

Synpunkter på svensk läkarutbildning efter fem år i Sydafrika:

Patientcentrerat arbetssätt kan minska doktors stress

Fem års arbete i Sydafrikas sjukvård ger anledning till reflexioner kring utformningen av den svenska läkarutbildningen, särskilt inom allmänmedicin. Några honnörssord att ta fasta på är distriktsförlagd utbildning, tätare anknytning mellan ST-utbildning och universitet, ökad patientcentrering, stimulans till ett livslångt lärande, kanske mer examina.

Några års distans gör att tidigare självklarheter ses med nya ögon. Från april 1994 arbetar jag i Sydafrika, vid Department of family medicine, Medical University of Southern Africa (Medunsa) utanför Pretoria. Jag har bland annat sysslat med handledning och examination av både »undergraduates» och »postgraduates», dvs motsvarigheten till vår grund- och ST-utbildning. I »postgraduate»-utbildningen ingår en forskningsuppgift som är mindre omfattande än en svensk disputation, men större än en forskningsuppgift under ST-tjänstgöringen.

Grundutbildning på distrikt

Mina svenska funderingar är bl a:

- I vilken utsträckning är dagens svenska grundutbildning distriktsbase-

Författare

MONICA LINDH

distriktsläkare, Falun.

E-post: monica.lindh@telia.com

Distriktsläkare i Borlänge 1984–1994. MCFP (SA) 1995 (College of Medicine South Africa, Family Physician). Fellowship in family medicine 1996 (The South African Academy of Family Practice/Primary Care). April 1994–november 1999 verksam vid Department of family medicine, Medunsa-universitetet, Pretoria, Sydafrika, senast som Senior Family Practitioner/Senior Lecturer.

rad, utanför universitetsorterna? Kan man lära sig allmänmedicin om inte huvuddelen av placeringen är ute i distriktsvården? Intrasserade distriktsläkare skulle kunna fungera som handledare och knytas till universitetet (deltidstjänst/uppdrag) och på så vis få stimulans och kunskap som lärare eller snarare handledare. Skulle detta kunna bidra till ökad tillfredsställelse i arbetet som distriktsläkare? Givetvis kan detta utsträckas till andra universitetsämnen.

Vid Medunsa har vi sedan 1997 decentraliserat den sju veckor långa grundutbildningen i »family medicine». Endast introduktion och examination sker centralt. Våra handledare (facilitators) arbetar och har sina tjänster ute i distriktet. Flera av dem har »joint-appointment» med Medunsa-universitetet. Då och då kommer de till oss, t ex i samband med examinationerna. Givetvis finns en hel del praktiska problem, men dessa går oftast att lösa.

Även barn- och gynekologi-/obstetrikblocken har en del av sin utbildning förlagd ute i distriktet.

Kopplingen till universitetet

• Varför finns i Sverige ingen automatisk koppling mellan läkargrundutbildningen, som sköts av universitetet, och ST-utbildningen, som ju landstingens ansvarar för? Endast den som vill disputera återknyter kontakten med universitetet. Fortbildningen sköts/har till stor del skötts av läkemedelsindustrin. Det talas om kontinuitet i vården, men var finns den i utbildningen? Kan denna separation gynna hälso- och sjukvårdens utveckling? Läkarens egen utveckling, professionellt och personligt?

Department of family medicine vid Medunsa har ansvar för både grund- och ST-utbildning. Den senare sker på distans och deltid. Våra »postgraduates» (ST-läkare) skall ha sin tjänst inom primärhälsovården, vilket kan betyda en privat läkarpraktik, en tjänst vid en vårdcentral eller vid ett mindre sjukhus, som här drivs av »generalister» och ej specialister. ST-läkarna deltar i en central utbildningsvecka samt i cirka

” Ett patientcentrerat arbetssätt innebär INTE att patienten ensidigt dikterar konsultationen. Och det handlar INTE om att psykologisera eller att psykosomatisera allt. Det innefattar begreppen doktors agenda, delaktighet, gemensamt ansvar för planering och beslut. Det patientcentrerade arbetssättet är ett synsätt som innebär ökad självinsikt, förståelse, mognad och utveckling som läkare. ”

fyra regionala träffar per år. Dessutom har de kontakt med sin handledare via e-post, vanlig post, telefon och informella träffar. Handledaren skall dessutom göra minst ett praktikbesök per år.

Ökad arbetsglädje med patientcentrering

• Hur kan vi förändra läkararbetet i Sverige till att bli mer patientcentrerat? Kan diskussioner kring t ex etik och familjemedicinska teorier gynnas av ett närmare samarbete med universitetet? Är dagens biomedicinska tonvikt inom svensk hälso- och sjukvård delvis ett resultat av landstingens ansvar för ST-utbildningen?

Ett ökat patientcentrerat arbetssätt är önskvärt och eftersträvänsvärt inom alla specialiteter, inte bara inom allmänmedicin. Skulle detta kunna öka tillfredsställelsen i vården, både hos läkare och patienter? Skulle det kanske till och med kunna nedbringa antalet anmälningar till ansvarsnämnden? För mig förefaller det som om dessa ibland beror på att patienten ej »känner sig hörd» av sin läkare, även om vården i och för sig var medicinskt riktig.

Vid Department of family medicine, Medunsa, betonas det patientcentrerade

ANNONS

ANNONS

arbets sättet i både grund- och vidareutbildningen. Patientens känslor, tankar, farhågor, förväntningar etc belyses, lika väl som den kliniska och sociala sidan, i den sammanfattande bedömningen, den sk »three-stage assessment» (clinical, individual, contextual) som utmynnar i en »three-stage plan».

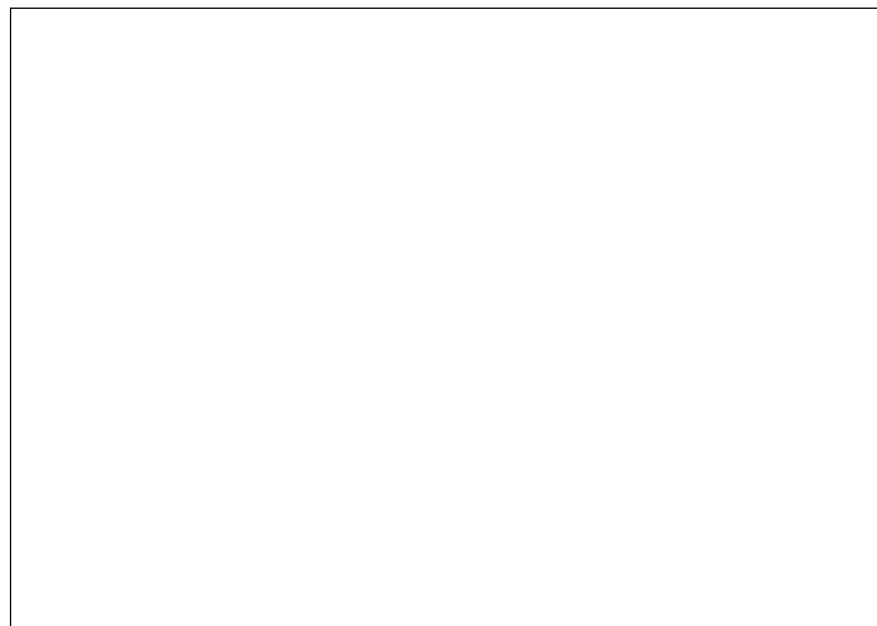
Ett patientcentrerat arbetssätt betyder *inte* att patienten ensidigt dikterar konsultationen. Och det handlar *inte* om att psykologisera eller att psykosomatisera allt. Det innefattar begreppen doktors agenda, delaktighet, gemensamt ansvar för planering och beslut. Det patientcentrerade arbetssättet är ett synsätt som innebär ökad självinsikt, förståelse, mognad och utveckling som läkare. Tekniken i en patientcentrerad konsultation kan tränas och övas upp. Vi använder simulerade patientsituationer, videoinspelningar av reella konsultationer etc. Det patientcentrerade arbetssättet bedöms i samband med examination både på grundutbildnings- och ST-nivå.

Jag tycker att detta har givit mig ökad stimulans i arbetet och mindre stress i mötet med »svåra» patienter. Detta trots att jag tidigare redan hade flera års erfarenhet av Balintgrupp i Sverige.

Livslångt lärande är annat än vårdprogram

- Hur stimulerar vi Sveriges läkare till nyfikenhet och lärande? Hur lär vi oss bedöma vetenskapliga artiklar? Hur tar vi ansvar för vårt eget lärande? Vårdprogram i all ära, men de stimulerar knappast den egna aktiviteten, kreativiteten och nyfikenheten, förutom möjligen för dem som tagit fram programmen. Hur kan vi få vanliga svenska läkare – distriktsläkare och andra – att mer delta i olika forskningsuppgifter? Skulle detta ha gynnats om ST-utbildningen hade en viss anknytning till universiteten eller de regionala forskningsråden/utvecklingsenheterna?

Andra centrala begrepp vid family medicine, Medunsa, är reflektion med ett kontinuerligt och livslångt lärande, där individen själv tar ett huvudansvar. Våra »undergraduates» gör »patient-triggered learning cycles». Utifrån ett patientmöte analyserar och reflekterar studenten över ett problem, försöker bli medveten om sina egna kunskapsluckor, konstaterar vad han/hon redan kan och söker därefter svar på sina frågor. Den nya kunskapen integreras med den gamla och appliceras. Leder detta till någon förändring nu/i framtiden? Des-



sa är några frågor som studenten skall försöka kommentera. Allt skriftligt redovisat.

På postgraduate-nivå skrivs s k »patient studies» (omfattande fallbeskrivningar), 8–12 stycken. Även här sätts patienten i centrum och inläringen bottenar i ett patientmöte. En omfattande litteratursökning ingår. Resultatet redovisas med givande av referenser och analys av inhämtade fakta.

Vi själva är vårt viktigaste arbetsredskap

- Hur kan vi stimulera den egna personliga utvecklingen och mognaden som läkare – yrkes stoltheten? Ett sätt tror jag är att t ex blivande distriktsläkare läser och diskuterar allmänna teorier inom allmänmedicin och family medicine, och att detta får en (utvidgad) plats under ST-utbildningen. Vårt viktigaste instrument som allmänläkare är vi själva i själva konsultationen. Ej pennan och receptblocket, som man skulle kunna tro när man tittar på antalet farmaka som många svenska pensionärer står på.

Det s k »postgraduate programme» vid Department of family medicine, Medunsa, innehåller tolv olika teman: grundfilosofierna och principerna inom family medicine, patient-läkarkontakten, familjen, kultur och samhälle, »whole person medicine/human growth and development», etik, forskning, vanliga kliniska åkommor, rationell läkemedelsförskrivning m fl. Dessa teman innefattar omfattande självstudier med efterföljande smågruppsdiskussioner vid de regionala träffarna.

Inför en gipsövning under en »postgraduate weekend» (artikelförfattaren Monica Lindh agerar patient).

Obligatorisk examen?

- Skall vi införa fler examina i Sverige? Obligatorisk ST-examen? Kan detta underlätta för kolleger som av olika skäl vill arbeta utomlands?

Min svenska allmänläkarkompetens godkändes inte i Sydafrika, mycket på grund av att jag i Sverige inte hade avlagt någon avslutande examen. Däremot godkändes min praktiska svenska allmäntjänstgöring. Först efter att ha avlagt en sydafrikansk examen i family medicine, MCFP (SA), kunde jag erhålla registrering som Family Physician.

Ovanstående gäller inte bara distriktsläkare utan även andra läkare, och även annan sjukvårdspersonal.

Lästips

- Arborelius E. Att skatta patientcentrering i inledningen på konsultationen. Stockholm: Allmänmedicinska enheten, Karolinska sjukhuset, 1997.
- Fehrsten GS, Henbest RJ. In search of excellence. Expanding the patient-centred clinical method: a three-stage assessment. Family Practice 1993; 10: 49-54.
- Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. Family Practice 1986; 3: 24-30.
- McWhinney IR. A textbook of family medicine. New York: Oxford University Press, 1989.
- Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The consultation. An approach to learning and teaching. Oxford: Medical Publications, 1989.