

Svensk ST-utbildning undermålig i ett internationellt perspektiv

I jämförelse med den amerikanska specialistutbildningen ser sig den svenska inte helt genomtänkt, och den har definitivt för liten omfattning. Amerikansk specialistutbildning ger avsevärt ökad klinisk skicklighet på kortare tid och större arbetstillfredsställelse. Det finns mycket att ta efter i den amerikanska modellen för att förbättra svensk ST-utbildning.

STURE BLOMBERG

docent, överläkare, anesthesi- och intensivvårdsdivisionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
sblombrg@algonet.se

■ I dagens svåra rekryteringssituation i Sverige, med brist på läkare inom många specialiteter och med svårigheter att fullfölja våra utbildningsåtaganden, skulle det vara önskvärt att göra en internationell jämförelse med hur man på andra ställen löst utbildningsfrågorna. Även om läkaryrkets innehåll överallt är detsamma kan det vara stor skillnad på sjukvårdens organisatoriska struktur, som kan ge stora skillnader i t ex klinisk skicklighet för den nyblivna specialisten. Rapporter från klinisk verksamhet, utbildning och forskning på andra universitetssjukhus har dock genom åren varit, och är alltför, mycket sparsamma. Det är visserligen inte ovanligt att svenska doktorer får möjlighet att tillbringa ett eller annat forskningsår i USA. Men oftast rör det sig om experimentell forskning på laboratorium. Möjligheten för en svensk doktor att tillbringa någon längre tid på ett stort och välrenommerat universitetssjukhus för att delta i klinisk verksamhet, undervisning och forskning ges inte lika ofta.

Visiting professor vid UCLA

För några år sedan var jag dock inbjuden till University of California, Los Angeles (UCLA), för att göra just detta. Förordnandet, som kallas visiting professor, löpte på flera år och innebar kliniskt arbete i överordnad ställning under tre dagar plus forskning två dagar i veckan. Denna ställning gav mig en god praktisk inblick i den organisatoriska strukturen, som kompletterades med diskussioner, enskilt och på större möten. Jag fick erfara att deras organisatoriska struktur är mycket annorlunda, vilket får stor betydelse när det gäller specialistundervisningen. Den ger en i mitt tycke avsevärt ökad klinisk skicklighet

på kortare tid, större arbetstillfredsställelse samt mindre frustration än i Sverige. Även om det som nu kommer att sägas i första hand gäller min egen specialitet, anesthesi och intensivvård, tror jag ändå att en hel del kan appliceras även på andra specialiteter.

Annorlunda specialistutbildning i USA

Vid tiden för min ankomst till UCLA hade jag varit verksam på ett svenskt universitetssjukhus inom specialiteten anesthesi och intensivvård i åtskilliga år. I det amerikanska åtagandet ingick kontinuerlig klinisk undervisning av de amerikanska 1–3-årsresidenterna (ungefär ST-läkare) under det dagliga arbetets gång. Mitt omedelbara intryck, som förstärktes efter hand, var att de amerikanska doktorerna på dessa år (tre år för anesthesiologer) får en oerhört fin och helt annorlunda specialistutbildning än de svenska ST-läkarna.

I jämförelse med denna fina undervisning tycks den svenska nästan helt lysa med sin frånvaro. Jag mindes vad min allra första chef inom svensk anesthesi, Seth Högström, en gång hade sagt: »Vi är självlärda, men jag hoppas att ni unga skall få en mycket bättre utbildning än vi har fått.« Denne var dock den doktor jag beundrade allra mest – för hans gedigna medicinska kunskaper och medmänsklighet, gränsande till visdom. I denna nya amerikanska situation summerade jag nu min svenska utbildning. I jämförelse med hur de amerikanska ST-läkarna togs om hand, tycktes jag, som min tidigare chef, ha fått lära mig det mesta själv – och det hade tagit mycket längre tid. Man kan säga att mötet med den amerikanska modellen blev något av en kulturchock, som tog formen av en aha-upplevelse: det är så här en specialistutbildning bör läggas upp. Under de första månaderna av min vistelse på UCLA bekräftades dessa mina intryck av två överläkare inom neurokirurgi från ett stort svenskt universitetssjukhus, vil-

ka var där för två månaders auskultation. Dessa gick till och med så långt som till att säga att de »upptäckt stora svarta hål« i sin svenska utbildning, något som jag med min nyvunna insikt hade svårt att kraftfullt argumentera emot. Intrycken har senare ytterligare bekräftats av andra doktorer från flera specialiteter som arbetat kliniskt några år i USA eller i andra anglosachsiska länder.

Amerikanska ST-läkaren mer kompetent

Mitt intryck var att de amerikanska anesthesi-ST-läkarna vid fullgjord utbildning till och med var åtskilliga klasser duktigare än en nyfärdig svensk anesthesispecialist, även om det är svårt att göra en objektiv jämförelse. I USA har man t ex ingen bakjour i vår bemärkelse. Var och en som har tagit sin »board certification« (specialistlicens) efter sin treåriga anesthesiutbildning och fått anställning på kliniken anses kompetent nog att handlägga alla fall. När man är »primärjour« (first call) på ett amerikanskt universitetssjukhus är man egentligen »bakjour« på sjukhuset. Nyligen färdigutbildade specialister liksom specialister sedan decennier, ja till och med »full professors«, delar på denna »primärjour« (en till två gånger/månad) samt beredskap hemma (»kvantitativ« bakjour) på helt lika villkor. Även om allt praktiskt arbete utförs av ST-läkarna är specialisten på plats och handleder och garanterar att hög vårdkvalitet upprätthålls. På detta sätt kan man bättre garantera högsta möjliga kvalitet i det omedelbara omhändertagandet. Det kan vi inte i Sverige, eftersom den som har högsta kompetensen oftast är hemma i beredskap under jourtid (tre fjärdedelar av veckans timmar). I USA löper man alltså inte samma risk som i Sverige att den oerfarne primärjournen – som dessutom kanske råkar ha dåligt omdöme – fattar felaktiga, och kanske ödesdigra, medicinska beslut utan att ens ha tagit kontakt med sin bakjour eller kanske handlägger fallen alldeles för långsamt.

Alla färdiga specialister undervisar

I det amerikanska specialistutbildningsprogrammet föreläses en halvtimme fyra morgnar i veckan för ST-läkarna plus en heltimme en morgon i veckan för klinikkens samtliga doktorer. Detta ger tre timmar i veckan, under tre år ca 300 tim-

II Fakta 1

Mall för den färdiga specialistens månatliga värdering av ST-läkaren:

»The American Board of Anesthesiology« definierar vad som är kompetens inom anesthesiologi och intensivvård (och jag tror faktiskt att detta kan gälla för de flesta specialiteter):

A. Nödvändiga karaktärsdrag

Varje anestesilog (detta måste egentligen gälla varje doktor) måste äga dessa karaktärsdrag för att kunna utöva sitt yrke på ett säkert sätt inom anesthesi, intensivvård eller smärtkliniken. Om denne/denna saknar någon/några av dessa karaktärsdrag anses han/hon inte vara kompetent att utöva sitt yrke på ett säkert sätt. Anesthesiologen (doktorn) måste:

1. vara hederlig och ha ett etiskt förhållningssätt;
2. vara pålitlig, medveten och ansvarsfull;
3. lära av erfarenhet;
4. i påfrestande situationer reagera på ett adekvat sätt;
5. vara dokumenterat fri från pågående alkoholmissbruk eller olaglig droganvändning;
6. ha förmåga att tillägna sig och handskas med information på ett självständigt sätt vid lämpliga tidpunkter och ha adekvata fysiska, sensoriska och motoriska färdigheter för att fungera självständigt som anestesilog.

B. Färdigheter som man tillägnar sig

Läkaren skall uppvisa följande färdigheter, eftersom dessa är väsentliga för att kunna arbeta som anestesilog, vilka utvecklas efter hand under utbildningen.

1. Kommunicerar effektivt med patienter, deras familjer samt medlemmar av vårdteamet.
2. Är angelägen om att fortbilda sig.
3. Är anpassningsbar och flexibel.
4. Är omsorgsfull och grundlig.
5. Är fullständig och för journal på ett riktigt sätt.
6. Har bredd i sitt tänkande.
7. Har ett sunt självförtroende.

C. Kunskap

Vad gäller kunskapsnivån säger man att de kliniska kompetenskommittéerna bedömer ST-läkarnas kunskaper då dessa genomgår kommittéernas utvärderingar. De skriftliga och muntliga examinationerna hos American Board of Anesthesiology mäter också om kunskapen är adekvat. Omfattningen av denna kunskap definieras i riktlinjer för examinationen.

D. Omdöme

Läkaren måste äga förmåga att erhålla väsentlig information från patienter och andra läkare och att integrera denna med sin medicinska bakgrundskunskap och kliniska skicklighet, så att detta ger diagnos och förståelse av olika tillstånd och utmynnar i ett säkert anesthesiologiskt handhavande.

Han/hon måste:

1. visa upp en sund bakgrundskunskap i allmänmedicin för att på ett relevant sätt kunna handskas med problem inom ämnet anesthesiologi;
2. inse vikten av preoperativ förberedelse inför anesthesi och kirurgi och föreslå rimliga åtgärder när förberedelserna är otillräckliga;
3. välja anestesidroger och andra nödvändiga droger och tekniker för ett rationellt och säkert anesthesiologiskt handhavande;
4. uppmärksamma betydelsefulla förändringar i anestesiförloppet och reagera på ett adekvat sätt;
5. ordinera och föreslå adekvat postoperativ vård;
6. ge adekvat konsultativt stöd till kritiskt sjuka patienter;
7. värdera, diagnostisera och välja adekvat behandling för akuta och kroniska sjukdomstillstånd.

Vid denna utvärdering bedöms varje ST-läkare efter denna mall av samtliga specialister som arbetat med honom/henne under månaden enligt en 3-gradig skala: 1. Otillfredsställande. 2. Kan förbättras. 3. Fullt tillfredsställande.

Längst ner på formuläret talas det om hur många dagar eller patientfall detta omdöme vilar på. Utöver det färdiga protokollet finns det plats för ytterligare subjektiva kommentarer. Man måste också kryssa i om man har/inte har diskuterat detta omdöme med sin ST-läkare (för att ge honom/henne chans att förbättra sig).

II Fakta 2

ST-läkarnas månatliga värdering av en färdig specialists undervisningsförmåga. Det är 12 punkter som värderas utefter en 5-gradig skala:

1. Behandlar patienter med respekt.
2. Använder sig av rationellt vetenskapligt tänkande.
3. Är entusiastisk inför anestesi som ämne.
4. Stimulerar ST-läkarens intresse.
5. Berättar om sådant som man förväntas lära sig.
6. Presenterar material på ett organiserat sätt.
7. Visar olika praktiska tillvägagångssätt.
8. Sörjer för att man utvecklar sin skicklighet.
9. Använder sig av frågor för att skapa funderingar
10. Skapar ett klimat av ömsesidig respekt.
11. Bidrar med konstruktiv kritik.
12. Ger specialhjälp när det behövs.

Vid utvärderingen bedöms varje specialist efter denna mall av samtliga ST-läkare som arbetat med honom/henne under månaden enligt en 5-gradig skala: 1. Poor. 2. Fair. 3. Satisfactory. 4. Good. 5. Outstanding. Längst ner på formuläret talas det om hur många dagar eller patientfall detta omdöme baseras på. Utöver det färdiga protokollet finns det plats för ytterligare subjektiva kommentarer.

mar rent teoretiska föreläsningar avseende lärobokskunskap samt 150 timmar i aktuella ämnen. Man har dessutom cirka fyra timmar/månad av kritisk artikelgranskning (150 timmar). Således totalt ca 600 timmar. Det ingår i arbetet att undervisa.

Klinikens samtliga färdiga specialister deltar i denna undervisning, till lika delar och på lika villkor. Resurser ställs till förfogande för detta. Varje specialist har åtminstone en dag i veckan som är avsedd för icke-klinisk verksamhet (non-clinical day), då han inte står på golvet i operationssalen eller på intensivvårdsavdelningen. Denna dag skall användas till att förbereda morgonföreläsningar, kongresser och konferenser, forskningsansökningar och projekt, till att arbeta med andra specialuppgifter inklusive olika typer av mötesverksamhet etc.

Vissa doktorer behövde flera icke-kliniska dagar i veckan. En doktor hade till exempel fyra icke-kliniska dagar (en mycket välrenommerad forskare) och endast en klinisk dag. Över huvud taget var verksamheten mycket välorganiserad. Det var inget spring på möten eller annat under de dagar som man skulle vara kliniskt verksam, för att som hos oss på ett ostrukturerat sätt lämna över det kliniska arbetet till någon annan och fördubbla bördan för denne. Däremot kunde man

naturligtvis byta icke-kliniska dagar sinsemellan.

Expertisen finns inom den egna kliniken

Fördelen med denna organisation är att den fördjupade lärobokskunskapen finns på det egna universitetssjukhuset och kommer till användning varje gång en viktig fråga kommer upp inom kliniken. Denna läroboksuppläsning kan naturligtvis läggas upp på annat sätt. Jag vet till exempel att man på University of Manitoba i Winnipeg, Kanada, använder hela fredagen (sex till åtta timmar) för grupp- eller katederundervisning av ST-läkare.

Ständig undervisning

Det är dock inte morgonundervisningen utan i stället den färdiga specialistens kontinuerliga undervisning av ST-läkare under hela dagen som gör störst intryck. Man arbetar två och två. ST-läkaren får inte självständigt ha ansvaret för patienter, eftersom han inte är färdig med sin utbildning. Den ansvarige är i stället den färdige specialisten. Den icke färdiga kirurgen har nästan alltid en professor som assisterar honom, diskuterar och talar om för honom hur han skulle göra, frågar ut honom, slipar hans teknik osv.

Jag uppfattade de amerikanska kirurg- och anestesi-ST-läkarna som oerhört duktiga redan tidigt i utbildningen,

vilket så här retrospektivt inte är särskilt förvånande. Som ytterligare exempel kan nämnas att den som lade vårt dagliga placeringsschema för ST-läkare och anestesispecialister på operation var president i »American Society of Anesthesiologists« (vår mest prestigefyllda samsammanslutning). Vid schemaläggningen följs en klart utstakad väg, och man håller noga reda på hur långt de 75 ST-läkarna har kommit, vad de kan och vad de behöver lära sig i morgon, nästa vecka osv. Detta visar vilken vikt man lägger vid utbildningsprogrammet. Från dag till dag byts handledare (instruktör), så att ST-läkaren under sin utbildning får arbeta flera gånger med samtliga färdiga specialister på kliniken. På så sätt kan han ta till sig klinikens alla färdigheter och specialknep.

Objektiv utvärdering

Varje månad utvärderas ST-läkaren av de handledare han arbetat med under den gångna månaden enligt ett färdigställt formulär (Fakta 1). Denna utvärdering är öppen och skall diskuteras med ST-läkaren för att han/hon skall få möjlighet att förbättra sig. De instruktörer som handlett ST-läkaren under den gångna månaden utvärderas också varje månad av denne/denna (Fakta 2). Varje månad arbetar varje ST-läkare med flera instruktörer, varför de får flera omdömen, säkert >3 stycken/månad, vilket ger >100 omdömen/3 år. Betyget som specialistinstruktör är dessutom oftast knutet till årskontrakt och löneförhandling. Genom detta system anstränger sig både färdig specialist och ST-läkare avsevärt, vilket skapar bättre resultat. Här finns alltså klara och tydliga incitament för både färdig specialist och ST-läkare.

Jag har sett utvärderingar där instruktörerna av ett 30–50-tal värderande ST-läkare fått ett genomsnittligt årsbetyg på 4,70–4,80 på en 5-gradig skala med tolv parametrar. För en svensk läkare är naturligtvis ett sådant omdöme svårslaget. Efter att ha sett de amerikanska doktorernas kontinuerliga undervisning på nära håll har jag dock svårt att tänka mig att någon svensk doktor i denna jämförelse (åtminstone initialt) skulle komma upp till ett högre genomsnittligt omdöme än 2–3. Detta slags undervisning är dock någonting man kan lära sig.

Det kan tyckas otrevligt att bli utsatt för en noggrann bedömning, men det är faktiskt stimulerande, framför allt genom den nära och givande kontakten med de tacksamma och oerhört receptiva ST-läkarna. Det är dessutom ett mycket rättvisare system. I Sverige råder mera godtycke. Personligen föredrar jag att bli objektivt och rättvist bedömd

framför att bli subjektivt och godtyckligt bedömd.

Belöning för kvantitet och kvalitet

Sjukhus är kunskapsintensiva enheter. Det är därför viktigt att man vårdar sitt intellektuella kapital. Alla vet hur det gick för Facit som inte riktigt trodde på datautvecklingen och därför inte investerade i denna kunskapssektor. De fortsatte i stället med skrivmaskiner och räknesnurror. Facit finns inte längre. I USA har man insett vikten av att införa arbetsgivaren hävda att läkaryrket är ett intellektuellt yrke, som måste vårdas. I denna vård ingår att uppvärdera intellektuella och inte bara praktiska insatser. Man får således olika många poäng för olika utbildningsinsatser under det gångna året, t ex föreläsning för sjuksköterskor, kandidater, ST-läkare, färdiga läkare, föreläsningar på kongresser och konferenser nationellt och internationellt, abstrakt, vetenskapliga artiklar, översikter, bokavsnitt etc. Dessa poäng summeras och ger ett extra lönetillägg till jul. Denna form av belöning för visade kvantitativa ansträngningar är allmänt förekommande i hela USA. Handledarskapet (instruktörskapet) kan inte belönas kvantitativt, eftersom alla gör samma kvantitet (hela dagen, varje dag), men väl kvalitativt. I verkligheten måste man nå godkända poäng kvalitativt för att få förnyat kontrakt på kliniken. Belöningar utgår till alla dem som levt upp till dessa kvalitativa krav, och man utdelar dessutom årligen ett mycket eftertraktat pris – »outstanding teacher of the year«.

Man kan fråga sig om man skall belöna insatser. Skapar inte detta bara egoism och otrevlig konkurrens och gör att man bekämpar varandra i stället för att samarbeta? I detta fall låter man individualismen tjäna kollektivismen. Man tjänar nämligen på att dela med sig. Man får genom att ge bort. Alltså ett intelligent sätt att låta egoismen tjäna altruismen. Dessa är inte längre motsatser utan verkar i samma riktning.

Konkurrens mellan sjukhusen

Orsaken till att man i USA har utvecklat detta undervisningssystem med noggrann utvärdering är säkert flerfaldig. För det första är det nog en juridisk fråga, stämningarna för felbehandling tvingar sjukhusen till förbättrad utbildning. För det andra kräver det mångkulturella samhället en rättvis och objektiv bedömning och förbjuder favorisering av någondera nationalitet eller kultur. För det tredje skapar utvärderingen en större ansträngning hos både lärare och elev och ger ett bättre resultat, vilket används i konkurrensen mellan de olika sjukhusen och universiteten. Sjukhusen

får nämligen betalt av staten för varje elev som de utbildar, vilket skapar konkurrens om de federala utbildningspengarna. Något sådant incitament finns inte för svenska universitet eller sjukhus. I USA sprids sjukhusens rykte som utbildningsplats med vindens hastighet, och det kan växla från år till år beroende på lärarnas duglighet. Den lärare som inte får goda vitsord byts genast ut mot någon bättre, för att sjukhuset skall hålla jämn och hög standard. Att plötsligt ett år få sämre vitsord som högklassig utbildningsplats kan nämligen innebära stora inkomstbortfall från staten, vilket man absolut inte vill riskera. Ett sådant scenario innebär också att de färdiga specialisterna själva tvingas utföra allt praktiskt arbete utan någon hjälp av ST-läkare. Det finns således flera kraftfulla incitament för god utbildning.

Vidareutbildning får kosta pengar

Man är också väldigt mån om de färdiga specialisternas vidareutbildning. Dessa har t ex skyldighet att vidareutbilda sig och åläggs att bevista åtminstone två av de stora kongresserna per år. På UCLA i USA fick under åren 1992–94 varje färdig specialist 3 000 dollar/år att fritt spendera på sin fortbildning (= 2,5 procent av lönekostnaden). I Australien berättade en svensk intensivvårdskollega att man förra året spenderade motsvarande 100 000 svenska kronor/år/färdig specialist i fortbildning av en årslön på ca 700 000 svenska kronor (= 15 procent av lönekostnaden). Denna ökade kostnad för australiernas del speglar nog i stor utsträckning deras höga resekostnader. Oavsett om man får tillbaka i ökade kunskaper vad man lagt ner i pengar visar detta ändå vilken vikt man lägger vid utbildning och fortbildning.

Tre hörnstenar i välfungerande sjukvård

Låt oss slå fast att för en väl fungerande sjukvård är åtminstone tre saker av hög prioritet:

- Doktorerna måste ha stor klinisk skicklighet för att patienterna skall få bästa tänkbara vård.
- God forskning måste till för att man skall kunna erbjuda bättre, och kanske billigare, vård i framtiden.
- Kunskapen måste föras över till nästa generation läkare om man skall kunna garantera en fortsatt god sjukvård, dvs undervisningen måste få stor plats och får inte betraktas som någonting som stjälar resurser.

Amerikanerna har tagit detta på allvar och betraktar i praktiken, och inte bara i teorin, klinisk skicklighet, undervisning och forskning som lika viktiga bitar av verksamheten. Detta visas av att meri-

terna inom dessa områden väger lika tungt vid tjänstetillsättningar. För att detta skall vara möjligt måste de tre verksamhetsområdena utvärderas noggrant på ett objektivt sätt. Den kliniska skickligheten utvärderas av handledarna (instruktörerna) under den 3-åriga utbildningen plus genom de senare nationella testen. Undervisningsskickligheten utvärderas som beskrivits ovan och forskningsskickligheten kvantitativt och kvalitativt som i Sverige. Det intelligenta i detta sätt att betrakta verksamheten förstärks av det faktum att de olika delarna ömsesidigt betingar varandra. På så sätt kan en satsning på den ena biten också ge utdelning i form av de två andra. T ex ger god undervisning och god forskning upphov till förbättrad klinisk skicklighet. God klinisk skicklighet och god forskning förbättrar undervisningen osv. Självklart kan man inte vara duktig på allt, men för att få en anställning på ett universitetssjukhus i USA måste man vara duktig på två av tre delar, antingen 1. klinik + undervisning, 2. klinik + forskning, eller 3. undervisning + forskning.

En fjärde hörnsten i USA-modellen

Förutom de rent innehållsmässiga uppgifterna, klinisk skicklighet, undervisning och forskning, som alla deltog i, finns det många andra uppgifter av mera ledande och administrativ art på en klinik. Till dessa uppgifter försökte man använda tillgängliga specialister. Detta blir den fjärde uppgift som den amerikanske specialisten har att sysselsätta sig med och gör att han/hon »går på fyra ben«.

Man har, som i Sverige, färdiga specialister som chefer för t ex olika operations-, postoperations- och IVA-avdelningar. Dessa kallas director of Men för de olika kommittéerna för kvalitets-säkring, utvärdering av ST-läkares kliniska skicklighet, utvärdering av de färdiga specialisternas undervisningsförmåga, ST-läkarnas utbildningsprogram, djurlaboratoriet, klinikens forskningsprogram, »visiting professorship-program, audio-visuella hjälpmedel, mortalitet och morbiditet osv, utses också till varje kommitté en färdig specialist som »director of ...«. Dessa uppgifter är alltså ganska likvärdiga och medför viktiga maktpositioner där varje doktor har sin egen nisch. Men förutom att fördela makten på kliniken och ge varje doktor ett alldeles eget ansvarsområde är detta ett sätt att ta tillvara och utveckla de färdiga specialisternas kreativitet och begåvning inom ledarskap. Vissa uppgifter har högre status än andra, men eftersom man efter några år byter uppgifter kan man både skaffa sig ledarerfarenheter från många administrativa områden och

Tabell I. Jämförelse mellan amerikansk och svensk utbildning.

	CLA, USA	Sverige
Läroboksföreläsningar	600 timmar	150 timmar
Handledning, instruktioner	ständig	minimal
Utvärdering av undervisning	>100 ggr/ 3 år	sällan
Utvärdering av ST-läkarens kliniska skicklighet	>100 ggr/ 3 år	sällan
»Board examination«	obligatorisk	ej nödvändig

stiga i karriären. En gång i månaden hålls sent på eftermiddagen ett 2–4-timmars »faculty«-möte, där samtliga specialister är närvarande och »chairman of the department« är ordförande. Då redogörs för läget i klinikens alla kommittéer. Dessa möten är noggrant förberedda och har hög intellektuell precision, dvs den föredragande specialisten vet vad han vill och presenterar hållbara och väl genomtänkta lösningar på problem, som sedan diskuteras.

Pedagogiska meriter kan ge professur

Att man inser vikten av att alla tre bitarna är välutvecklade på en klinik visas också av det faktum att inte bara forskningsmeriter utan också undervisnings- och kliniska meriter kan leda till en full professur. I själva verket har man ett ganska differentierat system för akademisk karriär. Efter att man har tagit sin specialistexamen (board examination) kan man – om meriterna i övrigt är goda – bli »assistant professor«. De flesta färdiga specialister som arbetar på en universitetsklinik är därför »assistant professors«. Efter ytterligare sex år har man möjlighet att ansöka om »associate professor«-grad, som innebär att man kan få en fast anställning på kliniken. Man kan då själv välja vad man huvudsakligen vill bli värderad utifrån, t ex sina forsknings- eller undervisningsmeriter.

Det finns alltså olika program, och man genomgår mycket hårda test, s k tenure review (tenure = fast anställning). Man kan sedan efter sex till tio år gå vidare till ett »full professorship«, med krav på utvecklat mentorskap och extensiv forskarhandledning. Om man inte klarar »tenure reviews« får man inte fast anställning utan får sparken. Man kan i vissa fall ändå gå kvar på kliniken på s k clinical appointment, som innebär vikariat ett år i taget till sämre lön. I USA är alla »assistant, associate och full professors« underställda och tjänar undervisningen av ST-läkare. Hela budgeten är upplagd efter detta. På anestesikliniken vid UCLA hade man därför praktiskt taget bara »assistant«, »associate« och »full profes-

sors«, som alla, utom »chairman«, deltar i allt kliniskt arbete. Detta är en stor skillnad mot i Sverige.

Små resurser för svensk ST-utbildning

Vid betraktande av det svenska ST-utbildningssystemet noterar man genast att det finns väldigt lite undervisningsresurser avsatta. I ämnet anesthesiologi och intensivvård skall varje kandidat genomgå en tvåveckors praktisk och teoretisk undervisning, och här till finns professors-, lektors- och amanuensresurser. Till ST-utbildningen, som sträcker sig över fem år, finns väldigt lite resurser, ingen professorstjänst, ingen lektorstjänst och ingen amanuensstjänst. Det finns en studierektorstjänst som har cirka en halv till en dag i veckan till sitt förfogande, men denna har huvudsakligen schemalägnings- och planeringsfunktion och innebär inga formella befogenheter att interferera i den faktiska utbildningen »på golvet«. Vidare noterar man att genomgång av kunskapstest av internationell standard inte är obligatorisk. Det finns en europeisk examen som man kan ta idag, men denna är frivillig. Det som avgör om man är kompetent att utöva yrket inom specialiteten är inte specialistföreningens praktiska och teoretiska test – som inom anglosachsiska och andra europeiska länder – utan detta avgörs av en svensk kommunaltjänsteman. Denna kommunala tjänsteman behöver inte vara läkare inom den aktuella specialiteten. Han/hon behöver inte ens vara läkare alls och är heller inte läkare i många fall. För att få ut ett specialistbehörighetsintyg räcker det med att denna kommunala tjänsteman garanterar inför Socialstyrelsen att vederbörande doktor nu är specialistkompetent (dvs har arbetat fem obligatoriska år inom specialiteten, inklusive randutbildning).

Bristfällig teoretisk utbildning i Sverige

För godkänd specialistexamen i Sverige krävdes tidigare sex nationella veckokurser (NLV) inom specialiteten (= 240 timmars teoretisk undervisning). Dessa kurser var naturligtvis nödvändiga och bra. Men de hade vissa svagheter:

– Kurserna hade för liten omfattning

och täckte inte hela kunskapsområdet.

- Doktorerna lyckades ofta komma med på NLV-kurserna först i slutet av sin utbildningstid, vilket var alldeles för sent. Man hade egentligen behövt dessa kunskaper redan från början.
- Kurserna avslutades aldrig med något egentligt kunskapstest, vilket garanterade att man tillägnat sig kunskapsmaterialet.

Dessa kurser hade ytterligare en nackdel: När man förlitade sig på »nationella experter« för att lära ut grundmaterialet (läroboksinnehållet) motverkade man att den fördjupade kunskapen om hela läroboksinnehållet rotade sig på den egna kliniken.

Emellertid, dessa obligatoriska kurser är nu borttagna av främst ekonomiska skäl, och ersatta av – vad? Jo, det finns ett litet utbud av s k SK-kurser som man kan söka. Men dessa ingår inte obligatoriskt i utbildningen längre.

För att motverka denna brist på utbildning har man vid vissa sjukhus på ett föredömligt sätt avsatt motsvarande 1–1,5 timmar i veckan för undervisning av ST-läkare, vilket innebär ca 50 timmar/år (borträknat jul + sommarmånaderna + en och annan röd dag). Detta motsvarar en fjärdedel av den amerikanska rent katedrala teoretiska utbildningen. Sedan tillkommer i USA den dagliga intensiva instruktörsundervisningen, som är svår att uppskatta i siffror. Det är svårt att föreställa sig vad denna lilla utbildningsmängd i Sverige i förhållande till USA ger för skillnad i kunskap. Men föreställ er att man under den normala 7-åriga grundutbildningen till läkare skulle avsätta endast 70 timmar/år i teoretisk utbildning under sju år. Under mellantiden skulle medicine kandidaterna arbeta självständigt, som under ST-utbildningen, och be om hjälp i praktiska och teoretiska frågor när de behövde. Vad skulle det bli för läkare med en sådan grundutbildning? Där någonstans, tror jag, har ni skillnaden mellan den svenska och den amerikanska specialistutbildningen. (Analogin är 50 timmar/år för en femårig specialistutbildning.) (Tabell I.) Dessa siffror är endast ungefärliga men ger en uppfattning om skillnaderna och vartåt vi bör sträva.

Sjukhusen tar inte sitt utbildningsansvar

En av orsakerna, det finns säkert flera, till att specialistutbildningen i Sverige är bristfällig och inte håller en internationellt tillfredsställande nivå är, tror jag, att respektive sjukhus och inte fakulteten är ansvarigt för ST-utbildningens utformning. Sjukhusen med sin rent eko-

nomiskt administrativa ledning har ingen kunskap om vilka medicinska krav som ställs av verkligheten och inte heller om hur utbildning bör bedrivas för att möta dessa krav. Sjukvårdsledningen är alltför fokuserad på kortsiktiga ekonomiska siffror om sjukvårdsproduktion och använder ST-läkarna som en resurs i denna kortsiktiga strävan utan att förstå betydelsen av deras långsiktiga utveckling. Sjukhusledningarna ställer således inte tillräckliga resurser till förfogande, huvudsakligen därför att de inte vet vad som är nödvändiga och tillräckliga resurser för en effektiv utbildning. Men att inte ge ST-läkarna en ordentligt genomtänkt och väl tilltagen utbildning medför ibland felbehandlingar, upptäckta och oupptäckta, vilket i bästa fall endast leder till att sjukvårdstiden blir utdragen och stjälar onödigt mycket resurser. Att förneka detta är att förneka att kunskap och utbildning har någon betydelse för sjukdomens förlopp. Detta sätt att tänka är således skadligt för hela sjukvården, vilket bör påpekas om och om igen. Med några enkla åtgärder skulle man säkert avsevärt kunna förbättra ST-läkarnas utbildning. Dessutom är jag övertygad om att med en effektiv specialistutbildning skulle tiden för utbildning kunna kortas ner avsevärt, kanske från fem till fyra år. Förutom de rent medicinska finns här antagligen också stora ekonomiska vinster att göra.

Klinisk forskning troligen bättre i Sverige

Jag fick dock många bevis på att svensk medicinsk forskning skattades mycket högt. I vårt svenska system gör doktorer under fyra till tio år väl genomarbetade experimentella och kliniska doktorsavhandlingar. Något sådant finns knappast i USA. Mycket av forskningen där görs i stället som experimentell eller grundforskning av »doctors of philosophy« (PhD), som i allmänhet inte är läkare. Nackdelen med detta är att man inte lika självklart kommer fram till de kliniskt viktiga studierna. Examen »PhD« i USA är dessutom mycket lägre än en svensk doktorsexamen och grundas på endast en vetenskaplig artikel. Försvaret av denna åhörs och bevitnas av endast ett fåtal personer. Med tiden blir dock dessa »doctors of philosophy« duktiga inom sitt område och får den absolut största delen av alla forskningspengar. Det är faktiskt mycket svårt för en amerikansk kliniskt verksam doktor att konkurrera med dessa om de stora forskningsanslagen.

Att ta sig igenom den etiska kommittén är också en omständlig procedur. Det tog hela åtta månader för oss att få vårt projekt godkänt medan det i Sverige säkert skulle ha godkänts inom en två-

till fyra veckorsperiod. Patienterna är inte alls så benägna att delta i studier som i Sverige. Följande scenario var vanligt i samband med skriftlig och muntlig information inför inkludering i studie: »It sounds very good, doctor, but not on me. Try another patient. I prefer the standard procedure, nothing special.« Slutligen var samarbetet mellan olika specialiteter, t ex kirurg–anestesiolog, inte lika självklart som i Sverige. Man inkluderar inte varandra i sina studier även om det gäller en gemensam patient, och man efterhör inte varandras åsikter. I stället är det t ex vanligt att kirurgen säger: »I don't want you to do research on my patients.« Det hela liknar mera ett krig i liten skala än samarbete. Här är några av de skäl till varför den kliniska forskningen troligen är bättre i Sverige. Där emot uppskattas god klinisk forskning i USA. Den utvärderas mycket noga och ger hög intellektuell status om den är bra.

Endast forskningen värderas objektivt

I svenska sakkunnigutlåtanden inför tjänstetillsättningar nämns alltid sökandens undervisnings- och kliniska skicklighet. Man får då ofta intrycket att sakkunniga har värderat dessa sidor mycket noggrant. Men som ni säkert förstått genom jämförelsen med USA är detta inte fallet. Det finns nämligen ingenting objektivt att basera sådana omdömen på. Ingen sakkunnig kan idag på ett säkert sätt värdera vare sig någons kliniska skicklighet eller någons undervisningsskicklighet. I Sverige har vi i stället ett meriteringssystem som i praktiken premierar endast forskning. Docentur och professor baseras på forskningsmeriter. Likaså var på universitetssjukhus dessa meriter tidigare nödvändiga också för en rent klinisk chefstjänst. Numer tas i stället stor hänsyn till s k administrativa eller fackliga meriter för sådana tjänster. Så länge det är på detta sätt kommer säkert också undervisningen att prioriteras ner till förfång för ST-läkarens kliniska skicklighet och frustrationsnivå.

Enkla åtgärder till förbättring

Den svenska specialistutbildningen är inte väl genomtänkt och har för liten omfattning. I planen har ingått att utbilda med hjälp av svenska »experter« från olika sjukhus, vilket dock visat sig vara för dyrt på grund av resor, hotellkostnader, föreläsararvode, lokalhyra osv. Därför har den idag fått ännu mindre omfattning än tidigare. Den skulle troligen med några enkla åtgärder kunna avsevärt förbättras. T ex skulle man, som i USA, kunna lägga ut ansvaret för undervisning i grundmaterialet på klinikens

samtliga färdiga specialister, ett till två nya avsnitt per termin under tre till fyra år. På så sätt skulle också föreläsningsskickligheten utvecklas hos klinikens samtliga doktorer. Men detta kräver resurser för föreläsningsförberedelser. Kanske vore en »icke-klinisk dag« i veckan något att ta efter. Vidare borde man basera alla sakkunnigomdömen om någon doktors kliniska skicklighet och undervisningsförmåga endast på objektiva kriterier, vilket skulle nödvändiggöra en kontinuerlig och likformig utvärdering av den undervisade och den undervisande doktorn, till förmån för förbättrat kunskapsinhämtande. Vidare borde test utförda av vederbörande specialistförening bli obligatoriska för godkännande av specialistexamen.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Läs kommentar till denna artikel på sidan 2966.