



Stockholm 26-02-26

Till Svensk Internmedicinsk förening

### **Gemensam Kunskapsbas – invärtesmedicinska specialiteter**

Nedan är synpunkter från Svenska Kardiologföreningens Utbildningsutskottet på Svenska Internmedicinsk föreningens "Gemensam Kunskapsbas – invärtesmedicinska specialiteter".

Vi rekommenderar att rekommendationerna revideras enligt våra förslag nedan. I dokumentet står det att "*Versionen är framtagen av arbetsgruppen för gemensam kunskapsbas inom Svensk Internmedicinsk förening och liksom tidigare **granskad och godkänd av samtliga invärtesmedicinska specialistföreningar.***"

Vi kan inte godkänna dokumentet i dess nuvarande form och innehåll. Om ni väljer att inte genomföra de förändringar vi föreslår, önskar vi att formuleringen ovan ändras till "*Versionen är framtagen av arbetsgruppen för gemensam kunskapsbas inom Svensk Internmedicinsk förening och **synpunkter har inhämtats av samtliga invärtesmedicinska specialistföreningar.***"

Vi står till tjänst med ytterligare förklaringar om följdfrågor skulle uppstå.

För Svenska Kardiologföreningens Utbildningsutskottet

Ioannis Katsoularis  
Facklig sekreterare SVKF  
Ordförande i Utbildningsutskottet SVKF  
Specialistläkare i Kardiologi

## Svenska kardiologföreningens (Utbildningsutskottet) synpunkter

### **Pedagogiska modeller**

*SOLO-taxonomi / Millers pyramid*

När nivåerna inom respektive modell slås ihop förloras en viktig nyansering som ofta behövs i kompetensbaserad utbildning. Spannet från en kombinerad nivå till en annan blir stort, vilket innebär att tolkningarna sannolikt kommer att variera mellan olika handledare, kliniker och regioner, vilket kan leda till variationer i bedömningen av ST-läkare. Modellerna blir inte helt anpassade till hur kliniska färdigheter faktiskt utvecklas i praktiken.

Som ett alternativ till de pedagogiska modeller man hänvisar till kan man överväga att i stället tillämpa EPA-systemet som används bland annat inom svensk grundutbildning till läkare vid alla lärosäten i Sverige, SvKF kompetensbeskrivning för ST-läkare, inom vissa internationella specialistcurricula och på vissa BT säten i Sverige. Det är en mer nyanserad modell som innefattar fler och tydliga kompetensnivåer.

### **Lärandemålsnivå**

Att genomgående använda en högre lärandemålsnivå för akut insjuknande/akutiseringar av kroniska tillstånd, jämfört med de kroniska grundtillstånden och vanliga folksjukdomar uppfattar vi som något missledande om vilken kunskapsbas ST läkaren skall ha. Det kan uppfattas om att man inte premierar en djupare grundläggande förståelse för respektive grundtillstånd. I Socialstyrelsen föreskrift tydligt ingår att man ska kunna "handlägga vanliga" (och inte bara allvarliga/akuta tillstånd), vg se delmål c2 för de inväresmedicinska specialiteter. Exempel är att man har ett lägre lärandemål för diabetes mellitus typ 1 och 2 (S2/3) jämfört med diabetes ketoacidosis (S4/S5), samt lägre lärandemål för kronisk hjärtsvikt (S2/3) jämfört med akut hjärtsvikt (S4/S5).

**Kapitel och förtydliganden man kan överväga att addera** (vid behov se SvKF:s Kompetensbeskrivning 2022)

1. **Handledning:** grundkrav på handledare och vad som ingår i uppdraget
2. **Andelen av den egna basspecialiteten** som rekommenderas kunna ingå i den gemensamma kunskapsbasen. Vi har angivit i vår kompetensbeskrivning för ST inom kardiologi följande: *Utbildningen ska innehålla minst 24 månaders bred allmän internmedicinsk utbildning, inkluderande basal kardiologi (vanligen minst 6 månader), utgörande den gemensamma kunskapsbasen för de internmedicinska basspecialiteterna.* Vi anser däremot att man inte nödvändigtvis behöver använda sig av samma tidsrekommendation för alla medicinska basspecialiteter.
3. **Kurser:** vilka kurser uppmuntras, nationella/internationella möten/kongresser?
4. **Litteratur:** något som specifikt rekommenderas? Böcker/tidskrifter/journaler?
5. **Examination:** rekommenderar man ST läkaren att ta del av SIMs kunskapsprov för den gemensamma kunskapsbasen? Hur föreslår man upplägget? Ta del av testet vid start av

ST samt efter två år när man borde ha uppnått demålen för den gemensamma kunskapsbasen?

## Kardiologi

Några viktiga aspekter saknas:

*Sjukdomstillstånd:*

1. Sinusknutedysfunktion bör läggas till under arytmier på sida 10
2. Hypertensiv kris (med hög förväntad kunskapsnivå)
3. Kardiomyopater och pulmonell hypertension
4. Vanliga klaffsjukdomar som mitralis- och aorta-insufficiens (enbart aortastenosis nämns).
5. ACHD (adult congenital heart disease/medfödda hjärtfel)
6. Aortadissektion kan eventuellt omformuleras till "akuta aortasyndrom"

*Undersökningar/Procedurer:*

1. Esofagus EKG
2. Arbetsprov
3. 24 timmars blodtrycksmätning

## Övriga synpunkter

1. Radiologi har olika grader av rekommendation i de olika specialiteterna: S4/S5 för CT thorax/buk i Lungsjukdomar samt i Onkologi medan S2/S3 för radiologisk bilddiagnostik i Gastroenterologi och Hepatologi. Vi anser gemensamt att det är svårt att tolka och ta ställning till dessa rekommendationsgrader då vi inte har kännedom om vilken kunskap man avser för respektive undersökning (avser man exempelvis att själv kunna sätta diagnos baserat på bilddiagnostiken, förstå vilken undersökning som lämpar sig för en given frågeställning?).
2. S4/S5 anges för pleurit i Lungsjukdomar medan S2/S3 för perikardit. Det senare är ganska vanligt, oftast idiopatiskt och relativt enkelt att handlägga. Man kan överväga att höja akut perikardit till S4/S5.
3. Endast S2/S3 på hypo/hyperkalcemi känns lågt jämfört med andra mål.
4. Kardiogen chock har lägre lärandemålnivå (S2/3) än exempelvis dekompenarerad leversvikt (S4/5). Vi anser att det sannolikt bör vara det motsatta sett till hur vanligt förekommande och allvarligt respektive tillstånd är.
5. "Elkonvertering" kan omformuleras till "elkonvertering/defibrillering" på sida 7.
6. Vi anser att NIV och CPAP kan delas upp så att CPAP anges till en högre "S nivå" än NIV behandling som är mer avancerad. Enligt Millers pyramid anser vi att CPAP bör ha M4.
7. Vi anser att POCUS inte bör ha någon M nivå alls (om man inte ska använda sig av lägre än M3). Vi anser att M3 inte speglar verkligheten särskilt väl då många ST-läkare inom

olika basspecialiteter inte har någon erfarenhet av att undersöka med ultraljud. Det är viktigt att dokumentet uppfattas realistiskt för att det skall användas.

8. Pleuratappning och dräninläggning: bör ej heller ha någon M nivå (om man inte använder sig av lägre nivå än M3). Vi förväntar oss inte att ST-läkaren skall kunna detta i en sån verklig situation eller i simulerad miljö.
9. Ultraljud av njurar är S4/S5. Detta bör utvecklas. Vad ingår? TTE har S2/S3. Vi är av åsikten att nivån är för hög på UL njurar, bör snarare som TTE vara S2/S3.
10. Telemetri bör omformuleras till "Basal arytmitolkning genom telemetri" och ha en högre S nivå (S4/S5).
11. ICD avstängning bör specificeras att man avser avstängning med magnet – ej programmerare.
12. Geriatrik, sida 21: "kloka kliniska val gällande utredning och behandling av äldre patienter": bör ändras från s2/s3 till s4/s5. Högaktuellt och vardagligt.
13. Psykiatri, sida 30: i och med att man som legitimerad läkare förväntas kunna utföra vårdintyg enligt LPT (S4/S5) vid behov så bör "suicidalitet och suicidriskbedömning" också vara S4/S5.
14. Bilden på SOLO taxonomin och Millers pyramid ligger ovanpå källorna (1 och 2) så de senare ej är läsbara.