

Extern auskultation – lyckad kursform för praktisk och klinisk fördjupning

Extern auskultation under två veckor är en uppskattad kursform för läkarstuderande i Göteborg sedan 1999. Kursen ger möjlighet till fördjupning i ett valfritt ämne med bättre handledning och bredare inblick än vid ett kort vikariat. Många har efterlyst längre och fler liknande placeringar. Denna individualiserade utbildning bör vara av intresse vid framtida förändringar av blivande läkares grundutbildning.



SVEN WALLERSTEDT
professor i medicin, institutionen för invärtesmedicin, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet

sven.wallerstedt@medic.gu.se

II Sedan 1999 har en ny två veckor lång kurs, förlagd till termin 10, prövats i läkarnas grundutbildning i Göteborg – »Extern auskultation« (EA). Erfarenheterna av EA, som utformades av tre lärare (Kerstin Andersson, gynekolog, Ola Hjalmarson, barnläkare, och Sven Wallerstedt, invärtesmedicinare), en AT-läkare (Ilja Gustavsson, sedermera Laesser) och en läkarstuderande (Annika Lindén, sedermera Nordanstig) torde vara av intresse vid förändringar av utbildningsprogrammen.

EAs mål är att presentera sjukvården utanför Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg (SU) och ge en fördjupad kunskap om en vald specialitet. In-

för EA skall en individuell målsättning upprättas tillsammans med studierektorn. Denna kan gälla praktisk/klinisk fördjupning, repetition, internationella aspekter och olika utbildningsplatsers kvalitet som komplement till SPUR-informationen [1].

EA bör främst väljas inom regionen och får inte fullgöras som vikariat. EA-studentens merkostnader (resa och logi) ersätts med maximalt 1 500 kronor och har i genomsnitt uppgått till 660 kronor. Enheter inom regionen erbjuder 1 000 kronor per studentvecka för handledningen. Uppdraget som studierektor motsvarar ett par månader per år.

Examinationen grundas på tjänstgöringsintyg och en muntlig redovisning inför studierektorn, då också en kursutvärdering görs.

Material och metoder

Redovisningen bygger främst på den utvärdering som gjorts med de 670 studenter som genomfört EA till och med januari 2005. Majoriteten (73,6 procent) av EA-studenterna 2000–2001 hade fullgjort sin placering utanför SU [2].

Drygt 7 procent valde EA utomlands (Tabell I). Tre av de fem studenter som fullgjorde EA i Förenade Arabemiraten omfattades av ett utbildningsavtal. Ungefär var femte student (20,7 procent) delade upp EA på två specialiteter eller två sjukhus.

Trots att studenterna inte gått kurserna i obstetrik/gynekologi och barnmedicin var dessa specialiteter bland de tio mest populära (Tabell II). Nästan alla specialiteter har utnyttjats, men för vissa har det endast gällt enstaka individer liksom för AT-specialiteterna internmedicin, kirurgi, psykiatri och allmänmedicin, där EA till och med VT 2004 endast accepterats undantagsvis.

Det enskilda bedömnings- och kursutvärderingssamtalet inleddes med att studenten gör en helhetsbedömning på en 10 cm lång VAS-skala med samma änd-

punkter (»mycket dålig« = 0 och »mycket bra« = 10), som använts av den kvalitetsprisbelönade lungkliniken i Linköping [3].

Studenten anger därefter skriftligt tre faktorer som varit särskilt bra samt något man varit missnöjd med eller velat förändra. Efterföljande strukturerad intervju avser om de uppställda målen uppfyllts.

Resultat

Samtliga studenter har uppfyllt uppställda mål. Undantagsvis har tjänstgöringsförhållanden och/eller handledning varit otillfredsställande, men inte så mycket att EA behövt göras om.

EA gavs medianbetyget 8,5 enligt kursvärderingen. Medianvärdena var likartade oavsett var EA fullgjorts [2] och låg stabilt under terminerna 1999–2004 ($r = -0,05$).

Praktiskt taget alla ansåg EA-idén vara mycket bra. Man har bl a påpekat att valfrihet skapar ansvar. Majoriteten (74,6 procent) angav att det inte var något man var missnöjd med eller ville förändra. Övriga framförde som negativt: för kort EA-tid, låg aktivitetsnivå, låg studentaktivering, bristande engagemang, mindre väl fungerande handledning etc.

Flertalet tyckte att EA bör omfatta minst två veckor, och många studenter efterlyste flera liknande placeringar. Jämfört med vikariat ansågs EA ge bättre handledning och möjlighet att

Tabell I. Tjänstgöringsland för de 49 av totalt 670 studenter som fullgjort EA utomlands 1999–2004.

Land	Antal
Norden	21
Norge	18
Finland	2
Danmark	1
Västeuropa, övrigt	9
Irland	3
Spanien	3
Frankrike	1
Schweiz	1
Österrike	1
Östeuropa	2
Polen	1
Rumänien	1
USA	6
Amerika, övrigt	3
Mexico	1
Brasilien	1
Bolivia	1
Förenade Arabemiraten	5
Övrigt	3
Israel	1
Sydafrika	1
Australien	1

Tabell II. De tio populäraste specialiteterna för fullgörande av EA, räknat på 1 230 placeringsveckor 1999–VT 2004 för 615 studenter. Inom parentes anges den inbördes rangordningen mellan dessa specialiteter med avseende på antalet innehavare av respektive specialitet enligt Läkarförbundets »Läkarfakta 2005«.

Specialitet	Andel (procent)	Rangordning
Infektion	15,5	1 (7)
Anestesi/intensivvård	13,3	2 (1)
Barnmedicin	8,0	3 (2)
Radiologi	7,2	4 (5)
Öron-näsahals	6,2	5 (6)
Ortopedi	6,1	6 (4)
Hud	5,8	7 (8)
Obstetrik/gynekologi	4,8	8 (3)
Plastikkirurgi	4,2	9 (10)
Neurologi	2,7	10 (9)

»plocka russen ur kakan«. Flertalet menade att intresset för vald specialitet befästs eller förstärks.

Vissa EA-studenter hade fått ett särskilt schema, men oftast löstes detta löpande. Generellt var studenterna mycket nöjda med handledningen, och oftast hade man fått utföra betydligt fler ingrepp/åtgärder än under motsvarande kurs. Praktiskt taget alla ansåg pedagogiken utanför SU jämförbar med SU, vilket relaterades till att man var ensam och hade en handplockad handledare.

Flertalet hade blivit mycket väl bemötta av all personal och inte mött nå-

det personliga engagemang man kan få som ensam student.

Att EA generellt fått ett gott betyg talar för en god pedagogisk standard utanför SU. Att man oftast upptagits i läkar gemenskapen befrämjar den relation som råder mellan mästare och lärling [7].

Många studenter har angett att de via EA velat reparera kunskapsluckor, som kan skapa otrygghet och framtida problem. Detta är i linje med påpekandet att var femte AT-läkare »uppfattat att de inte har tillräckliga kunskaper för att genomföra allmäntjänstgöringen« [6]. Valet av specialiteter kan delvis avspegla var trygghetsbehovet är störst.

EA har sammanfattningsvis visat sig vara en uppskattad kursform där läkarstudenten kunnat individualisera en del av utbildningen.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: inga uppgivna.

Referenser

1. Käärik U. AT-inspektioner fjolårets SPUR-nyhet. *Läkartidningen* 2005;102:455.
2. Wallerstedt S. Regionen utanför universitetssjukhusen en potentiell resurs i läkarutbildningen. *Läkarsällskapets Riksstämman – sammanfattningsrapport*; 2002 MU 1P.
3. Ekström T, Rimås M. Kvalitetsutveckling – mode-nyckel eller framtidsskriv? Sven-Erik Hasselgren /LTAB 1997:565.
4. Ramel B. Fler valfria kurser när läkarprogrammen görs om. *Läkartidningen* 2005;102:621-4.
5. Ramel B. Umeå backade om valfria kurser efter utvärdering. *Läkartidningen* 2005;102:734.
6. Läkarutbildningen i Sverige – hur bra är den? Stockholm: Högscoleverket. Högscoleverkets rapportserie 1997: 29R.
7. Josefsson I. Tankar om läkarens yrkeskunnande. Stockholm: Landstingsförbundet (ISBN 91-7188-031-3); 1992.

Den valfria modellen extern auskultation har fått ett positivt gensvar hos studenterna, vilket kan bero på såväl aktivt deltagande i planering, målformulering och reflektion som det personliga engagemang man kan få som ensam student.

gon »kandidattrötthet«. Det hade ofta varit lätt att »komma in i gänget«, bli »tagen på allvar« och bli behandlad som »blivande kollega«, vars »åsikter efterfrågades«.

Merparten hade oftast inviterats att äta lunch med läkarna, vilket upplevts mycket positivt och medfört en informell kunskap om läkarrollen, anställningsvillkor, utbildning, forskningsmöjligheter etc. Detta är enligt studenterna ovanligt på SU.

Studenterna har genomgående gett den använda examinationsformen ett gott betyg och efterlyst flera liknande genomgångar.

Diskussion

Läkarstudenterna har idag möjlighet att påverka innehållet i en begränsad del av sin utbildning. Perioder med valbart eller valfritt innehåll förekommer [4, 5], vilket flyktigt berörts i Högscoleverkets rapport om läkarutbildningen 1997 [6]. Den valfria modellen EA har fått ett positivt gensvar hos studenterna, vilket kan bero på såväl aktivt deltagande i planering, målformulering och reflektion som

Jag var inte berusad – det var B₁₂-brist!

¶ Vid ett tillfälle under hösten 2003 stod jag och pratade med en av mina sköterskor i sjukstugans korridor, då hon sade »Tar du snedsteg?« Männe trodde hon att jag var berusad?

En tid hade jag känt en viss osäkerhet och ostadighet i gången. Jag tog omotiverade snedsteg och att stiga upp på en stol kändes otäck. Det fanns ingen trötthet. Vad kunde detta bero på? Att vara doktor åt sig själv var inte lätt. När man dessutom är hypokondrisk och rädd för prover! Näväl, ett Hb kunde jag väl kosta på mig. Det var 158 och snedstegen fortsatte!

Av någon anledning gick mina tankar till B₁₂-brist – jag tyckte att det var dukigt av mig att tänka på den diagnosen. Provade Romberg på mig själv men det var ju ingen som kunde kontrollera det. Quadriceps- och vadreflexen fanns ej. Vibrationssinnet var ej helt lätt att pröva, jag var ju subjektiv och såg stämgaaffeln, men jag kände den nog ej. Plantarreflexen u a.

Homocysteinprovet visade 122!

Då beslöt jag mig för att läsa på, vilket resulterade i ett homocysteinprov. Det var 122! Ingen av min kollegor hade sett ett så högt värde. Då kontaktade jag min vän docent Bo Norberg vid Universitetssjukhuset i Umeå som sa: »Du har nog B₁₂-brist, det är så vanligt i din ålder [73 år], kontrollera B₁₂ och folsyra.« Sagt och gjort. Kobalaminhalten var 50 och diagnosen klar. »Medice cura te ipsum« (Lukas 4:23).

Satte igång med Triobe-medicinering 2x2 en 100-burk och sedan 1x2, en dos som jag fortfarande har. Homocysteinhalten sjönk från 122 till 12, och kobalamin steg från 50 till 200. Sedan dess har jag ej kollat proverna, man hittar så mycket konstigt! I skrivande stund mår jag bra, tar inga snedsteg, Romberg känns säker, och jag kan klättra upp på stolar. Quadricepsreflexen finns bilat men ej vadreflex. Vibrationssinnet u a.

Det har varit mycken diskussion kring preparatet Triobe som anses dyrt, men det är dyrt att röka och suppa också, och det är bekvämt att ha endast ett preparat, särskilt på resor.

Sensmoral: Man behöver inte vara berusad för att ta snedsteg och ha dålig balans – det kan vara B₁₂-brist!

Gunnar Hjernerstam
med dr, provinsialläkare,
Sjukstugan, Storuman
Gunnar.Hjernerstam@vll.se