

Vilka resultat skall grundutbildningen av läkare uppnå?

Kompetens skall fördjupas långsiktigt



STEFAN LINDGREN, professor, överläkare, programdirektör för läkarutbildningen, medicinska fakulteten, Lunds universitet, institutionen för kliniska vetenskaper,

Universitetssjukhuset MAS, Malmö
Stefan.Lindgren@med.lu.se

Läkarutbildningen granskas och diskuteras engagerat, inte bara inom den egna professionen utan också av andra vårdyrkeskategorier, forskarsamhälle, allmänhet och myndigheter. Förklaringar till brister i dagens hälso- och sjukvård söks ibland i läkarnas grundutbildning, och behovet av mer utrymme för både klassiska ämnesområden och nya kompetenser hos läkarna framförs väldigt tydligt av olika intressegrupper.

Det krävs eftertanke och planering för att omsätta konstaterade brister i dagens medicinska samhälle till utbildningsinsatser. Organisatoriska lösningar för hälso-/sjukvården kan sällan tillämpas direkt.

Definiera kompetens/professionalism

Angelägna frågor för utbildningsansvariga vid landets medicinska fakulteter är hur grundutbildningen på bästa sätt skall ge studenterna den baskompetens de behöver för att

- bli framgångsrika och internationellt anställningsbara/konkurrenskraftiga i sina kommande yrkesroller inom alla de områden där medicinsk kompetens efterfrågas
- kunna tillgodogöra sig den fortsatta utbildningen under AT/ST
- samtidigt som de tillägnar sig en positiv attityd och metodik för livslångt lärande.

Uppgiften är således att skapa »medicinska stamceller« med förutsättningar att kunna utveckla alla områden av medicinsk verksamhet, inte minst forskning och utvecklingsarbete. Detta förutsätter

en bred och tydlig definition av begreppen kompetens och professionalism, vilket återspeglas i tongivande internationella styrdokument, t ex »Tomorrow's doctors« [1].

Precisera grundutbildningens ansvar

Det är angeläget att tänka igenom vad just grundutbildningen skall åstadkomma och vilka utbildningsresultat som lika bra eller ännu bättre uppnås under vidareutbildning och fortbildning. Vi måste definiera ett förväntat slutresultat efter avslutad grundutbildning respektive AT. Vi måste också betrakta varje utbildningsavsnitt mot bakgrund av den samlade medicinska, professionella kompetens vi vill uppnå.

Det vore därför önskvärt att universiteten fick ett samlat ansvar för läkarutbildningen fram till legitimation, dvs inkluderande AT.

De ökade inslagen av individuella studiemoment och examensarbeten under utbildningen är uttryck för ett behov av ny kompetens hos den medicinska professionen.

Definition av kärnkompetens (core curriculum) innebär i första hand ett förtydligande i relation till andra typer av kompetens och ett ansvar för universitetet att garantera att alla studenter vid examen tillägnat sig denna kompetens.

Från linjesystem till programutbildning

Denna utmaning återspeglas i utbildningssamhället i en betoning av förväntade studieresultat (learning outcomes), definierade i termer av uppgifter de studerande skall kunna hantera snarare än abstrakta mål eller den tid som avsätts för olika ämnen.

Detta framgår tydligt i den nya Högskoleförordningen och Bologna-processen. I ett historiskt perspektiv återspeglas synsättet i läkarutbildningarnas förändring från linjeutbildningar med ett pärlband av tidsmässigt avgränsade kurser med åtföljande examination till pro-

gramutbildningar där slutresultatet står i fokus och där de ingående momenten skall bidra till helheten.

De flesta idag verksamma läkare är utbildade i det gamla linjesystemet, varför otillräckligt utrymme för specifika ämnen i dagens utbildningar knappast är förklaringen till påvisade brister i hälso- och sjukvården.

Kärnkompetens under grundutbildning

Kunskapen om hur man skall åstadkomma bestående utbildningseffekter är otillräcklig. Det är hos engagerade lärare vanligt med en önskan om att avgränsa sitt ämnesområde, medan intresset för långtidseffekterna av utbildningsinsatserna, vilket ju faktiskt är det viktigaste, är mindre.

Man kan lätt uppnå goda resultat inom ett visst kompetensområde efter en koncentrerad kurs med omgående examination – men effekterna är sällan bestående såvida inte momentet återkommer och fördjupas och ånyo examineras under senare delar av curriculum. Detta har visats i många olika sammanhang – ofta med, för de involverade lärarna, förbluffande resultat!

Inom vissa områden, t ex samtalsmetodik, ger träning av studenterna i klinisk kontext under studietiden med kontinuerlig uppföljning och fördjupning resultat som inte uppnås enbart genom utbildning under det yrkesverksamma studiet [2].

Detsamma gäller sannolikt attityden till vetenskaplighet, evidensbaserad medicin, förändringsbenägenhet, förmåga

SAMMANFATTAT

Grundutbildningen av läkare skall samverka med AT och ST och planeras mot bakgrund av samhällets behov av medicinsk professionell kompetens. **Utbildningen definieras** av förväntade studieresultat och examinationsuppgifter snarare än av avsatt tid. **Alla studenter** skall behärska core curriculum (kärnkompetens). **Kumulativa examinationsuppgifter** gör att studenterna inte tillåts glömma det väsentliga.

till lagarbete och kanske även till ledarskap.

Bestående utbildningseffekter förutsätter omsorgsfull formulering av förväntade teoretiska och praktiska studieresultat, ändamålsenliga studentaktiva arbetsformer, varierade och valida examinationsuppgifter samt lärarnas delaktighet i hela utbildningen [3].

Studenterna »tillåts« inte glömma det som är väsentligt, utan stimuleras att successivt fördjupa sin kompetens under hela grundutbildningen och sedan under AT/ST. För läkaren central kompetens måste dessutom tränas under hela yrkeslivet för att inte successivt gå förlorad.

Frågan är således hur tiden bäst utnyttjas så att studenterna uppnår den kompetens som alla läkare måste ha i sin yrkesverksamhet samtidigt som förutsättningar skapas för andra professionella roller, särskilt vad gäller vetenskap och ledarskap.

För att lyckas krävs ett omsorgsfullt arbete där olika kompetensområden vägs mot varandra och grundutbildningens specifika förutsättningar hela tiden sätts i fokus. Lika stor omsorg måste ägnas examinationerna så att alla delar av den förväntade kompetensen examineras och så att central kompetens finns kvar när studenterna passerat läkarexamen.

Praktisk utbildning tränar yrkesrollen

Den praktiska kliniska utbildningen har stått i fokus de senaste åren, inte minst på grund av snabba förändringar av hälso- och sjukvårdens organisation med minskat antal slutenvårdsplatser, kortare vårdtider, ökad inriktning mot öppenvård och specialisering av sjukvårdsenheter.

Den praktiska kliniska utbildningen förutsätter lika omsorgsfullt preciserade utbildningsmål som den teoretiska utbildningen. Dessutom krävs struktur, handledning, självständigt ansvar/upp-gifter för studenterna, fortlöpande träning av yrkesrollen och beslutsfattande [4] samt återkoppling.

Utvecklingen har därför gått mot längre sammanhängande tjänstgöringsperioder med fokus på träning av yrkesrollen snarare än korta studiebesök inom olika specialområden.

Auskultationstjänstgöring bidrar inte till studenternas lärande i detta avseende.

Bristande geriatrisk kompetens

I en artikel i veckans nummer av Läkartidningen diskuteras dessa frågor med utgångspunkt i en av författarna konstaterad

brist på geriatrikutervisning för läkarstuderande.

En undersökning av den tid som avsätts för formaliserad undervisning i geriatriska utbildningar inkluderande tjänstgöringstid vid geriatriska vårdenheter redovisas. Dessutom redovisas resultat från prov på studenternas kunskapsläge inför ett utbildningsavsnitt inom geriatriska utbildningar i Malmö/Lund.

Författarna förordar ett nationellt core curriculum i geriatriska utbildningar, en avgränsad kurs i geriatriska utbildningar av minst tre heltidsveckor avslutad med separat tentamen samt integrering av gerontologiska och geriatriska aspekter i hela läkarutbildningen.

Utän att på något sätt ifrågasätta behovet av geriatrisk kompetens hos läkarkåren, vilket är uppenbart, eller påvisade brister avseende äldres hälsa är det intressant att sätta dessa önskemål i relation till ovan diskuterade principer och utvecklingslinjer.

Separat geriatriska kursen ingen lösning

Det finns flera skäl till att en separat kurs i geriatriska utbildningar sannolikt inte är lösningen. Tidsomfattning, uttryckt i det antal veckor som ett område bearbetas, säkerställer inte utbildningsresultat. Detta är väl visat inom många läkarutbildningar, där ibland även avsevärda undervisningsinsatser inom olika områden inte gett förväntade långtidsresultat.

Motsvarande kunskapsbrister som noterats vad gäller geriatriska utbildningar kan påvisas även för andra kompetensområden där den långsiktiga progressionen inte ägnats tillräcklig omsorg. Sådan information kan erhållas från longitudinella prov, t ex progresstest [5].

Ett sätt att förbättra situationen kan i stället vara att formulera förväntade studieresultat beträffande gerontologi och geriatriska utbildningar och omsätta dessa i integrerade, återkommande utbildningsmoment, som fortlöpande examineras genom hela utbildningen. Core curriculum måste däremot först definieras med utgångspunkt i hela utbildningens slutresultat innan den bryts ned i delar. Annars är risken stor för att curriculum överlastas och att studieresultatet ändå inte uppnås.

En fokusering på förväntade studieresultat är i sig väl förenlig med att utbildningen läggs upp på olika sätt vid olika lärosäten. De stora skillnader i uppläggnings som redovisas i veckans nummer väcker i stället frågor om huruvida påvisade kunskapsbrister beror på att momenten inte undervisats, om de förväntade resultaten inte uppnåtts eller om långtidseffekten av den givna undervisningen är otillräcklig.

Samma kommentar gäller den praktiska utbildningen; tidsmässig definition av tjänstgöring innebär ingen garanti för resultat såvida tjänstgöringen inte är strukturerad med tydliga mål, handledning, eget ansvar och återkoppling.

Annat fokus behövs

Artikeln i veckans nummer pekar på ett för läkarutbildningen angeläget utbildningsområde där brister såväl beträffande de läkarstuderandes kompetens som inom den geriatriska hälso- och sjukvården är uppenbara.

Lika uppenbart är att adekvat geriatrisk kompetens krävs av alla läkare som kommer i kontakt med sköra och multisjuka äldre. För att åstadkomma en förbättring behöver vi ändra fokus från undervisning till studieresultat vad gäller teoretisk och praktisk kompetens.

Handlingsplanen blir att definiera förväntade studieresultat, integrera och fördjupa dem genom hela utbildningen samt examinera dem i flera olika sammanhang. Endast på detta sätt kan vi garantera att den önskvärda kompetensen byggs upp och långsiktigt bibehålls/fördjupas samtidigt som lika angelägna satsningar inom andra kompetensområden möjliggörs.

Denna strävan ligger bakom det utvecklingsarbete som nu sker vid landets medicinska fakulteter. Den förklarar också läkarutbildningens omformning från linjeutbildning till programutbildning.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Tomorrow's doctors. Redommendations on undergraduate medical education. London: General Medical Council (UK); 2003. <http://www.gmc-uk.org>
2. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I – Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *BMJ*. 1986;292:1573-6.
3. Thomé G, Garwicz M, Troein M, Lindgren S. Grundkursen – en ny start på läkarutbildningen vid Lunds universitet. *Läkartidningen*. 2006;103:2227-30.
4. Dhaliwal G. Clinical decision-making: understanding how clinicians make a diagnosis. In: Saint S, Drazen J, Solomon S, editors. *Clinical problem-solving*. New York: McGraw-Hill; 2006. p. 19-29.
5. Van der Vleuten CPM, Verwijnen GM, Wijnen WHFW. Fifteen years of experience with progress testing in a problem based learning curriculum. *Med Teach*. 1996;18:103-9.