

dubbelt boende. Fakulteterna måste också utbilda fler handledare för att täcka undervisningsbehovet. Landstingen har också fått en alltmer pressad ekonomi – på vissa sjukhus har till och med specialister fått sluta. Detta äventyrar ytterligare kvaliteten på den kliniska utbildningen.

Klinisk utbildning måste kvalitetssäkras

De medicinska fakulteterna betalar s k ALF-medel till landstingen för studenternas praktik. Dessa pengar tycks i mångt och mycket försvinna in i något svart hål i landstingets budget utan garanti för att studenten verkligen får den kliniska utbildning som han/hon eller fakulteten förväntar sig. Den teoretiska kunskapen kan oftast inhämtas från kurslitteratur, men studenten kan inte ställa formella krav på kliniken att få tillgodogöra sig de praktiska kunskaperna.

Kvaliteten på den kliniska handledningen måste alltså gå att mäta på något sätt. Landstinget ska kunna redovisa hur utbildningsanslaget har använts. Om det då visar sig att den kliniska handledningen inte fungerar tillfredsställande, har fakulteten möjlighet att betala någon annan klinik för att låta studenten göra sin praktik där istället. Läkarstudenter ska kunna ställa formella krav på sin kliniska utbildning.

Högst 1–2 studenter per vårdteam

Andra förbättringar som behövs är att utbilda fler handledare för att täcka behovet från ett ökande antal studenter på ett ökande antal sjukhus. Det bör inte vara fler än 1–2 studenter per vårdteam. Det ska finnas en ansvarig person för all handledning på varje kurs. Studenten ska ha tillgång till en personlig handledare på kliniken som han eller hon kan vända sig till med frågor och problem. Utplaceringar på olika kliniker bör inte heller vara för korta, då försvinner kontinuiteten och det blir svårt för studenten att komma in i vårdarbetet och följa vårdförloppet för enskilda patienter.

Personer som är förtrogna med sjukvården måste för våra politiker förklara vikten av god handledning. Annars är risken stor att politiker med t ex humanistisk bakgrund tror att vårdens utbildningar, precis som deras egna, kan utökas genom att man klämma in fler studenter i föreläsningssalarna.

Det är dags för de medicinska fakulteterna att tillsammans med landstingen se över hur den kliniska handledningen ska fungera nu och i framtiden. Det är bråttom – dagens läkarstudenter väntar inte!

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Menar Järhult att operationsvolymen inte spelar någon roll?

■ Vi tackar Johannes Järhult för hans medicinska kommentar till och intresse för vår artikel »Övning ger färdighet – Utbildning och operationsvolym är starka prognostiska faktorer vid rektalcancerkirurgi« i Läkartidningen 6/2005 (sidorna 374-6; medicinska kommentaren på sidorna 361-2). Precis som vi gjorde i vår artikel pekar Järhult på tre viktiga faktorer som bidragit till den förbättrade prognosen vid rektalcancer i Sverige de senaste decennierna. Beträffande preoperativ strålbehandling och förbättrad kirurgisk teknik (TME) tycks vi vara helt överens. När det gäller den tredje faktorn, den enskilda kirurgens subspecialisering, är vi eniga om att »övning ger färdighet«.

Operationsvolym och subspecialisering

Men när det gäller operationsvolym och subspecialisering som indikator på den enskilda kirurgens kompetens verkar våra uppfattningar skilja sig åt. Järhult förstår inte varför gränsen mellan hög- och lågvolymskirurgi satts vid just tolv rektalcanceroperationer per år. Konventionell epidemiologisk metodik innebär att ett material indelas i två eller flera någorlunda lika stora grupper för att möjliggöra en jämförelse. Att vi satte gränsen i vårt material till just 12 har två anledningar. Den första är, som Järhult själv säkert vet, att det finns stora internationella studier som visar att kirurger som utför 1–2 rektalcanceroperationer/månad har bättre långtidsresultat än kirurger som opererar färre.

Den andra är att materialet med denna gräns delades i två lika stora grupper. Gränsens position i sig är helt ointressant. Den finns där för att visa att ett samband föreligger och inte, som Järhult tycks tro, för att påvisa »en magisk gräns«. För att använda Järhults eget språkbruk: En »begåvad« betraktare utrustad med »sunt vetenskapligt förnuft« skulle sannolikt inte hävda att en cigarettkonsumtion på 13/dag leder till lungcancer medan 12/dag skulle vara ofarligt!

Stöd för och emot

I Järhults digra referenslista finns studier som stödjer operationsvolymens betydelse, men där finns också de som påstås indikera *motsatsen*. Menar Järhult att de senare studierna visar att en låg operationsvolym är bättre än en hög? Istället är det väl så att dessa studiers dimensionering varit sådan att man inte kunnat förkasta nollhypotesen. Järhult föreslår

som ett alternativ till centraliseringen en decentralisering av det multidisciplinära omhändertagandet. Det kanske är möjligt i vissa fall, men ställer höga logistiska krav på modern kommunikationsteknik och ökad rörlighet för både specialister och patienterna.

Samarbete mellan specialister

De flesta är nog idag överens om att god cancerbehandling kräver samarbete mellan flera specialister. Vid rektalcancer bidrar radiologen med en kvalificerad preoperativ stadiindelning, onkologen individualiserar den preoperativa strålbehandlingen samt styr eventuell neoadjuvant och adjuvant kemoterapi, kolorektalkirurgen individualiserar och utför optimal kirurgi, patologen stadiindelar och karaktäriserar tumören postoperativt för ett fortsatt individualiserat postoperativt omhändertagande och kvalitetskontrollerar kirurgen.

Av stor vikt är förekomsten av specialistsjuksköterskor som koordinerar utredning och behandling, professionellt omhändertagande på vårdavdelningarna med specialiserad omvårdnad och vid behov stomiutbildning. Ett exempel på ett mindre lasarett där man kunnat implementera ett sådant multidisciplinärt omhändertagande är det sjukhus i Basingstoke, England, på vilket Bill Heald tidigare arbetade. Det sjukhuset, som till sin storlek ungefär motsvarar ett mindre svenskt länsjukhus, visar att man kan nå mycket goda resultat även vid ett mindre sjukhus förutsatt att där finns möjlighet för kirurgen att bibehålla en hög operationsvolym. Ett motsvarande svenskt exempel är Ersta sjukhus i Stockholm.

Ett anmärkningsvärt påstående som Järhult gör är att människor, bara för att de är till åren komna, skulle acceptera en högre operations- och recidivrisk för ett ingrepp de genomgår, en gång i livet, för att få vistas i sin närmiljö. Oss veterligt saknas evidens för detta påstående.

Anna Martling

med dr, specialist i kirurgi,
institutionen för kirurgisk vetenskap,
kirurgiska kliniken, Karolinska
Universitetssjukhuset Solna
anna.martling@karolinska.se

Nästa sida:

Johannes Järhult svarar.