



Sjukhusen i Östersund, Sundsvall och Sunderbyn ska ta emot de medicinstudenter som inte riktigt får plats i Umeå. De tre sjukhusen ska nu anpassas till sin nya akademiska uppgift, och de hoppas också att få behålla läkare efter avslutad utbildning.

Medicinstudenter i Umeå utlokaliseras till andra sjukhus

Om några år kommer en tredjedel av Umeås medicinstudenter att tillbringa halva sin utbildningstid på annan ort. Genom att förlägga den kliniska utbildningen till sjukhusen i Östersund, Sundsvall och Sunderbyn ska kvaliteten på undervisningen öka. Landstingen hoppas för sin del kunna rekrytera fler läkare.

Läkarprogrammet i Umeå är inne i en kraftig expansionsfas. 20 nya platser tillkom i fjol och ytterligare 17 platser i år. Från och med i år tar man in 100 studenter varje termin på landets nordligaste läkarutbildning.

Baksidan är att det börjar bli trångt inne på Norrlands universitetssjukhus i Umeå, där studenterna gör merparten av sin kliniska utbildning. Redan i dag, med 80 studenter per termin, blir tiden per patient för varje student knapp.

– Vi har vidtagit åtgärder för att säkerställa kvaliteten, som att öka lärartätheten och anpassa schemalaggingen. Men nu upplever vi att gränsen är nådd. Vi vill helst ta ett halvt steg tillbaka och bara ha 70 studenter per termin i Umeå, säger Thomas Brännström, program-

ansvarig för läkarutbildningen vid Umeå universitet.

För att bibehålla kvaliteten i utbildningen har universitetet därför tillsammans med landstingen i Jämtland, Norrbotten och Västernorrland beslutat att »regionalisera« de kliniska delarna av utbildningen. Det innebär att vardera 10 studenter från och med mitten av termin fem kommer att vara placerade i Luleå, Sundsvall respektive Östersund. Den praktiska undervisningen får de vid sjukhusen i Sunderbyn, Sundsvall och Östersund, medan delar av den teoretiska undervisningen kommer att ske genom distansföreläsningar från Umeå.

Enligt Thomas Brännström är målsättningen att fördelningen av platserna ska ske på frivillig väg, även om universitetet i sista hand har möjlighet att lotta ut studenterna.

– Som det ser ut nu överstiger intresset antalet platser. Det är både anknäpning till orten och mer tid med patienterna som lockar.

Medicine studerandes förbund (MSF) i Umeå är i grunden positivt till regionaliseringen, men ser samtidigt en risk att processen går så

fort att man inte kan garantera kvaliteten, säger Maria Ehlin Kolk, ledamot i styrelsen för MSF i Umeå.

– Det är viktigt att det blir en akademisk miljö vid de tre sjukhusen, med kompetenta handledare och föreläsare. Umeå har inte råd att tappa mer i kvalitet på den kliniska utbildningen. Vår handledningsenkät visar att många studenter redan i dag anser att den inte alltid är bra.

Från landstingens sida gör man ingen hemlighet av att man hoppas få behålla en del av studenterna inom den egna verksamheten när de är klara med utbildningen.

– Primärt handlar det om att vi måste utbilda fler läkare i Sverige, och då måste hela regionen backa upp sitt regionsjukhus. Men naturligtvis hoppas vi att vi ska få lättare att rekrytera läkare till länet, säger Kenneth Robarth, projektledare för regionaliseringen i Norrbottens läns landsting.

I Norrbotten kommer studenter som läser sina kliniska terminer där att få förtur till AT-tjänst. Landstinget har också gått ut med en garanti att det inte ska bli dyrare för studenterna än om de läser kvar i Umeå.

– Det som inte universitetet betalar, betalar vi.

Våren 2011 är det tänkt att den första kullen läkarstudenter ska flytta ut. Innan dess måste lokaler anpassas, handledare utbildas och i storleksordningen 30 nya lektorer rekryteras för placering på de tre orterna.

– Det finns ett stort antal disputerade läkare i alla tre landstingen och flera som jobbat som kursledare på andra läkarutbildningar.

Men vi kan inte i dag garantera att det kommer att finnas lektorskompetens inom alla områden på alla orter redan från början, säger Thomas Brännström.

Umeå universitet uppskattar att regionaliseringen kommer att innebära att varje plats blir omkring 50 procent dyrare. Finansieringen blir en förhandlingsfråga mellan universitetet och de tre landstingen.

– Vi räknar med att vi kommer att behöva satsa en del. Men då ska man veta att vi förra året betalade 115 miljoner för stafettläkare. Sett som en rekryteringsbefrämjande åtgärd borde det här kunna bära sig, säger Kenneth Robarth.

Michael Lövtrup

Försäkringskassan ska bli lättare att nå

Läkare ska kunna få namn och direktnummer till Försäkringskassans handläggare via Kundcenter från och med den första mars. Läkare får automatiskt besked om en patients avslag på sjukskrivningsärenden, om patienten så medger.

Kommunikationen mellan läkare och Försäkringskassan ska bli bättre vad gäller sjukskrivningsärenden.

Från och med den första mars ska läkare och handläggare via Försäkringskassans »Kundcenter för partners« (KCP) i Åmål/Säffle vid behov få ut namn och telefonnummer till handläggaren för ett enskilt sjukskrivningsärende. En handläggare ska kunna ringa upp en vårdcen-

tral och lämna ut sitt direktnummer om läkaren inte kan ta samtalet direkt.

– Vi måste ta större hänsyn till läkarens arbetssituation. Vi har fått mycket kritik från läkarhåll för att ha varit otillgängliga när det gäller behovet av kontakt i ett enskilt ärende. Nu ändrar vi på det, säger Siwert Gårdestig, programdirektör, Försäkringskassan.

Kundcenter i Åmål/Säffle blir även fortsättningsvis läkarens första instans och bedöms kunna svara på de flesta frågor. Eventuell direktkontakt mellan handläggare och läkare blir dock en färskvara, som gäller för just det aktuella enskilda patientärendet.

En nyhet sedan årsskiftet är att läkare automatiskt

underrättas om avslag på sjukskrivningsärenden parallellt med patienten, om

patienten så medger.

Marie Närlid

Läs mer på Lakartidningen.se

»Särskilda läkare bör bedöma arbetsförmåga«

Uppgiften att bedöma patientens arbetsförmåga bör inte utföras av behandlande läkare, anser Riksrevisionen som i en granskningsrapport rekommenderar regeringen att se över möjligheten att skilja på dessa uppgifter.

Det handlar om att samma läkare inte ska göra båda saker med samma patient, förtydligar projektledare Anders Viklund.

Varken Försäkringskassan eller behandlande läkare bedömer arbetsförmåga i förhållande till hela arbetsmarknaden tillräckligt ofta, enligt Riksrevisionen. Ett skäl som anges till detta i rapporten ska vara läkar-

nas dubbla roller i sjukskrivningssituationen.

Men att dela på uppgifterna är ingen god idé, anser Läkarförbundets ordförande Eva Nilsson Bågenholm:

– Det blir ett fruktansvärt otympligt system. Då ska patienten varje gång träffa två olika läkare.

Diagnos, funktionsnedsättning och arbetsförmåga hänger tätt samman, och den behandlande läkaren är den aktör som normalt har bäst kännedom om patienten, påpekar Eva Nilsson Bågenholm.

Elisabet Ohlin

Läs mer på Lakartidningen.se