Redaktör: Jan Lind, tel: 08-790 34 84, fax: 08-14 57 04, jan.lind@lakartidningen.se

Orimliga frågor i årets skriftliga AT-tentamen

Vad är målsättningen med en skriftlig At-tentamen? Om det är ett redskap för att försäkra sig om att de som legitimeras innehar nödvändiga kunskaper för sin framtida yrkesutövning inom ramen för den nivå de befinner sig på torde det innbära att man ska klara av rutinfall självständigt, ha förmåga att resonera kring ovanliga fall och att med handledning även handlägga sådana.

Exempel på frågor

Vad krävdes av oss AT läkare på årets tentamen? Inom kirurgdelen skulle vi handlägga en gallstenspankreatit, göra en sfinkterotomi och därefter minnas att om man gjort ett sådant ingrepp skall man inte ta bort gallblåsan i efterförloppet. Vem av oss hamnar någonsin i denna situation? Till vilken nytta ställer man en fråga för att luras? Vilken typ av läkare skapar man? Självständiga? Livsfarliga?

Medicindelen utgjordes av en patient med autoimmun hepatit. Hur många sådana fall passerar en medicinklinik? Är det relevant att kunna ställa den diagnosen och dessutom utan kontakt med bakjour handlägga en sådan patient?

Inom samma område efterfrågades leverns histologi. Akademiskt intressant möjligen men på vilket sätt höjer det min kompetensnivå som underläkare? Att kunna rita upp gallkanalikuli och disses spatium ur minnet, om man inte har ett särskilt histologiskt intresse, är inte det mer patologiskt än motsatsen

Schizofrenins neurobiologiska grund

Psykdelen utgjordes av en schizofren patient. Här efterfrågades status och anamnes. Vad man egentligen ville ha svar på var laboratorieprov. Vilket av begreppen status och anamnes innefattar labprov? Man måste rimligen kunna begära att frågeställarna vet vad de efterfrågar! Att därefter kräva en beskrivning av schizofrenins orsaker ur ett neurobiologiskt perspektiv var skrattretande. Mycket få om ens någon av mina eller mina kollegers överläkare inom psykiatrin kan besvara denna fråga.

Vilken sorts läkare?

Efter att ha genomgått läkarutbildningen, vikarierat ett år och fullgjort större delen av AT ställs man i en situation där man respektlöst utsätts för orimliga krav med inadekvata frågor, blir lurad, får svar på frågor som inte ställts och uppmuntras att ta egenmäktiga beslut på fel nivå. Är det sådana läkare ni vill legitimera?

Cecilia Madsen
AT-läkare, Karolinska sjukhuset, Stockholm
cecilia.madsen@ks.se

Studie om ångest kan öka kunskaperna och förbättra vården

År 2001 genomfördes en epidemiologisk studie i syfte att studera förekomsten av generaliserad ångest hos primärvårdspatienter i Norden. I anslutning till Christer Allgulanders och Bo Nilssons atikel i Läkartidningen 10/2003 (sidorna 832-8) frågar Per Nettelbladt i en Medicinsk kommentar (sidorna 824-6) hur man »skall förhålla sig till läkemedelsfinansierad forskning när tolkningen av resultaten är sådan att studien kan användas som argument för ökad försäljning av SSRI-/SNRI-preparat i primärvården«.

Han väcker även frågan om bindningen till ett läkemedelsföretag kan vara ett forskningsetiskt problem. Per Nettelbladt lämnar frågan öppen för allmän diskussion. Med tanke på ovanstående frågeställningar kan det vara motiverat att än en gång klargöra förutsättningarna för studiens genomförande.

Wyeth påverkade inte studiedesignen

Studiedesignen följde ett protokoll framtaget av Hans-Ulrich Wittchen, psykolog och epidemiolog i Munchen. De vetenskapligt ansvariga för studien i Norden finns omnämnda i den ovan refererade artikeln i LT 10/2003 (sidorna 832-8).

Där framgår även att Wyeth Lederle Nordiska AB endast ansvarat för logistiken och inte haft möjlighet att påverka studiedesign, analys eller resultatbearbetning. Enligt gällande regler är den svenska studien prövad och godkänd av Karolinska institutets regionala forskningsetikkommitté. Vidare frågar Per Nettelbladt om det klart framgått i patientinformationen att studien finansierats av Wyeth. I samband med studiens genomförande har deltagande patienter mottagit information där det tydligt framgår att undersökningen är bekostad av läkemedelsföretaget Wyeth Lederle Nordiska AB. Patientinformationen har granskats och godkänts av Karolinska institutets regionala forskningsetikkommitté.

Avsikten med studien är att studera förekomsten av generaliserad ångest bland primärvårdspatienter i Norden. Ett resultat av studien är även ökad kunskap om ångest/depression, vilket möjliggör att fler patienter kan få rätt diagnos och erhålla hjälp.

Läkarnas förskrivning av läkemedel kan därmed påverkas i ett längre perspektiv, men förhoppningsvis på ett sådant sätt att rätt läkemedelsbehandling reserveras för patienter med korrekt diagnos.

Kristina Timdahl
Medical Manager, Wyeth Lederle Nordiska AB, Stockholm

Ge bättre besked om AT-läkarens ansvar

I Läkartidningen 10/2003 (sidan 874) diskuterar kollegan Kalle Uhlebäck (KU) två refererade ansvarsnämndsfall, där han inte förstår hur HSAN tänkt och kommit till beslut (likartade frågeställningar men olika beslut). Han får svar av HSANs ordförande Lars-Åke Johnsson (LÅJ), ett svar som är svårtolkat.

Inledningsvis konstaterar LÅJ att KU tar upp en intressant och principiell fråga; AT-läkares ansvar. Sedan ägnar LÅJ sitt inlägg åt att vrida och vända på frågan utan att komma till det svar som KU efterlyst! Möjligen kan de två sista meningarna i svaret tolkas som en reträtt: »Medicinska frågor har ibland inga entydiga svar.Det är därför ofrånkomligt att nämndens beslut ibland ifrågasätts, inte minst om de blivit otillräckligt motiverade«.

Frågan om AT-läkares ansvar är viktig och bör inte lämnas obesvarad eller, som här, utlämnad till tolkning. En AT-läkare kan inte och skall naturligtvis inte bedöma självmordsbenägenhet, rimligen. I min egen disciplin, kirurgi, är det inte tillåtet att AT-läkare självständigt handlägger akut buk, skallskador eller barn.

När får vi se »korrektioner« av vården?

Om organisationen har lagt nämnda ansvar på AT-läkare bör rimligen verksamhetschefen ta ansvar för det inträffade. När ska HSAN sluta med meningslösa »bestraffningar« och komma till meningsfulla »korrektioner« av vården?

Björn Öjerskog
överläkare, kirurgkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg
bjornojerskog@hotmail.com