



Till radiologer och kliniska fysiologer i Sverige

2009-04-28

Socialdepartementet beslutade i december 2005 om en ny specialitetsförteckning. Bakgrunden är en strävan från statsmakterna att minska antalet basspecialiteter. Detta innebar att specialiteterna "medicinsk radiologi" och "barn- och ungdomsradiologi" försvann och ersattes med basspecialiteten "bild- och funktionsmedicin", BFM. Till denna knöts tre grenspecialiteter: neuroradiologi, nuklearmedicin och klinisk fysiologi.

Ur radiologins synvinkel har vi bejakat denna förändring med reservationen att vi givetvis vill ha kvar barn- och ungdomsradiologi som grenspecialitet och dessutom lägga till ett flertal andra grenar inom bild- och funktionsmedicin. Vi har också sedan ett flertal år haft en samarbetsgrupp (framtidsguppen) mellan klinisk fysiologi, radiologi och nuklearmedicin där positiva diskussioner har förts med att ändra specialitetens innehåll.

Vi har all förståelse för att de som inte längre är en basspecialitet upplever detta såsom en försämring. Vi har dock sett stora fördelar med att få ett ökat fysiologiskt innehåll i radiologin. Viktigt är här att betona att *specialiteten medicinsk radiologi* faktiskt har försvunnit och återuppstått i basspecialiteten *bild- och funktionsmedicin*, medan *klinisk fysiologi* är kvar som *grenspecialitet* liksom *grenspecialiteterna nuklearmedicin och neuroradiologi*.

Arbetet med att forma innehållet i BFM startade i april 2006 och en arbetsgrupp med vardera 3 representanter från specialitetsföreningarna för klinisk fysiologi (SFKF), medicinsk radiologi (SFMR), neuroradiologi respektive nuklearmedicin fick i uppdrag att, enligt Socialstyrelsens, SoS, riktlinjer, skapa en målbeskrivning. Vi har i denna arbetsgrupp enats om remissvar till SoS och en målbeskrivning för BFM vilken finns i SOS FS 2008:17.

Vi har, när vi skisserat på innehållet i den nya BFM specialiteten, betonat att morfologi och funktion ska integreras i en större omfattning än tidigare, inte minst p.g.a. den tekniska utvecklingen inom framför allt CT, MR, ultraljud och PET/CT, och har därför från radiologin välkomnat ett ökat samarbete med klinisk fysiologi och nuklearmedicin.

I diskussionerna med de olika grenspecialiteterna har vi försökt att skissera en utbildning för BFM som kombinerar morfologi och funktion. I BFM-arbetsgruppen har vi arbetat fram en utbildningsplan för BFM. Denna utbildningsplan "ägs" av specialitetsföreningarna och är den del av de särskilda rekommendationer som det hänvisas till i målbeskrivningen (SOS FS 2008:17). I sista stund valde SFKF att inte skriva under denna utbildningsplan.

Tyvärr upplever vi från radiologins sida att vi inte nått fram till delar av representanterna för klinisk fysiologi i synen på den nya specialiteten eller hur ST-utbildningen till BFM kan genomföras. Icke minst har vi upplevt att ett flertal skrivelser från Svensk Förening för Klinisk Fysiologi till sina medlemmar, men även till SoS, Socialdepartement, dekaner m.m. inte har gett en bild som överensstämmer med vår bild av den nya specialiteten. Vi vill därför med detta brev beskriva hur vi ser på innehållet och upplägget av BFM, speciellt i relation till grenspecialiteten klinisk fysiologi.

Vårt sätt att se på specialiteten är att BFM är en basspecialitet som det tar 5 år att förvärva. Vi anser att specialiteten som sådan är så bred att det är orimligt att tro att någon ska kunna täcka hela ämnet bild- och funktionsmedicin med alla metoder, alla organ och alla sjukdomar utan ser basspecialiteten såsom en bas och en förutsättning för framtida subspecialisering.

Vi har därför skisserat enligt den modell som SoS rekommenderat, med en gemensam kunskapsbas på 3 år som är lika för bas och grenar och en fördjupningsdel som innebär att BFM utbildningen under fördjupningen kan individualiseras. Utöver de 3 åren gemensam kunskapsbas ska sedan vetenskap och fördjupning ske under 1 år och ytterligare 1 år ska innehålla ytterligare fördjupning i basen ELLER kan helt ägnas utbildning inom någon av grenspecialiteterna (klinisk fysiologi, nuklearmedicin, neuroradiologi).

I den gemensamma kunskapsbasen om 3 år ska 3 månader ägnas åt vardera grenspecialiteterna klinisk fysiologi, neuroradiologi och nuklearmedicin medan övriga 2,5 år ska ägnas åt bild- och funktionsmedicin.

I klartext betyder det att av 156 veckor (3 år gemensam kunskapsbas) kan 26 veckor ägnas åt klinisk fysiologi och nuklearmedicin och av de resterande 130 veckor rekommenderas 72 veckor till att lära sig metoderna ultraljud, CT och magnetkamera medan resterande 58 veckor ägnas åt övrig radiologi.

När målbeskrivningen är uppnådd anser vi då att vi har en bild- och funktionsmedicinare som i sin gemensamma kunskapsbas har en kompetens gemensam för alla med denna basspecialitet som bl.a. innebär kompetens att vara primärjour inom specialiteten.

Grenspecialiteterna tar också 5 år att förvärva men eftersom man kan räkna in de 3 åren gemensam kunskapsbas + ytterligare 1 år av utbildningen i basen krävs rent formellt endast ytterligare 1 års utbildning för att uppnå ÄVEN en grenspecialitet.

Vi vänder oss mot den beskrivning som beskriver att klinisk fysiologi är en specialitet som kräver 5 års BFM och därefter endast 1 års klinisk fysiologi. T.ex. skriver man i en skrivelse till SoS 2008-08-28:

”Att reducera utbildningsinnehållet i klinisk fysiologi från tidigare 5 år till 2 år i den nya specialistutbildningen är att allvarligt underskatta klinisk fysiologs roll för sjukvård, forskning och utbildning. Att man som blivande klinisk fysiolog först måste tillägna sig kunskap i en annan disciplin, radiologi, är resursslöseri och förlänger utbildningen med 3-4 år samt försvårar rekrytering.”

Vidare skriver man till socialdepartementet 2008-12-15:

”Att klinisk fysiologi inte längre är en egen basspecialitet, vilket t ex klinisk neurofysiologi är, utan istället är en gren till radiologi leder på sikt till att klinisk fysiologi som reellt kompetensområde försvinner. Orsaken är dels att en tillräckligt gedigen utbildning av kliniska fysiologer som tar vid och utvecklar ämne och verksamhet inte ryms under en ett-årig grenspecialisering och korta inslag i basen bild- och funktionsmedicin, men också på att rekryteringsvägar till klinisk fysiologi från andra specialiteter än bild och funktion inte är tillåtna.”

Som vi ser det har stora delar av den ovan skisserade utbildningen ett tydligt fysiologiskt funktionellt innehåll. En framtida klinisk fysiolog skulle utan problem med den nya specialitetsindelningen kunna ägna:

- det 6:e året åt klinisk fysiologi,
- det 5:e året åt klinisk fysiologi,
- det 4:e året, som ska bestå av vetenskaplig aktivitet och fördjupning, i stora delar åt ett innehåll som täcker kompetensen som krävs i specialiteten klinisk fysiologi,
- ett ½ år under den gemensamma kunskapsbasen ägnas åt klinisk fysiologi och nuklearmedicin.

I den gemensamma kunskapsbasen anser åtminstone vi som radiologer att de rekommenderade 72 veckorna som innehåller ultraljud, CT och MR innebär att en betydande del av kompetensen är fysiologisk för att kunna behärska dessa tekniker. Detta stämmer överens med definitionen av kompetensområdet klinisk fysiologi där kan man läsa: *”Klinisk fysiologi är en medicinsk specialitet inom vilken man på ett integrativt och vetenskapligt sätt mäter, analyserar, och bedömer fysiologiska och patofysiologiska förlopp i patientens sjukdomsbild. Detta sker med funktions- och bildgivande undersökningsmetoder i diagnostiskt, prognostiskt och behandlande syfte.(SOS FS 2008:17)”*

Vi ser därför att krav om fysiologisk kompetens i den nya bild- och funktionsmedicinska specialiteten är synnerligen väl tillfredsställd inom de 5 åren av basspecialiteten.

Det är viktigt att poängtera att ovanstående självklart gäller även för de andra grenspecialiteterna samt att ordningen på utbildningsmomenten inte är styrd utan genomförs på det sätt man kommer överens om i det individuella utbildningsprogrammet som ska fastställas för varje ST-läkare.

En annan fråga som diskuterats är huruvida vem som har rätten att utse specialister i den nya specialiteten och enligt SoS författning (SOS 2008:17) kan endast handledaren vara en radiolog eller bild- och funktionsmedicinare, men självklart kommer det att finnas bihandledare som kan förvissa sig om att den delen av klinisk fysiologi som ingår i specialiteten också blir väl tillgodosedd vid kompetensbedömningen.

Vi ser därför med stor tillförsikt på att den nya specialiteten kommer att gagnas av den nya innehållsbeskrivningen med en gemensam kunskapsbas på 3 år, möjligheter till fördjupning och vetenskap under 2 år och att detta ska utgöra en excellent bas för att utbilda högkvalitativa såväl bild- och funktionsmedicinare som kliniska fysiologer, nuklearmedicinare och neuroradiologer.

Det är vidare Svensk Förening för Medicinsk Radiologi förhoppning att ytterligare grenspecialiteter inom detta breda kompetensområde ska tillkomma i framtiden, exempelvis pediatrik radiologi, thorax, buk, skelett, akut, bröst, interventioner etc.

Eftersom specialiteten medicinsk radiologi har försvunnit avser vi också att ändra titeln Svensk Förening för Medicinsk Radiologi till Svensk Förening för Bild- och Funktionsmedicin, allt enligt Socialdepartementets anvisningar.

2009-04-28

Katrine Åhlström Riklund, ordf SFMR

Peter Aspelin

Styrelsen för Svensk Förening för Medicinsk Radiologi

För kännedom:

BFM arbetsgruppen