

Specialistutbildningen i USA:

Ökad subspecialisering och långa arbetsdagar

Allt fler läkare under utbildning i USA väljer en subspecialitet, vilket kan leda till att bl a primärvården blir underdimensionerad. Efterfrågan på läkare styrs av hur Health Maintenance Organizations och liknande organisationer väljer att tillgodose kundernas sjukvårdsbehov.

GÖSTA ELIASSON

Falkenberg, nationell fortbildnings-samordnare, Svensk förening för allmänmedicin (*goseli@algonet.se*)

II Utbildningsläkarnas arbetstider och den stora mångfalden av olika specialiteter liksom deras inbördes fördelning fortsätter att skapa debatt i USA.

De läkare som går specialistutbildning kallas residents. Det finns ett nationellt system för fördelning av residents, till vilket ca 8 000 olika lokala specialistutbildningsprogram är knutna. Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) är en professionell organisation som ackrediterar dessa utbildningsprogram. De flesta residents är sk US allopathic medical school graduates (doctors of medicine, MD) och kommer direkt från skolor som bedriver läkarutbildning i USA, men en del är sk international graduates (25 procent) och doctors of osteopathy (DO) (4 procent). Varje år insamlas detaljerad statistik av det amerikanska läkarförbundet (AMA) om läkare under specialistutbildning. Statistiken för det akademiska året 2000–2001 har presenterats i JAMA [1] och sammanfattas nedan.

Svårare att rekrytera till primärvården

Det finns för närvarande 96 800 residents i USA som deltar i något av de ovannämnda ackrediterade utbildningsprogrammen. Trenden verkar nu vara att en allt större andel väljer att subspecialisera sig, medan utbildningstjänster inom breda specialiteter och primärvårdsspecialiteterna får färre sökande.

Council on Graduate Medical Education (COGME) hävdade redan 1992 att, om sjukvårdsbehovet i landet skulle kunna tillgodoses, hälften av landets färdigutbildade specialister borde rekryteras till primärvården, som i USA vid sidan av allmänläkare (family physicians) utgörs av en ganska stor andel internister och pediatriker.

Man kan få en viss uppfattning om

huruvida USA idag rör sig mot intentionerna om en bättre utbyggd primärvård genom att titta på antalet studenter som efter läkarutbildningen väljer att vidareutbilda sig inom de specialiteter som finns i primärvården. Man finner då att den andel av nygraduerade läkare som väljer internmedicin och pediatrik förblivit densamma genom åren medan allmänmedicinen (family medicine) har fått vissa rekryteringsproblem. Trots att antalet program och utbildningsplatser inom allmänmedicin ökade mellan åren 1996 och 2000 minskade antalet studenter som påbörjar vidareutbildning till allmänläkare med så mycket som 20 procent. Andelen som väljer allmänmedicin som specialitet är idag endast 11,6 procent.

Författarna menar att orsaken till dessa nedslående siffror ligger i bristen på läkare inom vissa subspecialiteter och det faktum att de fria marknadskrafterna styr efterfrågan. Förskjutningen från primärvård mot subspecialisering kan alltså bero på den förändrade policyn inom de sk Health Maintenance Organizations (HMO), som börjat erbjuda mer subspecialiserad vård. Det är troligen detta som gör att tidigare farhågor om ett överskott på specialister och ett underskott på allmänläkare inte besannats.

Lång arbetstid för utbildningsläkare

I den statistik som presenterats i JAMA fann man att den genomsnittliga veckoarbetstiden för residents under första utbildningsåret var 54 timmar. För kirurgi låg genomsnittet på 79, för pediatrik på 70 och för internmedicin på 67 timmar per vecka. Detta torde för enstaka utbildningsläkare innebära veckoarbetstider som närmar sig 100 timmar.

Då arbetstiderna inte verkar minska framlade i april 2001 det amerikanska arbetsmiljöverket en petition om federala bestämmelser med maximerad veckoarbetstid på 80 timmar för residents. Den kirurgiska specialitetsföreningen har dock invändningar och menar att det inte

går att vidmakthålla vare sig god patientvård eller effektiv utbildning med så hårda (!) regler.

Marknaden styr

Man kan konstatera att USA till skillnad från Sverige har ett nationellt fördelningssystem för specialistutbildningen (National Resident Matching Program) och ett register över alla residents, vilket ger viss möjlighet att bedöma den framtida specialiteten. Det som styr valet av specialitet för graduerade läkare i USA verkar vara en kombination av läkarbrist inom vissa subspecialiteter och marknadskrafterna, dvs löner. Det kan förmodas att efterfrågan i grunden styrs av hur HMO och motsvarande organisationer väljer att tillgodose sina kunders sjukvårdsbehov.

Arbetstiderna tycks inte avskräcka utbildningsläkare från en karriär inom t ex kirurgi, medan utbildningen till allmänläkare trots rimligare arbetsförhållanden tycks ha fått problem med rekrytering.

USA har världens högsta sjukvårdskostnader men definitivt inte kostnads-effektivaste vård, åtminstone inte om man ser till hela befolkningen. Detta är man medveten om, och Barbara Starfield, professor vid Johns Hopkins Medical Institutions i Baltimore, har startat en viktig debatt om effekterna av primärvårdsbaserad sjukvård och dess kostnadseffektivitet [2]. Kanske kan vi lära oss något av USA och de mekanismer som där styr fördelningen mellan specialister, subspecialister och familjeläkare.

Man kan bland annat konstatera att det i Sverige finns bättre förutsättningar än i USA att skapa en effektiv, rättvis och individcentrerad sjukvård. Med politisk vilja manifesterad i nationella handlingsplaner, kloka regionpolitiker, professionellt ansvar och reglerad arbetstid har vi ju chans att få en svensk hälso- och sjukvård i »världsklass«.

Referenser

1. Brotherton S, Simon F, Etzel S. US Graduate medical education, 2000–2001. JAMA 2001;286:1056–60.
2. Starfield B. Primary care – balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press; 1998.