

**apropå!** EU:s ifrågasättande av Sveriges AT, som nu är under utredning

## Skrota AT till förmån för pre-ST

■ Allmäntjänstgöringen (AT) är uppskattad av både blivande läkare och deras arbetsgivare. Med tiden har dock förutsättningarna för läkarutbildningen och för yrket förändrats, vilket gör att frågan måste ställas: Har AT längre någon plats?

Som ett av få kvarvarande länder med AT-utbildning eller motsvarande är Sverige under EU-press för att få framtidens läkarutbildning att stämma överens med ett sexårigt utbildningskrav. Dagens ordning riskerar att underkännas och svensk legitimation inte godkänns för utrikestjänst. Efter examination måste en svensk läkarstudent genomgå AT-utbildning vid något sjukhus för att få sin legitimation. Ett obligatoriskt moment i utbildningen som är helt beroende av landstingens ekonomi och vilja att tillhandahålla AT-platser.

Långa vikariat i väntan på AT har blivit mer regel än un-

dantag. Vikariat där underläkare de facto har ett formellt större ansvar före AT än under. Det borde vara en orimlighet att en vikarierande underläkare eller AT-läkare handleder en ST-läkare tidigt i karriären, men detta sker på många sjukhus.

Kollegor från övriga Europa går direkt in på ST, trots ibland sämre möjligheter att självständigt kunna verka som läkare. Faktum är att cirka 60 procent [1] av alla svenska läkarlegitimationer utfärdas till utlandsutbildade. Detta innebär att svenska läkarstudenter kraftigt missgynnas genom senarelagd legitimation och ST-start. Rättssäkerheten i AT-examinationen är också bristfällig då varken Socialstyrelsen, universiteten eller Högskoleverket är huvudman.

Hur ska då den allmänt ansedda kvaliteten på nylegitimerade bibehållas? Tanken på

AT som enda form måste försvinna. Grundutbildningen måste förändras. Fixeringen vid att AT måste omfatta ett och ett halvt år eller mer efter examen måste upphöra.

Dagens kliniska läkarutbildning kan göras mycket mer effektiv. Med ett extra halvår skulle de sista 1,5 åren mycket väl kunna ha en AT-liknande form; region- och sjukhusens AT-läkare ersätts med sistaårsstudenter. Att försöka behålla studenterna på universitetssjukhusen även under den kliniska utbildningen är ett absolut fel-tänk – ingen blir lycklig av att i stora horder, anonym och sysslolös, vandra fram under förevändningen att det är en klinisk placering.

För att öka kvaliteten på framtidens läkare och säkerställa en godtagbar lägstanivå på alla legitimerade läkare på svenska sjukhus bör ett introduktionsår eller pre-ST bli

obligatoriskt för alla som ska påbörja en ST. På så sätt blir ingen missgynnad; svenska studenter blir legitimerade efter sex år som alla andra; kvaliteten kan bibehållas och till och med ökas också för de grupper som i dag inte får någon större praktisk klinisk vana före legitimation. För ökad patientsäkerhet och bättre utbildade framtida läkare bör AT ersättas – nu!

David Svaninger  
ordförande; AT-läkare, Södra Älvsborgs sjukhus, Borås  
david.svaninger@gmail.com

Elin Forslund  
utbildningssekreterare;  
AT-läkare, Örebro

Anna Bengtsson  
AT-samordnare; AT-läkare,  
Umeå; alla för Svenska Läkaresällskapetets kandidatförening

### REFERENS

1. Statistik över hälso- och sjukvårdspersonal 2008. Socialstyrelsen; 2009. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-125-21>

**apropå!** Genus och hjärtinfarkt

## Behandlingsåtgärder inte detsamma som resultat

■ När detta skrivs har medierna rapporterat att kvinnor får »sämre« behandling vid hjärtinfarkt än män. Behandlingsåtgärder är emellertid inte detsamma som resultat av åtgärderna. Vi bör hålla basfakta i minnet.

Enligt en rapport från Socialstyrelsen sjönk antalet hjärtinfarkter per 100 000 invånare både bland män och bland kvinnor 1987–2007, från 40 000 till 28 000 fall bland män och från 18 000 till 16 000 fall bland kvinnor [1].

Dödligheten i akut hjärtinfarkt var dubbelt så stor bland män i åldrarna upp till 80 år. Över denna ålder var dödligheten 1,6 gånger högre

bland män än bland kvinnor. (Att kvinnorna som drabbas av hjärtinfarkt i den högsta åldersgruppen är fler än männen beror på att det i den gruppen finns dubbelt så många kvinnor som män.)

Också när hjärtinfarkt har inträffat är dödligheten högre bland manliga patienter än bland kvinnliga i alla åldersgrupper från 50 år och uppåt, enligt Socialstyrelsens rapport. Nyligen redovisades från Umeå en analys av 8 630 fall av hjärtinfarkt i norra Sverige [2]. Den åldersjusterade överlevnaden efter individens första hjärtinfarkt hade ökat markant perioden 1985–2006.

Kvinnor hade bättre överlevnad än män såväl under akutperioden som vid uppföljning efter fem år i alla åldersgrupper till och med 64 år.

Vill man lägga genusaspekten på hjärtinfarkter förefaller mig frågan varför män drabbas så mycket hårdare än kvinnor vara den största. Hur mycket av skillnaden beror på biologiska förutsättningar och hur mycket är socialt och kulturellt betingat?

Skillnaderna har minskat de senaste 20 åren men är fortfarande stora. EU-kommissionen har publicerat en rapport som hävdar att 50 procent av männens för tidiga

godtagbar lägstanivå på alla legitimerade läkare på svenska sjukhus bör ett introduktionsår eller pre-ST bli

ga dödlighet kan förebyggas [3]. Problemet är att män är mindre engagerade i preventiva hälsoåtgärder än kvinnor. Kan detta ändras?



Foto: Colourbox

Stig Andersson  
specialist i allmänmedicin,  
MD, Säffle  
gits.joel@tele2.se

**Läs mer** Fullständig referenslista Lakartidningen.se