

sätt hur mötet mellan vården och den hemlöse missbrukaren kan se ut i dag.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## Besök på Maria

Av Tobias Lindkvist

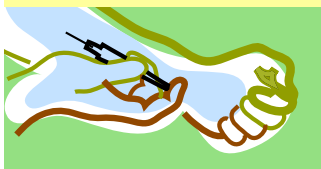


Illustration: Airi Illiste

*Jag är i sådant skick att jag är en fara för mig själv. Sitter apatisk i ett rum tre herrar doktorer, ganska nya går sin rond.*

– Vad heter du då?  
– Tobias Lindkvist.  
– Jag heter Dr Blomqvist, säger den första. Hur mår du? fortsätter han.

– Dåligt, svarar jag.  
– Varför då då?  
– Tabletter, droger, sprit och så metadon i sju månader som nu tagits ifrån mig.

De tittar uppifrån och ner på mig och den ena säger – Min bedömning är att du inte lider av abstinens.

Jag får gå min väg, lånar några kronor av ett par lodisar i väntrummet.

Vandrar ut, utan bostad, utan telekort, utan T-banekort, hungrig och trött.

Kommer ingen vart, vankraften och rådslan kryper fram.

### REFERENSER

1. Halldin J. De hemlösa har rätt till vård och omsorg. Stort behov av särskilda öppenvårdsmottagningar. Läkartidningen. 2000;97:932-5.
2. Vården för hemlösa – multisyjuka utan adress. Rapport 10/2 2008. Stockholm: Landstingsrevisorerna; 2008. <http://www.sll.se/sll/templates/NormalPage.aspx?id=47139>
3. Halldin J. Inrätta socialläkareteam i utsatta områden. Läkartidningen. 2008;105:2032-3.
4. Lindkvist T. Tankar och betraktelser från gatan. Stockholm: Debutförlaget; 2002.

## LÄKARUTBILDNINGEN:

# Förståelse byggs från grunden

■ Efter läkarutbildningen väntar allmäntjänstgöring eller underläkarvikariat. Så länge det svenska systemet inte radikalt förändras bör inriktningen därmed vara att förbereda studenterna väl inför de uppgifter som väntar närmast. Detta innebär rimligtvis en bred bas med fokus på status och anamnestagande för diagnostik och handläggning av vanliga samt farliga men ovanliga tillstånd inom åtskilliga specialiteter.

»Curriculum overload« på grund av ökad kunskapsmassa är en farhåga som MSFs ordförande Yosef Tyson och och Gunnar Nilsson, programdirektor vid Karolinska institutet, delar (LT 8/2009, sidan 526, respektive 4/2009, sidan 225), och, underligt nog, önskar bemöta genom att ersätta grundkursen med specialistutbildning redan på läkarlinjen. Men just eftersom kunskapsmassan ständigt växer ökar behovet av att prioritera och välja bort. Då ställs baskunskaper mot specialistkunskaper, och det torde vara uppenbart vilket av alternativen som passar det svenska systemet bäst.

**Tyson hävdar vidare** att ledarskapsutbildning förekommer under termin nio som ett eftersträvsbart moment. Välriktad ledarskapsutbildning skulle förvisso kunna vara värdefull, men förekommer inte i någon form under termin 9. Undervisningen inom professionell utveckling handlar inte om ämnen som organisationsteori, grupppsykologi och ledarskap utan om patient-läkarsamtalet, etiska dilemman inom vården och sociala aspekter av sjukdom. Denna bedrivs dock ofta i föreläsningsform och utan tydlig klinisk koppling.

Slutligen: att ställa detaljläring mot övergripande förståelse är en falsk dikotomi. Det är just genom så kallade

detalj-kunskaper som läkarstudenter utvecklar en fördjupad förståelse av olika sjukdomstillstånd.

Frånvaron av noggranna grundkunskaper ger således inte bättre förståelse, varken i dag eller på sikt. Förutvarande termin 9 med baskurser om totalt 14 dagar neurologi, 8 dagar ÖNH och 7 dagar oftalmologi är rimligen inte ett sätt att »fokusera på förståelse och på att studenterna

ska få verktygen för att tillförsäkra sig kunskap«. Det är snarare ett sätt att frånta studenterna möjligheten till djuplodande kunskaper och övergripande förståelse.

**Mia Johansson**  
**Elin Nissilä Källström**

**Martin Rutegård**

[martin.rutegard.860@student.ki.se](mailto:martin.rutegard.860@student.ki.se)

@student.ki.se

samtliga är läkarstudenter, termin 10, KI, Stockholm

## REPLIK:

# Morgondagens sjukvård ställer andra krav på läkaren än dagens

■ Sveriges läkarutbildning med tidig klinisk kontakt är unik och något vi bör värna om. Dock finns rum för förbättring. Morgondagens läkare kommer att stå under andra krav än dagens, och utbildningen måste rimligen leva upp till detta. De förändringar som görs måste utvärderas så att man kan rätta till där de inte har fungerat.

Steget efter utbildningen är AT, vilket grundutbildningen ska förbereda studenterna för. I dag finns ingen gemensam målbeskrivning för vad detta innebär. Därför arbetar MSF tillsammans med Läkarförbundet för ett framtagande av ett nationellt »core curriculum«, en nationell kunskapsbas för läkarutbildningarna i Sverige. Självklart med morgondagens läkare som utgångspunkt.

**Rutegård m fl hävdar** att MSF förespråkar mer specialistkunskap på bekostnad av baskunskap. De har då missförstått vad jag skrev. Vid »curriculum overload« måste man sälla vad som är baskunskap; det finns inte möjlighet att rymma in allt som fanns tidigare, det är det som är själva poängen med revideringen. Då det i dag inte finns möjlighet

att fördjupa sig inom alla områden lämnar man till studenterna att själva välja vilka områden som de vill fördjupa sig i.

**Ett reviderat curriculum** och minskad tid för baskurserna gör att detaljläring varken är möjligt eller eftersträvsvärt. Lyckas inte studenterna att med moderna pedagogiska metoder tillförsäkra sig den baskunskap och förståelse som krävs ser vi det som ett misslyckande från kursledningen. Den bör då se över sättet som kunskapen förmedlas på.

Ledarskap innebär många aspekter, även patient-läkarrelationen. Som läkare är det ditt ansvar att leda patienten igenom allt vad sjukdom, etik etc innebär. Har man inte fått en klinisk koppling bör utbildningsmomentet ses över.

MSF står fast vid att det inte alltid är utformningen av utbildningen som blir fel utan ibland utförandet och kursledningarnas ovilja till förnyelse. MSF står för en dynamisk utbildning, under ständigt utveckling till det bättre.

**Yosef Tyson**

ordförande,

Medicine studerandes förbund  
[yosef.tyson.339@student.ki.se](mailto:yosef.tyson.339@student.ki.se)