

Den nya läkarutbildningen – hellre reform än revolution

Regeringens utredare planerar en ny läkarutbildning utan AT, med legitimation efter sex år. Sätt inte dagens kliniska utbildning på spel i EU-anpassningens eller sjukvårdsekonominns namn. En förkortad utbildning devalverar läkarlegitimationen, framhåller läkarstudenterna Hannes Jansson och Karl Axel Lundblad.

Regeringen har tillsatt en särskild utredare för översyn av den svenska läkarutbildningen. I direktiven ställs krav på en minst sexårig utbildning [1]. Utredaren, professor Stefan Lindgren, presenterade sin grundsyn på ett möte i Lund den 10 april, anordnat av Medicinska föreningen i Skåne och Kandidatföreningen. En pedagogiskt reformerad sexårig läkarutbildning, ledande till legitimation utan AT eller nationellt avslutande prov, är det nuvarande arbetsutkastet. Vi vill här presentera några synpunkter på detta.

Utredaren underströk att framtidens legitimerade läkare inte får bli sämre än dagens. Under diskussionskvällen kom det dock fram att utredningen undersökt möjligheten att begränsa legitimerade, icke-specialiserade läkares förskrivningsrätt, vilket visade sig inte vara praktiskt genomförbart. Återstår fromma förhoppningar om bibehållen kvalitet trots minskad omfattning i meriteringen.

Utredaren slog fast att svensk läkarutbildning håller hög kvalitet. Därefter presenterades långtgående förbättringsmöjligheter, motiverade med framtidens förändrade krav. Vi vill problematisera dessa två utgångspunkter.

För det första: kvalitet? Svensk läkarutbildning erbjuder en i internationell

jämförelse omfattande klinisk utbildning. Men är däremot våra grundkunskaper i biokemi, fysiologi, anatomi och farmakologi lika goda som internationella studenters, trots mindre undervisning?

Läkarutbildningen i Lund har genomgripande reformerats sedan tjugo år [2]. Landets övriga fakulteter har antingen gått före eller följt efter. De prekliniska kärnkurserna i Lund har parallellt dränerats på ämnesföreträdare, undervisningstid och praktiska undervisningsmoment. Bristerna i dagens utbildning ligger i basvetenskaperna. Luckor måste fyllas i under klinisk tjänstgöring, vilket innebär dubbelarbete för studenten, förskjutet fokus i klinisk undervisning, och i värsta fall en patientsäkerhetsrisk. Kärnämnen har integrerats bort. Denna utveckling, som accelererades 1994 på grund av kraftigt minskade statliga anslag [3], kläddes dock i en attraktiv skrud av pedagogisk förnyelse [2, 4, 5].

Återstår en, än så länge, gedigen klinisk utbildning och AT – det som fått svensk läkarutbildning att stå stark i internationell jämförelse [1]. Ska nu också de kliniska specialistämnena integreras bort? Som utredaren uttryckte sig: »Vi måste sluta tänka i termer av avdelningar. Vi måste sluta tänka i ämnen.«

För det andra: framtidens krav? Förutom ett behov av kunniga, reflekterande och vetenskapligt skolade läkare – vilket dagens moderna kursplaner är inriktade på – vad anser man behövas? Vad motiverar ett avskaffande av AT och en ytterligare vingklipt klinisk tjänstgöring? Utredaren presenterade exempel på sin radikala kunskapssyn och ifrågasatte »den gamla bilden« av

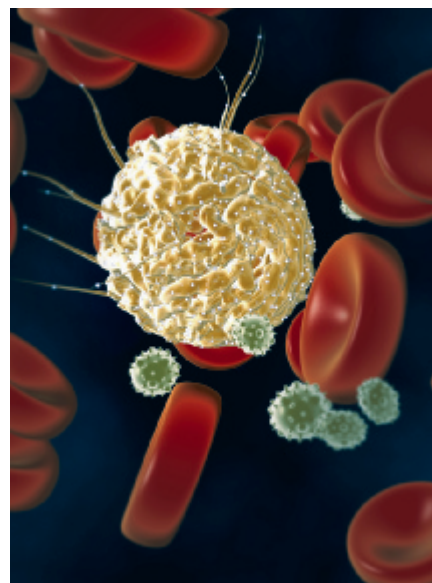


Foto: Medical RF/Com/SPL/IBL

Den legitimerade läkaren ska enligt utredaren vara som en »medicinsk stamcell« (bilden), som kan utvecklas efter behov.

att läkaren redan från grundutbildningen bör kunna »brett lite av alla områden«. Den legitimerade läkaren ska vara en »medicinsk stamcell«, som kan utvecklas efter behov. »Man behöver inte ha behandlingsboken i huvudet«, sade han.

Utredaren uttrycker en vilja att förbättra vår handledning genom att ersätta korta specialistavdelningstjänstgöringar med längre sammanhängande praktikperioder, gärna på landsorts-sjukhus. Vår bild är i stället att dagens engagerade kursansvariga specialistläkare på universitetssjukhus – starka ämnesföreträdare och pedagoger – är svensk läkarutbildnings styrka.

Är det inte så att vi i vår reformvilja riskerar att göra oss till nyttiga idioter och glatt, efter preklins partiella sammanbrott, demontera den kliniska utbildningen och, i förlängningen, läkarrollen?

Vad återstår då av hög kvalitet? Färdig läkare på sex år i stället för sju. Devalverad legitimation på examensdagen. Men ändå oinskränkt rätt att utöva läkaryrket, förskriva läkemedel, utfärda vårdintyg? Och snabbt vidare till ST, för att bli vad? Kirurg utan psykiatri-



HANNES JANSSON
läkarstudent termin 10, Lund
hannes.jansson.021@student.lu.se



KARL AXEL LUNDBLAD
läkarstudent termin 8, Lund

erfarenhet. Psykiater utan fördjupat kunnande från den somatiska vården.

Den »pre-ST« som planeras ersätta AT lämnar frågetecken. Kommer psykiatrin att kvarstå? Och varför ska vårt nationella AT-prov, som både utgör nationell kvalitetskontroll och möjliggjort amerikanskt godkännande av den svenska läkarutbildningen [6], tas bort?

Vi räds att utredarens radikala kunskapsyn, tillsammans med Sveriges Kommuner och landstings skrala kassa och Socialdepartementets vilja att skapa »förändringstryck« [7], i slutändan kan föra svensk sjukvård lika långt som svensk skola kommit på femtio år, och ta den svenska läkarkåren dit den svenska lärarkåren kommit.

Vi anser att framtidens läkare behöver samma grundläggande kompetens som dagens och gårdagens. Just att »kunna brett lite av alla områden« och besitta en basal behandlingsbok i huvudet, är förutsättningar för livslångt lärande och en trygg läkargärning. Dessa egenskaper står inte i konflikt med en vetenskaplig grundsyn eller den studentaktiverande undervisning som även vi drömmer om.

Låt oss förbättra vårt nuvarande system i stället för att, i den integrerande reformpedagogikens, EU-anpassningens eller sjukvårdsekonominns namn, revolutionera det. Varför devalvera läkarlegitimationen genom att göra en sjuårig utbildning sexårig? Som Stefan Lindgren skrev i Läkartidningen innan han blev särskild utredare: »En genomförd grundutbildning på sex år kan inte anses vara tillräcklig för att ge en allmän behörighet att självständigt utöva läkaryrket« [6].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Utbildningsdepartementet. Kommittédirektiv En förändrad läkarutbildning. Dir. 2011:96. Stockholm; 2011.
2. Lindgren S, Danielsen N. Från ämnesbaserad linje till resultatstyrt program. Läkartidningen. 2007;104:2693-7.
3. Högskoleverket. Läkarutbildningen i Sverige – hur bra är den? Stockholm: Högskoleverkets rapportserie 1997:29R; 1997.
4. Nordenström J, Lindgren S. Den svenska utbildningen bör anpassas till EU-reglerna: Sex år till legitimation. Läkartidningen. 2007;104: 753-4.
5. Halle C. Framtida behov av hälso- och sjukvård. Svenska Läkaresällskapets tisdagssammankomst 2012-03-27. Den nya läkarutbildningen. Websändning [nedladdad 15 apr 2012] <http://79.136.112.58/ability/show/qks/sls-27mars12/speed.asp>

Läs mer Fullständig referenslista
Läkartidningen.se

apropå! New Public Management och beslutsfattarnas tankestil

Kömiljarden kväver vårdkvaliteten

New Public Management är ett begrepp utan lukt eller smak. I fel sammanhang är det giftigt som arsenik, men med långsammare verkan. I korthet står begreppet för en företeelse som vuxit sig stark inom stora delar av den offentliga världen under några decennier.

Mycket förenklat kan man säga att New Public Management är den offentliga sektorns sätt att applicera näringslivets och den industriella produktionens arbetssätt. Man delar upp vårdprocesser i småbitar, formaliserar, kontrollerar, ställer upp mätbara mål och satsar hårt för att uppfylla dem.

Komplexa mellanmänskliga kvaliteter inom vård och omsorg plockas sönder, rätas ut, moduleras och blir till linjära, mätbara processer i abstrakta flödesscheman, där delarna i bästa fall hänger ihop med varandra, i sämsta fall är helt disparata.

Under senare år har det dessutom blivit allt vanligare att stat och landsting ger ekonomisk belöning till dem som uppnår uppställda mål. Kömiljarden är ett av många exempel, där staten vill belöna kliniker och landsting som når vissa uppställda mål för att minska värdköer. Målet är gott, men är medlen de rätta?

I ett aktuellt exempel från Kronobergs län framgår med förskräckande tydlighet att belöningssystemet inte är helt okomplicerat. Scenariot är följande:

Barn och ungdomspsykiatrin brottas i stora delar av landet med svåra köproblem på grund av ökade psykiska problem bland barn och ungdomar.

BUP i Kronoberg är inget undantag. När regeringen presenterade sin kömiljard insåg BUP-ledningen att de egna resurserna

inte skulle räcka till för att kapa köer till utredning och behandling, men man ville inte avstå från kampen om miljarden och beslöt därför att köpa utredningstjänster från det privata företaget Cereb AB. Till priset av 4–5 miljoner kr lyckades man såklara av köen till utredning, men insåg då att behandlingsresurser saknades.

Alltså blev man utan belöning, och det hela blev en rejäl förlustaffär med många missnöjda patienter och personal, som bland annat ifrågasatte kompetensen hos Cereb AB. Kunde det möjligen bero på att människor som söker vård fortfarande förväntar sig möten med närvarande, engagerade personer, inte med inhyrda testfunktionärer?

På lite håll ser det ut som om alla ansvariga gjort så gott de kunnat under de villkor som råder. Men för tio eller tjugoo år sedan hade ingen chef i detta land kommit på tanken att köpa in en enda modul (utredning) för att lösa ett komplicerat problem som rör barns psykiska hälsa. Jag vill påstå att



Foto: The Granger Collection/Topfoto

»Man delar upp vårdprocesser i småbitar, formaliserar, kontrollerar, ställer upp mätbara mål och satsar hårt för att uppfylla dem.« Bilden: Charlie Chaplin i »Moderna tider«.

det är den industriella produktionsandan som gjort denna typ av beslut möjliga, ja näst intill självklara.

New Public Management har satt ramarna för beslutsfattarnas tankestilar och sätt att närma sig problem av vitt skilda slag. Fixeringen vid mätbara mål och snabba resultat innebär inte sällan att det bästa blir det godas fiende: Den goda viljan att göra vården säkrare och effektivare hotar att beröva den dess personliga, mellanmänskliga kärna. Kvalitet blir till (pseudo)kvantiteter. Begrepp som mening och sammanhang i familj och samhälle riskerar att förlora sin innebörd.

Och kontrollapparaten för att säkra måluppfyllelse blir alltmer omfattande medan tiden för personliga möten blir allt snävare. Hur många goda terapeutiska möten hade inte 5 miljoner kr kunnat räcka till?

Christer Petersson
distriktsläkare,
Växjö
christer.petersson
@ltkronoberg.se

