

Svensk läkarutbildning bra – men kan bli bättre

I föregående artikel kan vi läsa om hur man byggt upp en mycket bra specialistutbildning på ett universitetssjukhus i USA. Artikelförfattaren menar att svensk specialistutbildning har mycket att lära av den amerikanska. »Därom är vi eniga, men jag kan inte hålla med om att den svenska utbildningen är av så låg klass som framhävs«, skriver Eva Nilsson Bågenholm och ger sin syn på svensk läkarutbildning.

EVA NILSSON BÅGENHOLM
ST-läkare, internmedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg, andre vice ordförande i Sveriges läkarförbund, Stockholm

II Regeringen lade i slutet av 1950-talet en proposition om inrättande av en medicinsk högskola i Umeå. Det gav upphov till heta diskussioner och mycken kritik. Skeptikerna hävdade att förslaget inte tillgodosåg de kvalitativa krav man hade rätt att ställa på en medicinsk högskola. Landshövdingen i ett Norrlandslän skrev »våra kulturvägar går mot söder, ty norr om kallortsgränsen kan ingen akademiker trivas«. Läkarförbundets dåvarande VD sa att det skulle bli en »epa-högskola«. Trots protester inrättades som bekant högskolan.

Mycket har hänt sedan dess, antalet läkarstudenter har ökat väsentligt, och krav finns på att utöka utbildningen ytterligare. Ingen ifrågasätter väl heller längre Umeå universitet även om påståendet om att akademiker inte trivs norr om kallortsgränsen tycks ha ett visst berättigande. Det råder fortfarande stora svårigheter att besätta tjänster i Norrland. Bristen på läkare i hela landet är ett speciellt kapitel, eftersom utbildningen sakta men säkert ökat för varje decennium. 1950 fanns i Sverige knappt 5 000 läkare, idag finns närmare 30 000, och ändå har vi brist. Vad beror det på?

Den medicinska utvecklingen går i ett rasande tempo, ökade behandlingsmöjligheter för fler diagnoser och fler patientgrupper gör att fler läkare behövs. Men det räcker inte enbart med ett namn i schemat, det krävs hög kvalitet på utbildningen, och alla läkare måste värna sin kompetensutveckling. Det räcker inte med enbart grundutbildning och specialistutbildning, därefter följer fortbildning under hela det yrkesverksamma livet, vilket bör ses som ett kontinuum, ett livslångt och kontinuerligt lärande.

En gång utbildad, alltid utbildad, stämmer inte längre.

Strukturerad utbildning

Först på 1970-talet blev läkares vidareutbildning strukturerad, tidigare var den till innehållet relativt fri. Nu infördes obligatorisk allmäntjänstgöring, AT- och specialistutbildning under blockförordnanden, FV. Innehållet i utbildningarna reglerades, då endast avseende tidsrymden på de olika kliniska placeringar som skulle göras. Kvaliteten talades det mindre om. För FV krävdes dessutom deltagande i sex s k NLV-kurser. 1992 infördes ST-utbildningen, som är reglerad till tid men dessutom målstyrd, vilket innebär att innehållet i utbildningen ska svara mot de mål som Socialstyrelsen fastställt. Utbildningen ska, förutom det rent medicinska innehållet, ge ST-läkaren kunskaper i etik, sjukvårdspolitik, undervisning, administration, forskning och utveckling m m. Utbildningen ska ske under handledning, och kvaliteten ska garanteras av handledare och verksamhetschef.

Det finns inga specificerade krav på mängden teori som måste ingå i utbildningen, men det förutsätts att alla ST-läkare deltar i kursmässig utbildning. Behörighetsförordningen föreskriver att deltagande i kompletterande utbildning ska ingå, t ex deltagande i SK-kurser, men även andra kurser kan ge läkaren den kunskap som erfordras. Vilka kurser ST-läkaren ska gå bestäms utifrån individuella och lokala förhållanden, i samråd mellan handledaren och ST-läkaren.

Kontinuerlig kompetensutveckling

För specialister finns däremot ingen strukturerad utvecklingsplan, när specialistkompetens är uppnådd är de fortsatta förutsättningarna osäkra. Kvantitet och kvalitet kan variera högst avsevärt. Kontinuerlig kompetensutveckling är absolut nödvändig för att utvecklas som läkare, det gäller att ständigt förnya och utveckla sina kunskaper. Enbart externa kurser och

konferenser räcker inte, också auskultation, medverkan i kvalitetsutveckling och egna litteraturstudier är viktiga inslag. Det är inte heller tillräckligt att utveckla enbart de medicinska kunskaperna; etik, ledarskap, samtalsmetodik är viktiga delar i kompetensen.

De flesta läkare tar stort ansvar för den egna kompetensutvecklingen, men många saknar chefernas engagemang. Här krävs förbättring. För att utveckla en verksamhet måste kompetensen hos medarbetarna svara mot verksamhetens behov, men tyvärr saknar alltför många läkare årliga utvecklingssamtal med sin chef. Fortbildningen måste vara individuellt utformad och svara mot behovet både hos läkaren och hos arbetsgivaren. Ett annat problem är de ekonomiska förutsättningarna för läkares fortbildning, som idag till stor del kommer från läkemedelsföretag. I kunskapsintensiva företag som sjukvård borde det vara självklart att arbetsgivaren betalar kompetensutvecklingen, så att opartiskhet kan garanteras.

Hur ser skillnaderna ut mellan de olika stegen i en läkares professionella utveckling? Kan man hämta goda idéer från de olika delarna till andra delar som inte fungerar bra? Kan vi hämta idéer från andra länder? Kritiska röster hörs ofta från studenterna om grundutbildningen. Det akademiska inslaget är för litet, det handlar mest om korvstoppling utan behov av kritiskt tänkande. På de flesta utbildningsorter händer en hel del, men mycket återstår att göra. Inslag av vetenskapligt arbete finns nu på alla studieorter, och olika former av problembaserad inläring breder ut sig, vilket är bra.

För AT-läkarna ska det handla om en väl avvägd blandning av kliniskt arbete och teoretisk och praktisk utbildning. Här skiljer det sig åt mellan olika sjukhus, för några överväger klart det kliniska vardagsarbetet, men för andra finns en bra balans. På alltför många orter använder man sig nu av s k sit-ins, där handledaren bedömer AT-läkarens kliniska färdigheter i stället för praktiska prov i slutet av tjänstgöringen. Möjligheten till återkoppling ökar avsevärt, och AT-läkaren kan successivt öka sina kunskaper.

ST-utbildningen har brister

För ST-läkare överväger den kliniska tjänstgöringen, vilket är en naturlig utveckling. Men tyvärr upplever allt för

många att det är svårt att få ledigt för SK-kurser och andra utbildningsmoment. Under senare år är ett vanligt klagomål att ST-läkarna inte kommer in på önskade SK-kurser och ofta alldeles för sent i utbildningen. För de ST-läkare som har individuell utbildningsplan och en engagerad handledare blir utbildningen oftast bra ändå. Men många har fortfarande handledare enbart på papperet, vilket är oacceptabelt. Detta är något som chefer, handledare, studierektorer och utbildningsansvariga måste förbättra. Det finns också alternativ till de nationella SK-kurserna som blir allt vanligare, dels anordnas kurser regionalt, dels erbjuder privata företag utbildningar av hög kvalitet.

På flera sjukhus har ST-läkare avsatt tid för administrativt arbete eller individuella studier. För ST-läkare på universitetssorter inrättas allt fler sk forskar-ST-tjänster, som gör att läkaren under sin specialisttjänstgöring kan antingen fortsätta med redan tidigare påbörjad forskning eller påbörja klinisk forskning som leder fram till en avhandling.

Från företrädare för specialitetsföreningarna hörs röster för att införa obligatorisk specialistexamen som ett sätt att förbättra utbildningen och som ett bevis på att läkaren uppfyller målen för specialistkompetens. Men då börjar man i fel ände! Innan den enskilde läkaren testas med ett prov måste man försäkra sig om att utbildningen erbjuder det innehåll som krävs. Handledare och verksamhetschef har ansvar för att ST-utbildningen håller hög kvalitet och ska givetvis också ha så nära kontakt med ST-läkaren att de kan intyga om målen är uppfyllda. Om kvaliteten på utbildningen är bra blir de allra flesta ST-läkare duktiga specialister, och då finns inget behov av specialistexamen. Om verksamhetschef och handledare tvivlar på att ST-läkaren håller måttet ska de naturligtvis inte skriva under ansökan, men det ligger då i deras ansvar att se till att ST-läkaren kan komplettera utbildningen med de delar som saknas.

Handledare och studierektor är viktiga

För att specialistutbildningen ska kunna hålla hög kvalitet krävs att verksamhetschef, studierektor, handledare och övriga kolleger på kliniken tar sin del av ansvaret. Det fåtal av verksamhetscheferna som inte är läkare måste uppdraga åt läkare med gällande specialistkompetens att bedöma om ST-läkaren tillägnar sig de kunskaper och färdigheter som krävs. Studierektorn är en mycket viktig person som har ett helhetsansvar för utbildningsaktiviteterna på kliniken. Via Läkarförbundet anordnas regelbundna nationella möten där erfarenheter kan utbytas.

Handledaren ska stödja ST-läkaren i

dennes kompetensutveckling men också kontrollera att han/hon faktiskt tillägnar sig de kunskaper och färdigheter som anges i målbeskrivningen. Handledningen är en oerhört viktig funktion, och ST-läkaren och handledaren måste ha en förtroendefull relation. Det är angeläget att handledaren utses så fort som möjligt och att denne tillsammans med ST-läkaren utformar det individuella tjänstgörings- och utbildningsprogrammet. Även övriga kolleger på kliniken utgör en viktig resurs, handledare och studierektor kan inte alltid finnas till hands.

Hög kvalitet på sjukvården

Vi ska erbjuda alla patienter högkvalitativ och säker sjukvård, därför är det varje läkares moraliska och lagliga skyldighet att delta i kompetensutveckling. I bland hörs röster om att allmänheten vill veta vilka kurser läkaren har genomgått och om han eller hon har tilldelats varning från HSAN. Det kan tyckas vara enkla sätt att mäta en läkares kompetens, men tyvärr säger det långt ifrån hela sanningen. Man kan inte på detta vis urskilja olämpliga läkare. Att genomgå ett antal kurser innebär ingen garanti för hög kvalitet, men å andra sidan blir det ingen hög kvalitet utan fortbildning. Att som tidningen Expressen namnge läkare som varnats, i syfte att förbättra sjukvården, är snarast kontraproduktivt då många kanske tvekar att anmäla händelser av rädsla att själv få en »prick«.

Att all utbildning ska hålla hög kvalitet har alltid poängterats av kåren och dess företrädare. Men hur vet vi att den höga kvaliteten förs över till läkaren? Kan man mäta och garantera hög kvalitet i en individs yrkesutövning? Det är naturligtvis inte lätt. Några förespråkar specialistexamen och recertifiering av specialister för att mäta kompetensen, men vad och hur ska man mäta? Skriftliga test identifierar inte all kunskap och kan definitivt inte urskilja olämpliga läkare, och inte heller praktiska prov fångar helheten. Specialistbevis utfärdas utan tidsgräns, och det finns inga bevis för att en förändring skulle vara till det bättre. Att läkare deltar i fortbildning är ingen kvalitetskontroll men däremot en förutsättning för kvalitetsförbättring.

Institut för professionell utveckling

För att främja läkares professionella utveckling har Läkarförbundet, Läkarsällskapet och Landstingsförbundet startat Institutet för läkares professionella utveckling, IPULS. Genom IPULS kommer det att bli möjligt att på ett mer systematiskt sätt tillvarata den kunskap som redan finns i läkarorganisationerna och förbättra förutsättningarna för läkares kompetensutveckling. IPULS kom-

mer att fungera som en hjälp för både verksamhetschefer och läkare att välja rätt kurs eller utbildning. Institutet kan bli ett värdefullt redskap för att förbättra läkares möjligheter till en högkvalitativ kompetensutveckling, som inte på något vis liknar epa-utbildning!

Svensk ST-utbildning kan bli bättre

Vid en snabb jämförelse med USA kan det tyckas tvivelaktigt, men gräset är inte alltid grönnare på andra sidan, inte ens »over there«. Vi har i Sverige en väl strukturerad plan för hur utbildningen ska se ut, men naturligtvis räcker inte det. Mycket kvarstår att göra, och mycket bygger på de olika klinikernas »utbildningsklimat«. Även i Sverige sprids snabbt rykten om hur utbildningen fungerar på olika sjukhus. De sjukhus som inte fått några AT-ansökningar skyndar sig att förbättra utbildningen för att kunna locka till sig läkare igen. I Sverige har vi SPUR-inspektioner, där erfarna kolleger åker runt till olika utbildningskliniker för att inspektera förutsättningarna för att bedriva ST-utbildning. Vi är många som kan intyga att utbildningsaktiviteterna ökar både inför och efter en sådan inspektion! Läkarförbundets centralstyrelse har nyligen beslutat att finansiera ett projekt som ska pröva liknande inspektioner av AT.

I flera år har lokala Sylf över hela landet utsett årets handledare, och sedan ett år sker en nationell uttagning, och bäste handledare utses för hela landet! Detta är inspirerande för de kolleger som trots alla andra åtaganden satsar hårt på att hjälpa unga kolleger att bli duktiga läkare.

Svensk specialistutbildning omfattar minst fem år, beroende på EG-direktiv. Inte många anser att utbildningen kan kortas, snarare tycker allt fler att den bör utökas. Vid jämförelse med t ex Storbritannien, Frankrike och USA, där underläkare ofta arbetar 60–70 timmar per vecka, tror jag inte att många skulle vilja komprimera utbildningen. Arbetstiderna är ett ofta diskuterat ämne, och många vill arbeta mindre under denna tid då de ofta har ansvar för små barn. Även vid jämförelse av utbildningskvaliteten med den i övriga europeiska länder står sig Sverige relativt väl, inte många andra länder har lika väl uppbyggd utbildningsstruktur.

Min slutsats blir att svensk specialistutbildning är bra men kan bli ännu mycket bättre. Ingen annan än vi själva i kåren kan förbättra utbildningen. Det är ett ansvar som vilar på oss själva. Men om vi verkligen tar det ansvaret och också försöker lära oss från andra länder kommer resultatet att bli mycket bra!

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna. •