

Långsiktig kompetensförsörjning behövs i vården

LÄRANDEMILJÖN MÅSTE TILLGODOSES I NYA ORGANISATIONSMODELLER – I FRAMTIDENS VÅRD BLIR SPECIALITETERNA FÄRRE OCH BREDARE

Läkares utbildning har tre faser med skilda uppdrag och ansvar – från grundutbildning och vidareutbildning till specialistutbildning och sedan fortbildning.

Grundutbildningen, men även vidareutbildningen, har ett särskilt ansvar för kompetensförsörjning baserat på hälso- och sjukvårdens långsiktiga behov, nationellt och internationellt [1]. Det förutsätter en analys av de arbetsuppgifter som läkare förväntas ansvara för i morgondagens hälso- och sjukvård och av de professionella miljöer och system som läkaren kommer att verka i.

Fortbildningen efter uppnådd formell kompetens bör däremot i första hand inriktas på aktuella behov med fokus på identifierade kunskapsluckor; områden där resultaten inte motsvarar de möjligheter som kunskapsläget erbjuder samt professionalism, prevention, hälsofrämjande och samverkan.

I denna artikel belyser jag nödvändiga förändringar i läkares utbildning och hur man kan värna en fungerande lärandemiljö i den framtida hälso- och sjukvården samt argumenterar för att framtidens hälso- och sjukvård i första hand har behov av läkare med bred generalistkompetens.

Utvecklingstendenser och förändrade krav

Starka politiska krafter är i dag inriktade på att åstadkomma en strukturförändring



Stefan Lindgren, ordförande, Svenska läkaresällskapet;

professor, överläkare, Lunds universitet; gastrokliniken, Skånes universitetssjukhus, Malmö

• stefan.lindgren@med.lu.se

som innebär att den öppna och nära vården ska utgöra basen i den svenska hälso- och sjukvården. Samtidigt står vi inför en demografisk utveckling med allt fler multisjuka äldre som kommer att påverka hela välfärdssektorn och leda till finansieringsproblem [2].

Förändringar av klimat och miljö samt migration innebär ytterligare utmaningar. Människor rör sig mer inom och över nationsgränser, och

miljö- och klimatförändringar skapar nya mönster för smittsamma såväl som icke-smittsamma sjukdomar [1].

Detta är en utveckling som kommer att påverka hälso- och sjukvården och öka kraven på bred anställningsbarhet som behövs för läkare i Sverige och internationellt. Läkarens yrkesroll förankras därför allt mer i djup kunskap, professionalism, samverkan och ett vetenskapligt kritiskt förhållningssätt snarare än huvudsakligen i smal och djup kunskap.

Läkarnas grundutbildning

Läkarnas grundutbildning måste mot denna bakgrund inriktas mer på att ge studenter generisk och generalistbaserad kompetens och förlägga merparten av det verksamhetsintegrerade lärandet inom den nära vården [3]. Läkarutbildningen bör även anpassas utifrån en internationell samsyn [4] och betona de kärnkompetenser som är gemensamma för alla vårdprofessioner [5].

Detta ställer krav på interprofessionellt lärande tidigt i utbildningen och positiva förebilder. Det förutsätter även möjligheter för studenterna att långsiktigt följa patienter och sjukdomsförlopp.

Specialiseringstjänstgöringen

Specialiseringstjänstgöringen (ST) handlar för den enskilde läkaren om att, via fördjupning och breddning av kompetensen från grundutbildningen, utveckla basal kompetens inom specialiteten för att kunna anställas som specialistläkare i Sverige och internationellt. Därefter fortsätter

kompetensutvecklingen genom hela yrkeslivet med inriktning i första hand på de arbetsuppgifter som läkaren möter i den miljö där hon eller han är verksam. Läkaren är med andra ord aldrig färdigutbildad!

ST-läkaren måste utbildas i miljöer som ger förutsättningar för måluppfyllelse. Det innefattar tillgång till adekvata patientunderlag och goda möjligheter till handledning.

ST ska långsiktigt och med god framförhållning och flexibilitet förse verksamheten med den läkarkompetens som behövs utifrån patienternas och samhällets behov av välfungerande, lättillgänglig och kostnadseffektiv hälso- och sjukvård. Dimensioneringen ska således baseras på verksamhetens långsiktiga kompetensbehov.

Utbyggnaden av den nära vården, fler multisjuka patienter och ökad globalisering talar för en specialitetsordning med

»Detta är en utveckling som kommer att påverka hälso- och sjukvården och öka kraven på bred anställningsbarhet som behövs för läkare i Sverige och internationellt.«

färre och bredare specialiteter. Den kan därför inte som i dag baseras på alla de högt specialiserade behov som finns.

I den framtida utbildningen av specialister bör i stället målen förutsätta bred kompetens inom specialiteten för att möjliggöra anställning inom hela hälso- och sjukvården.

En högre nivå av specialisering kan i stället – när behov uppstår – tillgodoses inom ett certifieringssystem som ägs av professionen med möjligheter till internationellt erkända fördjupningar inom en specialitet. Certifieringen visar att

HUVUDBUDSKAP

- Grundutbildningen av läkare måste inriktas på generisk och generalistbaserad kompetens.
- Utbyggnaden av den nära vården och ökad globalisering talar för en specialitetsordning med färre och bredare specialiteter än i dag.
- Behovet av lärandemiljöer för långsiktig kompetensförsörjning måste beaktas när nya organisatoriska modeller införs.

Foto: Shutterstock/JBL



Strukturförändringar i vården och ökad globalisering är ett par av de faktorer som påverkar framtidens svenska hälso- och sjukvård – och därmed också läkarutbildningen, från grundutbildning till fortbildning.

specialisten dokumenterat fördjupad kompetens inom ett område som utgör ett internationellt erkänt självständigt ansvarsområde inom specialiteten. Den får därmed betydelse för den fortsatta karriärutvecklingen, men också för flexibel planering av kompetensförsörjningen inom verksamheter med olika inriktning.

Kompetensutveckling under hela yrkeslivet

Efter uppnådd examen ska specialisten ha möjligheter till fortsatt kompetensutveckling under hela yrkeslivet baserat på de krav som verksamheten ställer. Det kan innebära smalare och djupare kompetensutveckling för läkare som huvudsakligen är verksamma inom sekundär och tertiär vård. Flertalet läkare kommer dock att ha kvar och utveckla sin generalistkompetens och arbeta med nära vård och sjukhusvård av »ofta«-karaktär.

En särskilt viktig del i den framtida fortbildningen blir att samla och utveckla kompetens runt patienten och de stora sjukdomsgrupperna, vilket förutsätter samverkan mellan läkare och andra vårdprofessioner med kompletterande kompetenser som tillsammans skapar en fungerande helhet. Kompetensförsörjning av teamet förutsätter således att medarbetarna kompetensutvecklas i både sina egna professioner och i teamet runt aktuella patientgrupper.

Värna fungerande lärandemiljöer

Utbildningen av framtidens hälso- och sjukvårdspersonal måste ske i lärandemiljöer som skapar förutsättningar för adekvat träning och individuell utveckling. Beträffande läkare är patientunderlag och långsiktig uppföljning av de kliniska problemen som utbildningen avser av särskild betydelse. Dessa förutsättningar gäller även den yrkeslivslånga kompetensut-

vecklingen efter avslutad formell utbildning.

Organisatoriska förändringar inom hälso- och sjukvården utgör en särskild utmaning med avseende på fungerande lärandemiljöer. Om verksamheter av »ofta«-karaktär flyttar ut från sjukhusen till offentlig och privat hälso- och sjukvård nära patienterna riskerar samtidigt kvaliteten på läkares utbildning att försämrats, eftersom värden fragmentiseras, patientunderlag splittras och rådande ansvarsförhållanden luckras upp. Beslutsfattare måste därför reda ut en rad oklarheter innan strukturförändringar genomförs och skapa möjligheter till samverkan.

Hur ska läkare kunna få rätt träning med mindre patientvolym där patientunderlaget inte ger förutsättningar för uppfyllelse av utbildningsmålen? Var finns egentligen hemvisten och identiteten för utbildningen? Var ligger ansvaret för kompetensförsörjning och kompetensutveckling? Hur ska kopplingen till forskning och utveckling säkras?

Liknande problematik uppstår när förändringsprocessen går i den andra riktningen, mot »högspecialiserade enheter« som begränsar verksamheten till sådant som andra inte gör. Detta innebär också att de utgör mindre adekvata lärandemiljöer för både grundutbildning och ST. Även här måste således beslutsfattare i förväg beakta konsekvenserna för utbildningens hemvist.

Var ska rekryteringsbasen finnas och hur bör den vara utformad? Hur ska den högspecialiserade enheten exponeras för studenter och unga läkare?

Säkra långsiktig kompetensförsörjning

För att säkra den långsiktiga kompetensförsörjningen och teamens komplementära kompetens är det således nödvändigt att beakta behoven avseende utbildning

och forskning när organisatoriska förändringar genomförs. Utbildningen och den fortsatta kompetensutvecklingen för läkare förutsätter adekvata lärandemiljöer i förhållande till utbildningsmål och yrkeskrav samt möjligheter till professionell samverkan och utveckling i breda professionella miljöer. Sådana miljöer behöver inte vara kongruenta med tidigare klinikbegrepp.

Även andra organisatoriska former för specialitetsfamiljer som främjar professionell samverkan, erfarenhetsutbyte och viss gemensam kompetensutveckling är möjliga. En lösning kan vara att vidmakthålla breda miljöer för läkarnas hemvist oavsett vilka organisationsmodeller som införs för vårdens utförande, samtidigt som läkare i sin kliniska verksamhet interdisciplinärt och tvärprofessionellt samlas kring de aktuella patientproblem man arbetar med. Patientflödena behöver således inte följa hemvistmiljöerna för läkarna.

Inom läkarnas breda hemmiljöer kan man också möjliggöra varierande grad av anknytning till generalistarbetet beroende på vilka team och patientproblem läkarna arbetar med. De breda professionella hemmiljöerna erbjuder dessutom en hållbar rekryteringsbas med förutsättningar att långsiktigt säkra kompetensförsörjningen av läkare. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2018;115:EY3M

REFERENSER

1. Frenk J, Chen L, Bhutta Z, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-58.
2. Global Consensus for Social Accountability of Medical Schools. Consensus document. December 2010. <http://healthsocialaccountability.sites.olt.ubc.ca/files/2011/06/11-06-07-GCSA-English-pdf-style.pdf>
3. SOU 2013:15. För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning. Betänkande av Läkarutbildningsutredningen. Stockholm: Utbildningsdepartementet; 2013.
4. Lindgren S, Gordon D. The doctor we are educating for a future role in global healthcare. *Med Teach*. 2011;33(7):551-4.
5. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington DC: Interprofessional Education Collaborative; 2012. <https://www.aamc.org>