

Läkarutbildningen bör i första hand utbilda läkare – inte prekliniska forskare

■ I LT 23–24/2012 (sidorna 1140-1) argumenterar Elias Eriksson mot den diskuterade omstruktureringen av läkarutbildningen. Huvudargumentet är att den tidigare läkarutbildningen har givit en grund för vidare forskning i prekliniska ämnen, men att dessa förutsättningarna minskar i de nya visioner som diskuteras.

Debatten är angelägen. Läkaryrket är, för att parafrasera Osler, en »konst som bygger på naturvetenskap«. Naturvetenskap utgör således en viktig komponent i yrket. Dock är detta inte tillräckligt.

När jag läste medicin på 1970-talet var utbildningen helt biomedicinskt inriktad med några enstaka kliniska bihang. Vi ser liknande utbildningar i dag i framför allt Östeuropa, där många svenska studenter får sin utbildning. Problemet är att läkarutbildningen främst är en utbildning till att vara läkare, inte en förberedelse för forskning i prekliniska ämnen. Den gamla utbildning som jag och många andra gick höll inte måttet. Konsekvenserna fick då rättas till under AT och specialistutbildning.

Frågan måste ställas: Vad innebär det att vara läkare? Utifrån svaret, eller kanske snarare svaren, på denna fråga måste utbildningen byggas.

Det centrala i att vara läkare är mötet med patienten. Fortfarande är den gamla regeln »ibland bota, ofta lindra, alltid trösta« grunden för allt. För att kunna göra detta krävs ofta goda biomedicinska kunskaper. Men de måste sättas i sitt sammanhang. Jag kunde en gång i tiden redogöra för de mest intrikata delarna av citronsyrcykeln, men jag har svårt att hävda att jag haft stor klinisk nytta av den kunskapen. Faktiskt ingen

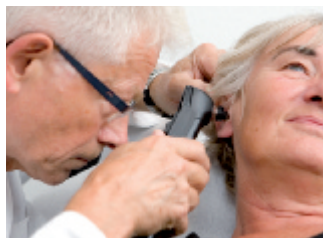


Foto: Colourbox

Mötet med patienten är det centrala i att vara läkare.

nytta alls, såvitt jag kan minnas.

Jag upplever emellertid dagligen frågeställningar som rör läkemedel och äldre, nya behandlingsprinciper för diabetes eller de lämpligaste laboratorieproven givet en viss frågeställning. Men jag måste kunna sätta detta i ett sammanhang: Att tolka och värdera vad som är meningsfullt att göra – i dialog med patienten, anhöriga och kollegor.

Detta var vad som lärdes ut i den »kliniska propedeutiken« och i olika utsträckning i de kliniska kurserna på min tid, men som aldrig hade någon prioritet. Men det är, såvitt jag förstår, dessa områden som Osler kallade »läkekunst« och som gör att läkarens yrke är långt mer än bara biomedicin.

Medicinen är också, i stor utsträckning, en humanistisk vetenskap. Proportionerna ser naturligtvis olika ut i olika specialiteter. Men även i mer ingenjörsmässigt präglade specialiteter är mötet med patienten, »den andre« för att citera Levinas, centralt.

Att kalla en omstrukturering där biomedicin får en annan roll för »avakademisering«, som Elias Eriksson gör, är ett osakligt argument och därför inte särskilt bra. Den läkarutbildning som utvecklats i t ex Linköping och Lund (och vid många ledande universitet internationellt, för den delen) är inte mindre akademisk än

den mer biomedicinskt inriktade, men inriktningen är annorlunda: fokus ligger på den kliniska vardagen.

Läkarutbildningen måste alltså i första hand utbilda läkare. Vad detta innebär och hur olika komponenter ska balanseras bör ständigt diskuteras. Om utbildningen dessutom kan ligga till grund för forskarutbildning i närliggande ämnen är detta ingen nackdel, men kan inte vara den avgörande principen.

Jag skulle vilja efterlysa konstruktiva lösningar på det problem Elias Eriksson diskuterar men utan att för den

skull offra läkarutbildningen. Det finns möjligheter att bygga broar, men inte till pris av en läkarutbildning som inte håller måttet. Och läkarutbildningen syftar väl ändå primärt till att utbilda läkare, inte prekliniska forskare?

Anders Jeppsson

leg läkare, specialist i allmänmedicin och socialmedicin;



doktor i medicinsk vetenskap; fil mag i socialantropologi; master i folkhälsovetenskap; forskare i medicinens historia vid Lunds universitet. Men: framför allt verksam kliniker! andjep@gmail.com

replik:

Vad tycker landets medicinska dekaner?

■ Jag är glad över att Anders Jeppsson menar att denna debatt är angelägen och att de problem jag tar upp kräver konstruktiva lösningar. Därmed håller han säkert också med om att ärendet är för viktigt för att läggas i händerna på en enmansutredare. Och kanske också om att den fråga som denne enmansutredare hittills helt ignorerat nu måste diskuteras – dvs hur Sveriges biomedicinska forskning påverkas av läkarutbildningens framtida utformning.

Vad gäller vikten av att medicinarstudenter tränas i läkekunst tycker Jeppsson och jag lika. Det är därför jag är bekymrad över enmansutredarens iver att banta och anonymisera inte bara de prekliniska utan också de kliniska ämnena.

Hur man bäst tillägnar sig kunskaper i läkekunst är dock inte självklart. Själv tror jag

att »bedside education« är effektivare än kurser i »ledarskap« och gruppdynamik. Och jag tror inte att man nödvändigtvis får mer välutbildade läkare om undervisning i specifika ämnen – och klinisk träning – i mer betydande omfattning ersätts med projektarbeten och fritt valt arbete.

Mest olika tycker Jeppsson och jag dock när det gäller vikten av att akademiska studier i medicin ska entusiasmera till – och utgöra en god grund för – en framtida yrkesgärning som heltidsforskare. Inte särskilt viktigt, tycker Jeppsson, liksom uppenbarligen regeringens enmansutredare. Men vad tycker landets medicinska dekaner? Och vad tycker regeringen?

Elias Eriksson
professor,
Sahlgrenska



akademien, Göteborg
Elias.Eriksson@neuro.gu.se