

Höj kraven – avsluta ST-utbildningen med teoretisk specialistexamen!

Låt oss uppvärdera betydelsen av goda teoretiska kunskaper och höja kraven. Vad sägs om att skapa ett utbildningsklimat som gör att den teoretiska slutexamen blir en naturlig avslutning på en ST-utbildning som präglats av ett kontinuerligt inhämtande av teoretiska kunskaper i den kliniska vardagen? Det frågar Daniel Nowinski i polemik mot ledaren i Läkartidningen 41/2002.

DANIEL NOWINSKI
ST-läkare, Akademiska sjukhuset, Uppsala
daniel.nowinski@plastik.uas.lul.se

II I ledaren »Hur mäta ST-kvalitet ..?» (Läkartidningen 41/2002) presenterar Ulrika Nilsson sin och Läkarförbundets syn på hur ST-läkarnas kunskapsnivå inför ansökan om specialistkompetens bör utvärderas. Hittills har det varit verksamhetschefens uppgift att värdera när ST-läkaren är kvalificerad för att bli specialist. I ett system där en person tar beslutet finns uppenbar risk för godtycke och brist på standardisering. Just nu ses ST-utbildningen över i en utredning och ett förslag väntas i höst.

»Det processinriktade alternativet«

I ledarartikeln varnar Ulrika Nilsson för vad hon och Läkarförbundet uppfattar som risker med obligatorisk specialistexamen. Specialistexamen beskrivs med det negativt laddade begreppet »slutkontroll«, och ställs mot vad man från Läkarförbundet kallar för »det processinriktade alternativet«. Här ska tre personer granska ST-läkarens genomförda utbildningsplan, skriftligt dokumenterade utbildningar och intyg. Återigen ska tjänstgöringsmånader bockas av och pappersdokument skickas in, i stället för att ST-läkaren får sina verkliga kunskaper prövade.

Goda teoretiska kunskaper som grund

Med specialistexamen finns enligt Ulrika Nilsson en risk för att ansvaret för inhämtandet av kunskaper läggs på ST-läkaren, och teoretisk kunskap beskrivs som ett komplement till erfarenhet. Är det inte så att just inhämtandet av kunskap borde vara stommen i alla akademikers arbetssätt, både utbildning och fortbildning, och att goda teoretiska kunskaper är en förutsättning för kliniskt praktiskt arbete och för tillgodogörandet av erfarenheter? Det blir nästan komiskt när tentamenstress tas upp som ett pro-

blem i en text om utbildningen av läkare.

SK-kurs utan avslutande prov

Jag var själv nyligen på en SK-kurs med den enda bristen att den, liksom de flesta liknande kurser för ST-läkare, inte hade ett avslutande prov. Kursledningen ville väl inte göra det besvärligt för deltagarna, men enligt min åsikt gjorde man oss en björntjänst. Jag är övertygad om att jag och de andra deltagarna lärt oss ännu mer om kursen avslutats med tentamen.

Kunskaperna mäts i vardagen

Naturligtvis är inte en teoretisk examen tillräcklig för att utvärdera en läkares kunskaper. Som Ulrika Nilsson påpekar måste kunskaperna mätas även i vardagen där handledare som jobbar nära sina adepter tar ett ansvar för undervisning och kontinuerlig utvärdering. Även här menar jag att kunskapskontroll är ett viktigt verktyg, med det muntliga förhöret som centralt moment i »bedside-undervisningen«.

När jag gick en klinisk kurs i USA träffade jag studenter, AT- och ST-läkare med en utomordentligt positiv attityd till lärandet. Här ville många bli utfrågade för att deras kunskapsluckor skulle blottas. Läkare som inte höll förhör blev »svartlistade«, då de ansågs som oengagerade och ineffektiva i sitt sätt att undervisa.

Flera fördelar

Teoretisk examen kan bara utvärdera teoretiska kunskaper, men i motsats till Ulrika Nilsson anser jag att det teoretiska materialet som en nybliven specialist ska kunna är relativt lättdefinierat. Med en obligatorisk tenta får man ett mått på de teoretiska kunskaperna och resultaten kan jämföras. ST-läkaren blir sporrad i sina studier med ett konkret mål att sträva mot. Den teoretiska kunskapsnivån på en klinik tydliggörs, vilket ger arbetsgivaren incitament att utforma bra ut-

bildningsprogram och verka för bra handledning.

Med specialistexamen blir det lättare för svenska ST-läkare att klara av europeiska eller amerikanska motsvarande prov. Vidare skulle skriftliga nationella examina kunna hållas årligen, med syftet att följa den enskilda läkarens framsteg, identifiera svagheter och hjälpa till i förberedelsen inför slutexamen. Jag vet inte vad det finns för stöd för argumentet att examen skulle fungera som slutkontroll och hämma framtida självutvärdering. Själv tror jag att solida kunskaper stimulerar till ytterligare fördjupning och strävan efter excellens.

Låt oss uppvärdera betydelsen av goda teoretiska kunskaper och höja kraven. Vad sägs om att skapa ett utbildningsklimat som gör att den teoretiska slutexamen blir en naturlig avslutning på en ST-utbildning som präglats av ett kontinuerligt inhämtande av teoretiska kunskaper i den kliniska vardagen? •

När jag gick en klinisk kurs i USA träffade jag studenter, AT- och ST-läkare med en utomordentligt positiv attityd till lärandet. Läkare som inte höll förhör blev »svartlistade«, då de ansågs som oengagerade och ineffektiva i sitt sätt att undervisa.

Replik

Ulrika Nilsson svarar på nästa sida.

Replik:

Risk att tentamen försämrar STs kvalitet

Vi är överens om behovet av att uppvärdera betydelsen av goda teoretiska kunskaper och höja kraven på vår kunskap och vår ST-utbildning. Men vi är oeniga om val av metod, skriver Sylfs ordförande Ulrika Nilsson i sitt svar till Daniel Nowinski.

ULRIKA NILSSON
ledamot av Läkarförbundets centralstyrelse; ordförande för Sveriges yngre läkares förening (SYLF)
un@syf.se

■ Jag håller fullt ut med Daniel Nowinski om behovet av att uppvärdera betydelsen av goda teoretiska kunskaper och höja kraven på vår kunskap och vår ST-utbildning. Inte för att dagens läkare inte håller måttet utan för att vi kan bli ännu bättre och för att det ska bli mer stimulerande att arbeta. Men Daniel Nowinski och jag är oeniga om val av metod.

Målstyrd individanpassad ST bäst

Jag är övertygad att en målstyrd, individanpassad ST, där teori och praktik integreras och där ST-läkaren bereds möj-

lighet att åka på relevanta kurser och göra relevanta sidoutbildningar, är det mest effektiva sättet att uppnå målet – en kompetent framtida specialist. På motsvarande sätt är jag övertygad om att en obligatorisk specialistexamen skulle flytta fokus från det viktigaste – hur individen klarar av att ge god, högkvalitativ vård till sina patienter – till resultatet av en tentamen.

Handledare och chef bedömer bättre

En tentamen kan ge en pusselbit men aldrig bedöma helheten. Helheten bedöms bäst av handledare och verksamhetschef som arbetar nära ST-läkaren och därför kan utvärdera dennes insatser. Jag menar alltså att handledare och chef bättre kan värdera individens insatser än en examen, och att en sådan ut-

värdering, rätt gjord, ställer större krav på individen.

Ansvar

När så fokus flyttas från utbildningsprocessen till hur ett gott tentamensresultat uppnås medför detta risk för att STs kvalitet reellt försämras. Det finns helt klart en risk att chefen blir mindre benägen att se till sitt ansvar: »Om ST-läkaren klarar tentan måste väl klinikens utbildning hålla måttet.« Det är naturligtvis ST-läkaren som har ansvaret för att inhämta sina kunskaper, men chefen har ansvaret för att organisera verksamheten så inhämtandet möjliggörs. Ansvaret för ST-läkarens utbildning är och ska vara delat mellan ST-läkaren, dennes handledare och dennes chef.

Daniel Nowinski tar också specifikt upp kraven i samband med SK-kurser. Resonemanget kan vidgas till alla typer av utbildningsmoment. Jag håller helt med om att kurser med fördel avslutas med en examination. De bästa och mest lärorika kurserna ställer krav på deltagarna både före, under och efter kursen. •

Alla behövs i äldrevården!

Läkare med specialistutbildning i geriatrik behövs för att entusiasmera och utbilda kolleger inom andra specialiteter och vårdpersonal inom både landsting och kommun. De behövs för att utvärdera vård- och rehabiliteringsresultat för äldre. De behövs för att vara de äldres »ombudsman«, framhåller Kerstin Hulter-Åsberg.

KERSTIN HULTER ÅSBERG
docent, specialist i internmedicin och geriatrik; verksamhetschef, Medicinskt centrum, Enköping
kerstin.hulter-asberg@mc.le.lul.se

■ Två nyhetsartiklar i Läkartidningen 36/2002 (sidorna 3468-9), »Multisjuka äldre-äldre sätter medicinkliniker under hårt tryck« och »Framtidens vård av akut sjuka äldre kräver en ny organisation«, har föranlett ett par inlägg av kolleger från geriatriken (40/2002, sidan 3976).

Den studie som ligger till grund för artiklarna och som ingår i Socialstyrelsens uppföljning av äldrevården i Sverige är under tryckning. Desto mer glädjande att ämnet redan har engagerat fle-

ra kolleger att delta i denna för framtiden så viktiga diskussion. Men ämnet berör många fler.

Vad säger allmänläkarna, som enligt Nationella handlingsplanen förväntas klara de flesta vårdbehov hos hemmapoende äldre eller äldre i särskilt boende? Vad säger kirurgortopederna, som kan operera allt äldre och allt sjukare? Vad säger kardiologerna, som rekommenderar allt fler läkemedel även i hög ålder? Osv.

Hur organiserar vi sjukvården?

Sverige står inför den mycket stora uppgiften att organisera sjukvården så att den räcker till i en befolkning som består dels av många mycket gamla, varav

många med många sjukdomar, dels av relativt få unga människor som inte självklart vill ägna sig åt vård och omsorg. Denna mycket stora uppgift lämpar sig inte för revirstrid. Ingen enskild specialitet kan träda fram och säga: »Ge oss resurserna, så ordnar vi saken!« Det handlar inte längre om »antingen-eller« utan om »både-och«.

Många klarar sig bra, länge

De flesta gamla är friska och klarar sig utmärkt själva tills det händer något: ett slaganfall, en hjärtinfarkt, ett benbrott. Då behövs ett akut omhändertagande som inte skiljer sig från yngre patienters behov. Tvärtom, de äldre har mycket att vinna på att få snabb och adekvat akutvård via samma kanaler som de yngre. Här behövs inga parallella organisationer.

Andra drabbas redan i yngre år av kroniska sjukdomar – till exempel diabetes, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), kärlsjukdomar, neurologiska sjukdomar – som kräver behandling och uppföljning