

Dags för nationell samsyn kring kraven för läkarlegitimation

Samlat ansvar för utbildningen fram till legitimation behövs



STEFAN LINDGREN, professor, överläkare, FACP, FRCP, Institutionen för kliniska vetenskaper Malmö, Lunds universitet samt sektionen för gastroenterologi, Universitetssjukhuset MAS, Malmö
stefan.lindgren@med.lu.se

Läkaryrket förutsätter livslångt lärande. Grundutbildningen fram till legitimation ska därför inte bara förmedla färdigheter utan också bidra till förståelse för hur människan fungerar biologiskt och socialt samt reagerar på sjukliga processer och omgivande stressfaktorer.

Utbildningen ska lära studenterna att kommunicera och samverka, förbereda dem för rollen som ledare och chef samt ge dem ett vetenskapligt förhållningssätt så att de som specialister kan ansvara för sin kompetensutveckling och medverka i utvecklingen av sina verksamhetsområden.

Dessa insikter har präglat reformer av läkarutbildningar under de senaste decennierna [1].

Principer för modern läkarutbildning

Behovet av läkare med förmåga till professionell utveckling under hela yrkeslivet är mot bakgrund av föränderliga medicinska förutsättningar och utmaningar likartat i hela världen. Parallellt med framstegen inom vuxenpedagogisk forskning har detta lett till en vetenskapligt baserad utveckling av läkarutbildningar [2]. Reformerna påverkas av olika länders förutsättningar och behov men har ändå gemensamma huvuddrag:

- Samordning av förväntade läranderesultat uttryckta i termer av kompetens, undervisning, praktisk utbildning och examination.
- Fokus på progression och slutresultat snarare än de ingående delarna.
- Utgår från studenternas lärande och problem som är relevanta för den kommande yrkesrollen.

- Integrering kring biologiska begrepp, funktioner eller organsystem snarare än utbildningslinjer uppbyggda av traditionella ämnen.
- Varierade undervisningsmetoder som stimulerar självstyrt lärande samt fortlöpande återkoppling avseende studenternas utveckling.
- Utrymme för examensarbeten och valbara moment samt träning i kritiskt tänkande som förberedelse för livslångt lärande och förbättringsarbete.

»Detta är det moderna och naturliga sättet att skapa ett nationellt core curriculum utan att detaljstyra innehållet.«

Den nya läkarutbildningen i Uppsala anknäver till dessa principer [3], se Gunnar Birgegårds och medarbetares artikel i detta nummer av *Läkartidningen*. Det första stadiet är baserat på biologiska begrepp. Utöver tidig patientkontakt har Uppsala-fakulteten utvecklat en intressant modell för basvetenskaplig fördjupning genom hela utbildningen – integrationsperioderna. Curriculum har därmed skiftat fokus till att bli en mer studentcentrerad och problembaserad och med integrerad undervisning [4].

Utvecklingen anknäver till det reformarbete som genomförts eller pågår vid landets övriga medicinska fakulteter. Rapporten belyser hur lång tid genomgripande reformering av läkarutbildningar tar vid traditionella forskningsintensiva universitet och hur krävande processen är. Den bekräftar även behovet av delaktighet, ledarskap och en stark pedagogisk enhet som vetenskaplig och metodologisk bas för reformarbetet.

Svårt att reformera läkarutbildningar

Traditionella universitet betraktar oftast forskning som huvudsaklig uppgift och har följaktligen en organisatorisk struktur som främst tillgodoser forskningens behov. Lärarna verkar i avgränsade miljöer och saknar därför övergripande perspektiv samt dessutom ofta pedagogisk/metodologisk kompetens.

Dessa problem förstärks av det stora



antal lärare som är involverade i undervisningen, särskilt inom de kliniska områdena. I den fasta lärarstaben finns inte sällan en önskan om att avgränsa sitt ämne/forskningsområde och mindre intresse av att bidra till programmet samlat resultat. Detta kan ibland till och med ha ekonomiska bevekelsegrunder.

På fakultetsnivå kan brist på tydliga pedagogiska ledare bidra, liksom korta mandatperioder och rädsla för omprioriteringar. Alla inser behovet av nya moment, men få vågar släppa delar av det gamla. Kunskapsbrist, luckor i kunskapsområdet och förlust av lärarkontroll framförs som risker, varför den principiella planeringen lätt blockeras av detaljdiskussioner. Kunskapsluckor kan dock inte undvikas genom att lärarna undervisar i allt. Lärandet försiggår hos den enskilde studenten och bör, i enlighet med Uppsalamodellen, utgå från helheter som successivt fylls med detaljer.

Fakulteternas engagemang avgörande

Slutligen väcker metoder för självstyrt lärande, framför allt problembaserat lärande (PBL), förvånansvärt mycket känslor, trots att de är särskilt väl lämpade att integrera kring. Man ser ofta i reformdokument termer som »PBL-liknande«, »en egen variant av« eller som i Uppsala-redovisningen »bygger på problembaserat lärande« i stället för bara »PBL«. Sannolikt beror detta på att PBL

SAMMANFATTAT

Genomgripande reformering av läkarutbildningar förutsätter delaktighet, ledarskap, kompetenta lärare och uthållighet.

Läkarutbildning bör avse utbildningen fram till legitimation.

ST bör utgå från legitimationskompetensen och använda samma principer för lärande och kompetensbedömning.

En nationell samsyn avseende professionell kompetens hos den legitimerade läkaren är önskvärd.

utmanar lärarens roll som undervisare och expert.

Högskoleverkets nyligen genomförda utvärdering identifierade flera faktorer som tydligt påverkar kvaliteten [5]. Väl fungerande utbildningar utmärks av positiv utbildningskultur, långsiktig och professionellt styrd utveckling med fokus på de övergripande målen och studenternas djuplärande, tydlig pedagogisk vision samt inriktning mot principer, exempel och mekanismer i motsats till att försöka täcka in allt.

Negativa faktorer är svårigheter att hantera långsiktiga förändringsprocesser, institutions- och ämnesbaserade utbildningar utan övergripande styrning och progression samt avsaknad av genomtänkt pedagogisk modell. Sammanfattningsvis är fakulteternas engagemang och vilja att utveckla utbildningarna av avgörande betydelse.

Några framgångsfaktorer för moderna läkarutbildningar är således:

- Tydligt och pedagogiskt kompetent ledarskap.
- Fortlöpande omprövning av innehåll.
- Examination på programnivå av alla komponenter av professionell kompetens, med tydliga kriterier.
- Inriktning på integrerat djuplärande med tydligt studentansvar.
- Fortlöpande lärarytbildning.
- Ömsesidigt förtroendefull samverkan med studenterna.
- Beslutsprocess och ekonomisk styrning som utgår från läranderesultatet.

Belönande för lärare och handledare

Det är krävande att vara lärare i moderna utbildningar, som förutsätter metodologiskt kunnande och mod att tillsammans med studenterna röra sig utanför det egna kompetensområdet. Dessutom ställer examensarbetena ökade krav på handledarinsatser. Det är betydligt lättare att föreläsa kring sitt eget ämne med total kontroll över undervisningssituationen.

Men samtidigt är det stimulerande att stödja och följa studenternas professionella utveckling och uppleva deras potential i fritt valda moment och examensarbeten. I denna roll ser läraren sin egen insats som en länk i studenternas samlade utveckling. Dessutom ökar intresset för universitetspedagogik och inte minst kontaktytorna och samverkan mellan lärarna [3].

Samordnad utbildning till legitimation

Legitimationen är slutpunkten för den

grundläggande läkarutbildningen. Det finns därför skäl att samordna utbildningen fram till legitimation, även i ett europeiskt perspektiv [6]. Samma slutsats har Svenska Läkaresällskapet nyligen redovisat [7].

Då skulle samtidigt studenternas oro inför övergången till AT reduceras och behovet av särskilda AT-förberedande moment, som i Uppsalas modell, försvinna. Med den principiella samsyn, som numera finns vid landets medicinska fakulteter, är en sådan utveckling både möjlig och önskvärd. Den ska givetvis utgå från Högskoleförordningen och därutöver definiera den professionella kompetens en läkare med svensk legitimation ska ha samt fastställa en modell för kompetensprövning, oberoende av var man erhållit sin utbildning.

Det innebär inte nödvändigtvis tidsmässigt samlade nationella prov, utan snarare ett system för fortlöpande summativ dokumentation. Exempel på valida och reliabla metoder är progresstest för bedömning av kunskap, OSCE (objective structured clinical examination) för färdighetsbedömningar, gemensamma kriterier för bedömning av examensarbeten samt portfoliomodellen för dokumentation av andra komponenter i den professionella kompetensen [8, 9].

Flera av dessa examinationsmetoder används redan vid svenska lärosäten, och samverkan kan således innebära att arbetet med examination totalt sett blir mindre resurskrävande och framför allt får en högre kvalitet. Progresstest [10] kan t ex på ett odramatiskt sätt ersätta behovet av ett samlat kunskapsprov i slutet av utbildningen men ändå dokumentera kunskapsnivån hos studenterna vid legitimationstillfället. En sådan modell hindrar inte de enskilda lärosätena från att komplettera med egna prov efter önskemål och behov. Detta är det moderna och naturliga sättet att skapa ett nationellt core curriculum utan att detaljstyra innehållet.

Samordning förutsätter omprövning av både grundutbildning och AT samt fortsatt medverkan av sjukvårdsenheter utanför universitetssjukhusen. Samtidigt ges möjligheter att utöka den kliniska tjänstgöringen i primärvården och kommunerna. Projektet måste naturligtvis bedrivas i bred samverkan mellan alla intressenter.

Examinationsmodellen skulle även kunna användas för kompetensprövning av läkare utbildade utanför EU och som ska börja arbeta i Sverige. Utöver att dokumentera läkarens kompetens kan den vid behov ge underlag till en individuell

utbildningsplan. En 6-årig utbildning av läkare, med universitetet som huvudman och Högskoleverket med dess erfarenhet av kvalitetsvärdering som tillsynsmyndighet, innebär att Sverige slutligen lever upp till EU-direktivet från 2005 [6].

Samma principer bör gälla under ST

Universitetens erfarenhet bör även tas tillvara för planering och utvärdering av ST. Det innebär inget hot att kontrollera uppnådd kompetens. Det finns i Sverige en olycklig politisk låsning i denna fråga, vilket ses med oförstående från andra länder.

Det ingår i definitionen av en profession att man tar ansvar för att säkerställa kompetensen hos medlemmarna. Det är lätt att göra genom att dokumentera utbildningsresultatet men betydligt svårare på ett för omvärlden begripligt och medlemmarna konstruktivt sätt genom att enbart granska processen. Kompetensvärderingen kan i huvudsak ske fortlöpande under den strukturerade kliniska träningen med likartade metoder som under grundutbildningen.

Om utbildningen till specialistkompetens ses som ett kontinuerligt förlopp kan ST bygga vidare på den kompetens som läkarna dokumenterat i samband med legitimationen. Ett exempel är den vetenskapliga skolning som alla läkare med europeisk grundutbildning numera får och som därför inte behöver upprepas under ST, utan som då i stället kan tillämpas och fördjupas. Ett annat är steget i utvecklingen av den professionella läkarkompetensen från novis till expert [11], vilka kan användas för att tydliggöra de nivåer som ska uppnås under den grundläggande utbildningen respektive specialiseringstjänstgöringen.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Tomorrow's doctors. Recommendations on undergraduate medical education. London: General Medical Council (UK); 2003. <http://www.gmc-uk.org>
2. Ponzer S. Medicinsk pedagogik blir evidensbaserad. BEME-rörelsen är en startpunkt. Läkartidningen. 2008;105:514-5.
6. Nordenström J, Lindgren S. Den svenska läkarutbildningen bör anpassas till EU-reglerna: Sex år till legitimation. Läkartidningen. 2007;104:753-4.
8. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. JAMA. 2002;287:226-35.
11. Pangaro LN. Evaluating the development of professional skills: A vocabulary and method for the descriptive evaluation of students in clinical clerkships. <http://www.usuhs.mil/med/evaldevprofskills.htm>