

Standardiserad målbeskrivning och formell examination skulle gynna ST-utbildningen

När den nya ST-utbildningen ska utformas kan vi hämta inspiration från arbetssätt och struktur från USA. Ingen klinikledning vill att dess ST-läkare inte ska nå upp till nationella kompetenskrav. En väldefinierad, standardiserad målbeskrivning och formell examination skulle kunna motivera arbetsgivare att prioritera ST-utbildningen högre.

DANIEL NOWINSKI

ST-läkare, plastikkirurgiska kliniken,
Akademiska sjukhuset, Uppsala
Daniel.nowinski@akademiska.se

ST-utbildningen är under utredning av Socialstyrelsen. Såväl genomförandet av utbildningen som metoderna för utvärderingen av ST-läkarnas kompetens måste bli bättre – om detta råder stor samstämmighet.

En ofta påpekad brist idag är risken för godtycke när specialistkompetens uppnås efter ett rekommenderat antal tjänstgöringsmånader och godkännande från verksamhetschefen. Många röster har höjts för att utbildningen måste bli mer standardiserad och att utvärderingen mer bör inriktas på reell kompetens.

Socialstyrelsens specialistutredning konstaterar: »Ansvar för utbildningen är således splittrat och det finns stora inslag av frivillighet. Det finns därmed en risk för att lokala förutsättningar påverkar specialistutbildningens kvalitet och innehåll i allt för stor utsträckning.«

I LT 41/2002 (sidan 4291) argumenterade jag för införande av en teoretisk examen för ST-läkare. Många specialistföreningar har propagerat för teoretisk examination, medan Läkarförbundet intagit motsatt ståndpunkt. I artikeln jämförde jag också hur läkare utbildas i USA och Sverige, och gav exempel där jag tycker att vi har något att lära.

Under ett månads långt besök på en klinik i New York nyligen har jag återigen upplevt arbetet på ett universitetssjukhus i USA. Ännu en gång slås jag av den fina utbildningstraditionen och hur arbetet organiseras så att utbildningen av läkarna gynnas. Där finns en struktur som både garanterar återväxt av kompetens och minskar risken för godtycklighet och ett alltför stort beroende av individuella insatser.

Lägsta vårdnivå – högsta kompetensnivå
ST-utbildningen på Institute of Plastic and Reconstructive Surgery, New York University (NYU), dit jag åkte som be-

sökande ST-läkare, har år efter år legat i topp på rankinglistan över plastikkirurgiska ST-utbildningar i USA. Jag uttalar mig inte generellt om ST-utbildningen i USA – villkoren för både patienter och läkare varierar stort mellan olika sjukhus – men utbildningens struktur på just denna institution har många positiva inslag som helt eller delvis saknas på många kliniker i Sverige idag.

ST-läkare i arbetslag

På plastikkirurgiska kliniken på NYU bildar ST-läkarna ett arbetslag. I informationsmaterialet som jag får första dagen står att »plastikkirurgiska teamet« utgörs av ... och så räknas alla ST-läkare upp med en »chief resident«, som är på sitt sista år, några ST-läkare, som kommit olika långt i sina utbildningar, samt en »intern«, deras motsvarighet till våra AT-läkare. Specialisterna nämns inte i sammanhanget utan utgör »faculty«.

Teamet av ST-läkare sköter stora delar av den kliniska verksamheten, medan chief resident leder och ansvarar för arbetet. Det som inte AT-läkaren kan klara av hjälper en mera erfaren ST-läkare till med. När inte chief resident kan lösa problemet tillkallas en specialist.

På ett konsekvent sätt löses problemen på lägsta möjliga vårdnivå, och alla arbetar på högsta möjliga kompetensnivå. I operationssalen utför en specialist mycket sällan moment som ST-läkaren själv kan klara av, och specialister som står och opererar utan närvaro av ST-läkare existerar i princip inte. För varje operationsfall finns en namngiven specialist, dvs en patientansvarig läkare, alltid till hands och som bär ansvaret.

Arbetet präglas av handledning och utbildning från mer erfaren kollega till mindre erfaren. Strukturen innebär att me-

dan de mindre erfarna har fullt upp med kliniskt rutinarbete, lämnar deras mer erfarna kollegor enklare rutinuppgifter bakom sig, och på så sätt frigörs en del av deras tid till forskning, undervisning och utveckling av verksamheten.

ST-läkarens arbetsuppgifter utvecklas år från år mot allt större självständighet, samtidigt som risken minimeras att de inte tillägnar sig basala färdigheter. Denna »stege« ger ST-läkaren tydliga mål och under resans gång en känsla av att vara betydelsefull för verksamheten.

Teoretiska kunskaper

Flera gånger i veckan samlas läkargruppen för att presentera och diskutera kliniska problem. Dessa sammankomster är högt prioriterade och närvaron obligatorisk. Vid mottagningar går man tillsammans igenom kommande operationsfall. ST-läkare presenterar fallet, man tittar gemensamt på patienten, och sedan har man utförliga diskussioner om diagnos, indikation och behandling.

Senaste forskningsrön går igenom, och överläkarna bidrar med sina egna erfarenheter. Specialister håller regelbundet föreläsningar med hela kliniken samlad. En gång i månaden har man morbiditets- och mortalitetsmöte där ST-läkarna presenterar fall med komplikationer. För överläkarna är mycket av det som avhandlas naturligtvis elementärt. Desto mer understryker deras deltagande att rollen som handledare är prioriterad.

Plastikkirurgiska kliniken i Uppsala

Den amerikanska strukturen är förmodligen inte direkt tillämplig i Sverige i



Klinisk vardag på plastikkirurgiska kliniken, NYU. ST-läkare Sean Butros förbereder sin operation av en 8-årig pojke med Pfeiffers syndrom. Överläkare Charles Thorne och en läkarkandidat står bredvid.

Foto: DANIEL NOWINSKI

alla sina delar, men idén bakom skulle mycket väl kunna införas. På plastikkirurgiska kliniken, Akademiska sjukhuset i Uppsala, finns sedan ett antal år ett arbetssätt som, enligt min mening, gynnar utbildning och handledning. Den plastikkirurgiska delen av utbildningen består av »interna randningar« där ST-läkaren arbetar tre månader i taget tillsammans med en eller flera specialister inom en viss gren av plastikkirurgin. Konstellationen ST-läkare och specialist opererar tillsammans, har mottagning parallellt och sköter gemensamt sina patienter på avdelningen.

Detta ger kontinuitet i utbildningen, handledaren kan följa ST-läkarens framsteg och successivt delegera allt större ansvar. Genom att de jobbar nära varandra i alla moment skapas situationer i vardagen där problem och beslut kan diskuteras och kunskaper överförs.

Dessutom bildar strukturen stommen i ett för patienten gynnsamt system med bra kontinuitet i kontakten mellan patient och läkare – det finns alltid en namn-given patientansvarig specialist och en ST-läkare.

Vinster att hämta

Incitamenten för att organisera arbetet på en klinik på ett för utbildningen gynnsamt sätt borde vara uppenbara. Vinster att hämta finns både för patienterna och för läkare på alla nivåer. Utveckling av det kliniska arbetet och forskning kan gynnas. Kliniker som erbjuder en högklassig utbildning får sällan problem med rekrytering. Dessutom tycker de flesta enligt min erfarenhet att det är roligt att handleda och lära ut – bara de rätta förutsättningarna finns!

Certifiering för specialistutbildning

Socialstyrelsen föreslår i sin utredning ett »införande av fastställda [kvalitets-] kriterier för de enheter som utbildar specialister«. En följd av detta skulle kunna vara att kliniker måste certifieras för att få bedriva specialistutbildning. När man nu ska utforma riktlinjer och regler för den nya ST-utbildningen hoppas jag att kunskapsmålen blir både tydligare och högre, samt att instrumenten för att utvärdera kompetens blir mer rättvisande.

Ingen klinikledning vill att dess ST-läkare inte ska nå upp till nationella kompetenskrav. Därför skulle en väldefinierad, standardiserad målbeskrivning och formell examination kunna motivera arbetsgivare att prioritera ST-utbildningen högre och att anpassa arbetssätt så att handledning i den kliniska vardagen gynnas.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Angående neuropsykiatriska diagnoser bland barn och vuxna

■ Några moment i Susanne Bejerots medicinska kommentar »Upprättelse!« i Läkartidningen 42/2004 (sidorna 3222-3) inger mig betänkligheter.

Psykiatrisk diagnostik som kontinuum

Med utgångspunkt i en undersökning som visar att vuxenpsykiatrien missar barnneuropsykiatriska diagnoser (Mikael Scharin och Per Hellström i Läkartidningen 42/2004, sidorna 3230-1) tenderar Bejerot att omformulera psykiatrisk diagnostik till ett kontinuum som sträcker sig från ADHD/DAMP över en »undergrupp med sämre social interaktionsförmåga« till autismspektrumstörningar. Där räknas upp en mängd psykiatriska manifestationer som förmodas ha en bakgrund i ADHD eller autismspektrumstörningar under uppväxten, ett förhållande som vuxenpsykiatrierna oftast är blinda för.

Det är således en skillnad mellan kartan (prevalenssiffror för barnneuropsykiatriska störningar i epidemiologiska studier) och terrängen (förekomst av barnneuropsykiatriska diagnoser bland vuxna patienter). Bejerot vill att man anpassar terrängen efter kartan, dvs omskolar och utbildar vuxenpsykiatrierna så att dessa blir kapabla att ta fram ADHD och autismspektrumstörningar som döljs bakom en rad olika psykiatriska tillstånd.

Spektrum

När Bejerot använder ordet »autismspektrum« lånar hon ett begrepp, »spektrum«, från fysiken utan att göra klart på vilket sätt detta har relevans inom psykiatri. Hon har inte klart för sig skillnaden mellan »regnbågens alla färger« och de spektra fysikerna studerar. Bejerot synes med »spektrum« vilja förmedla bilden av en glidande övergång från Kanners infantila autism till Aspergers syndrom. Skall vi föreställa oss en »autism-gen« som på sin väg (genom ett prisma – av vilket slag? – »intel-ligens«?) bryts och differentieras, med autism och Aspergers syndrom som yt-terligheter?

Uttalandet »Det är sannolikt att Ludwig Wittgenstein hade Aspergers syndrom« har samma suggestiva avsikt som bruket av »spektrum«. Veterligen undersöktes Wittgenstein aldrig av psykiater, så det finns ingen diagnos som vi med litet god vilja skulle kunna översätta till »Aspergers syndrom«. I annat sammanhang (om rättshaveri) använder Bejerot uttrycket »aspergergruppen« på

ett sätt som leder tanken till äldre tiders typ- och temperamentslära. Skall vi uppfatta Wittgenstein som hörande till denna grupp?

Vad Bejerot skriver om »Kvinnor med ADHD« skulle mobiliserat JämO ifall författaren varit man – varför finns ingen motsvarande generalisering av »Män med ADHD«?

Neuropsykiatrisk undersökning

I artikelns sista avsnitt beskriver Bejerot problematiken hos de personer som remitteras (av vem?) till neuropsykiatrisk undersökning. Det rör sig om allt från existentiella problem till oförmåga att komma ihåg multiplikationstabellen eller åka skridskor. Beskrivningen passar bättre in på dem som söker sig till psyko-terapi än på psykiaternas patienter. »Neuropsykiatri« enligt Bejerot framstår som ett alternativ till psykoanalys och kognitiv terapi. När hon påpekar möjligheten att avstå från att ställa diagnosen, även om den är uppenbar, påminns man om den diskussion som i förra seklet pågick bland barnterapeuter huruvida man för barnet skulle tolka det material som framkommit ur ritningar och sandlådelek.

Följer man Bejerots tankegång är tre olika utfall möjliga efter en neuropsykiatrisk utredning:

1. Kriterier saknas för att ställa en neuropsykiatrisk diagnos.
2. Kriterierna föreligger, men diagnosen ställs inte eftersom patienten inte bedöms ha nytta av den.
3. Kriterierna är uppfyllda, diagnosen ställs och får när den meddelas patienten en salutogen effekt, ger henne möjlighet att begripa och acceptera sig själv etc.

Att Bejerot meddelar personer i den första gruppen att de inte har någon neuropsykiatrisk diagnos är ingenting märkvärdigt. Inte heller att hon känner stor tillfredsställelse när diagnosen innebär en vändpunkt i patientens tillvaro, men jag efterlyser en redovisning av vad hon gör med mellankategorin, de patienter som fyller kriterierna för diagnos, men inte »får« sin diagnos.

Gunnar Höst

pensionerad barnpsykiater, Göteborg
gunnar.host@telia.com

Susanne Bejerot svarar på nästa sida.