

Remissvar från Svenska Rättspsykiatriska Föreningen angående Socialstyrelsens remiss om förslag till nya och ändrade regler om läkarnas ST och AT (dnr 4.1-6870/2020) med analys av dess konsekvenser för psykiatri och rättspsykiatri

Till Socialstyrelsen

Till Sveriges läkarförbund

Till Svenska Läkaresällskapet

Svenska Rättspsykiatriska Föreningen har tagit del av Socialstyrelsens remiss om nya föreskrifter för BT, ST och AT. Föreningen har ett antal synpunkter på denna remiss och de övergripande förändringar som denna remiss är en del av, främst kring hur BT kommer att ersätta AT och konsekvensen av detta för psykiatri och rättspsykiatri, vilket också är det område som innebär störst förändringar, och det område som Socialstyrelsen har fokuserat sitt utredningsarbete på.

Föreningen anser att konsekvenserna av de föreslagna förändringarna kommer att bli mycket stora för psykiatri, närmast uteslutande till det sämre, och noterar att liten eller ingen hänsyn tycks ha tagits till detta. Det är anmärkningsvärt att Socialstyrelsens konsekvensanalys kring de nya målbeskrivningarna knappt nämner psykiatri alls (mer om detta nedan). I förlängningen innebär konsekvenserna för psykiatri även konsekvenser för rättspsykiatri, som i form av en grenspecialitet till psykiatri bygger på en fungerande psykiatri.

Utöver detta finns specifika negativa konsekvenser för gren- och tilläggspecialiteter som rättspsykiatri, beroendemedicin och äldrepsykiatri. Förändringarna motverkar bland annat Svenska Rättspsykiatriska Föreningens mål att fler ska utbilda sig till rättspsykiater.

Förslagen leder till ännu större brist på både över- och underläkare inom psykiatri

Att psykisk ohälsa är växande och bör prioriteras inom vården har varit ett högst aktuellt ämne i debatten på senare tid. Ett av problemen inom psykiatri är brist på utbildad personal, vilket inkluderar läkare.

Socialstyrelsen själv konstaterar i sin sammanställning ”Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård” från Nationella planeringsstödet 2019 att de tre specialiteter som flest regioner bedömer brist av specialistläkare i är allmänmedicin, geriatrik och psykiatri. Även SKL bedömer att psykiatri är en av de tydligaste bristspecialiteterna i landet. När Socialstyrelsens dåvarande generaldirektör Bror Rexed 1968 presenterade den då nya AT var ett av huvudsyftena med reformen och med dess upplägg med obligatoriska längre placeringar inom primärvård och psykiatri att motverka brist på läkare på mindre orter och just inom dessa två bristspecialiteter.

I dagsläget, över 50 år senare, arbetar många underläkare inom psykiatrin i form av just AT eller som legitimerade och olegitimerade underläkare. Många psykiatriska kliniker (i högre grad utanför större orter) är beroende av dessa underläkare för sin löpande verksamhet, och dessa placeringar är den första riktiga kontakten som underläkare får med psykiatrin (förutom en ytterst begränsad kontakt under ett par veckor av grundutbildningen). Placeringarna är också det främsta skälet till att många underläkare numera väljer att arbeta och börja specialisera sig inom psykiatrin.

Med den föreslagna bastjänstgöringen, och med ambitionen att bli av med flaskhalsen inför AT, kommer få underläkare som inte redan har siktet inställt på psykiatrin att komma i kontakt med denna specialitet och välja denna bana. Föreningens bedömning är att detta oundvikligen kommer att leda till att färre underläkare väljer att påbörja ST i psykiatri, vilket i förlängningen kommer att göra bristen på specialistläkare i psykiatri ännu större än idag.

Bastjänstgöring saknar adekvat psykiatriplacering

Föreningen bedömer att ett av de största problemen med föreslagen bastjänstgöring (BT) är att de placeringar som det ställs krav på att de ska ingå i denna inte alls motsvarar den bredd som finns i nuvarande allmäntjänstgöring (AT). Framför allt så saknas krav på adekvat psykiatriplacering i den tilltänkta bastjänstgöringen. Föreningen anser denna avsaknad högst olämplig. Att tänka sig att primärvårdsplaceringen ska tillgodogöra läkare som genomför bastjänstgöring adekvat erfarenhet av psykiatri är inte rimligt. Primärvården ansvarar för första linjens psykiatri, men detta är inte representativt för psykiatrin som helhet, med dess bredare psykiatriska sjukdomspanorama.

Det har framförts att det skulle räcka att den psykiatriska kompetensen hos blivande BT-läkare skulle examineras av primärvårdsläkare med ”god kunskap inom psykiatri”. Föreningen håller inte alls med om detta. Även om man skulle tycka att vissa nuvarande specialister i allmänmedicin kunde göra detta, kan man fråga sig hur blivande specialister i allmänmedicin som själva inte gjort AT utan bara BT skulle tillskansa sig ”god kunskap inom psykiatri”. Lite raljerande kan man ställa sig frågan hur det är tänkt att återväxten av sådana primärvårdsläkare som kan examinera psykiatri i BT ska ske när AT byts ut mot BT.

Förståelsen för psykiatrisk problematik kommer att minska i läkarkåren

Förutom att den föreslagna reformen kommer att leda till att färre underläkare väljer att arbeta inom psykiatrin, kommer förståelsen av avsaknaden av adekvat psykiatriplacering under läkarutbildning eller bastjänstgöring att påverka kompetensen inom och förståelse för psykiatri bland de läkare som väljer andra specialiteter. Den kontakt med specialistpsykiatrin som kommer att finnas kvar är ett fåtal veckor under grundutbildningen. Denna period är mycket begränsad, sker ofta tidsmässigt samtidigt som flera andra placeringar, och sker enligt föreningen för tidigt under läkarens professionaliseringsprocess för att ge en tillräcklig förståelse för psykiatri. Bland läkare utbildade utomlands utgör även språkbarriärer en betydande svårighet för att få en reell förståelse för psykisk ohälsa.

Psykisk ohälsa har länge varit föremål för stigmatisering i samhället, och även om detta har förbättrats väsentligt på senare tid, förekommer bristande förståelse för psykisk ohälsa än idag, såväl bland allmänhet som tyvärr inom delar av sjukvården. Psykisk ohälsa medför i många fall även försämrade somatisk hälsa av olika skäl, bland annat eftersom patienter med psykisk ohälsa kan drabbas av bristande förståelse inom delar av den somatiska vården, vilket bidrar till att dessa patienter drar sig för att söka sjukvård. Ett av de främsta skälen att psykiatri har ingått i allmäntjänstgöringen (förutom att försöka säkerställa tillgången av personal inom psykiatri) har varit att man har ansett att förståelse för psykisk ohälsa är viktig för alla läkare. Föreningen befarar att denna förståelse i framtiden riskerar att försämras.

Bastjänstgöring är ett missvisande begrepp

Begreppen som valts för det som kallas bastjänstgöring, inklusive begreppet baskompetensbevis, är högst olyckliga, eftersom man rimligtvis kan tycka att en baskompetens för en blivande specialistläkare (även inom andra specialiteter än de psykiatriska) bör vara att ha adekvat baskompetens även om psykiatri. Sådant får nuvarande AT-läkare, men BT-läkarna kommer inte att få detta.

Föreningen föreslår därför att begreppen bastjänstgöring och baskompetens ersätts med somatisk bastjänstgöring (SBT) och somatisk baskompetens, för att tydliggöra att psykiatrisk bastjänstgöring och psykiatrisk baskompetens inte kommer att ingå i dessa begrepp. Detta för att undvika att förvilla allmänheten att tro att läkare som genomfört SBT har adekvat psykiatrisk baskompetens.

Rättssäkerheten vid tvångsvård försämrar

Föreningen vill även belysa att läkare med de föreslagna förändringarna kommer att bli legitimerade och därmed ha befogenhet att utfärda vårdintyg för psykiatrisk tvångsvård utan att ha behövt ha någon erfarenhet av specialistpsykiatri. Detta inkluderar bland annat läkare utbildade utanför Sverige med psykiatriplacering som inte ger djupare förståelse för psykisk ohälsa eller tvångsvård på grund av språkbarriärer eller tvångsvårdslagstiftning i dessa länder som skiljer sig från den svenska i väsentliga delar. Även efter legitimation, bastjänstgöring och specialisering kan dessa läkare fortsatt sakna erfarenhet av specialistpsykiatri, men förväntas fortsatt genomföra vårdintygsbedömningar.

När den äldre tvångsvårdslagstiftningen LSPV i början av 1990-talet ersattes med nuvarande lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) betonade man i förarbetena att kravet för vårdintygsförfattande skulle skärpas till just legitimerad läkare, med motiveringen att detta (alltså efter AT med obligatorisk psykiatriplacering) medförde behövligt ökat krav på psykiatrisk kompetens, eftersom man ansåg att den äldre ordningen, där läkare utan sådan kompetens initierar tvångsvård, var rättsosäker. Denna rättsosäkerhet kommer nu alltså att återuppstå.

Saknade övergångsregler försvårar dubbelspecialisering

Föreningen anser vidare att kravet att läkare som har befintliga svenska specialistbevis enligt nuvarande (2015) eller tidigare (2008) målbeskrivning som önskar genomföra en ny specialisering enligt det nya regelverket (2020) skulle behöva komplettera med en bastjänstgöring (eller komplettering av de delar som inte kan tillgodoräknas från tidigare AT) medför orimliga konsekvenser för föreningens målgrupp som är specialister i psykiatri men avser bli specialister i grenspecialiteten rättspsykiatri.

I praktiken skulle dessa då behöva komplettera med åtminstone akutsjukvårdsplacering, vilket inte motsvarar något faktiskt behov för det blivande arbetet som rättspsykiater. Detsamma kan gälla flera andra gren- och tilläggspecialiteter, men konsekvenserna blir mer orimliga för gren- och tilläggspecialiteter där placeringar som krävs för BT är mer avlägsna från de arbetsuppgifter som basspecialiteten (psykiatri) eller grenspecialiteten (rättspsykiatri) vanligen innebär.

Ju längre sedan en sådan specialist i basspecialiteten psykiatri genomfört sin AT, desto större hinder kommer behovet av att komplettera med BT att innebära för dessa specialistläkare, samtidigt som den praktiska nyttan av sådan komplettering i praktiken blir ytterst liten. I praktiken kommer detta att innebära ett hinder mot att läkare genomför grenspecialisering till rättspsykiatri, framför allt ju längre sedan de blivit specialister. Detta står i direkt motsats till föreningens ambition att flera specialister i psykiatri som idag redan arbetar inom rättspsykiatri formellt ska bli specialister även i rättspsykiatri.

Även utlandsrekrytering till grenspecialiteter försvåras

Att det ställs krav på färdiga specialistläkare från tredje land att dessa även måste uppfylla kompetensmålen för bastjänstgöringen medför flera konsekvenser för psykiatri. En konsekvens är att tiden innan dessa läkare blir kliniskt verksamma som specialister överlag kommer att förlängas. Mot bakgrund av den brist på psykiater som vården har är detta olyckligt.

En annan konsekvens är att det kommer att ställas krav på akutsjukvård för att kunna tillgodoräkna till ett specialistbevis i psykiatri från tredje land, vilket ju i och för sig kan vara bra i vissa fall, men inte nödvändigtvis behövt för att kunna fungera som specialistläkare i psykiatri inom många verksamheter. Kravet framstår även skevt om man jämför med att inga krav ställs alls på att en bastjänstgöring innehåller någon adekvat psykiatriplacering för läkare med specialistbevis från andra specialiteter från tredje land (med begränsad kontakt med psykiatri under grundutbildning). Dessa kan komma att arbeta som specialistläkare utan att alls ha haft någon kontakt med specialistpsykiatri, vare sig under grundutbildning, bastjänstgöring eller specialisering. Mot bakgrund av detta framstår kravet att specialister i psykiatri från tredje land måste komplettera med tre månader akutsjukvård högst obalanserat.

En ny bastjänstgöring, som delvis är utformad med just syftet att utgöra en introduktion till svensk sjukvård för läkare utbildade i tredje land, borde innehålla mer inslag av psykiatri än nuvarande allmäntjänstgöring, inte mindre.

Patienterna är ytterst de som drabbas

Föreningen vill betona att den lista över berörda parter av dessa förändringar som finns i avsnitt 4 i konsekvensanalysen saknar den viktigaste parten som påverkas, nämligen patienterna. Patienter med psykisk ohälsa som kommer i kontakt med olika delar av vården kommer generellt, av skälen ovan, att få sämre vård och drabbas av ökad stigmatisering, eftersom den psykiatriska kompetensen och förståelsen hos landets läkare generellt kommer att försämrats. Dessutom kommer tillgången till läkare som väljer att arbeta inom psykiatri med all sannolikhet att minska, eftersom kontakt med specialiteter är den främsta faktorn vid val av specialitet för läkare under utbildning, vilket kommer att drabba patienterna då det blir svårare att få adekvat bedömning och behandling vid psykisk sjukdom.

Det tycks saknas insikt om och hänsyn till stora konsekvenser för psykiatri

Föreningen noterar med förvåning att konsekvensanalysen väsentligen saknar resonemang om konsekvenserna för psykiatri, som är omfattande. Föreningen befarar att den psykiatriska kompetensen som en följd av reformen kommer att försämrats i läkarkåren som helhet, och att möjligheterna till rekrytering av blivande psykiater kommer att försämrats. Föreningen noterar att en enda hänvisning till psykiatri som finns i konsekvensanalysen, är att Socialstyrelsen har kommit fram till att det behövs en endagarskurs om ”psykiatriska sjukdomstillstånd och övrig psykisk ohälsa” för läkare som utbildats utomlands, vilket förstås inte alls är tillräckligt på något sätt, men belyser den oförstående inställning som tycks finnas kring det som föreningen befarar är stora konsekvenser för den psykiatriska kompetensen i större delen av den framtida läkarkåren i landet.

Övriga synpunkter

Avseende kompetensbedömningar av bastjänstgöringen anser föreningen att det är bra att olika moment bedöms för sig, samt att en samlad bedömning också görs i slutet av bastjänstgöringen. Föreningen anser dock att det är otillräckligt klarlagt hur den externa examinationen av bastjänstgöringen ska ske, eller av vem. Det har inte framgått vilken specialistkompetens som man tänker sig krävs för att vara sådan extern examinator. Vilken kompetens examinatorn har kommer med all sannolikhet att prägla bedömningen.

Föreningen anser vidare att det inte är lämpligt att det separata intygandet av att en blivande specialist genomfört behövliga utbildningsaktiviteter tas bort. Att intygen av utbildningsaktiviteterna själva skulle räcka för detta som Socialstyrelsen tänker sig åsidosätter den samlade bedömning av vilka utbildningsaktiviteter som är relevanta för den aktuella specialiteten (specifika kurser i fallet rättspsykiatri, som Socialstyrelsen inte kan förväntas ha full insikt i) och för den aktuella läkaren (särskilda behov i enskilda fall).

Avseende målbeskrivningarna för specialitetstjänstgöringen har Socialstyrelsen valt att främst justera delmål utifrån införandet av BT, genom att i huvuddrag flytta delar av innehållet i a- och b-delmål till nya bt-delmål. Detta kan vid första anblick te sig logiskt, då det handlar om allmänna delmål för samtliga specialiteter, och bastjänstgöringen ska vara allmän för samtliga specialiteter. Problemet är att det medför att dessa delmål därmed förväntas uppfyllas just under inledande BT och inte under resten av ST. Med nuvarande målbeskrivning (SOSFS 2015:8) förväntas ST-läkare kontinuerligt utveckla kompetenser inom t.ex. ledarskap, vetenskaplighet, kommunikativ kompetens och handledning under hela ST, och dessa kompetenser ska utvärderas kontinuerligt av handledare under hela ST. Att bedömningen av dessa kompetenser främst är tänkt att ske under inledande BT förefaller ogenomtänkt, eftersom det faktiskt handlar om kompetenser som kan förväntas utvecklas under hela ST.

För Svenska Rättspsykiatriska Föreningen,
Jonatan Adling
ST-läkare i psykiatri, ledamot i SRPF, ledamot i STP