

Kunskapssyn och ST-utbildning – reflexioner om kunskap på bredden och i spetsen

Dagens Nyheter hade den 5 maj i år en artikel om den nyutkomna SBU-rapporten »Ont i ryggen/Ont i nacken». DN-journalisten formulerar den inledande texten på följande sätt: »En patient som har ont i ryggen behöver i regel inte specialistvård. Det räcker med insatser från primärvården.»

Den senare meningen borde rätteligen ha varit formulerad: »Patienter med ryggproblem får bäst hjälp i primärvården.» Det är vad artikeln egentligen säger.

Journalisten, som citerar professor Alf Nachemson, huvudansvarig för rapporten, säger vidare: »... det ligger så mycket psykologi och kultur bakom hur man uppfattar och reagerar på ryggsmärta (...) sjukförsäkringsförmånerna spelar in. Om man får mera pengar är man hemma lättare för ont i ryggen än om man inte får så mycket pengar.» I artikeln sägs att om ryggpatienter utsätts för meningslösa undersökningar och resultatlösa behandlingar så riskerar de att få kroniska och livslånga besvär.

Eftersom så många omständigheter omger och blandas in i de kroniskt rygg-sjukas villkor bör primärvården självklart ha en framträdande roll i behandlingen och bemötandet av patienterna.

»Det räcker med ...»

Formuleringen »det räcker med insatser från primärvården» pekar på den hierarkiska syn på kunskap som är förhärskande både inom det medicinska

etablissemang och bland allmänheten. Först kommer okunskap, sedan lekmanakunskap, därefter primärvårdskunskap följt av olika nivåer av specialistkunskap. Och en rangordning är knuten till värderingar. Det som är längst fram, i spetsen – »spjutspekunskap» – har det allra högsta värdet. Att vara »först i världen» eller att »för första gången visa» är formuleringar som har det högsta genomslaget i de medicinska meningsutbytena.

Att se med nya ögon

Men det finns andra sätt att definiera kunskap och upptäckt på. »*The real voyage of discovery consists not in seeking new lands but in seeing with new eyes*», är ett citat från Marcel Proust. Formuleringen låter förstå att det finns ett viktigt och nödvändigt komplement till det »nya», till det »som är först» och till spjutspekstänkandet. I vissa fall är eftertänksamheten, bredden och omprövningen av högsta värde – högre än det som är nytt och först.

Och så är det ibland att omvärderingar och omtolkningar är mer betydelsefulla än nyupptäckter – vetenskapshistorien kan visa på många exempel på det.

Så »upptäckten» att hjälp för kroniska ryggbesvär inte går att få hos den som har »spetskunskap» utan snarare hos den som besitter »breddkunskap» (egentligen en nog så gammal och erkänd sanning bland kliniker) borde formuleras som »det är bäst med primärvården», och inte i termer av det mer subtilt nedlåtande »det räcker med primärvården».

Allmänmedicin som en del av specialistens ST-utbildning?

Synen på vad som är medicinsk kunskap blir särskilt synlig i beslutssituationer. Attityden kommer till uttryck t ex när man väljer tjänstgöringsplats under sin specialisttjänstgöring. Sällan ingår en period på vårdcentralen i ST-tjänstgöringen för blivande sjukhusspecialister.

Vi anser att alla blivande sjukhusspecialister, men kanske särskilt blivande öronläkare, invärtesmedicinare och psykiatrer, har mycket att lära under ett

»Allmänmedicinen har sitt särskilda arbetsfält i gränsområdet mellan det medicinska och det mänskliga – i den terrängen behöver alla läkare vistas kortare eller längre tid för att den vård som erbjuds skall bli bästa möjliga.»

halvt år på vårdcentral. Under den tiden tvingas man möta och ta ställning till sjukdomar och besvär i en fas av ohälsan som är av största betydelse för en förståelse av det område man avser att fördjupa sig i, och som man sällan möter inne på sjukhuset.

Under en sådan tid får man en hygglig erfarenhet av okomplicerade otiter (ser man överhuvud taget »röda öron» på en öronklinik idag?). Riniter och sinuiter i olika former dyker upp och kommer tillbaka. Man får ta del av nyupptäckten, utredningen och den långsiktiga vården av hypertoni, diabetes och ämnesomsättningsrubbningar. De frekventa mötena med personer med lättare former av ångslan, melankoli och sömnbesvär varvas inte sällan med svåra bedömningar av patienter med personlighetsavvikelser och randpsykotiska tillstånd.

Denna typ av patientmöten måste vara av högsta relevans för en optimal kompetens på specialistklinikerna, som nu också i ökande omfattning remitterar vidare till primärvården.

Vad är viktig kunskap?

Men en rekommendation om allmänmedicinsk tjänstgöring på vårdcentral passar dåligt in i den förhärskande

Författare

KARIN LINDHAGEN

allmänläkare, studierektor, Uppsala; facklig sekreterare i Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)

BENGT MATTESSON

allmänläkare, professor, allmänmedicin, Göteborg; styrelseledamot i Svensk förening för allmänmedicin (SFAM).

kande kunskapskulturen. En av oss diskuterade nyligen med en undervisningsansvarig invärtesmedicinare ett förslag att en blivande invärtesmedicinare skulle arbeta ett halvt år på vårdcentral. Den idén underkändes helt:

»Det är så mycket av kardiologi, gastroenterologi, nefrologi, hematologi, endokrinologi etc (läs spetskunskaper, vår anmärkning) som man skall kunna som invärtesmedicinare, så behovet av allmänmedicin är inte aktuellt.»

Vidare hänvisade denna studierektor till att AT-tiden med obligatorisk allmänmedicinsk tjänstgöring inte låg långt borta. Det allmänmedicinska perspektivet fanns redan. Och så torde de flesta studierektorer resonera, eftersom så få blivande sjukhusspecialister ses som ST-läkare på vårdcentral. Arbetet på en vårdcentral betraktas inte som »matnyttigt» för blivande sjukhusspecialister.

Öroninflammation hos barn

Ett positivt undantag från denna inställning finner man i dokumentet från

den konsensuskonferens som i maj i år hölls i Medicinska forskningsrådets, Socialstyrelsens och Landstingsförbundets regi rörande »Behandling av öroninflammation hos barn» (www.mfr.se).

I ett avslutande utlåtande skriver där experterna under rubriken »Utbildning»: »Auskultation vid öron-näsahalsklinik bör ingå i såväl specialisttjänstgöring som fortbildning av allmänläkare och barnläkare. Det bör vara lika naturligt att öron-näsahalsläkare på motsvarande sätt auskulterar vid vårdcentral eller motsvarande.»

AT- och ST-tjänstgöring och breddkunskap

Men räcker det inte med att alla AT-läkare gör en vårdcentralsplacering på 6 månader? Under tiden får man ju erfarenhet av vårdcentralsarbete? Vi tycker inte att det räcker.

Den erfarenhet man gör som ST-läkare under sin fördjupning mot specialistkompetens i sin disciplin har ett annat värde än den allmänna kliniska kunskap man förvärvar under sin AT-tid.

Under ST-tiden grundläggs beståen-

de värderingar av hur det egna ämnets kunskaper definieras, vad som är normer för specialiteten slås fast, och prioriteringar och vad som står i främsta rummet förmedlas av de äldre kollegerna, särskilt av handledaren, liksom även attityder gentemot angränsande ämnen.

När specialisttjänstgöringens innehåll skall väljas ut är det väsentligt att breddkunskapen tas med och får sin plats. Det krävs en bas eller en generalistkunskap för att specialistkunskaper skall få fäste och förankring.

Utopi utan rottrådar

Genomförs specialistinsatserna i en löst hängande, medicinskt avgränsad och kanske teknologiskt avancerad omgivning, utan rottrådar till den vardagsmiljö som patienten skall återgå till, finns risken att de gjorda arbetsinsatserna blir ett utopiskt arrangemang.

Allmänmedicinen har sitt särskilda arbetsfält i gränsområdet mellan det medicinska och det mänskliga – i den terrängen behöver alla läkare vistas kortare eller längre tid för att den vård som erbjuds skall bli bästa möjliga. •

Högskoleutbildning i medicinsk bildvetenskap

Nytt utbildningsprogram ersätter tidigare radiolog- och fysiologlinjer

En ny utbildning i medicinsk bildvetenskap är ett försök att möta den förändrade kunskap som idag finns inom områdena diagnostisk radiologi och klinisk fysiologi. Här redovisas erfarenheter från en 120-poängsutbildning vid Hälsohögskolan i Jönköping.

Författare

GUNILLA BJÖRKMAN
prefekt

LARS CERNERUD
leg läkare, docent, rektor

REINE ROSANDER
fil dr, studierektor; samtliga vid Hälsohögskolan i Jönköping.

Den naturvetenskapliga och tekniska utvecklingen i kombination med den snabba datorutvecklingen ger tillgång till nya möjligheter att studera människokroppens morfologi och funktion. Detta förändrar i många fall på ett radikalt sätt både diagnosarbetet och den efterföljande terapin.

En lång rad nya tekniker, där den »medicinska bilden» hamnar i centrum, har vuxit fram och detta leder på sikt till krav på strukturella förändringar i vårdens organisation. Såväl subspecialisering som utökad samverkan mellan olika specialiteter aktualiseras.

Mot bakgrund av några artiklar i Läkartidningen vill vi lyfta fram vår utbildningssatsning inom medicinsk bildvetenskap som görs vid Hälsohögskolan i Jönköping (HHJ).

HHJ är en av landets större högskolor för vårdutbildning med cirka 2 000 studenter i sju utbildningsprogram och fristående kurser. Av de cirka 100 lärar-

na har 34 disputerat, varav 10 är docenter eller professorer. Programmet för medicinsk bildvetenskap bedrivs vid institutionen för naturvetenskap och biomedicin.

Samverkan önskvärd

Inom Svensk förening för klinisk fysiologi publicerade Framtidsgruppen i april 1999 en rapport [1] angående önskvärd samverkan mellan specialiteterna klinisk fysiologi och diagnostisk radiologi. Man rekommenderade gemensam utbildning för ST-läkare, och att utbildningarna till röntgensjuksköterska och biomedicinsk analytiker med kliniskt fysiologisk inriktning skulle slås samman.

En av medlemmarna i Framtidsgruppen, professor Peter Aspelin, skriver i Läkartidningen om radiologin inför 2000-talet och hur bildens betydelse inom diagnostik och terapi kommer att öka. Aspelin påpekar det negativa i re-