

Kvalitetssäkrad fortbildning för alla läkare



**Sveriges
läkarförbund**

Den medicinska professionens organisation



Text: Sveriges läkarförbund 2009

Foto: www.rickarderiiksson.com

Tryck: Intellecta, Solna 2009

Ett stort tack till våra medlemmar
som medverkar på bilderna!

Förord

1996 gav Läkarförbundet ut ett fortbildningspolitiskt program som år 2000 följdes upp med handlingsprogrammet ”Bättre fortbildning i fyra steg”. I de programmen redovisades förbundets grundläggande policy om vad som krävs för att läkarna ska få rimliga förutsättningar för sin fortbildning. Programmen var ett ställningstagande för att det är i det dagliga arbetet, i dialog med kollegor, som det mesta lärandet sker. Likaså poängterades varje läkares ansvar för sin egen kompetensutveckling under hela yrkeslivet.

Continuing Professional Development, CPD, är det internationellt använda begrepp som beskriver kravet på ett kontinuerligt lärande under hela yrkeslivet. CPD omfattar inte bara medicinska kunskaper utan avser även andra ämnesområden som ledarskap, kommunikation och etik som är viktiga för att skapa en god sjukvård.

Det program vi nu presenterar bygger helt på principen om CPD och på de riktlinjer som lades fram i dessa tidigare program.

Det som skett sedan det förra programmet publicerades är att läkaryrket blivit alltmer internationellt med en i det närmaste fri rörlighet med många internationella kontakter. Viktigt är därför att arbeta för en fortbildningspolitik som står i samklang med professionens fackliga organisationer inom såväl som utanför EU.

Syftet med detta program är också att ta ett steg till och skapa konkreta verktyg som kan användas som stöd för en kvalitetssäkrad fortbildning för alla läkare. Genom att utveckla ett system med fortbildningsinspektioner vill Läkarförbundet skapa en ny och bättre struktur för att kvalitetssäkra läkares kompetens.



Innehåll

- 4 Sammanfattning

- 6 Bakgrund
 - 6 Läke­medels­in­dus­tri­ns fi­nansie­ring av läka­res for­tbil­dning
 - 7 IPULS
 - 7 For­tbil­dning­sen­kät
 - 8 Kom­pe­ten­sport­föl­jen
 - 8 Läka­res läran­de
 - 9 En läran­de or­ga­ni­sa­tion

- 11 Pro­ble­min­ven­te­ring – me­to­d
 - 11 In­ter­vju­un­dersök­ning
 - 11 En­kät till spe­ciali­te­ts­före­ning­arna
 - 11 For­tbil­dning­sen­kät

- 12 Pro­ble­mbil­d
 - 12 Den tid och de re­sur­ser som avsätts för ut­bil­dning
 - 13 Åtgärds­ked­jan mel­lan pa­tient­säker­het, kvali­te­tsut­veck­ling och kom­pe­ten­sut­veck­ling
 - 13 Säker­ingen av for­tbil­dning vid konkurrens­ut­set­ting
 - 14 Till­gången på kurser, kon­fe­ren­ser och ve­ten­skap­li­ga möten
 - 15 Kvali­te­ts­säker­ingen av läka­res for­tbil­dning

- 16 Vilka struk­tu­- och pro­cess­fak­to­rer av­se­ende for­tbil­dning bör granskas?
 - 16 Kvali­te­ts­krite­rier

- 21 In­ter­na­tionell ut­blick
 - 21 Sjuk­vår­dens or­ga­ni­sa­tion i Eu­ropa
 - 21 CME och CPD2
 - 22 Obliga­to­risk for­tbil­dning och cer­ti­fie­ring
 - 23 Quality Im­provement, QI, Quality Assurance, QA och Quality Control, QC
 - 22 CPD/CME och läka­rens in­ter­na­tionella or­ga­ni­sa­tioner
 - 24 World Federation for Medical Eduacation, WFME
 - 25 Kon­sen­sus­dokumentet



Sammanfattning

Kunskap är en av de hörnstenar som sjukvården bygger på, där kvaliteten ofta avgörs av den behandlande läkarens kompetens och skicklighet. Läkare måste därför ha goda förutsättningar under hela yrkeskarriären för att ta till sig ny kunskap och tillsammans med kollegor förbättra diagnostik och behandling.

I Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patient-säkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) finns också tydliga krav på att sjukvården ska ha rutiner för att säkerställa personalens kompetensutveckling. För läkarnas fortbildning finns dock inte några fastställda krav liknande dem som finns för ST- och AT-läkare.

I detta program vill vi lyfta fram några av de problem som fortbildningen står inför och presentera lösningar för att få bättre utbildade och skickligare läkare.

För att uppnå detta krävs

- en god lärandemiljö med tid för kollegial dialog, eftertanke, kunskapsöverföring och sökande av information. Alla specialistläkare ska kunna avsätta minst en halv dag i veckan sammanlagt för internutbildning och egen fortbildning.
- tillräckliga budgeterade resurser till utbildningar och konferenser för alla specialistläkare, med möjlighet till minst 10 dagars extern fortbildning per läkare och år.
- att fortbildningsinspektioner liknande dem som finns för ST- och AT-läkare införs.
- att fortbildningen ingår som en systematisk del av verksamhetens kvalitetsutveckling och patientsäkerhetsarbete. Socialstyrelsens föreskrifter med rutiner för personalens kompetensutveckling ska följas.
- att sjukvårdshuvudmannen i samband med upphandling kräver redovisning av anbudsgivarens åtaganden för medarbetarnas kompetensutveckling. I vårdvalsmodeller ska huvudmannen kräva öppen redovisning av tidsåtgång för läkarnas fortbildning.
- att uppdrag som fortbildningssamordnare skall upprättas inom alla specialiteter.
- god tillgång på kurser och konferenser av hög kvalitet.



Bakgrund

Att hålla sig ajour med de senaste rönen inom den egna specialiteten är en självklar del av läkaretiken och läkarna har därför alltid värnat om möjligheterna att fortbilda sig. När Svenska Läkaresällskapet bildades 1808 förbättrades förutsättningarna för läkarnas vetenskapliga och kliniska fortbildning. På 1940-talet uppmärksammade även statsmakterna att läkarnas behov av kontinuerlig kompetensutveckling måste kunna säkerställas för att upprätthålla sjukvårdens kvalitet.

År 1979 fick NLV, Nämnden för Läkares Vidareutbildning, i uppdrag att förutom vidareutbildningen även ansvara för samordning av läkarnas fortbildning eller efterutbildning som den då benämndes. Särskilda kurser togs fram för att förbättra möjligheterna till fortbildning för allmänläkare, långvårdsläkare och psykiater. Senare avvecklades NLV och Socialstyrelsen övertog ansvaret för såväl fortbildning som de så kallade SK-kurserna. Socialstyrelsen tog dock ett principiellt beslut om att avveckla sin verksamhet inom fortbildningsområdet med hänvisningen att fortbildningens planering och finansiering är ett ansvar för sjukvårdens huvudmän.

Läkemedelsindustrins finansiering av läkares fortbildning

Det har sedan länge funnits ett samarbete mellan specialistläkarna och läkemedelsindustrin. Det berör områden som forskning, utbildning och framtagning av nya läkemedel.

Denna samverkan är i grunden konstruktiv och till stor nytta för utveckling av ny kunskap och nya behandlingsmetoder. Eftersom läkemedelsföretagen är kommersiella företag finns dock risker att kommersiella drivkrafter tar över på ett sätt som är negativt och leder till försämrat förtroende för både läkarkåren

och läkemedelsföretagen. Under 90-talet fick vi därför en första överenskommelse om reglerade samarbetsformer mellan professionen och läkemedelsföretagen.

År 2004 gjordes en ny överenskommelse mellan SKL, Sveriges Kommuner och Landsting, och LIF, Läkemedelsindustriföreningen, som mer detaljerat reglerade formerna för samarbetet. En liknande överenskommelse gjordes 2005 mellan SKL och Med tech/LabTech som representerar den medicinskt-tekniska industrin. I avtalen regleras företagens möjligheter att finansiera läkarnas kompetensutveckling och särskilda restriktioner infördes för finansiering av sociala aktiviteter i samband med utbildningar. År 2007 gjordes dessutom en överenskommelse mellan LIF och Läkarförbundet om att all sponsring av intresseföreningar, som exempelvis specialitetsföreningar, ska präglas av öppenhet. All information om sponsring finns tillgänglig i en gemensam databas som LIF tillhandahåller på uppdrag av parterna.



För att läsa avtalet i sin helhet se Läkarförbundets hemsida www.lakarforbundet.se

IPULS



Läkemedelsindustrins finansiering av läkares fortbildning väckte tidigt frågan om att all fortbildning för läkare borde vara kvalitetsgranskad. Läkaresällskapet och Läkarförbundet började därför för cirka 10 år sedan att föra samtal om behovet av en samordning och kvalitetsgranskning av läkarnas externa fortbildning. Från professionens organisationer ville man ha en fortbildning som framför allt såg till sjukvårdens behov och som skulle finnas tillgänglig för alla läkare i Sverige. I ett tidigt skede togs också kontakter med dåvarande Landstingsförbundet för att tillsammans skapa ett institut för läkarnas fortbildning. År 2002 skapades IPULS som ett fristående aktiebolag med uppgift att kvalitetsgranska och sprida information om de granskade utbildningar via internet. För mer information om IPULS, se hemsida www.ipuls.se



Fortbildningsenkät

När överenskommelserna slöts med LIF och Med tech/LabTech fanns en oro att det kunde leda till att läkarna skulle få mindre extern fortbildning. Läkarförbundet började därför att kontinuerligt, via en årlig enkät, följa upp hur mycket fortbildning som kommer läkarna till del. Den första enkäten genomfördes för år 2004, innan avtalet började gälla, för att ha som jämförelse.



Resultatet visar efter fem års uppföljning att inga dramatiska förändringar skett. Antalet utbildningsdagar per läkare är i stort lika år från år, med cirka 8,8 externa utbildningsdagar per år och läkare. Det resultat som är mer alarme-
rande är de stora skillnader som framkommer mellan de olika specialiteterna. Läkare inom allmänmedicin, psykiatri och geriatrik fick, år 2007, ca 25 procent mindre fortbildning jämfört med det stora flertalet läkare. Det är samma kate-
gorier läkare som på 50–60-talet fick särskilda utbildningssatsningar finansierade av statsmakterna.

Ett resultat som också är oroande är den könsskillnad som finns vad det gäller hur mycket tid läkarna avsätter för litteraturstudier/internetsök. Män avsatte i genomsnitt, 2,0 timmar per vecka för detta, jämfört med 1,4 timmar
 för kvinnor, år 2007. Läs sammanställning av fortbildningsenkätens
 resultat på Läkarförbundets hemsida.

Kompetensportföljen

För att underlätta arbetet med att planera och följa upp den enskilde läkarens fortbildning har Läkarförbundet och Läkaresällskapet tillsammans skapat Kompetensportföljen. Det är ett internetbaserat dokumentationssystem där den enskilde läkaren kan dokumentera och sammanställa information om sin kompetens-
utveckling under hela yrkeslivet.

Syftet med Kompetensportföljen är också att gentemot samhället kunna påvisa att läkarna tar ansvar för sin fortbildning och därigenom skapa förtroende för läkarkårens kompetens.

 För mer information om Kompetensportföljen se
 www.kompetensportfoljen.se.



Läkares lärande

Läkares lärande kännetecknas av en lång grundutbildning där de tidigt kommer i kontakt med sjukvården och får möjlighet att stegvis se och testa hur kunskaperna kan appliceras i den kliniska verkligheten. Därefter följer flera år av AT- och

ST-tjänstgöringen med en systematisk inlärnin g till färdig specialist där erfarna kollegor hela tiden bidrar med stöd och kunskaper. Denna utbildningsform bygger på en kontinuerlig kompetensöverföring från erfarna specialister till nyutbildade läkare vilket förutsätter att specialisterna under hela livet utvecklas och tar del av nya kunskaper via litteraturstudier, kurser och vetenskapliga möten.

Denna långa utbildningsprocess innebär att lärandet alltid finns med i det vardagliga arbetet och uppmuntrar till reflektion och utveckling, både för de handledande specialistläkare och för de handledda AT- och ST-läkarna. Detta skapar en lärandemiljö där internutbildning är en självklarhet och där intresse för forskning stimuleras. För många är denna lärmiljö en viktig del av det som skapar mening och arbetstillfredsställelse i det vardagliga arbetet.

En lärande organisation

I den pedagogiska forskningen menar man att det går att skapa organisationsformer som optimerar lärandet och som därmed även blir mer effektiva i sin uppgift. En lärande organisation kännetecknas av att den skapar goda förutsättningar för medarbetarnas lärande och tillvaratar och nyttiggör det i organisationen. En lärande organisation fokuserar på att skapa tillfällen för dialog och ifrågasättande.

Det mesta lärandet sker mer eller mindre omedvetet i det dagliga arbetet. Ofta kan individer lösa problem genom att reflektera över och dra slutsatser av sina egna erfarenheter. Ett sådant förhållningssätt underlättas om tillfällen finns i verksamheten att diskutera problem och utvecklingsmöjligheter. Reflektion sker både i akuta problemsituationer för att hitta lösningar och som en utvärderingsfas för att i efterhand dra slutsatser och få insikter. I en kunskapsorganisation som sjukvården är det viktigt att aktivt uppmuntra och skapa tillfällen till reflektion.

En lärande organisation är en vision för organisationer som tillhandahåller kunskapsintensiva tjänster. Sjukvården är en sådan kunskapsorganisation och där fortbildningen fungerar optimalt finns också goda lärandemiljöer med stora möjligheter för läkare att använda kunskaper till ett kontinuerligt utvecklingsarbete.

VUXENPEDAGOGIK

Vuxnas lärande kännetecknas av

- en egen motivation att lära. Vuxna tar till sig information för att lösa en uppgift eller förstå ett viktigt sammanhang.
- att de har tidigare kunskaper som används som referensram för att kritiskt granska ny information.
- att de själva kan skapa ny kunskap genom att reflektera, få insikter och pröva kunskaper i nya sammanhang. Vuxna bidrar på så sätt i en kunskapshöjande process för sig själva och för andra.
- att det inte är bundet till givna utbildningssituationer, utan är ett förhållningssätt där tillfällen till lärande finns i alla olika situationer i livet.
- att de väljer metod för sitt lärande utifrån egna behov och preferenser
- ett behov av återkoppling från andra och att i samtal kring nya kunskaper och färdigheter få stöd för nya förhållningssätt och handlingsmönster.




Probleminventering – metod

Intervjuundersökning

Under arbetet med detta program har Läkarförbundet genomfört en intervjuundersökning. I undersökningen har ingått 18 specialistläkare, varav 9 är chefer. Intervjupersonerna har fått besvara frågor om möjligheter till fortbildning, såväl egna som anställdas. Deltagarna i undersökningen har varit slumpmässigt utvalda från ett begränsat antal representativa specialiteter bestående av allmänmedicin, anesthesi, barnmedicin, geriatrik, psykiatri, patologi, ortopedi och öron, näsa, hals. Intervjuerna har genomförts i Stockholms läns landsting med en variation av stora och små enheter inom såväl privat som landstingsdriven verksamhet.

Enkät till specialitetsföreningarna

Läkarförbundet och Läkaresällskapet har även med en enkät vänt sig till specialitetsföreningar/sektioner för att få deras syn på viktiga frågeställningar. Se resultatet av enkäten på Läkarförbundets hemsida. 

Fortbildningsenkät

En viktig källa till information har också varit den fortbildningsenkät som Läkarförbundet genomför årligen sedan år 2005. Fortbildningsenkäten skickas till var 15:e medlem i Sjukhusläkarföreningen, Distriktsläkarföreningen och Chefsföreningen.



Problembild

De problemområden som iakttagits har vägts samman och prioriterats av den arbetsgrupp som tagit fram programmet. I detta avsnitt behandlas ett antal områden närmre. Dessa är:

- den tid och de resurser som avsätts för fortbildning,
- åtgärdskedjan mellan patientsäkerhet, kvalitets- och kompetensutveckling,
- säkringen av fortbildning när sjukvård konkurrensutsätts
- tillgången på kurser, konferenser och vetenskapliga möten av god kvalitet
- kvalitetssäkringen av läkares fortbildning

Den tid och de resurser som avsätts för fortbildning

Sjukvården har under lång tid lidit av bristande resurser. Vid akuta problem har ofta totalstopp införts för externa utbildningar. Genom att skjuta på alla fortbildningar kan man göra kortsiktiga besparingar. En framsynt sjukvårdsledning förstår dock att utbildning är en nödvändig förutsättning för att förbättra resursutnyttjandet på längre sikt.

De bristande resurserna innebär framför allt att det är svårt att avsätta tillräckligt med tid för lärande och kvalitetsutveckling i det kliniska arbetet. Det blir ont om tid för kunskapsöverföring, eftertanke och erfarenhetsutbyte. Tidsbristen bryter en lärandeprocess som bygger på att lärande, tillämpning, utvärdering och utveckling är delar av en helhet. Inser vårdgivaren inte värdet

av detta förloras ofta både möjligheten till effektiviseringar och värdet av ett högre engagemang bland medarbetarna.

På lång sikt kan en utarmning av lärandemiljön få stora konsekvenser. Läkarna är ofta hårt arbetsbelastade med långa arbetsdagar och krävande arbetsuppgifter. Kompetensutveckling är för de flesta en stark motivationsfaktor. Finns inte den möjligheten försvinner arbetstillfredsställelsen och riskerna för stressrelaterade problem ökar.

En allvarlig konsekvens av resursbristen är att den särskilt drabbar specialiteter med brist på läkare. Både allmänmedicinen och geriatriken är specialiteter som kännetecknas av att läkarna där ofta får agera och fatta beslut utan att kunna diskutera med kollegor. De har därför ett särskilt stort behov av reflektion och erfarenhetsutbyte. Av den årliga fortbildningsenkäten framgår tydligt att dessa specialiteter har cirka 25 % mindre extern fortbildning jämfört med genomsnittet av specialiteter och betydligt mindre tid för internutbildning och egna studier.

Även mindre specialiteter som patologin, där det är stor brist på specialister har svårt att avsätta tillräcklig tid för fortbildning. Dessa stora skillnader i tillgång till fortbildning är inte acceptabla.

Åtgärdskedjan mellan patientsäkerhet, kvalitetsutveckling och kompetensutveckling

Antalet patienter som skadas varje år i vården är stort och sjukvården är på många sätt en miljö med stora risker både för patienter och för personal. Vi vet att de vanligaste orsakerna till detta är stress, avsaknad av goda rutiner och brister i de anställdas kompetens. Det finns därför tydliga krav från Socialstyrelsen att det ska finnas ledningssystem bl.a. annat för att följa upp att sjukvårdens personal har den kompetens som krävs. Ändå har inte medvetenheten kommit till den nivå att fortbildningsplaneringen är ett självklart inslag i verksamheten. Att utforma rutiner för denna planering kommer framgent att vara en av vårdens viktiga frågor.

Säkring av fortbildning vid konkurrensutsättning

En allt större andel av sjukvårdens verksamhet upphandlas idag, som exempelvis röntgen, laborativ verksamhet och vissa operationer. Ofta finns inte utbildningskostnader, direkta och indirekta, specificerade i upphandlingsunder-

lagen utan fortbildad personal förväntas ingå i den tjänst som upphandlas. I jakten på uppdrag är risken påtaglig att anbudet sätts så lågt att utrymmet för fortbildning reduceras till ett minimum. Det verifieras också av det faktum att det i Läkarförbundets utbildningsenkät framgår att läkare anställda vid privatsjukhus, år 2008, får 5,5 dagars fortbildning i medeltal jämfört med 8,9 dagar för länssjukhusläkare.

För att komma till rätta med detta måste beställarna kräva regelbunden kompetensredovisning från utförarna. Detta bör vara en obligatorisk del i alla sjukvårdsupphandlingar. Kompetensredovisningen bör beskriva den kompetens medarbetarna innehar och redovisa hur denna kompetens ska upprätthållas och utvecklas med kostnader specificerade för detta.



Under senare år har världvalsmodeller inom primärvården börjat införas. Statsmakterna vill nu att alla landsting följer efter och inför konkurrensutsättning enligt Lagen om Valfrihet (LOV). I ett världvalssystem ersätts vårdgivarna enligt en fast taxa som grundas på i förväg definierade åtaganden. Även här bör det krävas regelbunden redovisning från vårdgivarens sida av den fortbildning medarbetarna genomför. För att säkra och informera om vårdgivarens hela verksamhet anser Läkarförbundet att det även behövs en fristående inspektionsverksamhet som bland annat granskar utrymmet för kompetensutveckling. Se Läkarförbundets publikation "Världval i primärvården – hur bör den utformas?" på www.lakarforbundet.se

Tillgången på kurser, konferenser och vetenskapliga möten av god kvalitet

I Läkarförbundets och Läkaresällskapets enkät till specialitetsföreningarna framgår att endast 43 % av specialitetsföreningarna är nöjda med det utbud som finns av utbildningar. Det är framför allt de små specialiteterna som har problem att få till stånd ett brett kursutbud. Specialitetsföreningarna redovisar också att tillgången till internetutbildningar som är anpassade för svenska förhållanden är mycket begränsad.

I många länder i Europa är det naturligt att de medicinska fakulteterna är engagerade som utbildningsanordnare för fortbildning. Så är inte fallet i

Sverige. I vår enkät till specialitetsföreningarna anger 49 % att de önskar att fakulteten mer aktivt ska ta ansvar för läkarnas fortbildning. Det är Läkarförbundets uppfattning att de medicinska fakulteterna skulle kunna uppfylla en mycket större roll i läkarnas fortbildning än vad de gör i dag.

Läkemedelsindustrin står för en stor andel av fortbildningskurserna men mest för de specialiteter som är intressanta ur förskrivningssynpunkt. Ett ansvarstagande behövs därför från professionens organisationer för att se till att det finns ett kursutbud som motsvarar behovet för alla specialiteter.

Kvalitetssäkringen av läkares fortbildning

I enkäten till specialitetsföreningarna ställdes frågan om hur fortbildningen bör följas upp.

Samtliga föreningar som deltog i undersökningen anger att de önskar se en uppföljning av hur arbetsgivaren tar ansvar för läkarnas fortbildning. 43 av 47 föreningar anger att de önskar se denna granskning med hjälp av regelbundna inspektioner antingen av professionen eller av myndighet.

Många föreningar anger också att de önskar se någon form av uppföljning av att den individuella läkaren upprätthåller och utvecklar sin kompetens. En individuell uppföljning kan ingå som del i en inspektionsverksamhet. Att tillse att specialister har tillräckliga möjligheter till fortbildning är i allt väsentligt ett arbetsgivaransvar. Om det finns individer som inte är motiverade att delta i utbildningar så är det i längden inte godtagbart. Kontinuerlig fortbildning är en skyldighet för läkare, inte bara en rättighet. Det är därför ett rimligt krav att varje läkare ska kunna redovisa en fortbildningsplan och genomgångna utbildningsaktiviteter i samband med granskning av en verksamhet.

Det finns en uppfattning att Socialstyrelsen bör ha uppföljning av individers fortbildning för att kunna identifiera mindre kompetenta läkare. Det finns dock inga påvisade samband mellan individers kvalitetsbrister och deltagande i utbildningar. Läkarförbundets bedömning är att ansvaret för att identifiera de individer som inte klarar sin uppgift som läkare bör vila på verksamhetschefen.



Vilka struktur- och processfaktorer avseende fortbildning bör granskas?

För AT och ST finns föreskrifter av Socialstyrelsen med fastställda mål och kriterier för vilka förutsättningar som måste gälla. För specialisternas kompetensutveckling finns inte på samma sätt något regelverk. Från myndigheternas sida menar man att detta ska hanteras av arbetsgivare och arbetstagare i samråd och att det inte finns tillräckligt starka motiv för att bygga upp ett system för extern kontroll av fortbildningen.

Det finns dock en samsyn inom professionen att läkarnas fortbildning blivit lidande av att det inte finns en tydligt rekommenderad struktur och uppföljning av fortbildningen. Fortbildningens omfattning och kvalitet styrs inte alltid av de faktiska behoven utan snarare av klinikernas ekonomiska resurser, vilket bekräftas av Läkarförbundets årliga utbildningsenkäter.

Kvalitetskriterier

Inom professionen finns en uttalad önskan, att med AT- och ST-SPUR som förebild, bygga upp en modell för en professionsstyrd granskning av utbildningsstruktur och process. För detta krävs en noggrann analys av vad som utmärker en utbildning av god kvalitet och vilka förutsättningar som krävs för att

en fullgod fortbildning ska komma till stånd. Granskningen ska ske genom inspektioner och utföras och upplevas som ett hjälpmedel i enhetens utvecklingsarbete. Syftet ska vara att, i en kollegial dialog, ge kliniker, vårdcentraler och sjukhus incitament att förbättra såväl villkor för som utfall av läkares fortbildning.

Viktiga grundstenar i en kollegial dialog kring läkares fortbildning bör vara tillgången till en fortbildningsplan, god lärandemiljö, tid för internutbildning, tid för egen fortbildning/ litteraturstudier, möjlighet att delta i extern fortbildning, uppföljning av ledningssystem för patientsäkerhet och fortbildning samt förekomsten av en fortbildningssamordnare.

Läkarförbundet och Läkaresällskapet har också tagit fram ett dokumentationssystem, Kompetensportföljen, och ett kvalitetsgranskningssystem för utbildningar, IPULS. Dessutom genomför Läkarförbundet årligen en enkät som följer upp fortbildningens kvalitet och omfattning. Detta sammantaget gör att det nu finns goda förutsättningar att skapa ett bra system för uppföljning av läkarnas fortbildning.

Fortbildningsplanen

En grundförutsättning för en systematisk fortbildning är att varje läkare ska ha en fortbildningsplan med dokumentation av mål, samt planerade och genomförda aktiviteter. Det är varje läkares etiska skyldighet att ha en sådan plan för sin fortbildning både på kort och på lång sikt. Denna plan bör sedan diskuteras med verksamhetschefen så att nödvändiga förutsättningar kan skapas. Varje specialisläkare ska minst en gång om året få diskutera sina utvecklingsbehov med sin chef. Fortbildningsplanen bör dokumenteras i Kompetensportföljen eller på annat liknande sätt.



Den goda lärandemiljön



Den viktigaste förutsättningen för att utvecklas i sin roll som läkare är att det finns goda förutsättningar till lärande i det dagliga arbetet. Det innebär att det ska finnas möjligheter till kompetensöverföring genom att konsultera kollegor, auskultera och arbeta tillsammans. En god lärandemiljö kännetecknas också av en rimlig arbetsbelastning och av att arbetsuppgifterna motiverar till ett dagligt lärande genom att ställa krav på reflektion och inhämtande av kunskap. God lärandemiljö kan mätas genom att tillfråga läkare inom en verksamhet i samband med inspektion. En strukturell förutsättning för en god lärandemiljö är att det finns en variation av arbetsuppgifter och

goda möjligheter till kollegialt utbyte. Att specialister hela tiden får möjlighet att ta till sig ny kunskap är en förutsättning för att en kompetensöverföring sedan kan ske till ST- och AT-läkare.

Internutbildningen

Inom alla verksamheter måste det finnas en kontinuerlig information och diskussion om ny forskning och nya behandlingsmetoder. Det är ett krav för en god fortbildning att läkarna har möjlighet att samlas för att gemensamt kunna reflektera och använda varandras erfarenheter för att bygga ny kunskap och hela tiden förbättra verksamheten. En lärande organisation kännetecknas av möjligheter att lära och att kunna omsätta detta i praktiken. Allt medicinskt kvalitetsarbete måste bygga på denna princip. God internutbildning kan liksom god lärandemiljö bäst mätas genom att tillfråga de berörda läkarna inom en klinik. Den grundstruktur med internutbildning som är formaliserad med kontinuerliga mötestillfällen kan också redovisas på annat sätt.



Tiden för egen fortbildning/litteraturstudier

Det är ett krav för läkarnas fortbildning och för patientsäkerheten att läkare i den dagliga kliniska verksamheten har möjlighet och tid att söka information när han/hon ställs inför en medicinsk frågeställning. Det måste också för läkarna finnas möjlighet till kompetensutveckling på arbetstid genom att kontinuerligt hålla sig uppdaterad via litteratur och webbaserad information. Möjligheter till egen fortbildning kan mätas genom att tillgång till litteratur/internet redovisas och att läkarna tillfrågas.

Den externa fortbildningen

För att kunna höja sin kompetens räcker det inte i längden att förlita sig på egna och andras erfarenheter inom den egna verksamheten. För att möjliggöra ett mer kvalificerat lärande behövs ny information och mer teoretisk förståelse. Det är därför en nödvändighet att läkare kontinuerligt får möjlighet att delta i extern utbildning. Det kan innehålla allt från mer fördjupad utbildning till att delta i vetenskapliga möten på nationell eller internationell nivå. Även möjlighet till auskultation och studiebesök är viktiga metoder för att ta del av ny kunskap.

Att kunna delta i sammanhang som samlar läkare från olika forskningsområden och olika kliniska miljöer är också en förutsättning för att motivera

till ett vetenskapligt förhållningssätt kopplat till evidensbaserade behandlingsmetoder. Att på detta sätt träffa andra läkare ger också möjligheter att bygga upp värdefulla kontakter med kollegor världen över. Att kunna ta del av ny kunskap är en viktig inspirationskälla som ger arbetstillfredsställelse och motivation för det dagliga arbetet.

Hur många dagars extern fortbildning varje läkare behöver är naturligtvis beroende av verksamhetens inriktning och behov. Läkarförbundet har gjort en bedömning och gjort en rekommendation att varje läkare behöver minst 10 dagars extern utbildning per år. Detta står också i samklang med de krav på läkare som finns i flera europeiska länder. Extern fortbildning kan redovisas på klinikinivå genom den ekonomiska redovisningen och kompletteras med enkät till läkarna. Extern utbildning för läkare bör vara av god kvalitet och fri från kommersiella bindningar. Alla utbildningar bör därför vara IPULS-granskade.



Uppföljningen av ledningssystem för kvalitet, patientsäkerhet och fortbildning

Det finns självklart ett tydligt samband mellan sjukvårdens säkerhet, kvalitet och personalens kompetens. Det finns uttryckt i den rätt att ålägga disciplin-påföljd som Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN har. Det finns också tydligt uttryckt i den föreskrift om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården som Socialstyrelsen utfärdat år 2005, (SOSFS 2005:12). Där framgår tydligt i kap. 4, 3§, att det ska finnas rutiner för att säkerställa att personalen har den kompetens som behövs och att det ska finnas en plan för varje medarbetares kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov. Hur väl detta ledningssystem efterlevs beror på medvetenhet inom ledningen och krav från politikernas sida. Föreskriften skulle dock kunna utgöra ett användbart instrument i en professionsstyrd inspektionsverksamhet av läkares fortbildning.

Många sjukhus är idag också ISO-certifierade med än mer specificerade rutiner för att säkerställa att personalen har den kompetens som behövs. Inom många laboratoriespecialiteter är det idag en del av det vardagliga uppföljningsarbetet. För bland annat flygpersonal, finns internationella riktlinjer som följer upp piloternas kompetens och reglerar att fortbildningen sker kontinuerligt.



Fortbildningssamordnaren

För vidareutbildningen finns det idag ett system med studierektorer som har ansvar för AT- och ST-läkare. I deras uppdrag ingår att se till att det finns god handledning, en god lärandemiljö och tillgång till intern och extern utbildning. Studierektorerna tar ofta också ett stort ansvar för att initiera och organisera SPUR-inspektioner. Läkarförbundet inbjuder studierektorer till att två gånger per år träffas och diskutera gemensamma problem.

Allmänmedicin har för sin verksamhet byggt upp ett system med fortbildningssamordnare. Inom allmänmedicin har man goda erfarenheter av detta och har också i en motion till Läkarförbundet föreslagit att denna funktion bör införas för alla specialiteter. Fortbildningssamordnarna inom allmänmedicin arbetar framför allt med att samordna internutbildning och extern fortbildning.

Läkarförbundet menar att fortbildningssamordnare bör kunna bli en god resurs för att förbättra läkarnas fortbildning. I den enkät som Läkarförbundet och Läkaresällskapet ställt till specialitetsföreningarna svarar också 77 % att de tycker att fortbildningssamordnare bör införas. Om professionen ska kunna bygga upp en inspektionsverksamhet för läkares fortbildning så förutsätter det också att det finns ett nätverk av sådana fortbildningssamordnare som kan ansvara för arbetet på det lokala planet. Läkarförbundet kommer, på samma sätt som för studierektorerna, att bistå fortbildningssamordnarna och sammankalla till möten för erfarenhetsutbyte.



Internationell utblick

Sjukvårdens organisation i Europa

Sjukvårdens organisation och finansiering i de europeiska länderna är en nationell fråga och regleras inte av EU:s lagstiftning. Förutsättningarna skiljer sig kraftigt från land till land med en stor variation av hur sjukvården är uppbyggd. Även läkarnas anställningsvillkor och etableringsmöjligheter varierar och med detta också organisationsformer och finansiering av läkarnas fortbildning. Det finns trots det ett stort behov av att internationellt gemensamt driva frågor som förbättrar möjligheterna för läkarna att få den kompetensutveckling de behöver.

CME och CPD

CME är en förkortning av Continuing Medical Education och avser läkarnas kontinuerliga externa medicinska fortbildning i form av utbildningar och vetenskapliga möten. I många stater i USA och i Europa finns system med certifiering av utbildningsaktiviteter där s.k. CME-poäng tilldelas godkända utbildningar, där 1 CME poäng motsvarar en timmes utbildning.

CPD, Continuing Professionell Development, är en vidareutveckling av CME där fortbildningen sätts in i sitt sammanhang i det kliniska arbetet. CPD avser all den kunskap som läkare behöver för att upprätthålla och utveckla sin kompetens under hela yrkeslivet. Med CPD avses all den inläring som sker i det dagliga arbetet och i regelrätta utbildningssituationer inte bara begränsat till medicinska kunskaper utan även inom områden som ledarskap, ekonomi, kommunikation etc.

Obligatorisk fortbildning och recertifiering

I USA och i många europeiska länder finns det myndighetsreglerade krav på att läkare ska delta i fortbildningsaktiviteter. Oftast ställs krav om ett visst antal CME-poäng per år, men i många länder godkänns också deltagande i kollegiala grupper, vetenskapliga arbeten etc. I ett mindre antal länder däribland Storbritannien och Nederländerna finns system med recertifiering som innebär att läkare blir certifierade att utöva sin specialitet för en begränsad period. Därefter måste läkaren kunna visa att han/hon har uppdaterad kunskap inom sitt område för att bli certifierad på nytt.

SAMMANSTÄLLNING AV UPPFÖLJNINGSSYSTEM FÖR ENSKILDA LÄKARES FORTBILDNING I EUROPA

(Uppgifter finns från 30 av Europas 42 stater)

Länder med frivilligt deltagande i CME/CPD

Belgien
Bulgarien
Danmark
Estland
Finland
Grekland (privatläkare)
Luxemburg
Island
Spanien
Malta
Portugal
Norge (för specialistläkare)
Sverige

Länder med lag om skyldighet att delta i CME/CPD

Cypern
Frankrike
Italien
Norge (för allmänläkare)
Polen
Grekland (offentliganställda)
Slovenien
Schweitz
Tjeckien
Tyskland (för sjukhusläkare)
Österrike
Ungern
Polen

Länder med certifiering

Nederländerna
Storbritannien
Irland
Kroatien
Rumänien
Slovakien

Quality Improvement, QI, Quality Assurance, QA och Quality Control, QC

QI, QA och QC används i internationella sammanhang för att beskriva utvecklingsarbetet för läkarnas fortbildning. Med Quality Improvement avses all den fortbildning som läkare deltar i utifrån sina egna behov att upprätthålla och utveckla sin kompetens.

Med Quality Assurance avses kvalitetssäkring av läkares fortbildning. Systematisk dokumentation, SPUR-inspektioner och kontinuerliga utbildningsenkäter är exempel på professionens kvalitetssäkring av läkares fort- och vidareutbildning i Sverige. Tanken är att skapa uppföljningssystem som på ett tillförlitligt sätt fångar upp avvikelser från ett kontinuerligt lärande så att misstag kan undvikas, förtroende skapas, och myndighetskontroll blir obehövlig.

Med Quality Control avses myndighetsstyrd uppföljning av enskilda läkares fortbildning.

CPD/CME och läkarnas internationella organisationer

Läkarnas fortbildning är en mycket angelägen fråga för läkarnas gemensamma europeiska sammanslutningar. Framförallt CPME, som är de fackliga organisationernas europeiska organisation och UEMS, specialisternas europeiska organisation har engagerat sig i frågan om en gemensam policy för läkarnas fortbildning. Organisationernas gemensamma hållning är att fortbildning både är ett professionellt ansvar och en grundläggande rättighet som varje läkare har.

CPME och UEMS menar att finansieringen av fortbildningen ska vara en integrerad del av sjukvårdens kostnader och att läkemedelindustrisponsring endast ska ske i begränsad omfattning. De menar att professionen ska ta ansvar för att kvalitetsgranska utbildningsaktiviteter och att kvalitetssäkring av den enskilde läkaren bäst sker genom en systematisk dokumentation med kollegial dialog. UEMS och CPME tar avstånd från obligatoriska CME-poäng och anser att det är en olämplig metod för att identifiera läkares kompetensbrister.

INTERNATIONELLA STYRDOKUMENT OM CPD

World Federation for Medical Education (WFME)
Continuing Professionell Development of Medical Doctors
WFME Global standards for Quality Improvement, **www.wfme.org**

Comité Permanent des Médecins Européens (CPME)
CP 2001/082 Policy statement on Continuing Medical Education
(CME) and Continuing Professional Development (CPD)
CPME info 161-2006 Consensus Document, **www.cpme.be**

Union Européennes des Médécins Specialists (UEMS)
D 0120 Basel Declaration UEMS policy on Continuing Professionel
Development (CPD), **www.uems.net**

World Federation for Medical Education, WFME

WFME är en internationell organisation som i samverkan med WHO och läkarnas internationella organisation World Medical Association, WMA, tagit fram en trilogi med rekommendationer för internationella standards för läkarnas utbildning. Trilogin omfattar Basic Medical Education, Post Graduate Education och Continuing Professionel Development of Medical Doctors.

WFME:s internationella standards för CPD stöder CPME:s och UEMS:s syn på läkarnas fortbildning.

Konsensusdokumentet

År 2006, den 14 december, arrangerade CPME ett möte tillsammans med den Europeiska Kommissionen och läkarprofessionens organisationer på EU-nivå. Många andra organisationer var också företrädare såsom nationella hälsovårdsmyndigheter och EU- övergripande patientorganisationer. Syftet var att anta en gemensam policy för läkarnas kontinuerliga utbildning, CPD.

Resultatet blev nedanstående 12 punktsprogram som Läkarförbundet översatt och antagit som del av detta utbildningspolitiska program.

1. Med CPD, Continuing Professionell Development, avses alla de möjligheter till lärande med vars hjälp läkare upprätthåller och utvecklar sin medicinska kunskap och kliniska kompetens. CPD innefattar och utvidgar det tidigare använda begreppet CME, Continuing Medical Education.
2. Det är ett etiskt och professionellt ansvar för praktiserande läkare att försäkra sig om att den vård de bedriver är säker och byggd på vetenskaplig grund. Därför måste varje läkare ta aktiv del i CPD som är anpassad till just den vård de bedriver.
3. Det är till sist patienten som får nytta av läkarnas engagemang i utbildning genom en bättre och säkrare sjukvård. Patienterna kan också tillgodogöra sig den förbättrade tillgången till medicinsk information så att de får mer kunskap om sin hälsa och olika behandlingsmöjligheter vid sjukdom. Denna kunskap skulle kunna förbättras genom att ytterligare förstärka läkarnas roll i att informera och kommunicera med sina patienter.
4. Oavsett hur sjukvården finansieras måste resurser avsättas för att läkare ska kunna ta del av och engagera sig i CPD. Särskilda resurser måste avsättas för att läkare ska kunna delta i utbildningar och vetenskapliga möten och ha tid för och tillgång till informationssökning via litteratstudier och internet. Likaså måste tillräckliga resurser finnas för ett arbetssätt där kollegial dialog och kunskapsöverföring underlättas i det dagliga arbetet och där det är en självklarhet att läkare ska kunna engagera sig i utbildning för kollegor och teammedlemmar.

5. Läkare har stor studievana men inhämtar kunskap på olika sätt beroende på individuella skillnader och olika förutsättningar. Läkare måste därför få stöd för att använda de inlärningsmetoder som är mest lämpade för utbildningsbehoven. Det bör finnas olika former av utbildningsaktiviteter och läkare bör uppmuntras att hitta nya sätt att inhämta kunskaper och färdigheter och använda IT-teknologins möjligheter.
6. Varje praktiserande/kliniskt verksam läkare har en skyldighet att upprätthålla och utveckla den kompetens som är allmängiltig för alla läkare som exempelvis kommunikation, teamarbete och vetenskapligt förhållningssätt. På samma sätt har varje läkare en skyldighet att fördjupa de kunskaper inom specialiteten som är relevanta för det område där läkaren verkar.
7. Särskild uppmärksamhet måste ges till varje läkares arbetsmiljö så att det finns goda möjligheter att lära av kollegor och av alla de situationer som uppstår i det dagliga arbetet. Detta kommer att uppmuntra läkare att reflektera och lära av situationer som är relevanta för deras kliniska verksamhet. Utifrån sin roll som betydelsefulla medlemmar i sjukvårdens teamarbete bör läkare också uppmuntras att delta i utbildning för multi-professionella team.
8. Läkare bör också ha möjlighet att ta del av extern utbildning utanför arbetsplatsen såsom utbildningar, vetenskapliga möten, litteraturstudier, auskultation och erfarenhetsutbyte i smågrupper. Detta främjar nytänkande och bör vara baserat på standards som sätts utanför den egna kliniska vardagen.
9. Det är viktigt att utbildning ska ses som en positiv och självklar konsekvens i situationer där det uppstått problem att upprätthålla fullgod kvalitet eller där allvarliga incidenter skett.
10. Läkare ska, som en naturlig del av sitt arbete, reflektera över vad de lär sig och hur lärdomarna ska kunna komma till nytta i deras kliniska vardag. Varje läkare bör tillsammans med sin chef och sina kollegor följa upp sin fortbildning och reflektera över vad tidigare utbildningsinsatser gett för resultat och sätta upp nya mål kontinuerligt. För att underlätta det arbetet är det nödvändigt att varje läkare dokumenterar sin fortbildning kontinuerligt och på så sätt säkrar sin kompetensutveckling.

11. För att garantera att de utbildningar som läkarna deltar i håller en hög kvalitet bör kvalitetsgranskning ske av läkares utbildningar på nationell nivå. På internationellnivå finns en organisation uppbyggd, European Accreditation Council for CME, EACCME, där professionens organisationer gemensamt tagit ansvar för kvalitetsgranskning av internationella utbildningar och kongresser.
12. Det måste finnas en adekvat granskning av att utbildningar och konferenser som riktas till läkare är fria från all form av påverkan från kommersiella intressen. Det måste finnas en tydlig deklaration från utbildningsgivare och föreläsare om eventuella intressekonflikter och all finansiering av läkares utbildningar måste ske med full insyn.

Supported by:



In co-operation with:





CONTINUING PROFESSIONAL DEVELOPMENT IMPROVING HEALTHCARE QUALITY, ENSURING PATIENT SAFETY

CONSENSUS STATEMENT

Within our lifetimes major advances in Medicine have been, and continue to be made. The implementation of these is dependent on doctors learning how new techniques, therapies and clinical concepts can improve the quality and safety of care they provide for patients. Since its establishment the medical profession has recognised the importance of education, noting this as a core feature of its professionalism and a fundamental ethical principle.

In this new century – characterised by an accelerating pace of change, increasing complexity, an unprecedented growth in information, and ever-increasing societal expectations – it is essential that doctors are supported in their continuing education, from medical school to retirement. Supported in this way, and entrusted with this responsibility, doctors will be more able to apply the beneficial effects of education, thus developing and improving their clinical performance.

In addition to contributing to improvements in the care of individual patients, CPD also plays an important part in improving the quality of healthcare systems. This is through increasing doctors' awareness of the need for, and how to achieve improved healthcare. By virtue of their clinical and managerial responsibilities, doctors are well-placed to implement beneficial changes to the quality, efficiency and effectiveness of healthcare.

While primarily directed at CPD for doctors, the principles of this statement are applicable in the context of the multi-disciplinary and multi-professional nature of modern healthcare and can also apply to other health professions.

- 1) Continuing Professional Development (CPD) can be defined as the educational means by which doctors ensure that they maintain and improve their medical competence and clinical performance. As such CPD incorporates and goes beyond Continuing Medical Education (CME).
- 2) It is an ethical and professional responsibility of every practising doctor to ensure that the medical care they provide for patients is safe and based on valid scientific evidence. In order to achieve this, every doctor must engage actively in CPD appropriate to their medical practice.
- 3) Ultimately it is patients who benefit from the involvement of their doctor(s) in CPD – through the improved quality and safety of medical care. Patients also benefit from the greater availability of medical educational material, by being more able to learn about their own health, illness and treatment. This knowledge would be even further improved by enhancing the role of doctors in information for and communication with their patients.
- 4) Irrespective of the nature of the healthcare system – whether employer-based, direct-paying, or insurance-remunerated – resources must be allocated to ensure that doctors are able to take part in CPD. Resources to support CPD include: educational activities; access to information technology; time for doctors to engage in education; peer support for a "learning culture", and; financial resources and an educational structure to support these.



CONSENSUS STATEMENT

- 5) Doctors are very familiar with learning, but learn in individual ways; recognition must be given to this. Doctors should be supported in being able to use the learning methods that they prefer, based on an assessment of their learning needs, and educational opportunities must be sufficiently varied to provide for this. However, doctors should also be encouraged to develop new ways of learning, and to learn how to make the most of new technologies that can assist with medical education.
- 6) Every practising doctor must maintain those components of CPD that apply for all doctors, such as good communication, team-working, learning from audit and research. Similarly, each doctor must engage in "specialised" aspects of CPD, which are specific for each speciality, or sub-speciality, and are relevant to their individual area of medical practice.
- 7) Specific attention must be given to the doctor's work environment, to ensure that this is supportive of learning "on the job". This will encourage doctors to reflect on, and learn from issues directly applicable to their clinical practice. As important members of healthcare teams, doctors should also be encouraged to support multi-disciplinary, and multi-professional team learning where that is relevant to the care of patients.
- 8) Doctors also should take part in medical educational activities outside the workplace, such as learning through reading, e-learning activities, small group learning, and clinical conferences. These support the development of learning with reference to externally-set educational standards.
- 9) It is important to ensure that learning also occurs when there may have been problems related to medical care. Accordingly, learning should be linked to clinical audit, patient and colleague feedback, and clinical/critical incident reporting systems, thus ensuring that these contribute to a culture of improving quality and safety.
- 10) Doctors should reflect on what they have learned and on how this can be applied in their clinical practice. Every doctor, preferably in a peer dialogue, should regularly review the outcomes of their CPD, and consider what areas need to be addressed before the next review. To assist with this, doctors should keep a record of their CPD activities, ideally emphasising what they have learned. In addition to being supportive of good education, a system such as this – based on peer review of CPD goals set and achieved – also provides the basis for accountable self-regulation.
- 11) In order to ensure that doctors can know that they are taking part in formal CPD activities that fulfil appropriately high quality standards, a quality assurance system, based on accreditation of CPD events and validation of providers, must be enforced. While usually these are national systems, in the case of the European Accreditation Council for CME (EACCME) accreditation can also be confirmed for international meetings.
- 12) There must be appropriate regulation of formal CPD activities. All providers of formal CPD activities must adhere to policies – usually national – that ensure such CPD will be free of any form of bias. There must be a clear declaration by organisers and lecturers of any potential or actual conflict of interest, and transparency regarding the funding of educational activities.

Supported by:



In co-operation with:





**Sveriges
läkarförbund**

Den medicinska professionens organisation

Box 5610, 114 86 Stockholm
Telefon: 08-790 33 00 E-post: info@slf.se
www.lakarforbundet.se