedicinsk Förening:
Hanan Tanash
Vice ordförande, remissgranskare

Margaretha Smith
Utbildningsansvarig