

Omorganisation och subspecialisering behövs för akut- och traumakirurgin

En koncentration av den akuta kirurgin till färre men tydligt fokuserade och ledande kirurger behöver diskuteras. Att införa sektioner för akut kirurgi och trauma – inte bara på universitets- utan också på länsjukhus – skulle kunna innebära en minskning av problemen inom akutkirurgin, anser författarna.

Läkartidningen har nyligen haft ett temanummer om traumasjukvård (7/2013). Vår uppfattning är att trauma- och akutkirurgi är intimt förknippade, och vi tar därför tillfället i akt att debattera organisationen av dessa verksamheter. Behovet av en översyn av traumaorganisationen och tydliga nationella riktlinjer för traumaomhändertagande har redan påpekats i en rapport från Södra sjukvårdsregionens medicinska granskningsarbete [1].

Subspecialiseringen inom vad som tidigare betecknats som allmän kirurgi har det senaste decenniet drivits allt längre. Bakgrunden är bland annat att fokusering inom snäva fält blivit nödvändig för att tillräcklig teoretisk och praktisk kunskap ska kunna inhämtas inom en rimlig tidsrymd och sedan upprätthållas för att motsvara de kvalitetskrav som finns för den planerade kirurgin.

En mer noggrant reglerad och registrerad arbetstid, liksom ett reglerat uttag av kompensationsledigheter, har bi-

STEFAN REDÉEN

överläkare, med dr

GORAN FILIPOVIC

överläkare

PELLE DRUVEFORS

överläkare, med dr; alla vid sektionen för akutkirurgi och trauma, kirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset, Linköping

PETER ANDERSSON

överläkare, med dr, kirurgiska kliniken, Sunderby sjukhus, Luleå
ps1@algonet.se



Foto: Goran Filipovic

Allt mindre tid återstår för traditionell allmänkirurgisk träning. Bilden visar öppen buk med de-viderande stomier.

dragit till att allt mindre tid återstår för traditionell allmänkirurgisk träning [2, 3]. Utanför kontorstid kvarstår samtidigt behovet av bred och varierad kirurgisk kompetens i omhändertagande av akut kirurgisk sjukdom eller trauma.

Den kirurgiska professionen har försökt lösa problemet med en särskild bakjoursskola med kurser inom respektive subdiscipliner liksom traumakurser där målet är ackreditering. I USA och Kanada har försöken att lösa motsvarande problem utmynnat i införande av en ny kirurgisk subspecialitet i akutkirurgi och trauma [4, 5]. En av förutsättningarna för en sådan subspecialitet är speciella enheter inom sjukhusen för omhändertagande av akut kirurgiskt sjuka patienter eller traumafall. En sådan enhet har sedan länge funnits vid kirurgiska kliniken i Linköping [6].

Utifrån ett upptagningsområde på 258 000 invånare gjordes under ett år vid sektionen för akutkirurgi och trauma i Linköping 1 559 akuta interventioner. 41 procent av åtgärderna utfördes

på jourtid. Av inläggningarna för trauma föranledde 11 procent någon form av kirurgi, och 3 procent (8 patienter) opererades av allmänkirurg.

24 specialister, i full tjänst under året, deltog som indexingrepp för akutkirurgi i 138 akuta tarmresektioner inklusive stomiingrepp samt 164 akuta kolecystektomier. Medianantalet och spridningen för denna typ av operationer var för läkare i bakjoursbefattning 6 (3–17) och 6 (1–22) respektive för läkare i mellanjoursbefattning 7 (0–11) och 8 (1–39).

Enkla data från Linköping som rör akutkirurgi och trauma beskriver en verksamhet där patienter blir föremål för någon form av intervention från ett förhållandevis stort antal kirurger. Medianantalet ingrepp är litet. Spridningen mellan enskilda kir-

»I granskningen från Södra sjukvårdsregionen anges också länsjukhus vara en lämplig nivå för omhändertagande av trauma, som vid behov remitterar till regionalt traumacentrum.«

urger är därtill stor, vilket innebär att några under ett års tid bara gör något enstaka – eller till och med inget alls – akut typingrepp som exempelvis kolecystektomi eller tarmresektion.

Ett annat framträdande fynd är att gruppen patienter vårdade för trauma – trots primärt upptagningsområde på mer än en kvarts miljon människor – endast i lite mer än en tiondel av fallen är i behov av kirurgi, och att bara en liten del av dessa ingrepp utförs av allmänkirurg.

Det är väl belagt att centralisering av mindre frekventa

och komplexa canceringrepp till särskilda enheter förbättrar resultaten vad gäller både komplikationer och långtidsöverlevnad [7–9]. Likaså är ett stort antal ingrepp för den enskilde kirurgen – för denna typ av diagnoser – kopplat till ett bättre resultat [10].

Det finns anledning att tro att samma förhållande också gäller för akut kirurgi. Data som talar för det är kortare vårdtid och färre komplikationer efter operation för appendicit respektive kolecystit efter inrättande av särskilda akutkirurgiska enheter i Sverige, USA och Australien [11–13]. Vad beträffar traumaomhändertagande har man i Finland visat att mortaliteten är lägre på högvolymsenheter än på andra [14].

Sammantaget talar data till förmån för att den subspecialisering och geografiska koncentration av elektiv kirurgi som nu framgångsrikt äger rum även borde omfatta den akuta kirurgin, och i synnerhet traumatologin. I granskningen från Södra sjukvårdsregionen anges också länsjukhus vara en lämplig nivå för omhändertagande av trauma, som vid behov remitterar till regionalt traumacentrum [1].

Tid finns inte längre för

samtliga kirurger att ägna sig åt hela det klassiska allmänkirurgiska fältet med upprätthållande av tillräcklig kompetens. Införandet av sektioner för akut kirurgi och trauma – inte bara på universitets- utan också på länsjukhus – skulle kunna innebära en minskning av problemet. En koncentration av den akuta kirurgin till färre men tydligt fokuserade och ledande kirurger skulle då komma till stånd. Både elektiv och akut kirurgi utanför kontorstid kommer förstås också fortsättningsvis att ingå i arbetsuppgifterna för många kirurger –

»Bakjoursskolan och redan inledd ackreditering är ett steg på vägen, men vi anser att en subspecialisering snarare bör etableras och baseras på erfarenhet av relevanta volymer akutkirurgi och trauma...«

även för dem utan ledningsroll.

Svensk kirurgi bör diskutera huruvida en subspecialisering eller ackreditering via bakjoursskolan i akutkirurgi och trauma ska införas som garanti för en adekvat kompetensnivå hos samtliga kirurger involverade i akutkirurgi på bakjoursnivå..

Bakjoursskolan och redan inledd ackreditering är ett steg på vägen, men vi anser att en subspecialisering snarare bör etableras och baseras på erfarenhet av relevanta volymer akutkirurgi och trauma liksom viss sidoutbildning i torax- och neurokirurgi, ortopedi och intensivvård.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Ribbe E. Optimalt omhändertagande vid trauma. *Läkartidningen*. 2013;110:363-4.
- al-Ayoubi F, Eriksson H, Myrelid P, et al. Distribution of emergency operations and trauma in a Swedish hospital: need for reorganisation of acute surgical care? *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2012;20(1):66.
- Lemmens VE, Bosscha K, van der Schelling G, et al. Improving outcome for patients with pancreatic cancer through centralization. *Br J Surg*. 2011;98:1455-62.
- Earley A, Pryor J, Kim P, et al. An acute care surgery model improves outcomes in patients with appendicitis. *Ann Surg*. 2006;244:498-504.
- Ala-Kokko T, Ohtonen P, Koskenkari J, et al. Improved outcome after trauma care in university-level intensive care units. *Acta Anesthesiol Scand*. 2009;53:1251-6.

LÄS MER Fullständig referenslista finns på [Läkartidningen.se](http://Lakartidningen.se)

Se även Medicinsk kommentar på sidan 734.

Efter turbulensen 2012:

Etikprövningsnämnderna bör bli en enda myndighet

Centrala etikprövningsnämnden och de sex regionala nämnderna bör bli en enda myndighet med en gemensam administration och struktur. Alternativt bör ordföranden i den centrala nämnden bli myndighetschef, föreslår f d ordförande och ledamöter i Centrala etikprövningsnämnden.

Under hösten 2012 rapporterade medierna om påstådda skandaler på Centrala etikprövningsnämndens kansli. Denna nämnds uppdrag, tillsammans med de regionala etikprövningsnämndernas, är av stor betydelse för allmänhetens och vetenskaps-samhällets förtroende för forskning, inte minst inom medicinen, och dess kansli-funktion måste fungera väl.

Centrala etikprövningsnämnden är, liksom de regionala nämnderna, en s k nämndmyndighet. Det innebär att nämnden kollektivt leder verksamheten utan att det finns någon utpekad chef. För myndighetschefer är mandatperioden normalt sex år plus eventuellt ytterligare tre år. Undertecknade ordförande och ordinarie ledamöter har samtliga varit med om att bygga upp verksamheten under dess första nio år. Vi har nu av naturliga skäl slutat vårt uppdrag och vill mot bakgrund av framför allt det senaste halvårets erfarenheter beskriva nämndens struktur och organisation.

Centrala etikprövningsnämnden är också en s k gäst-

JOHAN MUNCK justitieråd, före detta ordförande
GISELA DAHLQUIST
GUNN JOHANSSON
BO PETERSSON
ULRIK RINGBORG

alla är professor emeritus och före detta ledamot; samtliga i Centrala etikprövningsnämnden

myndighet som fattar självständiga beslut i sakärenden, men har en värdmyndighet, i detta fall Vetenskapsrådet, som ställer kanslipersonal, lokaler och kontorsutrustning till förfogande. Vetenskapsrådet är således formellt arbetsgivare för kanslipersonalen. Detta förhållande innebär att det lätt uppstår oklarheter avseende ansvarsförhållanden och kommunikation i förhållande till kanslipersonalen, vilket i viss grad belyses av och delvis kan förklara de händelser som inträffade under hösten 2012.

Nämnden har tre huvudsakliga uppdrag:

- att besluta om överklaganden av beslut i de regionala nämnderna,
- att besluta i ärenden som överlämnats från de regionala nämnderna på grund av oenighet, samt
- att bedriva en begränsad tillsyn vad gäller forskares efterlevnad av etikprövningslagen (2003:460).

Under de första nio åren har de två första ärendetyperna i genomsnitt omfattat 40–50 per år, medan tillsynsärendena har varit ca 4–5 per år.

Tillsynsverksamheten är begränsad till sådana ärenden där ingen annan myndighet, t ex Socialstyrelsen, Läkemiddelsverket eller Datainspektionen, har tillsyn. Tillsynsärendena har beretts av kansliets jurister och föredragits i nämnden av kanslichefen i de fall ärendena bedömts falla inom nämndens tillsynsområde. I annat fall har de avskrivits av kanslichefen (för ytterligare information se www.epn.se).

Den 29 augusti 2012 publicerade Dagens Medicin en artikel i vilken Centrala etikprövningsnämndens kansli anklagades för allvarliga brister i hanteringen av vissa



Foto: Colourbox

Socialdepartementet bör överväga en förändring av etikprövningsorganisationen, föreslår författarna.

tillsynsärenden, men också för att vissa protokoll från nämndens sammanträden inte hade slutjusterats inom kansliet. Artikeln följdes av andra, innehållande allvarliga anklagelser om bl a förfalskning och antedateringar av handlingar i tillsynsärenden, försök att »mörka« förseelser m m. Detta föranledde nämndens ordförande att på nämndens vägnar omgående undersöka sakförhållandena.

Det framkom att kritiken i första hand avsåg hanteringen av vissa skrivelser som inkommit till nämndens kansli rörande händelser som eventuellt skulle kunna bli föremål för nämndens tillsyn. Många myndigheter lägger sådana skrivelser till handlingarna utan att göra något formellt »avslut« när skrivelserna inte ger upphov till något ärende.

Ingen av dessa skrivelser hade resulterat i ett tillsynsärende eller annars anmälts i nämnden, men kanslichefen hade i samband med en planerad långtidstjänstledighet gått igenom sina anteckningar om beslut att avsluta utredning av vissa sådana skrivelser och dokumenterat detta vid ett och samma tillfälle.

Detta var givetvis både olämpligt och onödigt, liksom det är beklagligt att flera av de protokoll som förts av kansliet vid nämndens sammanträden inte undertecknats och slutjusterats i god ordning. Dessa protokoll anger endast vilka ärenden som

hanterats vid ett sammanträde och vilka som varit närvarande vid beslutet. De uppgifterna framgår också av själva besluten som alltid är särskilt uppsatta och har expedierats snabbt till alla berörda.

I samband med att dessa problem uppmärksammades blev det klart att det sedan en längre tid förelegat konflikter mellan olika tjänstemän inom kansliet. Några av de anställda har varit mycket kritiska mot i första hand kanslichefen och situationen under hennes tjänstledighet. De hade dock först hösten 2012 tillskrivit nämnden och Vetenskapsrådet, senare även Justitiekanslern (JK), med anklagelser om våra missförhållanden. Konflikten eskalerade under hösten och drevs med drastiska och etiskt tvivelaktiga metoder.

Detta försvärade i hög grad kansliets arbete, och den starkt förvrängda bild av kansliets verksamhet som gavs i medierna har svårtat ner inte bara kansliets utan hela nämndens verksamhet. På det personliga planet har unga ambitiösa tjänstemän skadats psykologiskt av rykten och förtal, och flera har varit långtidssjukskrivna.

Den mediala uppmärksamheten ledde till att allmän åklagare inledde en förundersökning om tjänstefel, vilken lades ner då inga misstankar om tjänstefel eller annat brott kunde konstateras. I beslutet kommenteras dock att man funnit allvarliga brister i kansliets hantering av den typ som vi ovan beskrivit och beklagar. JK har också lämnat anmälan utan åtgärd.

Vi vill framhålla att vi anser det viktigt att det kom till nämndens kännedom att vissa brister förelegat vad gäller kansliets hantering av vissa handlingar. Detta hade enkelt kunnat rättas till, och personalkonflikten hanterats bättre, om kommunikationen mellan kansliet, nämnden och värdmyndigheten hade varit tydlig.

Hur kan man undvika problem i framtiden? Konstruktionen med en nämndmyndighet,

som tillika är gästmyndighet, är problematisk. Det beror på att nämnden, som ansvarar för myndighetens verksamhet, inte själv har anställningsansvar för sin kanslipersonal. Därmed får den inte heller på ett naturligt sätt insyn i tex arbetsmiljöproblem eller andra problem som ska diskuteras i personalsamtal med verksamhetschefen.

Värdmyndigheten å sin sida kan ha svårigheter att bedöma tjänstemännens situation eftersom den inte är helt insatt i verksamheten och kan känna en osäkerhet om vilket ansvar den faktiskt har.

Kanslipersonalen kan givetvis uppleva samma osäkerhet angående ansvarsförhållanden och till vem de ska vända sig när de anser att problem föreligger. När dessutom, som i detta fall, hela nämnden och inte en särskild person, tex ordföranden, är chef för myndigheten förvärras dessa problem.

Från ekonomisk synpunkt kan det vara svårt att försvara att myndigheter med en begränsad verksamhet ska ha en fullt ut egen organisation. Vi menar dock att det inträffade kan vara ytterligare ett skäl till att Socialdepartementet bör överväga en förändring av etikprövningsorganisationen.

Ett radikalt förslag, som diskuterats bl a i förarbetena till etikprövningslagen, är att den centrala nämnden och de sex regionala nämnderna blir en enda myndighet med en gemensam administration och struktur. Det skulle förbättra möjligheterna till effektivisering, harmonisering av beslut och utveckling av etikprövningsverksamheten.

Ett mindre radikalt förslag, som enkelt skulle kunna genomföras omgående, är att ordföranden i den centrala nämnden blir myndighetschef med ett nära samarbete med värdmyndigheten när det gäller kansliets personal, dess sammansättning och funktion.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna*

DOME-projektets forskning är laglig och etisk

■ Projektledarna i DOME vill med anledning av tidigare debattinlägg i Läkartidningen om olaglig och oetisk forskning informera om vår forskningsmetodik och vårt deltagande i Landstinget i Uppsala läns (LUL) webbenkät samt den sk CESÅ-enkäten.

DOME-projektet syftar till att bygga upp kunskap om nuvarande och framtida publika eHälsotjänster inför det nationella införande som beslutats i olika politiska organ. Det är av stor vikt att alla intressenters behov och intressen tas tillvara i denna kunskapsuppbyggnad. Ett led i detta är att inom DOME-projektet erbjuda intressenter att delta i referensgrupper, en inbjudan som i dagsläget accepterats av ett tjugotal organisationer. Även Upplands allmänna läkarförening har inbjudits att delta som referensgrupp för att ha möjlighet att påverka införandet av eHälsotjänster nationellt. Detta erbjudande kvarstår.

DOME-projektet är ett sk aktionsforskningsprojekt där forskarna deltar och bidrar med kunskap i arbetet med framtagande av eHälsotjänster tillsammans med verksamhetens intressenter. Aktionsforskning har dubbla mål och syftar till att forska om förändring och samtidigt bidra till förändring. Inom DOME-projektet bedrivs såväl traditionella kvalitativa och kvantitativa forskningsstudier som samarbete med intressenter i verksamhetsutveckling för att tillsammans skapa ny kunskap.

Från DOME-projektets sida har forskarnas engagemang i LUL:s webbenkät endast varit att som aktionsforskare bidra i framtagandet av några av enkätfrågorna. Forskarna har således varken varit inblandade i distribution av enkäten eller i insamling, analys och sammanställning/publicering av data. LUL:s

webbenkät ingår inte som en forskningsstudie i DOME-projektet, utan har genomförts som en verksamhetsutvecklingsstudie av LUL.

CESÅ-enkäten, en studie som ingår i DOME-projektet, har som syfte att ta del av patientens åsikter och erfarenheter kring tjänsten att få en papperskopia av sin journal hemskickad samt patientens funderingar inför möjligheten att läsa sin journal på nätet. Alla enkätdata har hållits

»... och vi hoppas kunna övervinna eventuella motsättningar eller missförstånd.«

separerade från personuppgifter då inget behov av koppling till individ finns i denna studie. Förutom egna studier av tillämpliga lagar och förordningar har studiens upplägg diskuterats med representanter från etikprövningsnämnder, Datainspektionen samt andra erfarna forskare inom området.

Mot bakgrund av Upplands allmänna läkarförenings starka engagemang och i grunden positiva inställning till att forskning bedrivs inom detta område, ser vi fram emot förnyade kontakter oss emellan. Som vi ser det gynnas alla av en öppen dialog, och vi hoppas kunna övervinna eventuella motsättningar eller missförstånd.

Åsa Cajander
projektledare DOME,
forskningsansvarig,
Uppsala universitet
Gudbjörg Erlingsdottir
projektledare DOME,
Lunds universitet
Rose-Mharie Åhlfeldt
projektledare DOME,
Högskolan i Skövde

Mer information om projektet finns på:
www.it.uu.se/research/hci/dome/

REPLIK OM »MIN JOURNAL PÅ NÄTET«:

Ovärdigt agerande av Läkarförbundet

I en replik på mitt debattinlägg »Sorgliga angrepp på 'Min journal på nätet'« svarar Anna Rask-Andersen och Torbjörn Karlsson under rubriken »Sveriges lagar gäller även här« (LT 13–14/2013, sidan 698).

Genom uttryckligt mandat från förbundet talar Upplands allmänna läkarförening i denna fråga ensamt för hela Läkarförbundet. UAL:s/Läkarförbundets synpunkter har självklart granskats i detalj av landstingets egna och av andra, oberoende jurister.

Vår uppfattning är att projektets skötts i enlighet med gällande lagar och regler. Att Läkarförbundet har en annan uppfattning är uppenbart. Två olika uppfattningar står alltså mot varandra, och Läkarförbundet har framfört sin uppfattning i anmälan till sju olika instanser. I de tre fall som hittills besvarats har Läkarförbundets uppfattning inte vunnit gehör.

I en artikel i *Upsala Nya Tidning* 7/9 2012 med titeln »De tvingar på oss olaglig forskning« skriver Torbjörn Karlsson, Martin Wohlin, Niclas Abrahamsson och Anna Rask Andersen, alla UAL: »Nu har vi tvingats anmäla till polis...« Projektledningen bad ordföranden i UAL Torbjörn Karlsson om en kopia av denna anmälan till polisen. Någon sådan hade inte ordföranden utan hänvisande till huvudskyddsombudet Anna Rask Andersen. Inte heller hon kunde bistå med en kopia och inte heller något diarienummer hos polisen. Vid kontakt med polisen i Uppsala hade ingen anmälan inkommit. Jag uppfattar agerandet som ovärdigt Läkarförbundet.

Den tjänst som nu lanserats i Uppsala läns landsting är en tjänst som efterfrågas av patienterna, representerade av 38 patientföreningar, samt den europeiska paraplyorga-

nisationen för alla patientföreningar, European Patient Forum. Politikerna har i sina beslut tagit mer hänsyn till patienternas uppfattning än till Läkarförbundets.

Med vemod konstaterar jag att jag inte längre känner igen det läkarförbund som jag under många år var engagerad i.

Leif Lyttkens
docent, med dr, en av de ansvariga för införandet av »Min journal på nätet«, Landstinget i Uppsala län
leif.lyttkens@lul.se

TIDIGARE INLÄGG

- 11/2013 (sidorna 566-7). Anna Rask Andersen, Torbjörn Karlsson
- 13-14/2013 (sidan 698) Leif Lyttkens; Anna Rask Andersen, Torbjörn Karlsson (replik)

SLUTREPLIK:

Gör ett totalt omtag

Faktum kvarstår; enkäten till landstingets anställda planerades initialt som ett forskningsprojekt! Detta framgår såväl i projektansökan till Vinnova som i en omfattande e-postkorrespondens. Projektet döptes om till »verksamhetsuppföljning« efter det att vi efterfrågat etikprövningsnämndens bedömning. Har Vinnova fått tillbaka anslaget när enkäten inte gick att genomföra som planerat?

Varken etikprövningsnämnden eller Datainspektionen lämnar muntliga besked. Vi hyser inte någon odiskutabel tilltro till juristerna på Uppsala läns landstings ledningskontor, vilka uttryckt att man måste ha överseende med vissa lagöverträdelser eftersom journalprojektet är så viktigt.

Således har vi anledning att ställa oss frågande till vilken grad av respekt man visar

för de lagar och förordningar som styr forskning. Vi uppmanar till rättning i ledet. Etikpröva projekt man avser genomföra. Hantera uppgifter så att de inte är till skada för patienter eller sjukvårdspersonal. Gör ett totalt omtag i projektet och beakta människors behov av integritet, egenkontroll och självbestämmande.

Vi avvaktar nu besked från de pågående granskningarna. Det är av största vikt att både journaldata och enkätsvar behandlas på ett ansvarsfullt sätt och i överensstämmelse med gällande lagar.

Vi förutsätter att det allmännas bästa utgör grund för det projekt som bedrivs. Om så är fallet; låt tanke och handling följas åt!

Anna Rask-Andersen
Torbjörn Karlsson
Upplands allmänna läkarförening

AT borde införas i Europa i stället för att avskaffas hos oss

Att läkarutbildningen i Sverige ska anpassas till Europa är en lika obegriplig som dålig idé. Vad är det som är bättre där? Jag har läst grundutbildningen i Frankrike. Det enda bra med den är att intagningen är fri och att man inte kräver samma hysteriskt höga betyg som i Sverige.

Jag återvände till Sverige till termin 5, vilket var min plan från början, bl a eftersom jag ville göra allmäntjänstgöringen (AT). Mina franska kamrater sökte specialistutbildning direkt efter sin läkarexamen, och det var inte någon lätt uppgift. Vissa specialiteter är så gott som oåtkomliga om man inte har kontakter. Med kontakter avses inte referenser från någon klinik där man vikarierat, eftersom detta i princip inte förekom.

Mina kamrater i Frankrike

åkte runt i landet på jakt efter »ST«, om de blivit uttagna till intervju vill säga. Detta förfarande var mycket tidsödande och slitsamt. Varje intervju var en plåga och föreföll helt godtycklig. Intervjun bestod delvis av en kunskapskontroll som omfattade hela utbildningen. Man kunde kuggas om man inte hade embryologin för tyreoidea klar för sig, eller om man tvekade inför hålligheterna i skallens ben.

Det är väl tveksamt om detta är ett bra urvalskriterium. Men utan personliga referenser (som man skaffar sig då man arbetar) blir ju den teoretiska kunskapen den enda färdighet som kan bedömas.

AT ger faktiskt öoverträffade och överlägsna möjligheter att under eget ansvar men med personlig handledning både slussas in i läkaryrket

och få en uppfattning om vad man är intresserad av, eller passar för. Det är svårt att veta något om detta när man går utbildningen.

Jag ser inte att den nya läkarutbildningen har någon möjlighet att förbereda blivande läkare på vad det praktiska arbetet innebär, åtminstone inte lika bra som AT-tjänstgöringen. AT är dessutom en bra och ibland helt nödvändig introduktion till läkare med utländsk examen. Det ger en bred och god grund för fortsatt specialistutbildning.

Allmäntjänstgöring borde införas i Europa i stället för att tas bort hos oss.

Gunilla Christenson
överläkare,
kirurgkliniken,
Falun lasarett
gunilla.christenson@ltdalarna.se

