



Fortbildning för läkare

En sammanställning av kunskapsläget om läkares fortbildning
Continuing Professional Development (CPD)

Medverkande i Läkaresällskapets och Läkarförbundets gemensamma arbetsgrupp



Kerstin Nilsson



Annika Eklund-
Grönberg



Christian Löwbeer



Annie Melin



Hans Hjelmqvist



Thomas Zilling



Turid Stenhaugen

En särskild grupp har arbetat fram dokumentet. I gruppen har ingått **Kerstin Nilsson**, docent i obstetrik och gynekologi, tidigare ordförande i Svenska Läkaresällskapets utbildningsdelegation, **Annika Eklund-Grönberg**, specialist i allmänmedicin, engagerad i utbildningsfrågor sedan många år och adjungerad ledamot i Läkaresällskapets utbildningsdelegation. **Christian Löwbeer**, legitimerad läkare, specialist i klinisk kemi, överläkare vid Avdelningen för klinisk kemi, Aleris Medilab, Täby. Medicine doktor i klinisk kemi vid Institutionen för laboratoriemedicin, Avdelningen för klinisk kemi, Karolinska Institutet, **Annie Melin**, utbildningssekreterare Svenska Läkaresällskapet. **Hans Hjelmqvist**, universitetslektor vid Karolinska Institutet och överläkare i Anestesi och Intensivvård vid Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge. Tidigare ordförande i Läkarförbundets utbildnings- och forskningsdelegation. Han är ledamot av Läkarförbundets centralstyrelse samt svensk delegationschef i UEMS (European Union of Medical Specialists). **Thomas Zilling**, docent och specialist i allmänkirurgi, ordförande i Sjukhusläkarföreningen och vice ordförande i AEMH (Europeiska Överläkarföreningen), **Turid Stenhaugen**, utredare vid Sveriges läkarförbund, sekreterare i utbildnings- och forskningsdelegationen.



Förord

Fortbildning för läkare är ett begrepp som sammanfattar det kontinuerliga lärande som behövs för att läkaren ska bibehålla och utveckla sin professionalitet. Det omfattar inte bara medicinska kunskaper utan avser även ämnesområden som ledarskap, kommunikation och etik. Internationellt används uttrycket continuing professional development, CPD. Fortbildning för läkare utgör grunden för sjukvårdens fortsatta utveckling och patient-säkerhet.

Svenska Läkaresällskapet och Sveriges läkarförbund är glada att vi gemensamt tagit fram en sammanställning av kunskapsläget om läkares fortbildning.

Med sammanställningen vill vi belysa de system för fortbildning som finns idag. Vår förhoppning är att öka intresset för läkares fortbildning och stimulera till fortsatt utveckling, forskning och diskussion.

Vi vill tacka arbetsgruppen och uppmanar alla med intresse för fortbildning att läsa denna intressanta och inspirerande skrift.

Marie Wedin
Ordförande i Sveriges läkarförbund

Margareta Troein Töllborn
Ordförande i Svenska Läkaresällskapet

Innehåll

- 5 Svenska Läkaresällskapetets och Sveriges läkarförbunds gemensamma syn på säkerställande av specialistläkares kompetens för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården
- 6 Inledning
- 8 Managed continuing professional development: the evidence and the context. **Janet Grant**
- 14 Hur kan vi uppnå och kvalitetssäkra effektiv fortbildning? **Stefan Lindgren**
- 18 Reglering av läkares fortbildning i ett EU-perspektiv. **Hans Hjelmqvist** och **Thomas Zilling**
- 21 Inventering av lärandebehov. **Thomas Zilling**
- 24 Föreskrifter, standarder och policydokument. **Christian Löwbeer**
- Fortbildning – goda exempel**
- 26 Allmänmedicin. **Sara Holmberg**
- 27 Klinisk kemi. **Hans Wallinder**
- 29 Internmedicin. **Leif Lapidus**
- 30 Ordlista
- 33 Konsensusdokumentet



Svenska Läkaresällskapet och Sveriges läkarförbunds gemensamma syn på säkerställande av specialistläkares kompetens för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

Kompetenta läkare är en förutsättning för hög kvalitet i hälso- och sjukvården och för att upprätthålla en hög patientsäkerhet. Läkares fortbildning under hela det fortsatta yrkeslivet, efter uppnådd specialistkompetens, är därför en nödvändighet för att bibehålla och utveckla den svenska hälso- och sjukvården. Specialistläkares fortbildning är därför en viktig del av kvalitetsarbetet inom vården och ska inte ses som enbart den enskilda läkares ansvar.

Med fortbildning avser vi kontinuerlig professionell utveckling (eng. continuing professional development, CPD). Fortbildning ska ses som ett etiskt åtagande för varje läkare och utgörs av alla de aktiviteter en läkare deltar i för att förbättra sin medicinska kompetens och utveckla sig i rollen som läkare. Förutom medicinsk kunskap, innefattar fortbildning även kompetens inom ämnesområden som ledarskap, kommunikation, vetenskap etik, IT m.m.

Enligt SOSFS 2005:12 Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 4 kap. 3§ skall ledningssystemet för varje sjukvårdande verksamhet säkerställa att det finns rutiner som tillgodoser att personalen har den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifterna, rutiner som anger personalens ansvar och befogenheter, och planer för personalens kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov.

Fortbildning ska således vara systematisk och grundas på en analys av behoven utifrån aktuella och kommande arbetsuppgifter. Alla specialistläkare ska därför ha en individuell fortbildningsplan som bör dokumenteras och följas upp i årliga

utvecklingssamtal. Exempel på fortbildning är lärande i det dagliga arbetet, internutbildning, auskultation, självstudier och deltagande i kurser och konferenser.

Idag finns etablerade ledningssystem för uppföljning av verksamheten inom laboratoriemedicin genom ackreditering via Swedac där personalens kompetensutveckling ingår som en del i uppföljningen. För den patientinriktade vården finns också tillämpbara system för uppföljning i form av ISO-certifiering. Dessa system har hittills fått mycket ringa spridning inom vården. Vi vill rekommendera en mer systematisk uppföljning av den professionella kompetensutvecklingen. Att läkarkåren aktivt deltar vid certifiering av hälso- och sjukvård är avgörande för att säkerställa specialistläkares fortbildning och kompetens. I avtal om upphandlad hälso- och sjukvård bör former för hur fortbildning skall bedrivas, följas upp och skrivas in.

För att säkerställa kvaliteten i fortbildningen föreslås inrättande av någon form av extern granskning, ägd och genomförd av professionen, där modellen för SPUR-inspektioner kan tjäna som gott exempel. Det är också angeläget att kurser och liknande arrangemang är oberoende och kvalitetsgranskade.

Inventering av behovet av teoretisk utbildning/kurser för upprätthållande av adekvat kompetens för specialitetsområdet bör göras inom varje sektion/specialitetsförening. Fortbildnings-samordnare, eller motsvarande funktion, inom varje specialitet rekommenderas.

Vi avvisar krav på obligatorisk redovisning av CME poäng eller motsvarande då det inte visats vara kopplat till professionell utveckling och kvalitet.

För Svenska Läkaresällskapet utbildningsdelegation och Sveriges läkarförbunds
Utbildnings- och forskningsdelegations gemensamma arbetsgrupp

Kerstin Nilsson, ordförande
Svenska Läkaresällskapet
Utbildningsdelegation

Hans Hjelmqvist, ordförande
Sveriges läkarförbunds Utbildnings-
och Forskningsdelegation



Kerstin Nilsson

Kerstin Nilsson är lektor i obstetrik och gynekologi vid Hälsoakademien, Örebro universitet och överläkare vid Kvinnokliniken, Universitetssjukhuset, Örebro. Hon har tidigare varit ordförande i Svenska Läkaresällskapets utbildningsdelegation och representerar Svenska Läkaresällskapet i Socialstyrelsens ST-råd.

Inledning

Kompetenta läkare är en förutsättning för en hög kvalitet i sjukvården och för att upprätthålla en hög patientsäkerhet. Dessa ord inleder det uttalande om fortbildning där Svenska Läkaresällskapet och Sveriges läkarförbund gemensamt tar ställning till behovet av att etablera en systematisk struktur för läkares fortbildning som den kontinuerliga professionella utveckling som äger rum under hela det yrkesverksamma livet.

Till skillnad från grund- och vidareutbildningen (AT och ST) som är reglerade i författning finns idag inget som reglerar läkares fortbildning. Fortbildning ska ändå trots frånvaron av formella direktiv ses som såväl en skyldighet som en rättighet för den enskilde läkaren. Det är ett etiskt åtagande för varje läkare att kontinuerligt fördjupa sin kompetens och utveckla den utifrån de krav som uppdraget ställer. Det är också en rättighet att beredas möjlighet att få ta del av de kompetenshöjande åtgärder som krävs för nuvarande och kommande verksamhet. Det finns också ett legitimt krav att läkare, liksom andra yrkesverksamma grupper som arbetar på ett uppdrag från samhället, ska kunna redovisa en hög kompetens för de uppgifter de fått sig anförtrodda.

I ljuset av detta är det självklart att det behövs någon form av systematisk process kring läkares fortbildning som är trovärdig och transparent för omvärlden. Detta tar sig ibland uttryck som krav på obligatorisk redovisning av utbildningstimmar (CME-poäng) och även i vissa sammanhang i form av förslag om återkommande evaluering och certifiering.

Det är vår absoluta övertygelse att detta sker mest ändamålsenligt i linje med det tänkande kring fortbildning som kommer till uttryck inom ramen för det pedagogiska begreppet kontinuerlig professionell utveckling (CPD).

I denna skrift presenterar vi ett antal texter som alla bidrar till att diskutera och fördjupa bilden av fortbildning för läkare och ge en samlad bild kring CPD-processen ur dess tre delkomponenter; kvalitetsförbättring (quality improvement), kvalitetssäkring (quality assurance) och kvalitetskontroll (quality control),

som en kontinuerlig process för den professionella utvecklingen i vid bemärkelse.

I de inledande avsnitten ges en bakgrund och analys, från olika perspektiv, över fortbildning som kontinuerlig professionell utveckling.

Den första delen av skriften berör kvalitetsförbättring. Janet Grant beskriver i avsnittet ”Managed continuing professional development; the evidence and the context” evidensen för ändamålsenlig fortbildning, vad det är och hur det kan genomföras på ett systematiskt och transparent sätt som också går att redovisa. Förutom en inspirerande text innehåller avsnittet flera mycket användbara referenser.

Stefan Lindgren, diskuterar de krav som ställs på läkare för att klara en föränderlig yrkesroll och vikten av att redan som student ges de rätta verktygen för det livslånga lärandet. I kapitlet presenteras också de standarder som WFME tagit fram för utbildning på alla nivåer, dels miniminivån, dels den nivå som står för fortsatt kvalitetsutveckling, något som den som är intresserad av utbildning på alla nivåer säkert kan finna tankeväckande.

Skriftens andra del berör kvalitetssäkring och uppföljning av fortbildning ur ett myndighetsperspektiv. Thomas Zilling, diskuterar hur lärandebehoven kan inventeras samt de omständigheter som lett fram till krav på obligatorisk reevaluering på vissa håll, och utifrån det hur en svensk modell kan etableras utan att vi inför tungrodda byråkratiska modeller.

Hans Hjelmqvist och Thomas Zilling redovisar därefter i ett avsnitt den internationella bilden kring fortbildning och system för evaluering, och Christian Löwbeer beskriver de föreskrifter, som idag används inom ackrediterade

verksamheter och vilka standarder som är tillämpliga för den kliniska vården. Beträffande den tredje delkomponenten i CPD, kvalitetskontroll, så finns en enighet om att om man arbetar aktivt med de två första delarna, såsom diskuteras i denna skrift, så finns det inget behov av kvalitetskontroll i form av direkta kunskapsprov.

Vi har också glädjen att kunna presentera tre goda exempel på fortbildningsaktiviteter från tre skilda specialiteter, med olika perspektiv.

Från allmänmedicin redovisas fortbildning ur ett professionellt perspektiv, från klinisk kemi beskrivs ledningsansvaret och från internmedicin ett exempel på fortbildning utifrån ett regionalt perspektiv.

Avslutningsvis innehåller skriften en ordlista, Svenska Läkaresällskapets och Sveriges läkarförbunds gemensamma uttalande om fortbildning, samt det dokument om CPD som antagits på europeisk nivå med stöd av EU kommissionen i översatt format.

Vi hoppas och tror att denna skrift, som är frukten av ett samarbete mellan Läkaresällskapets utbildningsdelegation och Läkarförbundets utbildnings- och forskningsdelegation, ska vara inspirerande läsning och kunna bidra till att skapa en hållbar svensk modell för hur fortbildning för läkare kan genomföras och redovisas utifrån vårt professionella ansvar.

Stockholm i september 2011

Kerstin Nilsson



Janet Grant

Janet Grant BA, MSc, PhD, CPsychol, FRC Professor of Education in Medicine, The Open University, Walton Hall, Milton Keynes, UK

Janet Grant är en världsauktoritet inom området läkares fortbildning. Hennes forskning har bidragit till dagens vidare syn på fortbildning med ämnen som ledarskap, juridik, pedagogik, etik, samtals teknik, ekonomi och IT parallellt med medicinska kunskaper och färdigheter. Hon är även författare till faktaboken *The Good CPD Guide*.

Managed continuing professional development: the evidence and the context

Continuing professional development (CPD) has some key purposes:

- to ensure the standards of professional practice,
- to demonstrate to the public and employers that each doctor is up-to-date with modern practice and knowledge, thus ensuring patient safety,
- to be accountable to regulatory authorities and to the profession.

CPD also has the effect of increasing job satisfaction¹ and is an important aspect of professionalism in medicine².

The context of CPD is therefore one of integration with professional practice development, in a demonstrable and accountable manner.

The most common model of CPD worldwide, however, is one which simply sets out the types of activity that would be accepted by regulators (or record keepers) as CPD, in tandem with a system of counting the hours spent per year in undertaking such activities.

But is there an evidence-base that would support this simple, common approach?

The answer seems to be that there is not. The evidence-base suggests that there is a better way.

So CPD systems should be designed to take into account:

- The evidence
- Integration with professional practice
- Accountability

I. WHAT MAKES CPD EFFECTIVE? THE EVIDENCE

In 2000, a review of the literature concerning the effectiveness of CPD for the United Kingdom's Chief Medical Officer³, found that:

The key to effectiveness of CPD is not to be found in the learning methods adopted.

There is not a best learning method and no best approach to learning. Instead, the key to effectiveness is to make sure that the process of CPD is effectively managed to have the following components:

1. A stated reason for the CPD to be undertaken. This might be specific (for example, a need to develop a new skill). Or it might be a general professional reason (for example, a wish to undertake general professional updating with colleagues at a conference). It might also arise from the needs of the service (for example, to develop the skill to offer new areas of care to patients).
2. An identified method of learning which might be formal or informal.
3. Some follow-up after the CPD for reinforcement and dissemination of the learning that can also demonstrate its benefits. This might be actions such as reporting back to colleagues, developing new services, demonstrating new skills, or simply feeling more confident.

These conclusions match those of Davis et al⁴ in their review of randomised controlled trials⁵ of CPD.

The more recent review conducted for the UK Academy of Medical Royal Colleges and the General Medical Council, reaches the same conclusion⁸. Such a conclusion would also support the Swedish Medical Association's four-step guidance⁶ which advises to:

1. Analyse the need and start the process
2. Develop supporting functions
3. Collaborate
4. Follow up and evaluate

In the wake of increasing interest in CPD, other reviews have been conducted since 2000. They reach the same conclusions about effectiveness.

There are many competing and complementary definitions of CPD, depending on the main perspective; thus, for example, CPD can be:

*A continuing process, outside formal undergraduate and postgraduate training, that allows individual doctors to maintain and improve standards of medical practice through the development of knowledge, skills, attitudes and behaviour. CPD should also support specific changes in practice.*⁷

Or it is:

*...a continuing learning process that complements formal undergraduate and postgraduate education and training. CPD requires doctors to maintain and improve their standards across all areas of their practice ... CPD should also encourage and support specific changes in practice and career development".*⁸

Or it can have a number of purposes, as outlined by the Basel Declaration of the UEMS⁹:

- i) improve the safety and quality of medical practice
- ii) to encourage lifelong learning
- iii) to make transparent the outcomes, processes and systems required.

These definitions are not objective, but simply depend, partially, on the agency, whether that is a professional body, a regulator or an educationalist.

Whatever the definition, however, they have in common the safety and improvement of a doctor's practice. That being the case, we should consider how CPD can be a part of this inevitable developmental process.

2. INTEGRATION WITH PROFESSION PRACTICE

For CPD to be an integral part of the development of professional practice, it must tap into those processes whereby doctors already reflect on their experiences and determine to improve. This involves us in making the correct assumption that doctors, as any profession, are indeed lifelong learners already and do reflect on their practice without having to be trained to do so. Indeed, Schön's work explained that professionals do reflect – not that they need to be taught to do so!¹⁰

So what professional processes should be the basis of an effective CPD system?

*The Good CPD Guide*³ identified three sets of existing professional behaviours that are reflected in the three steps of an effective CPD system identified above. These are summarised in Table 1 below. The AoMRC-GMC report¹⁰ identifies some of the same behaviours. From that table we can see evidence of the rich continuing professional education strand that runs through professional life as a whole.

The question we must now ask is:

How can we build on this to create a managed and effective CPD system that will satisfy the doctor, the profession, the public and regulators?

Table 1: Existing professional behaviours that reflect the three steps of an effective CPD cycle

STEP 1: A stated reason for the CPD to be undertaken	STEP 2: An identified method of learning	STEP 3: Follow-up after the CPD for reinforcement, dissemination, measuring outcomes
<p>The clinician's own experiences of direct patient care:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blind spots: technical and knowledge deficiencies • Clinically generated unknowns: an unrecognisable clinical picture • Competence standards • Dairies • Difficulties arising in practice • Innovations in practice • Knowledgeable patients • Mistakes • Other disciplines' knowledge • Patient complaints and feedback • Post-mortems and clinico-pathological conferences • PUNs and DENs (patients unmet needs and doctor's educational needs) • Reflection on practical experience. <p>Interactions with the clinical team and department:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clinical meetings • Department business plan • Departmental educational meetings • External recruitment: new people • Junior staff • Management roles • Mentoring others <p>Non-clinical activities:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Academic activities • Conferences • International visits • Journal articles • Medico-legal cases • Press and media • Professional conversations • Research • Teaching <p>Quality management and risk assessment:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audit • Morbidity patterns • Patient adverse events • Patient satisfaction surveys • Risk assessment <p>Specific needs assessments:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Critical incident surveys • Gap analysis (Where do I want to be? Where am I now?) • Knowledge and skills assessments • Observation • Revalidation • Self- assessment • Video assessment of performance <p>Peer review:</p> <ul style="list-style-type: none"> • External peer review • Informal per review of the doctor • Internal peer review • Multidisciplinary per review • Physician assessment 	<p>Academic learning:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medico-legal work • Reading • Writing service and research protocols <p>Meetings:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clinical meetings • Conferences • Case reviews • Post-mortems and clinico-pathological conferences • Telephone conferences <p>Learning from colleagues:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collaborative learning • Consulting other professionals • Joints ward-rounds and clinics • Library professionals • Peer review • Multi-professional peer review • Peer tutoring • Professional conversations • Visits and travelling clubs <p>Learning from practice:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diaries • Evidence-based medicine • Experiential learning • Mistakes • Professional conversations • Visits and travelling clubs <p>Technology-based learning and media:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audio-visual presentations • Communication and information technologies (e-learning) • Computer support systems • Distance learning • Mass media • Simulations • Telemedicine and telemonitoring • Videoconferencing • Video review of performance <p>Management and quality processes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accreditations • Audit • Inspection visits • Quality assurance schemes <p>Specialty-arranged events:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attachments and secondments • Sabbaticals 	<ul style="list-style-type: none"> • Accreditation/certification of the individual • Accreditation of services • Appraisal • Assessment of learning • Assessment results of trainees • Audit • Changes in person specification • Changing practice • Clinical effectiveness • CPD credit points • Collaborative assessment • Confidence levels • Corporate image • Decreasing professional isolation • Educational culture • Educational records and log-books • Effects on the team • Enhancing practice • Learning diaries • Learning portfolios • Networking • New services • Obsolete and inappropriate practice • Peer review of the doctor's CPD • Peer review of the medical team • Personal invigoration • Protection from successful litigation • Recruitment of medical staff • Reduction in burnout and early retirement • Referrals to the doctor • Remunerative benefit • Reporting back to colleagues • Reputation as a trainer • Research • Risk management • Self-assessment • Time-efficient working • Video assessment • Video-stimulated recall • Written reports

3. AN EFFECTIVE CPD SYSTEM

It is clear that an effective CPD system for today’s context must not only ensure personal learning, but must also have some effect on practice and be amenable to regulation, or be accountable and transparent. Fortunately, the evidence on effective continuing learning aligns well with the ways in which doctors do actually continue to learn, and these can, in turn, be aligned with the requirement of regulators or the profession to show that CPD is being undertaken. It is a fortuitous combination.

*The Good CPD Guide*⁵, more than ten years ago and now in its 2nd edition, sets out an approach to CPD that is managed and meets all these requirements.

3.1 The steps in a managed CPD cycle

The evidence, as presented in *The Good CPD Guide* literature review, shows that there must be at least four steps in the process of a well-managed CPD cycle. These are:

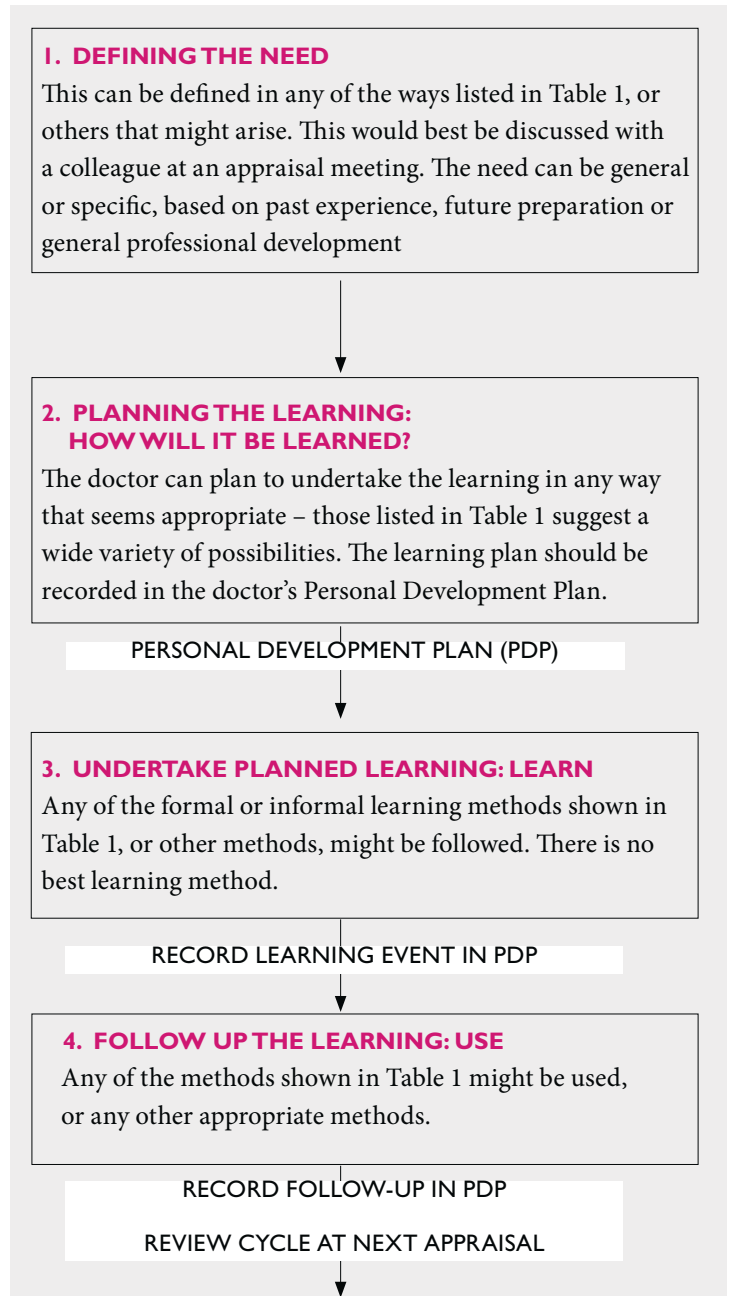
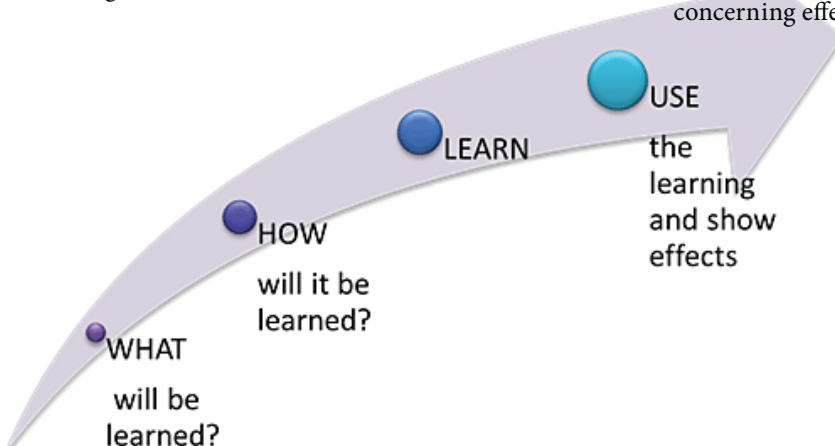
- A stated reason for undertaking the CPD
- A planned method of learning
- The learning itself
- Active follow-up of the learning

Each of these steps fits in well with existing professional behaviours and the need for clarity, transparency and accountability.

4. ACCOUNTABILITY

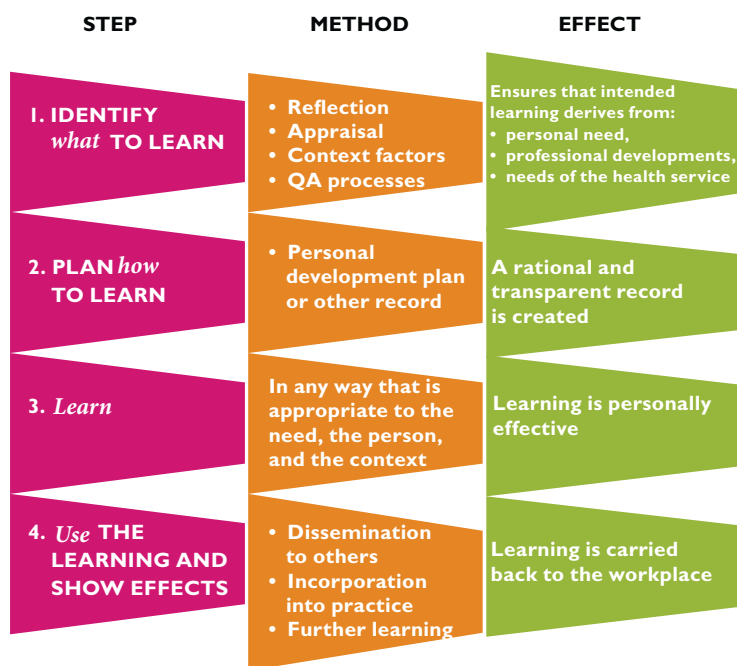
The purpose of systematising this rich collection of activities into a managed CDP system is partly to improve CPD by ensuring that all the necessary steps are present, but it is also to make the profession and the individual doctor accountable for their CPD. How does this happen?

We can present the four steps of managed CPD in the following illustration:



This cycle requires only streamlined documentation, (available in *The Good CPD Guide*, 2nd edition, in press), is integrated with doctors’ normal ways of learning and with a process of peer review. It reflects the evidence concerning effective approaches to CPD.

Table 1. The system of managed CPD



Managed CPD is a systematic approach to continuing learning and development for medical practitioners which will:

- Relate CPD to needs of the changing and developing health care service
- Ensure the personal and professional development of the individual doctor
- Provide an accountable and transparent system which can be used for regulatory, quality assurance, and re-licensure purposes.

- Records are streamlined and easily submitted, if required
- It is based on evidence of effective CPD, with peer appraisal to confirm the process
- The CPD cycle is clearly set out, comprehensible because it relates to existing practice, and can be supported by accessible documentation
- Records of the CPD cycle are straightforward
- It fits in with existing practice
- Regulators are not required to introduce new systems or alien processes specifically for regulation.

The approach to managed CPD presented is based on the published literature, on the established practice of doctors who have integrated their own continuing learning and development with the provision of patient care, and on the professional and regulatory environments which operate in different countries. These all share the requirement for doctors to be transparent about their CPD activities and to keep records.

We can see that managed CPD, especially when integrated with the appraisal process, does include record keeping and a clear indication of the decision-making and activity process.

It is fortunate that the demands of the regulatory environment will improve the effectiveness of learning. Managed CPD fits into the demands of regulators by having the following features:

In those countries, such as the UK, where regulators are thinking about revalidation of doctors every few years to continue their licence to practise, CPD will be a crucial element of this revalidation process. So, for example, the 2004 GMC guidance indicated their thinking about the relationship between CPD and regulation:

You must keep your knowledge and skills up to date throughout your working life. In particular, you should take part regularly in educational activities which maintain and further develop your competence and performance .

More recently, it is clear that CPD will play a significant part in revalidation of the doctor’s registration which is a primary regulatory function.

We must conclude, therefore, that an evidence-based, managed approach to CPD, complies with all good principles of regulation, education, and professional development and practice.

REFERENCES

1. Hojat,M., Kowitt,B., Doria,C. and Gonnella,J.S. (2010) Career satisfaction and professional accomplishments. *Medical Education*, 44, 10, 969–976.
2. Veloski, J.J. and Hojat,M. (2006) Measuring specific elements of professionalism: Empathy, teamwork, and lifelong learning. In; Stern D.T. ed. *Measuring Medical Professionalism*. Oxford University Press, Oxford.
3. Grant,J. and Stanton,F. (2000) *The Effectiveness of continuing professional development. A Report for the Chief Medical Officer's Review of Continuing Professional Development in Practice*. Association for the Study of Medical Education, ISBN 0-9044–73260
4. Davis, D. A., Thomson, M. A., Oxman, A. D. and Haynes, B. (1995) Changing physician performance: A systematic review of the effect of continuing medical education strategies *JAMA*, 274, 700–705
5. Grant,J.(2011) *The Good CPD Guide. A Practical Guide to Managed CPD*. 2nd edition. In press. oucem@open.ac.uk
6. Swedish Medical Association (2000) *Better continuing professional development – An action programme in four steps*.
7. Academy of Royal Medical Colleges (1999) *Ten Principles for CPD*. <http://www.aomrc.org.uk/>
8. General Medical Council (GMC) April 2004. *Guidance on Continuing Professional Development*. http://www.gmc-uk.org/education/pro_development/pro_development_guidance.asp#principles
9. European Union of Medical Specialists. *Basel Declaration. UEMS Policy of Continuing Professional Development*. Brussels 2001.
10. Schön,D. (1991) *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. Ashgate Publishing Limited. ISBN 1857423194
11. Eve, R. (2003) *PUNs and DENs. Discovering learning needs in general practice*. Radcliffe Medical Press.
12. General Medical Council (2006) *Good Medical Practice*. http://www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice/maintaining_good_medical_practice_up_to_date.asp
13. General Medical Council. *Proposals for Revalidation*. http://www.gmc-uk.org/Framework_4_3.pdf_25396256.pdf



Stefan Lindgren

Stefan Lindgren är professor i medicin vid Lunds universitet. Han är president i World Federation for Medical Education och ordförande i Svenska Läkarsällskapets utbildningsdelegation.

Hur kan vi uppnå och kvalitetssäkra effektiv fortbildning?

DET LIVSLÅNGA LÄRANDET

För de flesta läkare kommer den kompetens som inhämtas under den grundläggande utbildningen att omprövas och utvecklas. Även arbetsmiljön utvecklas fortlöpande med krav på samtidigt ledarskap, deltagande i professionella team och tvärprofessionellt samarbete. Det är således inte längre möjligt att under grundutbildningen tillägna

sig kunskaper, färdigheter och förhållnings-sätt som sedan kan tillämpas under ett helt yrkesliv. I stället måste den grundläggande utbildningen förbereda den blivande läkaren på en föränderlig yrkesroll och samtidigt ge den kompetens som krävs för att klara arbetsuppgifterna under den första tiden som färdig specialist och i kommande utbildningsmoment.



Figur 1. De olika utbildningsfaserna inom den kontinuerliga professionella utvecklingen.

Nyckeln till denna svåra uppgift är att fokusera på kärnkompetens. Denna kompetens måste omfatta insikt om nödvändigheten av livslångt lärande och ett vetenskapligt kritiskt förhållningssätt, även till egna utvecklingsbehov. Om det inte sker, är risken stor att det som skapats under den grundläggande utbildningen efter hand går förlorat och ersätts av en mera okritisk yrkesroll som överläter åt andra att besluta om utveckling och förändring. Mycket av det förändringsarbete som sker i den grundläggande läkarutbildningen syftar just till att förstärka detta långsiktiga perspektiv på läkarrollen.

Den nya ST-utbildningen med dess inslag av ledarskap, kommunikation och vetenskap är ett tydligt steg mot denna generella och långsiktiga kompetens. Effekten hade dock kunnat bli ännu större om man i planeringen av specialist tjänstgöringen tagit hänsyn till den starka utveckling som skett inom grundutbildningen och i större utsträckning byggt vidare på den.

FRÅN MÅLSTYRT LÄRANDE TILL INDIVIDUELLT ANSVAR

Medan både grund- och specialistutbildningen är regelstyrd och handledd, ligger huvudansvaret för den kontinuerliga professionella utvecklingen som färdig specialist i första hand hos specialisten själv. Det ligger inget motsatsförhållande i det; ansvaret för utvecklingen av en profession ligger alltid hos dess egna medlemmar. Det är den enskilde läkaren som har det yttersta ansvaret för att han eller hon har den utvecklade och aktuella kompetens som krävs, för att mot bakgrund av det aktuella kunskapsläget kunna erbjuda sina patienter optimal hjälp och stöd, och dessutom bidra till den fortsatta kunskapsutvecklingen.

Läkaren finner motivation till utveckling i den egna strävan att erbjuda patienterna optimalt omhändertagande samt i önskan att motsvara uppdragsgivarnas förväntningar och behålla tillfredsställelsen med arbetet. Fortbildningen kan således ses som en kontinuerligt reflekterande process.

Det finns inga vetenskapligt upplagda studier som försökt belysa generella effekter, i form av mätbara förändringar av rutiner eller praxis, av fortbildning inom hela CPD-området. Däremot finns evidens för att riktade insatser mot ett speciellt problem eller behov ger förväntade effekter, åtminstone under en begränsad uppföljningstid. Samtidigt är det uppenbart att fortbildning har sådana effekter, eftersom i stort sett hela den omfattande utvecklingen av hälso- och sjukvården har sitt ursprung i professionens eget forsknings- och utvecklingsarbete.

LÄKARES LÄRANDE I PRAKTIKEN

Fortbildning av den specialistkompetente läkaren måste alltid utgå från ett upplevt behov i den dagliga verksamheten. Den bör således ta sin utgångspunkt i den kliniska vardagen, bidra till att förbättra och underlätta det kliniska arbetet och samtidigt belysa och kritiskt värdera det teoretiska och vetenskapliga underlaget. Utan tillräcklig anknytning till kliniska frågeställningar riskerar fortbildningen att stanna på kunskapsnivån. Utan samtidig anknytning till bakomliggande teori, mekanismer och rationalitet riskerar fortbildningen att bli en serie handlingsriktlinjer på ”practice” nivå; dvs. inte svara på frågan ”varför”.

Det finns en övertro på att riktlinjer ska kunna täcka alla tänkbara utvecklingsvägar i komplexa och nya situationer och på att man genom att ”se över rutinerna” ska kunna förhindra felaktiga beslut och åtgärder. Istället torde den säkraste vägen vara att fördjupa kunskapen och förståelsen för hur patienternas problem och sjukdomsyttringar uppkommer, vilka bakomliggande mekanismer som behöver påverkas och vilket vetenskapligt underlag det finns för våra åtgärder.

DEN LÄRANDE MILJÖN

Vuxna professionella lär sig oberoende av sina lärare och i nära anknytning till yrkesmässig erfarenhet. Det förutsätter en god och trygg kollegial miljö som på ett strukturerat sätt kan ge återkoppling och reflexion, baserad på vetenskap och beprövad erfarenhet. Här är mera seniora läkare sannolikt underutnyttjade i dag. Utveckling av metodstöd för sådan återkoppling och reflexion borde vara en viktig uppgift för exempelvis Institutet för Professionell Utveckling av Läkare i Sverige (IPULS). Externa kurser och utbildningar valda utifrån verksamhetens och individens behov är ett viktigt komplement till ”learning on the job”. Men de kan aldrig bli mer än ett komplement. Det är därför inte särskilt intressant eller konstruktivt att definiera fortbildning enbart som ett antal timmar extern undervisning.

För att vara effektiv måste fortbildningen inriktas på alla delar av den professionella kompetensen, inte bara kunskaper. Det är tanken bakom att använda begreppet kontinuerlig professionell utveckling (CPD) och inte kontinuerlig medicinsk undervisning (CME). CPD innefattar alla de formella och informella aktiviteter som läkare utövar och som bidrar till att utveckla kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som utgår från patienternas behov. Engagemang i CPD är både en professionell skyldighet och en förutsättning för utveckling av hälso- och sjukvården. Även de mest erfarna specialisterna behöver fortlöpande professionell utveckling för att inte tappa professionell kompetens.

För flertalet läkare under specialistutbildning eller färdiga specialister fungerar ”case-metodik”, med förankring av förslag till problemlösningar och åtgärder i aktuell vetenskaplig litteratur bra som pedagogisk modell. Föreläsningar med av utbildningsproducenten valda teman har däremot begränsade effekter i den kliniska verksamheten, oavsett kvaliteten på presentationen. För spetskompetensen inom ett område kan direkt informationsöverföring fylla ett behov, men ännu bättre är gruppvisa litteraturstödda diskussioner, helst tillsammans med egen forskning. Icke-strukturerat deltagande i stora internationella kongresser är för icke vetenskapligt aktiva läkare ett, i förhållande till satsad tid och kostnader, mindre effektivt sätt att utveckla den egna kliniska kompetensen. Se Davis et al JAMA 1999.

Ett effektivt och nödvändigt komplement till dessa organiserade utbildningsaktiviteter är regelbunden läsning av kliniska vetenskapliga tidskrifter inom det egna området, för att medvetandegöra läkaren om utvecklingen inom området. Diskussioner med kollegor i ”journal clubs” är givetvis ännu bättre, men ingen nödvändig förutsättning. Planering och genomförande av fortbildning ska ske med utgångspunkt från både läkarens och verksamhetens behov. Om det inte görs finns en klar risk för att fortbildningen begränsas till områden där läkaren redan har hög kompetens och den får mera karaktär av nätverksbyggande än kontinuerlig professionell utveckling. Försök att upprätta strukturerade fortbildningsplaner har gjorts i flera olika sammanhang men haft svårt att få varaktigt genomslag. Dessa försök är dock betydligt mera konstruktiva än att bara räkna CME-poäng på genomgångna utbildningsaktiviteter och kongresser, även om man med fog kan hävda att CME-poäng ändå är bättre än inget alls.

UPPFÖLJNING AV FORTBILDNING

Det finns ingen självskrivna metod för att följa upp kvaliteten i fortbildningen. Formell kompetensprövning är både rimlig och nödvändig för att kvalitetsdeklarerar den nyfärdige specialisten, men ”recertifiering” av den verksamme specialisten är betydligt mera vanskligt. Den färdige specialisten behåller sällan verksamhet inom hela sitt specialistområde och kan således fungera med hög kompetens även om kunskapsbasen för hela specialiteten kan uppvisa brister. Istället behövs system för bedömning av yrkesverksamheten, ”on the job assessment” utvecklas. Sådana modeller finns internationellt men är mycket resurskrävande.

Ett exempel är American Board of Medical Specialties, som vart sjunde år utvärderar den praktiserande specialisten med avseende på:

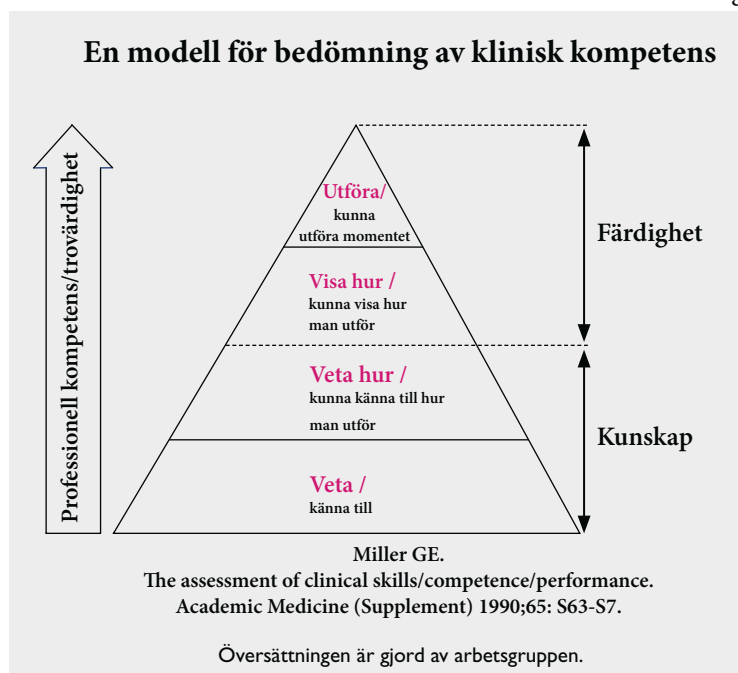
- Patientomhändertagande
- Medicinsk kunskap
- Interpersonella och kommunikativa färdigheter
- Professionalism, inklusive efterlevande av etiska regler
- Systembaserat praktiskt kliniskt arbete
- Lärande och förbättringsarbete med utgångspunkt från egen verksamhet

I Sverige torde ett stärkande av professionens eget primära ansvar för fortbildning och utveckling av goda metoder för både ”on the job learning” och externa utbildningsaktiviteter, tillsammans med individuella fortbildningsplaner, uppföljning och ett tydligt stöd från arbetsgivaren för kontinuerlig professionell utveckling vara en mera framkomlig och ändamålsenlig väg.

Utvärdering och uppföljning med hjälp av internationella standarder kan också medverka till kvalitetssäkring. World Federation for Medical Education (WFME), en global organisation som ägnar sig åt medicinska utbildningsfrågor på alla nivåer, har utvecklat standarder för kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling av grundutbildning, specialistutbildning, fortbildning och nu senast även för forskarutbildning. Standarderna definierar minimikrav, vilka bl.a. kan användas för ackrediteringsändamål, men anger också standarder för fortsatt kvalitetsutveckling.

Fortbildningsdokumentet har nio områden med standarder för utbildningsstruktur, process, innehåll, utbildningsmiljö och resultat. De är brett internationellt förankrade och dokumenterat välfungerande efter att ha anpassats lokalt på flera håll i världen.

Kontinuerlig professionell utveckling, CPD, är en nödvändig och självklar del av läkarens hela professionella liv. CPD är i första hand ett professionellt ansvar för den enskilde läkaren och ska anpassas efter dennes och verksamhetens speciella behov, och bör utnyttja många olika lärandemetoder med fokus på självstyrkt och aktivt lärande. Samtidigt måste förutsättningar skapas för att den kontinuerliga professionella utvecklingen ska bli en naturlig och integrerad del av det dagliga arbetet och därför måste finansieringen vara en del av hälso- och sjukvårdens budget.



Figur 2. Millers pyramid

Tabell 1

Specifika krav för ackreditering av utövare inom medicinsk undervisning

- **Officiellt mandat**
- **Självständig från myndighet eller tjänsteleverantör**
- **Trovärdig och erkänd av berörda parter**
- **Krav på öppenhet**
- **Fördefinierade ämnesområden med specifika krav**
- **Använder externa experter**
- **Utvärdering genom en kombination av självutvärdering och extern granskning**
- **Utfärdar officiella beslut**
- **Publicerar årsberättelse och officiella beslut**

Tabell 2

WFME Trilogy of global standards in medical education: Areas

Basic Medical Education	Postgraduate Medical Education	Continuing Professional Development (CPD)
1. Mission and objectives	1. Mission and outcomes	1. Mission and outcomes
2. Educational programme	2. Training process	2. Learning methods
3. Assessment of students	3. Assessment of trainees	3. Planning and documentation
4. Students	4. Trainees	4. The individual doctor
5. Academic staff/faculty	5. Staffing	5. CPD-providers
6. Educational resources	6. Training settings and educational resources	6. Educational context and resources
7. Programme evaluation	7. Evaluation of training process	7. Evaluation of methods and competencies
8. Governance and administration	8. Governance and administration	8. Organisation
9. Continuous renewal	9. Continuous renewal	9. Continuous Renewal

REFERENSER

1. Atlay RD, Wentz DK. CME or CPD? Postgraduate Medical Journal 1996; 72 (Suppl 1), 66.
2. UEMS, Basel Declaration: UEMS Policy on Continuing Professional Development, <http://www.uems.net>
3. Wentz DK, Paulos G. Is now the time for Continuing Medical Education to become Continuing Physician Professional Development? Journal of Continuing Education in Health professions 2000;20:181.
4. Davis D et al. The Continuing Professional Development of Physicians: From research to practice. Chicago, American Medical association, 2003.
5. WFME Global Standards for Quality Improvement in Medical Education. <http://www.wfme.org>
6. MEDINE: WFME Global Standards for Quality Improvement in Medical Education, European Specifications. <http://www.wfme.org>
7. Maintenance of Certification Competencies. American Board of Medical Specialities. <http://www.abms.org>
8. Towle A. Changes in Health Care and Continuing Medical Education for the 21 century. BMJ 1998; 316:301.
9. Cooke M, Irby DM, O'Brien BC. Educating Physicians. A call for reform of medical school and residency. The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Jossey-Bass, San Francisco, 2010.
10. Davis D, Thomson O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of Formal Continuing Medical Education, Do Conferences, Workshops, Rounds, and Other Traditional Continuing Education Activities Change Physician Behavior or Health Outcomes? JAMA 1999;282:867-874.



Hans Hjelmqvist

Universitetslektor vid Karolinska Institutet och överläkare i Anestesi och Intensivvård vid Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge. Tidigare ordförande i Utbildnings- och forskningsdelegationen, Läkarförbundet. Ledamot av Läkarförbundets centralstyrelse samt svensk delegationschef i UEMS (European Union of Medical Specialists).



Thomas Zilling

Docent och specialist i allmänkirurgi, ordförande i Sjukhusläkarförbundet och vice ordförande i AEMH (Europeiska Överläkarförbundet).

Reglering av läkares fortbildning i ett EU perspektiv

Under 1990-talet startade en intensiv debatt inom den svenska läkarprofessionen om fördelar och nackdelar med att införa obligatorisk recertifiering av läkare baserad på CME-poäng (CME står för Continuing Medical Education) enligt nordamerikansk modell. Diskussionen var redan i full gång ute i Europa och frågan drevs aktivt av enstaka specialitetsföreningar inom UEMS (European Union of Medical Specialists) som är paraplyorganisation till specialitetsföreningarna ute i Europa. Organisationens officiella politik är negativ till obligatorisk recertifiering baserad på CME-poäng eftersom det saknas evidens för att obligatorisk fortbildning enbart baserad på kongressdeltagande garanterar fortsatt och bibehållen kompetens^{1,2,3}.

EACCME, EUROPAS ACKREDITERINGS- INSTITUT FÖR CME-POÄNG

Trots detta kom myndigheterna i en rad europeiska länder att lagstadga om recertifiering av läkare baserad på CME-system. Detta var bakgrunden till att UEMS bildade EACCME (European Accreditation Council for CME) med syfte att ackreditera internationella kurser och konferenser och tilldela CME-poäng. UEMS såg det nu som sin plikt att genom EACCME underlätta för läkarna i länder med krav på samlande av CME-poäng att delta i internationella kurser och konferenser. Institutet har nationella samarbetspartners och i Sverige är det Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS) som har uppdraget att tilldela CME-poäng när internationella kurser och konferenser arrangeras i Sverige. EACCME har också ett samarbete med The American Board of Medical Specialties som godkänner poäng till 145 olika specialiteter i USA.

I USA kan vi nu se en tydlig trend där man går från CME-system mot CPD (Continuing Professional Development). Ett bra exempel

på detta är de generella kunskapskraven från *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (www.acgme.org) som innefattar:

1. Patient care
2. Medical knowledge
3. Practice Based Learning and improvement
4. Interpersonal and Communication Skills
5. Professionalism
6. System Based Practice.

För att kunna förstå varför vissa länder väljer att införa obligatorisk fortbildning och andra inte behöver man känna till vem som äger rätten att utfärda specialistbevis. I Sverige är detta Socialstyrelsen men i många länder är uppgiften delegerad från myndigheterna till professionen att ta ett myndighetsansvar genom egna organisationer. Exempel på detta är Academy of Medical Royal Colleges i England och Bundesärztekammer i Tyskland. För dessa kammare/college finns det ekonomiska incitament för att ansvara för uppföljning av sina medlemmars fortbildning. Som framgår av tabell 1 är bilden över Europa skiftande. Fortbildning ur ett myndighetsperspektiv rör sig om allt från frivilliga system som i Sverige till lagstadgade obligatoriska system. Dessa är i vissa länder baserade på CME-poängsamlande och i andra på en omfattande process av revalidering eller direkt recertifiering. Även ekonomiska sanktioner förekommer. I Tyskland har man exempelvis ekonomiska sanktioner riktade mot privatläkare som inte uppfyller kraven om tillräckligt många insamlade CME-poäng under fem år.

Viktigt är att betona att ett fullt utbyggt system med obligatorisk fortbildning och recertifiering är mycket kostnadskrävande och att det i dagsläget inte finns någon forskning som visar på att det leder till ökad patientnytta eller patientsäkerhet^{2,4}.

INGEN ÖVERGRIPANDE REGLERING AV LÄKARES FORTBILDNING INOM EU

I takt med att vi fått länder i Europa med obligatorisk fortbildning och andra länder som saknar detta så uppstår givetvis frågan om inte EU-kommissionen har något direktiv för reglering eller en uppfattning i frågan. Då Bernhard Grewin lämnade sin post som ordförande för Läkarförbundet tillträdde han ordförandeskapet i CPME (Standing Committee of European Doctors).

Som CPME-ordförande under åren 2004–2005 visade han ett stort intresse för fortbildningsfrågan och framförallt dess reglering. Under Grewins ordförandeskap räknades CPME som paraplyorganisation för de professionella organisationerna ute i Europa. En roll CPME idag förlorat då Frankrike, Italien, Spanien och Portugal valt att lämna organisationen. Under Grewins ledning publicerade Läkarförbundet ett nytt fortbildningspolitiskt program, ”De fyra stegen”⁵. Programmet förordade fortbildning enligt CPD-begreppet och översattes till engelska och publicerades 2001. Detta program kom till stor del att ligga till grunden för CPMEs politiska program i fortbildningsfrågan till vilket man i programarbetet inbjudit samtliga medicinska organisationer i Europa (tabell 2). När Finland blev ordförandeland i EU 2006 kunde CPME samla till ett konsensusmöte om läkares fortbildning i Luxemburg den 14 december 2006 under dess nya ordförande Daniel Mart. Vid mötet antogs slutligen ett konsensusdokument som EU-kommissionen och samtliga professionella läkarorganisationer ställt sig bakom. Se dokumentet på sid. 33 i sin helhet och översatt till svenska. Viktigaste budskapet är att läkares fortbildning inte ska dokumenteras via övergripande europeiska krav på fortbildningspoäng och att myndighetsutövningen kring läkares fortbildning förblir en nationell angelägenhet. Europakommissionen har väckt frågan om att krav på CPD bör införlivas i Yrkeskvalifikationsdirektivet som nu revideras. Professionen har dock svarat myndigheten att varje lands nationella krav ska gälla och att nationella myndigheter på begäran ska lämna intyg att läkare har rätt att utöva yrket.



Deltagare i Europeiska Läkarorganisationernas arbetsgrupp kring CPD.
Bakre raden från vänster: Dr J-P Joset (CPME), Dr L-J Calloc'h (CIO), Dr A Bertrand (FEMS), Dr J W Jensen (PWG), Dr H A Holm (CPME), Dr P Mortensen (UEMO), Mr G Lonquist (Swedish Medical Association), Dr T Zilling (AEMH), Dr T Kennedy (Danish Medical Association).
Främre raden från vänster: Dr C. Leibbrandt (UEMS), Dr M Worsoe (CPME) och Dr B Grewin (CPME).
På bilden saknas: Dr N Schneider (EFMSA/IFMSA), Mr J Veldhuyzen (EFMSA/IFMSA) och Mr P Fernandez (CIO).

Tabell 1

SAMMANSTÄLLNING AV UPPFÖLJNINGSSYSTEM FÖR ENSKILDA LÄKARES FORTBILDNING I EUROPA (Uppgifter finns från 30 av Europas 42 stater)

Länder med frivilligt deltagande i CME/CPD	Länder med lag om skyldighet att delta i CME/CPD	Länder med certifiering
Belgien	Cypern	Nederländerna
Bulgarien	Frankrike	Storbritannien
Danmark	Italien	Irland
Estland	Norge (för allmänläkare)	Kroatien
Finland	Polen	Rumänien
Grekland (privatläkare)	Grekland (offentliganställda)	
Luxemburg	Slovakien	
Island	Slovenien	
Spanien	Schweiz	
Malta	Tjeckien	
Portugal	Tyskland (för sjukhusläkare)	
Norge (för specialistläkare)	Österrike	
Sverige	Ungern	
	Polen	

REFERENSER

1. Davis D, Thomson MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of Formal Continuing Medical Education. Do Conferences, Workshops, Rounds, and Other Traditional Continuing Education Activities Change Physician Behavior or Health Care Outcomes? JAMA. 1999;282(9):867–874.
2. Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, Davis D, Odgaard-Jensen J, Oxman AD. Continuing education meetings and workshops: effects on professional Practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Apr 15;(2): CD003030.
3. European Union of Medical Specialists. Basel Declaration. UEMS Policy of Continuing Professional Development. Brussels 2001. <http://www.uems.net/uploadedfiles/35.pdf>
4. Grant J. The Good CPD Guide, Second Edition. A practical guide to managed continuing professional development in medicine. Radcliffe. ISBN 978 184619 570 9, October 2011.
5. Brenning G, Hellberg E, Odensjö G, Sjölin-Israelsson B, Zilling T, Grewin B, Hoffstedt G. Better Continuing Professional Development – an action programme in four steps. Swedish Medical Association 2001.

Tabell 2

EUROPEAN MEDICAL ORGANISATIONS

AEMH European Association of Senior Hospital Physicians
CPME Standing Committee of European Doctors
CEOM European Conference of Medical Orders
EMSA European Medical Students' Association
FEMS European Federation of Salaried Doctors
PWG Permanent Working Group of European Junior Doctors
UEMO European Union of General Practitioners

INTERNATIONAL MEDICAL ORGANISATIONS

ABMS American Board of Medical Specialties
AMA American Medical Association
GAME Global Alliance for Medical Education
IFMSA International Federation of Medical Students' Associations
MEDINE Medical Education in Europe
WFME World Federation of Medical Education
WHO World Health Organisation
WMA World Medical Association



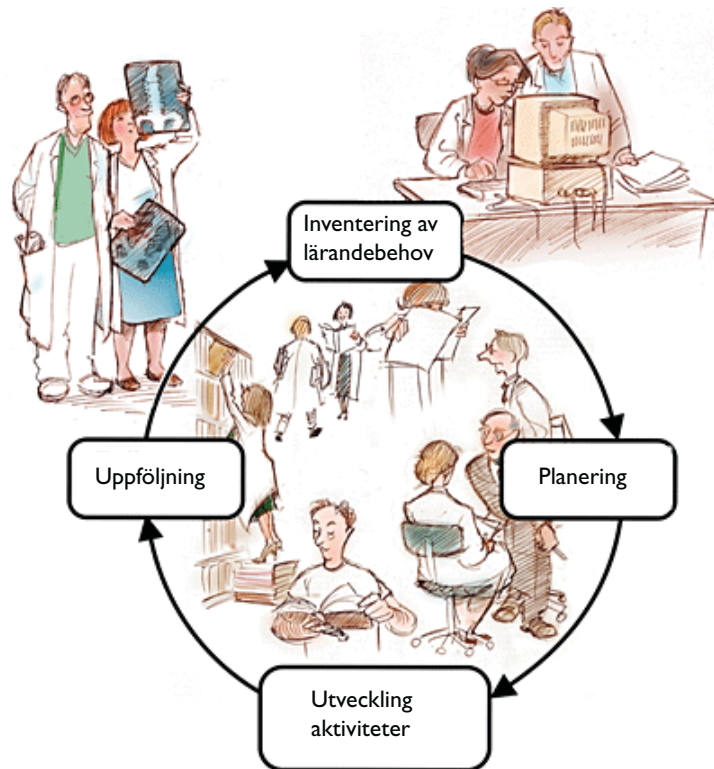
Union Européenne des Médecins Spécialistes European UEMS är den europeiska specialistläkarorganisationen. UEMS grundades 1958 och består av de nationella läkarorganisationerna från EUs medlemsländer och associerade länder, tillsammans 35 länder. Svensk medlem är Sveriges läkarförbund, inkl en representant för Svenska Läkaresällskapet, <http://www.uems.net>



Thomas Zilling

Docent och specialist i allmänkirurgi. Ordförande i Sjukhusläkarföreningen och vice ordförande i AEMH (Europeiska Överläkarföreningen). Thomas Zilling har deltagit i ett flertal arbetsgrupper såväl nationellt som internationellt kring läkares fortbildning och är en av våra främsta experter på fortbildning enligt CPD begreppet.

Inventering av lärandebehov



I slutet av 1990-talet väckte det så kallade Bristolfallet eko långt utanför den medicinska världen. Bakgrunden var den höga mortalitet som vissa barnhjärtkirurger orsakade vid thoraxklinikerna på sjukhuset Bristol Royal Infirmary och därmed sämre överlevnad än andra sjukhus.

Förhållandena avslöjades när en anestesiológ vid sjukhuset slog larm om den anmärkningsvärt höga dödligheten. I den undersökning som genomfördes av General Medical Council, GMC, (den brittiska motsvarigheten till Socialstyrelsen) hävdade en av kirurgerna att han var "på inlärningskurvan" för en ny operation¹. När han skulle utföra operationen för första gången hade det gått fem år sedan han senast assisterade vid den. Utredningen visade en sluten organisation med brist på öppen redovisning. Misstag och avvikelser doldes istället för att användas för att lära och kvalitetsförbättra.

Den efterföljande debatten ledde bland annat till att GMC väckte kravet på revalidering av läkare, ett system som nu införts i Storbritannien.

Revalidering ur ett myndighetsperspektiv i Storbritannien och flera anglosaxiska länder ryms i termen "learning needs assessment" som har stor betydelse genom sin politiska valör inom hälso- och sjukvården.

Den engelskspråkiga termen är viktig att känna till då den utgör grunden för revalidering eller recertifiering i länder med lagstadgade krav på fortbildning som inte enbart är kopplat till ett passivt poängsamlande. Brittiska myndigheter införde begreppet 1998 som en obligatorisk del av den kontinuerliga fortbildningen, Continuing Professional Development (CPD), för all sjukvårdspersonal. Syftet är att identifiera verksamheter i behov av förbättring och säkerställa att dessa utbildningsbehov tillgodoses².

Ett motsvarande begrepp till ”learning needs assessment” inom svensk pedagogik finns i ordet behovsinventering. En Google-sökning på sökorden behovsinventering och medicin ger 2 340 träffar. Motsvarande sökning på learning needs assessment och medicin ger 7 610 000 träffar. Detta illustrerar att vi idag inte har någon etablerad svensk term inom medicin som motsvarar den engelska.

En korrekt översättning av substantivet *assessment* är utvärdering eller bedömning. *Learning* översätts ofta med lärande, dvs. att tillägna sig kunskaper. I kombination med *need* i betydelsen behov blir en direkt översättning av begreppet till svenska, utvärdering av kunskapsbehov³. Det är viktigt att skilja begreppen *assessment* och *needs assessment* åt. Begreppet *assessment* enbart, används i engelskspråkig pedagogisk litteratur, enskilt kopplat till examinationer i utbildningar med definierade utbildningsmål som oftast leder till en examen eller akademisk titel.⁴ Jane Tipping och Joan Sargeant definierar termen *needs assessment* som ”en process för att fastställa lärandemål och förändringsbehov i en verksamhet för en målpopulation i syfte att skapa utbildningsmål och implementera utbildningsaktiviteter”.

Learning need definierar de som tomrummet mellan nuvarande kunskap och ett önskat läge, som kan beskrivas i termer av kunskap, färdighet, attityd, prestation eller uppnådda mål i hälsotal.

Needs assessment är vidare instrumentet vi använder för att identifiera och mäta avståndet mellan vad som finns och vad som önskas.

Tipping och Sargeant beskriver tre olika typer av *learning needs* med betydelse för anglosaxiska länders syn på revalideringsprocessen av läkare:

1. *Perceived needs* – uppfattade behov.

Jag har kunskap om vad jag inte vet.

2. *Unperceived needs* – icke uppfattade behov.

Jag saknar kunskap om vad jag inte vet.

3. *Misperceived needs* – feltolkade behov.

Jag tror jag har kunskap om något jag inte vet.

Uppfattade behov är lätta att kartlägga under utvecklingsamtal, genom fokusgrupper eller vid arbetsplatsträffar.

Icke uppfattade behov är svårare att inventera. Enligt Tipping och Sargeant kan detta kräva direkta kunskapsprov⁵. Denna uppfattning delas inte av Grant, som identifierat över fyrtio olika metoder för identifiering av läkares fortbildningsbehov (tabell 1)⁶.

I länder med obligatoriska recertifieringssystem blir behovsinventeringen inskränkt till enstaka instrument

som exempelvis ”peer review” eller en skriftlig examen som grund för recertifiering. Enligt Norman och medarbetare är detta både dyrt och ofta svårt att individualisera. Norman efterlyser ett system av mer anarkistisk självutvärdering⁷.

EN HÅLLBAR SVENSK MODELL

Av tradition har läkare i Sverige när de fått sitt specialistbevis en professionell frihet avseende fortbildning och kontinuerligt upprättande av tillräcklig kompetens för uppgiften. Patienterna förväntar sig att doktorn är kompetent och uppdaterad. Internationellt har detta alltmer kommit att ifrågasättas, vilket lett till krav om obligatorisk utvärdering av fortbildningsbehov.

Som Grant har visat är metoderna för behovsinventering och lärande många och en ansträngning att försöka införa ett obligatoriskt system skulle säkert innebära en betydande kostnad för samhället med liten vinst för patienterna. Som beskrivs av Christian Löwbeer i kommande kapitel finns idag styrsystem för hantering av kompetensutveckling i verksamheten. Om dessa följs garanteras medarbetarnas kompetensutveckling utan att, för individen och samhället, byråkratiskt tungrodda system behöver införas på individnivå. Dock saknas idag en inspektionsverksamhet som säkerställer att arbetsgivaren lever upp till de krav samhället ställer på kompetensutveckling av läkarkåren.

En inspektionsverksamhet med vidareutbildningens SPUR-inspektioner (Specialistutbildningsrådet) som förebild bör ge ett gott stöd åt arbetsgivaren och sätta fokus på kompetensutvecklingen inom verksamheten. Kan Sverige utveckla en välfungerande inspektionsverksamhet för fortbildning, gärna till en början inom ramen för ett forskningsprojekt, är detta av stort intresse för många länder i Europa och bör vara en prioriterad fråga för både Läkarförbundet och Läkaresällskapet.

Tabell I

Metoder för behovsinventering för läkares livslånga lärande enligt The Good CPD Guide⁷

Läkarens egna erfarenheter av direkt patientarbete

- Kunskapsluckor
- Kompetensbrist identifierade i patientarbetet
- Kompetensstandard i organisationen
- Kliniska dagböcker
- Problem identifierade i den kliniska vardagen
- Innovationer på kliniken/mottagningen
- Den välinformerade patienten
- Kliniska misstag i vardagen
- Andra specialiteter
- Klagomål från patienter och återkoppling
- Patologkonferenser
- PUNs (patients unmet needs) och DENs (doctors educational needs). Ett system för identifiering av kunskapsluckor genom frågor ställda till ett antal patienter
- Reflektion kring dagliga problem

Växelverkan mellan klinik och medarbetare

- Klinikmöten och rond
- Utbildningsträffar på kliniken/mottagningen
- Kompetenshöjning genom rekrytering av nya medarbetare
- Lärandemiljö genom utbildningsläkare
- Ledarrollen
- Mentorskap

Formellt närmande till kvalitetsutveckling och riskanalys

- Granskning
- Sjukdomsfrekvens i populationen
- Komplikationsgenomgång
- Patientenkät angående patienttillfredsställelse
- Utvärdering av patientrisker

Specifika aktiviteter för att mäta lärandebehov

- Granskning av avvikelserapporter
- Inventering av lärandebehov
- Objektiva prov på kunskap och färdigheter
- Observation
- Revalideringssystem
- Egen behovsinventering
- Videoutvärdering av utförande

Referentgranskning

- Extern
- Informella kontakter kollegor emellan
- Interna (utvecklingssamtal)
- Multidisciplinära
- 360° utvärdering av läkare – ett system från USA där läkare betygsätter varandra

Aktiviteter utanför kliniken

- Akademiska aktiviteter
- Konferenser
- Studiebesök
- Vetenskapliga artiklar
- Lex-Maria-ärenden
- Press och media
- Dialog i lärande miljö
- Forskning
- Undervisning

REFERENSER

1. Bristol case surgeon claimed to have been on "learning curve". BMJ 1999;319:1456.
2. Grant J. Learning needs assessment: assessing the need. BMJ 2002;324:156-9.
3. Collens English Dictionary, sixth edition 2006, ISBN-100-00-722407-9.
4. Best practices in surgical education: The training of registrars & residents. Edited by Saltzman P D, Ethicon Endo-Surgery, Inc. 2008 DSL#08-0677 Book 125.
5. Jane Tipping från Universitet i Toronto och Joan Sargeant Universitetet i Dalhousie, båda Kanada. Personlig kommunikation.
6. Grant J, Chambers E, Jackson G, editors. The good CPD guide a practical guide to managed CPD. Sutton, Surrey: Reed Business Information 1999.
7. Norman RG, Shannon SI, Marrin ML. The need for needs assessment in continuing medical education. BMJ 2004; 328:999-1001.



Christian Löwbeer

Medicinskt ansvarig läkare, överläkare vid avdelningen för klinisk kemi, Aleris Medilab. Nationell ST-studierektor i klinisk kemi, ledamot av Läkarsällskapets Utbildningsdelegation, lärare och mentor på läkarprogrammet vid Karolinska Institutet, medlem i SBU-kollegiet.

Föreskrifter, standarder och policydokument

Det finns inga lagar, förordningar eller föreskrifter som i detalj reglerar hur läkares fortbildning ska organiseras men i Socialstyrelsens föreskrifter finns krav på att personalens kompetens ska hanteras inom ramen för vårdgivarens ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. I olika ISO-standarder som används inom vården beskrivs krav på kompetens och organisation av personalens utbildning. Därutöver finns internationella och nationella policydokument med riktlinjer rörande läkares fortbildning.

SOCIALSTYRELSENS FÖRESKRIFTER

I Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) anges följande i fjärde kapitlet:

”Kompetens

3 § Ledningssystemet skall säkerställa att det finns

1. rutiner som tillgodoser att personalen har den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifterna,
2. rutiner som anger personalens ansvar och befogenheter, och
3. planer för personalens kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov.”

Som exempel på standard som kan uppfylla kraven på sådant ledningssystem anges ISO 9001:2000 (numera ISO 9001:2008).

ISO-STANDARDER

I standarden SS-EN ISO 9001:2008 som används vid certifiering av den patientinriktade vården beskrivs kravet på kompetens, praktisk utbildning och medvetenhet i fyra punkter:

- Fastställa krav på kompetens.
- Åtgärder för att uppnå kompetens.
- Utvärdera verkan av åtgärderna.
- Dokumentation av teoretisk och praktisk utbildning, färdigheter och erfarenheter.

Som vägledning till hur ISO 9001 ska användas inom hälso- och sjukvården finns dokumentet: Ledningssystem för kvalitet i hälso- och sjukvården – Vägledning för användning av EN ISO 9001:2000.

Standarderna IOS 17025:2005 och ISO 15189:2007 är framtagen för laboratoriemedicin och innehåller betydligt mer detaljerade riktlinjer för hur utbildningen av personalen ska organiseras för att vara acceptabel. I synnerhet ISO 15189:2007 innehåller detaljerade krav på hur personalens kompetensutveckling skall vara organiserad. Vårdgivarens ledning ansvarar för att säkerställa kompetensen hos de anställda. Ledningen ska ha policy och rutiner för att identifiera personalens utvecklingsbehov. Utbildningsprogrammet ska vara relevant för verksamheten och individens nuvarande och förväntade arbetsuppgifter. Utbildningsaktiviteternas effektivitet ska utvärderas. Fortlöpande utvärdering görs med redovisande dokument (verifikat) i form av rapporter från relevant utbildning, praktik, erfarenhet och påvisad färdighet. I befattningsbeskrivningar eller arbetsbeskrivningar ska ansvarsområden med tillhörande krav på expertkunskap, erfarenhet, kvalifikationer, påvisade färdigheter och genomgångna utbildningsprogram definieras.

Det är mycket svårt att definiera några få enkla variabler som kan användas för utvärdering av fortbildningseffekt inom hälso- och sjukvård. I en ackrediterad verksamhet där fortbildningen är dokumentstyrd och en del av ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet, finns däremot flera olika övergripande generella verktyg för utvärdering av fortbildningens effektivitet där de viktigaste är:

- Utvecklingssamtal
- Ledningens genomgång av ledningssystemet
- Incidentrapporter
- Kvalitetsindikatorer
- Extern inspektion (SWEDAC, SPUR/IPULS eller certifieringsorgan)
- Uppföljningsmöten med beställare enligt uppföljningsplan (offentligt upphandlad verksamhet)
- Nöjdkundenkät/patientenkät



WFME GLOBAL STANDARDS

World Federation for Medical Education (WFME) är den globala organisation som arbetar med frågor rörande utbildning av läkare på alla nivåer. Dokumentet "Continuing Professional Development (CPD) of Medical Doctors WFME Global Standards for Quality Improvement" innehåller detaljerade riktlinjer för läkares fortbildning. Dokumentet är uppbyggt i två nivåer, basic standard och standard for quality development. Dessa nivåer skulle analogt med terminologin i ISO-standarderna kunna översättas med krav, respektive kvalitetsmål för fortbildningen. Både basic standards och standards for quality development riktar sig ömsom till den enskilde läkaren och ömsom till den medicinska professionen som helhet.

År 2006 antog Europeiska Kommissionen, CPME, UEMS, UEMO, AEMH m.fl. det gemensamma konsensusdokumentet "Continuing Professional Development Improving Healthcare Quality, Ensuring Patient Safety" där EU:s policy för läkares fortbildning slås fast.

SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPETS OCH SVERIGES LÄKARFÖRBUNDS GEMENSAMMA SYN PÅ FORTBILDNING

I policydokumentet "Svenska Läkaresällskapet och Sveriges läkarförbunds gemensamma syn på säkerställande av specialistläkares kompetens för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården" ges konkreta riktlinjer för hur specialistläkares kompetens ska säkerställas. Här framhålls bland annat att läkares fortbildning är en viktig del av kvalitetsarbetet inom vården och inte enbart ska ses som den enskilde läkares ansvar.

Alla specialistläkare ska ha en individuell fortbildningsplan som bör dokumenteras och följas upp i årliga utvecklingssamtal. Vidare föreslås någon form av extern granskning och det är angeläget att kurser och liknande arrangemang är oberoende och kvalitetsgranskade. Inventering av behovet av teoretisk utbildning inom specialitetsområdet bör göras inom varje sektion/specialitetsförening. Fortbildningssamordnare inom varje specialitet rekommenderas.

VIKTIGA DOKUMENT VID UTFORMNING AV FORTBILDNING FÖR LÄKARE

Socialstyrelsen

Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12).

ISO-standarder

EN ISO 9001:2008, ISO/IEC 17025:2005, ISO 15189:2007, Ledningssystem för kvalitet i hälso- och sjukvården – Vägledning för användning av EN ISO 9001:2000.

WFME

Professional Development (CPD) of Medical Doctors
WFME Global Standards for Quality Improvement 2003.

EU

Continuing Professional Development Improving Healthcare Quality, Ensuring Patient Safety 2006.

Svenska Läkaresällskapet och Sveriges läkarförbund

Svenska Läkaresällskapet och Sveriges läkarförbunds gemensamma syn på säkerställande av specialistläkares kompetens för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm 2009.



Sara Holmberg

Medicine doktor,
allmänläkare i
Växjö och ord-
förande i SFAM
Kronoberg.

Fortbildning – goda exempel

Här presenterar vi tre "Goda exempel" från fortbildningens vardag i Sverige. Det är inte avsett att vara något representativt urval och bygger inte heller på någon bedömning i form av mer eller mindre lyckosamma projekt. Vi har i stället valt exemplen för att

visa på den mångfald som finns inom fortbildningen, där ansvarstagandet kan komma från olika håll och ändå vara väl fungerande. Det gemensamma i de här exemplen är att det är tåliga strukturer som fungerat under många år, utan stora kostnader och utan ett skört beroende av enstaka eldsjälar.

Intervjuerna har gjorts och bearbetats av Turid Stenhaugen, Sveriges läkarförbund.

Allmänmedicin

Sara beskriver den verksamhet för fortbildning av allmänläkare i Kronobergs landsting som funnits sedan slutet av 70-talet. Fem till åtta heldagar per år har länets allmänläkare samlats till regelbundna utbildningsdagar. En verksamhet som alltså pågått obruten i mer än 30 år. I länet har under perioden funnits 25 vårdcentraler med cirka 90 allmänläkare anställda.

Ansvariga för programmen var från början den lokala DLF-föreningen men från mitten av 90-talet är det SFAM-Kronoberg som ansvarar för utbildningens uppläggning och innehåll. Ambitionen har varit att ha en stor bredd och relevans i utbudet snarare än organ- och sjukdomsspecifika teman. Upplägget har varit traditionellt med föreläsningar med god tid för diskussioner om kliniska tillämpningar. Dagarna har organiserats som två identiska halvdagsföreläsningar så att störningen av den dagliga verksamheten minimerats.

STÖD FRÅN ARBETSGIVAREN

Programmet har drivits helt av professionen som själva kunnat besluta om uppläggning och innehåll. Arbetsgivaren har dock sett detta som angeläget och gett goda förutsättningar i form av tjänstledighet för deltagarna, ersättning till externa föreläsare samt lokaler och hjälp med praktiska arrangemang.

SAMVERKAN MED FOU-ENHETEN

I landstinget finns också FOU Kronoberg. Det startade redan 1984 som en liten utvecklingsenhet inom primärvården, vilket bidragit till ett vetenskapligt klimat där flera allmänläkare disputerat genom åren. 1997 utvecklades verksamheten till att omfatta hela landstinget med målet att skapa en kreativ vetenskaplig miljö med fasta handledarressurser och en seminarieverksamhet. FOU-enheten är idag involverad i ett flertal projekt med inriktning på patientnära forskning och utveckling. Den grupp med engagerade disputerade läkare som funnits på FoU-enheten har utgjort kärnan i SFAMs lokala arbete där fortbildningen varit en viktig del.

FRAMGÅNGSFAKTORER

På fråga om varför utbildningsverksamheten varit så välfungerande svarar Sara att hon tror att det är just detta att det varit professionen som själv dragit upp riktlinjerna för verksamheten. Då har det också varit naturligt att det blivit en nära koppling mellan forskningen, fortbildningen och det lokala engagemanget i SFAM och DLF.



Hans Wallinder

Laboratoriechef, teknisk ledare och kvalitetsansvarig vid avdelningen för klinisk kemi, Aleris Medilab. Ordförande för Svenska sjukhuskemistförbundet, Svensk representant i EFCC, European Federation of Clinical Chemistry.

Klinisk kemi

Aleris Medilab är ett företag som genomför laboratorieundersökningar inom primärvården, öppen specialistvård, sjukhuskliniker och internationell läkemedelsindustri. Hans Wallinder är chef för avdelningen klinisk kemi. Avdelningen har ca 130 anställda, varav två är läkare. Det stora flertalet anställda är biomedicinska analytiker men även forskningsmeriterade mikrobiologer finns i arbetsgruppen. Verksamheten är upphandlad av Stockholms läns landsting och bedrivs vid centrallaboratoriet i Täby samt vid ett 30-tal närlaboratorier i Stockholmsområdet. Ett kvalitetskrav från Stockholms läns landsting är att all laboratorieverksamhet ska vara ackrediterad av Swedac som är en statlig myndighet med uppdrag bland annat att ackreditera laboratorier.

Det är ett grundkrav i Swedacs ackreditering att verksamheten följs upp systematiskt med hjälp av Europastandarden ISO/IEC 17025:2005. Landstinget som beställare har också särskilda krav på de anställdas kompetensutveckling som Aleris Medilab är skyldiga att uppfylla för att få behålla sitt uppdrag. Ett grundläggande krav i ISO standarden är att all personal ska ha den kompetens som behövs för att säkerställa laboratoriets provresultat. Kraven på kompetens omfattar dels ett grundkrav på kompetens för att handha utrustning, dels ett krav på kontinuerlig fortbildning för att upprätthålla och utveckla kompetensen inom yrket.

Det innebär kortfattat att de som arbetar direkt med laboratoriets utrustning får kvalificera sig för att få körkort eller certifikat för att handha specifika undersökningar. Ett krav är också att dessa körkort följs upp och revalideras minst vartannat år. En viktig del av personalens kompetensutveckling är att de som arbetar med analyserna kontinuerligt byter arbetsuppgifter vilket Hans Wallinder menar är bra både för arbetsmiljön och för breddkompetensen.

Ackrediteringen från Swedac ställer tydliga krav på en struktur för den kontinuerliga fortbildningen. Den innebär att laboratoriets ledning ska ha en policy och rutiner för att kunna identifiera personalens utvecklingsbehov och ge lämplig utbildning och upplärning.

Avdelningen ska både ha en övergripande fortbildningsplan samt individuella fortbildningsplaner för alla anställda. De individuella fortbildningsplanerna överenskomms om i de årliga utvecklingssamtalen. I fortbildningsplanen ska både internutbildning, externa kurser och lärande i det dagliga arbetet ingå. Att var och en får bra fortbildning ska vara ett gemensamt ansvar både för ledningen och för medarbetaren. Aleris Medilab har ett program med internutbildning med egna specialister och med inhyrda föreläsare, detta program bruka omfatta åtta till tio tillfällen per år. Personal som deltar i extern fortbildning redovisar detta på avdelningsmöten som en del av denna internutbildning.

UTBILDNINGSPÄRMEN

All fortbildning ska dokumenteras i särskilda utbildningspärmar. I pärmerna har varje medarbetare ett utbildningskort där alla utbildningsaktiviteter redovisas, såväl internutbildning som externa kurser. Att hålla utbildningskortet uppdaterade är ett ansvar för den enskilde medarbetaren men de signeras av den ansvariga chefen. Pärmarna förvaras helt öppet i avdelningens kafferum. Externa utbildningar består oftast för läkarna av en till två vetenskapliga kongresser per år, nationella eller internationella. Externa utbildningar kan även bestå av instrumentutbildning som genomförs av leverantören antingen i Europa eller i USA för de biomedicinska analytikerna. Hans Wallinder menar att det inte finns någon avundsjuka grupperna emellan och att deltagande i utbildningar är förenade med stora krav eftersom de ska redovisas för övriga medarbetare som internutbildning.

Pärmarna granskas sedan vid de inspektioner som Swedac genomför. Från Swedac krävs även att utbildningsaktiviteternas effekt ska utvärderas. Något som i praktiken dock ofta är svårt att genomföra. En särskild budget finns för personalens fortbildning men ett flertal utbildningar finansieras också av den medicintekniska industrin.

Mycket av kompetensutvecklingen sker helt integrerad i det dagliga arbetet.

Utvärdering av nya analysmetoder genomförs kontinuerligt som en del av ett kvalitetsarbete, men också med en vetenskaplig ambition. Laboratoriet har därför vid ett flertal tillfällen redovisat sina resultat som artiklar i den vetenskapliga fackpressen. All personal får också utbildning i uppläggning av ledningssystem för kvalitet, miljö och arbetsmiljö med syfte att få en förståelse för kontinuerligt kvalitetsarbete.

Hans Wallinder är nöjd med systemet och menar att det verkligen bidrar till hög kvalitet, god arbetsmiljö och låg personalomsättning. Det är också en naturlig del i det kvalitetsarbete som bedrivs kontinuerligt. Hans menar ändå att det är avgörande att fortbildningen följs upp med externa inspektioner. Fanns inte inspektionerna är han inte alls säker på att systemet skulle fungera så föredömligt som nu är fallet.





Leif Lapidus

Studierektor inom internmedicin, Västra Götalandsregionen. Leif arbetar som regional specialitetsansvarig studierektor för internmedicin inom Västra Götalandsregionen på 25% av sin arbetstid, övrig tid arbetar han som överläkare på internmedicin på Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Internmedicin

Inom Västra Götalands-regionen skapades 2006 ett regionalt kompetensutvecklingsråd för specialisternas fortbildning. Utvecklingsrådet bildades efter det att dåvarande Landstingsförbundet (nu SKL) och Läkemedelsindustriföreningen (LIF), år 2005, gjorde överenskommelsen med regler för sin samverkan. En oro fanns då att överenskommelsen skulle leda till att specialisternas möjligheter till fortbildning skulle försämrats och utvecklingsrådet bildades som ett sätt att förhindra detta.

Specialitetsansvariga studierektorer för fortbildning tillsattes på 25 procent av sin arbetstid för de 13 största specialiteterna, med uppdrag bl.a. att genomföra utbildningsprogram för specialisterna i regionen. Den specialitetsansvariga studierektorn förväntades att inom respektive specialitets sektorsråd tillsammans med verksamhetscheferna inom regionen, diskutera uppläggning och innehåll i de gemensamma utbildningarna.

Inom internmedicin skapade man en modell för fortbildningen som fungerat väl. Alla specialister, cirka 400, inom internmedicin erbjuds en fortbildning som omfattar nio endagskurser per år. Samtliga kurser återkommer årligen. Varje specialist förväntas delta under minst tre kursdagar per år, vilket innebär att ett kursprogram om nio dagar inhämtas på cirka tre år. Därefter uppdateras kursinnehållet så att deltagarna med fördel ska kunna påbörja en ny period.

Programmet är inriktat på sådan medicinsk kunskap som alla specialistläkare inom internmedicin bör vara väl förtrogna med, särskilt om man deltar i jour eller bakjour. Syftet är att alla kliniskt aktiva läkare inom specialiteten ska kunna hålla sig kontinuerligt uppdaterade och på så sätt kunna ge

en säker vård. Programmet ska omfatta alla grenspecialiteter inom internmedicin liksom närliggande områden som infektionsmedicin, reumatologi och neurologi. Liknande system med återkommande temadagar har även byggts upp för de andra specialiteterna inom regionen.

Utbildningarna har byggt på en blandning av katedralföreläsning och genomgång av patientfall som ett viktigt underlag för diskussioner. Mentometerknappar har också använts för att underlätta ett aktivt diskussionsklimat. Utbildningarna utvärderas kontinuerligt och deltagarna har varit mycket nöjda både med upplägg och innehåll. Det har varit en stor tillgång att deltagarna lärt känna kollegor och byggt upp nätverk för erfarenhetsutbyte. Utbildningarna har oftast genomförts med specialkunniga föredragshållare från regionen och helt utan inflytande från läkemedelsindustrin.

Av de cirka 400 anställda internmedicinerna inom VG-regionen deltar cirka 250 i utbildningarna. Varför de övriga inte deltar ska nu inventeras med hjälp av verksamhetscheferna. Den orsak som ofta uppges är att det är svårt att få tid för att gå utbildning, likaså finns en grupp specialister som inte har arbetsuppgifter som gör det motiverat att delta.

Programmet har nu pågått i fyra år och ett behov har infunnit sig av att vilja utveckla och bygga på programmet. Hur kan detta bli mer systematiskt? Hur kan man inkludera icke-medicinska frågor som ledarskap och etik etc? Hur kan man utnyttja de många nya tekniska möjligheterna att utveckla lärandet med interaktiv utbildning på nätet och med simulatorträning? Och inte minst går det att få specialister att förpliktiga sig till att delta?

Ordlista

Översättning av termer framtagna av the Rome CME/CPD Group *

* Rome-gruppen är en tankesmedja med fristående experter inom CME/CPD-området från Europa och Nordamerika.

Termerna har översatts av Michael Rolfs och Turid Stenhaugen, Sveriges läkarförbund

Accreditation • Ackreditering av utbildning

Beslut om godkännande av att en leverantör uppfyllt de kvalitetskrav vad gäller utbildning med mera, som ställts av en ackrediteringsorganisation.

The decision that a provider has met quality, educational and other criteria set out by the accrediting body.

Activity • Utbildningsaktivitet

En utbildningsaktivitet för läkare som baseras på identifierade behov, har specificerade pedagogiska mål och som utvärderas för att visa att behoven har uppfyllts.

An educational event for doctors which is based upon identified needs (a needs assessment), has specified educational objectives and is evaluated to demonstrate that the needs have been met.

Andragogy • Andragogik

Pedagogik för vuxna. (Alexander Kapp, 1833).

Educational training for adults (Alexander Kapp, 1833).

Pedagogiska metoder för barn överfört till utbildning för vuxna. (Knowles, M 1975).

The methods of training in childhood (pedagogy) transferred to the training of adults. (Knowles, M. 1975).

Självstyrt lärande (Chicago: Follet). Det beskriver processen att engagera vuxna i ett strukturerat lärande.

Self-Directed Learning. (Chicago: Follet). It describes the process of engaging adult learners in the structure of the learning experience.

Audit (clinical) • Intern klinisk kvalitetssäkring

En process som syftar till att kontinuerligt höja behandlingskvaliteten genom systematiska utvärderingar med tydliga kriterier och påföljande förändringsåtgärder.

A quality improvement process that seeks to improve patient care and outcomes through systematic review of care against explicit criteria leading to the implementation of change.

Audit (general) • Extern kvalitetssäkring

En utvärdering av en person, organisation, system, process, projekt eller produkt som utförs mot fastställda standarder. Detta för att säkerställa giltigheten och tillförlitligheten av given information samt också bidra med en bedömning av den egenkontroll som finns i ett system.

An evaluation of a person, organization, system, process, project or product, performed against defined standards or criteria, to ascertain the validity and reliability of information, and also to provide an assessment of a system's internal control.

Assessment • Bedömning/utvärdering av en individs kompetens

Bedömningen är ett sätt att mäta framsteg för en individ vid en viss tidpunkt, vanligen mot förutbestämda standarder.

Utvärderingen mäter framsteg i förhållande till fastställda kursplaner och resultatet av utvärderingen kan leda till betygssättning om detta är lämpligt.

(BMJ, Appraisal: a guide for medical practitioners).

Assessment is the measurement of the performance of an individual at a particular point in time, usually against predetermined standards. Assessments measure progress based on relevant curricula, and the results of assessment may lead to appraisal scoring if appropriate.

(BMJ, Appraisal: a guide for medical practitioners).

Competency / Competencies • Kompetens

Denna term används som ett sammanfattande begrepp för kunskaper, färdigheter, attityder, beteenden och prestanda. Effektiviteten av en utbildningsaktivitet kan utvärderas genom att dokumentera en förändring i en eller flera kompetenser. Detta är dock inte det enda sättet att utvärdera utbildningsaktivitetens effektivitet.

This term is used to encompass knowledge, skills, attitudes, behaviours and performance. The effectiveness of a CME/CPD activity may be evaluated by documenting a change in one or more competencies. However, this is not the only way of evaluating effectiveness.

Continuing Medical Education (CME) • Medicinsk fortbildning

CME är ett begrepp som beskriver pedagogisk verksamhet som syftar till att bevara, utveckla, eller öka de medicinska kunskaper, kompetenser och professionella förhållnings-sätt som läkare använder för att tillhandahålla tjänster till patienterna, allmänheten och till den egna professionen. Innehållet i CME är den kunskap och skicklighet som är erkänd och accepterad av läkarprofessionen, den medicinska vetenskapen och av sjukvården.

Continuing medical education consists of educational activities that serve to maintain, develop or increase the knowledge, skills and professional behaviours that a doctor uses to provide services for patients, the public and the profession. The content of CME is the body of knowledge and skills generally recognised and accepted by the profession, by the basic Medical sciences, the discipline of clinical medicine, and the provision of health care to the public.

Continuing Professional Development (CPD) •**Fortbildning CPD**

CPD är det utbildande syftet med att uppdatera, utveckla och öka de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som krävs i arbetet som läkare. CPD-begreppet innefattar CME men även andra kompetenser som läkare behöver för att kunna fullgöra sina arbetsuppgifter, som kunskaper i ledarskap, kommunikation, IT, handledning, etik, forskningsmetodik m.m. Dessa kompetenser beskrivs i dokumentet "Good Medical Practice" (UK; General Medical Council:2006)

CPD is the educative purpose of updating, developing and enhancing how doctors apply the knowledge, skills and attitudes required in their working lives. This includes CME, professional and managerial (non-clinical) competencies, and all elements of "Good Medical Practice" (see below) [UK; General Medical Council: 2006].

CME/CPD activity • Fortbildningsaktivitet

En utbildningsaktivitet för läkare som utförs för att uppfylla identifierade utbildningsbehov eller behov av professionell utveckling. Aktiviteten ska ha specificerade pedagogiska mål som utvärderas för att visa att de definierade utbildnings/utvecklingsbehoven har uppfyllts.

An educational event or product (activity) for doctors, based upon identified needs, has an educational purpose or objectives, and is evaluated to ensure that defined educational or professional development needs are met.

CME/CPD Approval •**Kvalitetsgranskad fortbildningsaktivitet**

Beslut om att en utbildnings/utvecklingsaktivitet har uppfyllt kraven för CPD.

The decision that an event or product (activity) has met the requirements for CPD.

Curriculum • Curriculum

En redogörelse för syfte och mål, innehåll, förväntade erfarenheter, resultat och processer i ett program inkluderande en beskrivning av struktur och förväntade lärandemetoder, undervisning, återkoppling och handledning. Kursplanen ska redovisa vilken/vilka kunskaper, färdigheter, attityder och förhållningssätt som deltagarna förväntas uppnå.

A statement of the intended aims and objectives, content, experiences, outcomes and processes of a programme, including a description of the structure and expected methods of learning, teaching, feedback and supervision. The curriculum should set out what knowledge, skills, attitudes and behaviors the participants (alt students) will achieve.

European CME Credit (ECMEC) • CME-poäng

En CME poäng är lika med en timmes fortbildningsaktivitet. Staterna i Europa kan ha olika relation mellan tid och poäng. ECMEC kan omvandlas till de olika ländernas sätt att beräkna CME.

A CME credit that equals one hour of educational activity. Different countries may have a different relationship between time and educational credit, and the ECMEC may be converted to the credit currency of each country.

Facilitator • Facilitator

En utbildare vars uppgift är att underlätta lärande för enskilda eller grupper av studerande. Pedagogens uppgift är att underlätta för dessa att förvärva nya kompetenser genom en process med självstyrt lärande.

An educator whose role is to give direction and encouragement to individuals or groups of participants (alt students), to enable them to acquire new competencies through a process of self-directed learning, either individually or in groups.

Knowledge • Kunskap

Den del av kompetensen som inkluderar en förståelse av kända fakta, såväl teoretiska som praktiska aspekter inom ett ämne eller ämnesområde.

The part of competency that includes an awareness of facts; both theoretical and/or practical understanding of a subject or a specific topic.

Learning Objective • Lärandemål

Ett avsett mål för en utbildningsaktivitet som anordnats av en utbildningsgivare avseende färdigheter, kunskaper eller förhållningssätt erhållna av deltagarna i utbildningsaktiviteten. Målen ska tydligt ange vad deltagaren ska kunna eller kunna prestera efter att ha deltagit i utbildningsaktiviteten.

An intended educational outcome for an activity held by an educational provider, relating to skills, knowledge and/or attitude/behavior gained by participants from the course/training. The outcomes should clearly describe what the participant should have learnt or be able to do after participating in the CPD activity.

Learning Methodology • Lärandemetod

Lärandemetod som använts för hel eller del av CME/CPD-aktivitet.

The type of educational method used to deliver all or part of a CME/CPD activity.

Needs Assessment • Bedömning av fortbildningsbehov

En process med insamling och analys av data som ger insikt om behovet av en specifik utbildningsaktivitet. En utvärdering av skillnaden mellan nuvarande och önskvärda kunskaper, färdigheter och förhållningssätt och beteenden använd för att fastställa prioriteringar i utvecklandet av utbildningsaktiviteter och deras definierade lärandemål.

A process of acquiring and analyzing data that reflect the need for a particular educational activity. An evaluation of the difference between current and required knowledge, skills, attitudes or behaviours – used to determine priorities in developing educational activities and to define learning objectives.

Outcome • Utfall, effekt, effektivitet

En förändring av kunskap, färdigheter eller förhållningssätt som ett resultat av deltagande i en CME/CPD aktivitet.

A change in knowledge, skills attitude or behaviour as a result of participation in a CME/CPD activity.

Peer review • Referentgranskning

En granskning av utbildnings- eller vetenskapligt material eller av en individs professionella arbete, där detta arbete är utfört av en expert inom samma professionella område.

A review of educational or other scientific material or of an individual's professional activity by others who are experts in the same professional field.

Portfolio • Portfölj

En organiserad samling av en individs utbildning, arbete eller färdigheter. En sammanställning av professionella aktiviteter utförda antingen i nutid eller tidigare av en individ och som inkluderar lärande och professionell utveckling.

An organized documentation of an individual's educations, employments and/or skills. A compilation of professional activities carried out in the past and present that include learning and professional development.

Profession • Profession

Ett yrke eller anställning där specialiserad kunskap av ett ämne, ämnesområde eller vetenskap behövs. P.J. Corfield, *Power and the Professions in Britain, 1700–1850*, Routledge, London, 1995.

An occupation, vocation or career where specialized knowledge in a subject, topic, or science is applied. (P.J. Corfield, *Power and the Professions in Britain, 1700–1850*, Routledge, London, 1995).

Professionalism • Professionalism

Ett antal värderingar, beteenden och förhållningssätt som förtydligar det förtroende som allmänheten har för doktörer. (Doctors in Society. *Medical Professionalism in a changing world*. *Clinical Medicine*, 2005; 5).

A set of values, behaviours and approaches that clarifies the trust the public has in doctors. (Doctors in Society. *Medical Professionalism in a changing world*. *Clinical Medicine*, 2005; 5.)

Revalidation • Revalidering

Formell granskning, oftast utförd av en certifierad granskningsorganisation, av en persons yrkesutövning i syfte att ge godkännande till att en läkare, under en definierad tidsperiod, får fortsätta sitt kliniska arbete som läkare (relicensiering) eller som specialist (recertifiering).

The process, normally carried out by a Regulatory Body that allows a doctor to continue to practice for a defined period (Relicensing) or maintain his/her specialist certification (Recertification).

Self education • Egenlärande

Den lärande tar ansvar för sin egen utbildning och kontinuerliga professionella utveckling.

The learner takes overall responsibility for his or her own educational needs and continued professional development.

Skills • Färdigheter

Den delen av kompetensen som inkluderar den praktiska och tekniska färdighet som en läkare behöver för att utföra sitt professionella arbete. En färdighet är en inlärd kapacitet eller inlärd förmåga att utföra en specifik procedur vanligen med ett minimum av tid och energi.

The part of competency that includes the practical and technical skills needed by a doctor in order to carry out his or her professional work. A skill is a learnt capacity or ability to carry out a specific process, usually with minimum outlay of time and/or energy.



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 fortbildning, CPD.

Resultatet blev nedanstående 12 punktsprogram som Läkarförbundet översatt och antagit som del av sitt fortbildningspolitiska 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 fortbildning 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 informationsökning via litteraturstudier 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 multiprofessionella 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.



Hämta ditt exemplar på hemsidan
<http://www.sls.se/Global/cpd/cpd2011.pdf>



SVERIGES LÄKARFÖRBUND
Villagatan 5 · Box 5610
114 86 Stockholm · 08-790 33 00
www.lakarforbundet.se



SVENSKA LÄKARESÄLLSKAPET
Klara Östra Kyrkogata 10 · Box 738
101 35 Stockholm · 08-440 88 60
www.sls.se

ISBN 978-91-979706-0-0