

# Rehabiliteringsmedicin har nästan försvunnit från KIs läkarutbildning

■ I en debattartikel i Läkartidningen [1], som tar upp utformningen av den nya läkarutbildningen vid Karolinska institutet (KI), framför studenter oro för att de minskade tiderna för basämnena leder till brister i kunskaper i viktiga kliniska ämnesområden. Som exempel lyftes termin 9 fram där ämnena psykiatri, neurologi och ögon/öron fått reducerad tid. Av replik av KIs programdirektor [2] försäkras att det sammantaget ges en bra grundutbildning i de tre ämnesområdena på KI och att detta sker inom en helhet som omfattar flera års arbete innan läkaren arbetar helt utan handledning.

**Vi beklagar givetvis** att de tre ämnesområden som exemplifieras har fått ett så litet utrymme på den nya grundutbildningen att studenterna kunnat handlägga endast ett fåtal patienter självständigt under kursen. Här måste dock lyftas fram att ett ämne och tillika klinisk specialitet helt försvunnit som läroämne inom grundutbildningen för läkare vid KI. Rehabiliteringsmedicin, som i tidigare utbildning omfattade en vecka, har nu fyra timmar på termin 9 och några timmar på termin 11 och är inte längre ett examinationsämne.

**Rehabiliteringsmedicin** är en av de fyra specialiteterna inom neuroområdet. Det kliniska uppdraget rör patienter som »har långvariga komplexa funktionsnedsättningar« och omfattar i första hand fyra områden – rehabilitering efter förvärvade hjärnskador, ryggmärgsskador, långvarig smärta och vuxenhabilitering.

Det kliniska uppdraget har stadigt vuxit och omfattar nu i de flesta regioner en stor slutenvårdsvolym och en omfattande öppenvårdsverksamhet. Rehabiliteringsmedicin

## Bristande baskunskaper hos studenter från Karolinska institutet?

REPLIK:

### KI har valt en balanserad väg

SLUTREPLIK OM LÄKARUTBILDNINGEN VID KAROLINSKA INSTITUTET:

### Valfrihet kan inte ersätta klinisk baskunskap

Stort engagemang i läkarutbildningen vid Karolinska institutet speglas i de senaste veckornas debatt.

är huvudaktör i vårdkedjor som omfattar såväl akuta vårdinstanser, som t ex neurointensivvård, som primär- och företagshälsövård.

**Kunskapsmassan växer** snabbt beträffande det neurobiologiska underlaget för läkning efter skador i nervsystemet liksom för långvariga smärttillstånd och beträffande de psykologiska och sociala konsekvenserna av dessa tillstånd. En utveckling av kunskapen sker även inom området medfödda neurologiska sjukdomar genom olika molekylärbiologiska framsteg. Evidensbasen för reha-

biliteringsmedicinska interventioner förbättras kontinuerligt och är nu väl i paritet med situationen inom flertalet andra specialiteter.

Mot denna bakgrund är det förvånade att konstatera att ämnet rehabiliteringsmedicin nästan försvunnit från kartan vid KI – dvs inte noteras i översikten av termin 9 och att studenter på KI inte ens vet att ämnet saknas på terminen.

Avvecklingen vid KI kontrasterar till utvecklingen i övriga Europa. Vi är övertygade om att behovet av rehabiliteringsmedicinsk kompetens kommer att öka och an-

ser att detta måste återspeglas i en grundutbildning för läkare som gör anspråk på att vara modern.

**Kristian Borg**  
Kristian.Borg@ki.se

**Jörgen Borg**  
professorer  
i rehabiliteringsmedicin,  
Karolinska institutet

#### REFERENSER

1. Johansson M, Källström EN, Rutegård M. Bristande baskunskaper hos studenter från Karolinska institutet? Läkartidningen. 2009;106:223-4.
2. Nilsson G. KI har valt en balanserad väg. Läkartidningen. 2009;106:225.

#### REPLIK:

## Rehabiliteringsmedicin en integrerad del

■ De tre studenter som skrivit debattartikeln (LT 4/2009, sidorna 223-4) har nu hunnit gå sin valbara fördjupningskurs (LT 6/2009, sidan 375) och upplevt de mervärden som vi eftersträvar. De skattar kursen mycket högt, liksom flertalet av studenterna, och understryker vikten av det »småskaliga formatet«, att kursen ger möjlighet »att nå den nivå inom ett ämnesområde som gör det möjligt att patientsäkert utföra våra framtida arbetsuppgifter«.

Trots detta leder vår samlade utvärdering av den nu

aktuella terminen till att baskurserna ges ett större utrymme. Detta införs successivt under 2009.

**Borg och Borg beskriver** på ett bra sätt i sin kommentar dilemmat mellan å ena sidan olika ämnesföreträdares intresse av ökad undervisning i sitt ämne, å andra sidan ett tilltagande »curriculum overload« som vi har ett gemensamt ansvar för att hantera. Dilemmat tilltar i rask takt genom patienternas ökade förväntningar, hälso- och sjukvårdens ändrade arbets-

sätt, en exponentiell tillväxt av det medicinska kunskapsfältet, läkarnas ändrade arbetssätt, nya krav från studenter, liksom förändringar i samhället i stort. Ett närliggande exempel är det obligatoriska examensarbetet på en hel termin, som nu på goda grunder är en del av utbildningen.

**Rehabiliteringsmedicin** ingår som en integrerad del av den nu aktuella kursen. Kursplanen anger att målen innefattar »det som är vanligt och viktigt inom klinisk verksam-

het inom ... neurologi ... samt delar av rehabiliteringsmedicinen».

De specifika målen innefattar »... att bedöma rehabiliteringsbehov och rehabiliteringsmöjligheter«, samt »att kunna bedöma behovet av rehabilitering och behovet av samarbete med andra yrkeskategorier«.

Ämnet ingår således i kursen och tas även upp i andra delar av utbildningen. Omfattningen kan alltid ställas i relation till andra ämnen. En balansering av detta görs fortlöpande av ett för kursen eget kollegium av läkare och studenter.

**Av Högskoleverkets sju** huvudteman vid utvärdering av läkarutbildningarnas innehåll och struktur är de, i det här sammanhanget, tre viktigaste:

1. undvikande av »curriculum overload«, vilket kan åstadkommas genom en
2. hög grad av ämnesintegration och
3. användning av exemplaritet.

De två sista huvudtemana används för att hantera »curriculum overload«. Vår debatt kring termin 9 som helhet och ämnet rehabiliteringsmedicin understryker detta. Vissa ämnen kan integreras på ett bra sätt i programmet – men får inte bli osynliga.

**Exemplaritet** är vår utgångspunkt för de valbara delarna på programmet. Den pedagogiska poängen är att om man grundligt förstått en karaktäristisk del av ett ämne kan man senare lättare skapa djup kunskap om en annan del av ämnet – men omfattningen måste vara väl avvägd. En modern läkarutbildning kräver en fungerande balans i dessa sammanhang. Något som KI värnar om i sitt kontinuerliga förbättringsarbete.

**Gunnar Nilsson**  
professor, programdirektor,  
Karolinska institutet  
gunnar.nilsson@sll.se

MSFs ordförande:

## Måste visa att utbildningen blir bättre

■ Läkarestudenter på Karolinska institutet har nyligen riktat kritik mot det nya läkarprogrammet (LT 4/2009, sidorna 223-4); SvD 24/1 2009). Studenterna har uppmärksammat att det ökade utrymmet för ledarskap och primärvård (SVK) fått till följd att grundkurserna får ta stryk.

**Läkarutbildningarna i Sverige** görs ständigt om för att anpassas till den nya verkligheten inom vården och för att följa Högskoleverkets riktlinjer. Den mängd kunskap som potentiellt finns att inhämta i dag på läkarprogrammet överskrider det som är möjligt att lära ut på så kort tid; man har fått en sk curriculum overload. Till följd av detta har man fått snäva in vad som är baskunskap och som man måste kunna när man slutar och vad som lämnas till den enskilde att lära in under sin framtida yrkesbana.

**I stället för detaljläring** försöker man i dag fokusera på förståelse och på att studenterna ska få verktygen för att tillförsäkra sig kunskap. Dessutom har man försökt ge studenterna större frihet att själva kunna forma sina utbildningar efter eget intresse.

Som en naturlig del av att vara bättre förberedd för morgondagens vård ingår mer ledarskap och primärvård. MSF skulle gärna se mer inslag av ledarskapsutbildning än vad som finns i dag, men inför alla utökningar måste man hålla kvalitetstanken i bakhuvudet.

**Det stora problemet**, som alltför ofta uppstår när man ska korta ner en kurs, är att vissa kursledningar inte är med på noterna. Deras kurser är ju de viktigaste under hela utbildningen och går inte att minska ner. Det som händer då är att kursledningen helt enkelt

halverar antalet föreläsningstimmar men försöker lära ut exakt samma stoff som innan, gärna genom att ha en alldeles för lång power point-presentation. Föreläsarna klagar inför studenterna på att de har för lite tid, vilket sprider en negativ inställning i föreläsningssalen och gentemot de nya programmen. Det bör poängteras att ovanstående inte gäller för alla kursledningar, många har skött omställningen ypperligt.

**När man får mindre tid** till sin kurs måste helt enkelt kursledningen, gentemot studenterna, gilla läget och göra det bästa av situationen. I det ingår att helt definiera om de kompetenser som studenten behöver ha med sig efter avslutad kurs, inte bara att halvera antalet timmar. Rimligen måste man därför sälla i det gamla core curriculumet. Vidare måste man se över det sätt som man förmedlar kunskapen på. Det kanske krävs att kursen helt läggs om i sitt upplägg för att man ska kunna förmedla det man vill lära ut. Allt handlar inte om hur mycket tid man får utan även om hur man använder den.

När ett program läggs om kommer studenterna över lag att vara negativt inställda. Detta kommer ur en oro för att deras utbildning inte är likvärdig med den som getts i de gamla programmen. Det är då av stor vikt att ansvariga för utbildningen tar till sig den kritik som studenterna framför och förbättrar det som behöver förbättras. Alltför ofta får man som student höra att ja, det kommer att bli bra till slut, låt det bara gå ett tag – varpå ingen förändring sker. Studenterna känner då en maktlöshet och förstår inte poängen med kursutvärderingarna.

**Studenterna kommer inte** att läsa samma utbildning som tidigare årskullar läst. Målet är att studenterna kommer att få en bättre utbildning än förut. Nu är det upp till fakulteterna att visa detta för studenterna och motivera dem samt att ta itu med de problem som finns bland vissa kursledningar.

**Yosef Tyson**  
ordförande,

Medicine studerandes förbund  
yosef.tyson.339@student.ki.se

## Insiktsfulla studenter

■ Tre insiktsfulla och modiga läkarstudenter delger sina synpunkter på den nya utformningen av termin 9 så som den bedrivs på KI sedan något år tillbaka (LT 4/2009, sidorna 223-4). De är speciellt missnöjda med den nedskurna undervisningen i neurologi, ögon samt öron-, näs- och halssjukdomar. Endast 14 dagars neurologi och vardera sju dagar för ögon- och öron- kurserna. Vad kan man hinna lära och öva på så kort tid?

**Att på ÖNH-kursen** i bästa fall få tillfälle att undersöka och

handlägga ynka 1-2 patienter är näst intill parodiskt. Visserligen finns det sk studentvalda fördjupningskurser (SVK), men man får välja att fördjupa sig i endast ett av de nämnda ämnena. Så kan därför viktiga baskunskaper och undersökningsmetoder rörande ÖNH-sjukdomar, hörsel- och balansrubbningar m m helt och hållet försummas. Det är faktiskt viktigt att flertalet blivande läkare kan göra en godtagbar preliminär bedömning av sjukdomsfall av denna typ. De utgör nämligen en mycket väsentlig del i

»Polikliniken öppnar kl 10.00 och Akademiska Bokhandeln kl 09.00. Om du passar på när de öppnar och köper en lärobok i öronsjukdomar så hinner du att slå i dig det viktigaste.' ... Så talade en av den tidens auktoriteter.«

en primärvårdsläkares dagliga verksamhet.

**De besvikna studenterna** nämner även sina tidigare kontakter med sådana patienter under primärvårdsundervisningen men menar att denna »inte varit strukturerad utan av mycket varierande innehåll. Exempelvis kan en läkarstudent före ÖNH-momentet undersöka med otoskop utan att ha undervisats i handhavande eller normalbild på ett systematiskt sätt. Det är helt enkelt svårt att uppnå en integration utan att studenterna har de baskunskaper som krävs«.

Frågan är om dessa brister kan repareras under de kommande sju undervisningsdagarna på KI. En betydligt mer omfattande undervisning ges på motsvarande kurser i Lund, Göteborg och Umeå enligt en jämförande tabell i studenternas artikel.

**Denna för specialiteten** miserabla situation på KI kommer mig att tänka på hur det var för 100 år sedan då ÖNH-specialiteten avknoppades från kirurgin beroende på det ökade behovet av livräddande och hörselbevarande ingrepp vid komplicerade otiter. Det var inte ovanligt att maktfullkomliga kirurgchefer var obenäga att dela med sig av sitt revir.

En av dem var Karl Gustaf Lennander i Uppsala. Han hade en underläkare som just var på väg till Stockholm för att tillträda ett vikariat. Resan blev på Lennanders order

hastigt inhiberad på grund av en akut vakans på den egna kliniken. Vederbörande beordrades att i stället redan dagen efter inställa sig för att överta ansvaret för den kirurgiska polikliniken.

Den unge kollegan invände »men det kan ju komma öronfall och sådana har jag ingen erfarenhet av«. Svaret blev: »Polikliniken öppnar kl 10.00 och Akademiska Bokhandeln kl 09.00. Om du passar på när de öppnar och köper en lärobok i öronsjukdomar så hinner du att slå i dig det viktigaste. För övrigt vill det bra stor otur till om du skulle få något svårare fall första dagen.« Så talade en av den tidens auktoriteter.

**Förvisso** har förutsättningarna för specialiteten ändrats sedan dess och även vidareutvecklats med nya kunskaper samt nya undersökningsmetoder och behandlingar. En basutbildning på endast sju dagar kan förvisso sägas vara något mer patientanpassad än en timmes läroboksstudier men inte särskilt mycket, förefaller det. Bristande instrumentell träning och kontakt med endast ett minimalt antal akuta ÖNH-fall kan innebära en dyster framtid både för de blivande läkarnas kompetens inom en praktiskt viktig specialitet och framför allt för kommande patienters behov och önskemål.

**Studenterna har så rätt** när de skriver »det bästa sättet att träna sin läkarroll är det praktiska mötet med patienter«. Det visar att studenterna är måna om sin utbildning och sin kommande verksamhet. Genom sin artikel visar de ett ansvar, som deras nuvarande lärare och schemaläggare tycks sakna och vars ambitioner förefaller sväva högt över dagens kliniska verklighet och framtidens behov av kompetenta läkare.

**Nils Gunnar Toremalm**  
professor emeritus  
i ÖNH-sjukdomar, Lund  
n.toremalm@telia .com

**SLUTREPLIK OM PRIORITERINGAR I VÄSTERBOTTEN:**

## Gör bättre nästa gång

■ Landstingsdirektör Sofie Edberg har i allmänna ordalag kommenterat behovet av att göra prioriteringar i sjukvården och att både verksamhet och politisk ledning ska vara inblandade i detta (LT 5/2009, sidan 296). Vi har på intet sätt ifrågasatt att prioriteringar behöver göras både i sjukvården och i landstingsvärlden och i samhället i stort, och att politisk ledning och verksamhetens företrädare där båda har viktiga roller.

**Vi har däremot på ett antal** konkreta punkter kommenterat och haft kritiska synpunkter på hur prioriteringsprocessen drevs och forcerades fram i Västerbottens läns landsting under hösten 2008 (LT 3/2009, sidan 126). Avsikten med den kritiken var att öka chansen att en liknande process i framtiden, i Västerbotten eller i andra landsting/regioner, ska kunna gå bättre och mera trovärdigt fram, inte minst mot bakgrund av den glättade bild av processen som företrädare för landstingsledningen tidigare målat

upp i detta medium (LT 45/2008, sidan 3180; LT 48-49/2008, sidan 3510).

**I ett helt annat sammanhang** fällde socialminister Göran Hägglund häromdagen repliken »Det är bättre att göra rätt än att göra fort«, och det borde väl gälla även för den form av planering och prioritering i sjukvården som vi diskuterar här.

**Erik Bergström**  
docent, överläkare, barn- och ungdomskliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

**Kurt Boman**  
professor, överläkare, Medicin-geriatrik, Skellefteå lasarett

**Rune Dahlqvist**  
professor, överläkare, Läkemedelscentrum, Norrlands universitetssjukhus, Umeå  
rune.dahlqvist@pharm.umu.se

**Lisbeth Slunga Birgander**  
docent, överläkare, Arbets- och beteendemedicinskt centrum, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

## Vart ska jag skicka remisserna?

■ I arbetet som husläkare i Stockholmsområdet blir jag allt mer frustrerad över att inte veta vart jag ska skicka mina remisser för att få en specialistbedömning inom rimlig tid. Var gör man arbetsprov, opererar ljumskbräck, bedömer svår psoriasis, fryser vårtor, gör fertilitetsutredningar, opererar diskbräck eller spinalstenos, åtgärdar fula tänder eller i princip vad som helst? Ska man ha detta i huvudet när det hela tiden ändras, nu senast då storsjukhusen införde remisstopp? Det är faktiskt inte rimligt att ägna en stor del varje dag

att jaga bästa möjliga vård och ändå ofta få remissen i retur då man inte har möjlighet att uppfylla vårdgarantin.

En lösning som jag nu ska praktisera är att skicka remisserna direkt till vårdgarantikansliet där man har en bättre överblick.

Jag tror att det är det bästa man kan göra om man vill att ens patienter ska få optimal vård och man själv ska hinna träffa lite nya patienter!

**Jesper Zetterquist**  
specialist i allmänmedicin,  
Näsbypark  
jesper.zetterquist@näsbyparkshlm.se