

Effektiv sjukvård kräver mer tid för undervisning och forskning

I Läkartidningen 7/97 besvarar Läkarförbundets centralstyrelse den kritik Anders Milton och Bo Södersten fått efter att i Dagens Nyheter ha menat att Sverige har för många läkare. Centralstyrelsens förbundsordförande Robert Leth står för denna skrivning.

Det är en mycket bra översikt över situationen i Sverige vad avser läkare och sjukvårdsresurser. Detta gäller såväl sjukvårdsbehov, ekonomiska ramar som hur resurserna används. Det noteras bl a att läkararbetstiden ökar liksom produktionen. Arbetsintensiteten är högre. Jag instämmer också helt i Robert Leths synpunkt att läkartätheten är ett mycket dåligt mått på effektiviteten i sjukvården. Vi har i Sverige minskat värdtiden och ökat produktionen mycket kraftigt under det senaste decenniet. Detta har bidragit till att sjukvårdskostnaderna generellt är låga i Sverige jämfört med övriga västländer.

Utbildning och forskning?

Jag efterlyser dock ett ställningstagande från Läkarförbundet vad gäller utbildning och forskning. Med det mycket snabba omhändertagandet av patienter och de korta värdtiderna försämras undervisningen avsevärt för medicine kandidater och även för läkare under utbildning. De korta värdtiderna medför att patienten är antingen på EKG, operation, röntgen eller hemskriven.

Begränsad tid till diskussion vid ronder på vårdavdelning eller vid röntgenronder föreligger.

Som radiolog har jag upplevt att röntgenronderna till stor del förlorat sitt undervisningsvärde, då de nu har splittats upp, och diskussionen vid ronderna hinner ofta ej fördjupas. Jag anser att vi måste införa även begreppet utbildning inom sjukvården och att det också måste få kosta både pengar och tid.

Detsamma gäller forskningen och den är inte koncentrerad enbart till universitets-klinikerna. Mycket betydande och viktig forskning bedrivs även vid primärvårdsenheter och sjukhus på annan nivå än

KORRESPONDENS



ILLUSTRATION: FOLKE NORDLINDER

universitetssjukhusen. Detta är en förutsättning för en effektiv sjukvård i framtiden till lägsta möjliga kostnad. Jag önskar att Läkarförbundet även ville ta in denna aspekt i synen på sjukvården i Sverige.

Anders Hemmingsson
professor, Akademiska
sjukhuset, Uppsala

Replik:

Vi säger av den gren vi sitter på

De förändringar som skett av den kliniska vardagen har inneburit nya förutsättningar för såväl grundutbildning av blivande läkare som den fortsatta vidareutbildningen till specialister och den kliniska forskningen.

Trots detta torde idag kvaliteten på grundutbildningen vara bättre än för fem år sedan. Ny pedagogik såsom problemorienterad inlärning, temadagar med verkliga kliniker och målinriktade handledda praktiska moment förbereder studenterna bättre för läkaryrket.

Särskilt viktigt är att studenterna idag lär sig att ta ansvar för sin egen kompetensutveckling, något som är viktigt

»I längden är detta inte förenligt med en fortsatt hög kvalitet inom hälso- och sjukvården.»

under hela den yrkesverksamma tiden. Ny pedagogik vid examinationer har också haft betydelse. Studenterna lär sig att integrera såväl tidigare kunskaper som aktuella kurskrav för att få godkänd kurs och godkänt skriftligt prov. Dessa förändringar ställer större krav på kompetens, engagemang och tid hos lärare/handledare. Pedagogisk kompetens är en självklarhet hos våra docenter och professorer. Läkare-läraryrket är klart mer krävande idag.

Oroande

Beträffande specialistutbildningen är situationen betydligt mer oroande. Effektivitetskraven leder ofta till att underläkarnas yrkesinnehåll försämras. Gemensamma aktiviteter, t ex röntgenronder och storronder, begränsas. Därtill har vikariatsträsket, med ofta korta förordnanden och täta arbetsplatsbyten, lett till sänkt utbildningskvalitet. Tyvärr är medvetenheten om konsekvenserna på längre sikt för kvaliteten i sjukvården hos ansvariga landstingspolitiker begränsad eller i varje fall underordnad akuta ekonomiska problem. Socialstyrelsens neddragningar av ST-kursverk-

samheten är ytterligare exempel på att utbildningskvaliteten försummas.

Problemen för den kliniska forskningen är uppenbara. När lagen ändrades för ett par år sedan och tydliggjorde sjukvårdshuvudmännens ansvar för den kliniska forskningen valde man att omdefiniera begreppet klinisk forskning. Traditionell kvalitetskontroll inkluderades. Därmed konstaterade man att man uppfyller lagens krav, och resurserna fortsatte att minska i takt med neddragningarna.

Vi säger således av den gren vi sitter på. I längden är detta inte förenligt med en fortsatt hög kvalitet inom hälso- och sjukvården.

Robert Leth
förbundsordförande

Vilseledande marknadsföring om patientnära bakteriologisk diagnostik

Vi genomförde i december 1996 några enkla jämförelser mellan sju olika fabriker av streptokocktest och fem olika fabriker av nitritstickor inför Stockholms läns landstings senaste upphandling av kemikalier och testremsor.

Förutom begränsade spädningar av streptokocker och nitrit jämförde vi utförande, förpackning, handhavande, metodbeskrivningar m m enligt ett förutbestämt protokoll. Denna utvärdering genomfördes endast för att vi skulle kunna välja bort de test som ej nådde upp till våra minimikrav innan anbudspriserna jämfördes, men ej för att i övrigt kunna rangordna testen. Med stöd av dessa bedömningar kunde vi rekommendera två streptokocktest och två nitrittest till vår materialdepå.

Samtliga företag fick en fullständig rapport av våra bedömningar och kände väl till i vilket syfte undersökningen utfördes. Delar av vårt jämförelsematerial har nu av några företag ryckts ur sitt sammanhang, feltolkats och använts som argument i deras marknadsföring.

Övertolkats

Det är framför allt resultaten av våra in vitro-jämförelser