

Framtidens läkarutbildning – några kommentarer föranledda av en ny internationell studie

■ Resultatet av en ny stor studie om framtidens läkarutbildning har precis offentliggjorts vid en internationell konferens om medicinsk pedagogik i Singapore [1]. Studien har genomförts av Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching i USA och bygger på ett flerårigt forskningsprojekt där omfattande data samlats in om tillståndet inom läkarutbildningen i USA. Studien är en uppföljning av Abraham Flexners mycket inflytelserika rapport om läkarutbildningen som presenterades för 100 år sedan, år 1910.

Den nya Carnegiestudien föranleder några kommentarer om den diskussion som uppstått om svensk läkarutbildning. Två förhållanden förtjänar att kommenteras:

Läkarutbildningen som helhet, från kandidat till specialist, kräver tydlig nivådifferentiering för att skapa lärandeprogression.

Det vi nu ser bland annat på Karolinska institutet vittnar om ett mycket intressant förhållande: Specialisternas kamp om utrymme. Senast var det rehabiliteringsmedicin som utgöt sin förtvivlan över att ämnet förlorat plats, och därmed status i läkarutbildningen, ivrigt understödda av en annan specialitet, ÖNH, som också känner sig hotad och decimerad. Samma förhållande torde även råda för andra specialiteter.

Gunnar Nilsson (LT 4/2009, sidan 225) vid Karolinska institutet pekar på problemet med så kallat curriculum overload, och det omöjliga i att låta varje specialitet isolerat få det utrymme de själva anser sig behöva.

Yosef Tyson skriver i sitt inlägg (LT 8/2009, sidan 526) att »... kursledningen helt enkelt halverar antalet föreläs-



Illustration: Airi Illiste

»'Integretit' ... tycks vara ett tillstånd som sveper över västvärldens läkarutbildningar likt en pandemi, ibland utan nödvändig reflektion.«

ningstimmar men försöker lära ut exakt samma stoff som innan, gärna genom att ha en alldeles för lång power pointpresentation«. Tyson menar att företrädarna för enskilda specialiteter inte bara kan prata dubbelt så fort på hälften av tiden, utan i stället måste definiera om innehållet för vad studenterna faktiskt bör kunna på just den utbildningsnivå de befinner sig.

Det finns också risk för att samma stoff upprepas vid olika tillfällen på ett osystematiskt sätt, just därför att någon nivådifferentiering inte gjorts, med följd att redan beskuren undervisningstid inte utnyttjas optimalt.

I Carnegiestudien betonas mycket starkt vikten av att klargöra »learning outcomes«, vad ska en läkarstuderande kunna efter avslutad kurs, inte det innehåll som täcks av kursen och presenteras genom mängder av power pointbilder. Arbetet med att formulera denna typ av learning outcomes har starkt påskyndats i Sverige av det pågående Bolognaarbetet. Hur detta sedan faktiskt påverkar undervisningen är kanske i vissa fall fortfarande i behov av vidareutveckling.

Inom specialistläkarutbildningen har nu

Socialstyrelsen beslutat om nya målbeskrivningar för varje specialitet och antalet lärandemål har minskat från vad som fanns i de tidigare utbildningsböckerna. Det en ST-läkare ska kunna för att uppnå specialitetskompetens är nu indelat i 12 medicinska målgrupper, och därtill kommer – precis som på den grundläggande läkarutbildningen – ytterligare så kallade generella kompetenser (exempelvis kommunikation och ledarskap).

Tendenserna tycks vara relativt entydiga. Hela läkarutbildningens utbildningsmål görs tydligare. Detta ställer stora krav på att varje specialitet faktiskt kan differentiera mellan olika nivåer av lärande. Vad ska en kandidat klara av? Vad skiljer en kandidat från en AT-läkare? Vad skiljer en ST-läkare från en legitimerad läkare, et cetera? Just detta är ett av de viktiga budskapen i den kommande Carnegiestudien.

Samtidigt pågår en annan internationell utveckling som gäller sättet att organisera undervisningen. Det talas ofta om integration. Integration mellan basvetenskap och klinik, mellan primärvård och slutenvård, integration av ett professionellt förhållningsätt och en flora av generella kompetenser. Att behovet av integration är stort och helt i linje med den medicinska och samhällsliga utvecklingen råder det ingen tvekan om. Frågan är bara om pendeln riskerar att svänga alltför hårt och långt mot en överintegrering med stark fragmentering och uppsplittring som följd.

»Integretit« (ett inflammatoriskt tillstånd i utbildningen!) tycks vara ett tillstånd som sveper över västvärldens läkarutbildningar likt en pandemi, ibland utan nödvändig reflektion.

»Integretit« orsakas av en alltför omfattande integration som medför fragmentering och riskerar att leda till ytlärande, eftersom alltför mycket ska täckas in under integrationens kapp på begränsad tid.

Integration är viktig och av stort värde, men överintegration riskerar att utvecklas till ett patologiskt tillstånd.

Det är dags att tänka läkarutbildning från kandidat till specialist, att se läkarutbildningen som ett flöde, och det ska därför bli mycket intressant att se hur den nya Carnegiestudien kommer att mottas.

Enskilda specialiteters ställning är inte satta under dödshot, men de nya villkoren för läkarutbildningen – från kandidat till specialist – kräver verklig förändring när det gäller att definiera om innehållet i utbildningen. Enskilda specialiteter kan enkelt råda bot på detta genom att göra precis det Yosef Tyson så väl beskriver, och som kraftfullt understöds av Carnegiestudien: differentiera och anpassa innehållet till respektive utbildningsnivå.

Socialstyrelsen har initierat detta för specialistläkarutbildningen och det är nu dags för specialiteterna att anpassa sig efter utvecklingen även på grundnivå. Samtidigt är det viktigt att driva integration med omdöme och måttfullhet så att integrationen inte motverkar sitt syfte.



Jonas Nordquist
fil dr, medicinsk pedagog, ST-ledningen, Karolinska Universitetssjukhuset
jonas.nordquist@ki.se

REFERENS

1. Cooke M, Irby DM, O'Brien B. Educating physicians: A new vision for medical school and residency. San Francisco: Jossey-Bass; 2009. (In press.)