

seendeväckande i nämndens utlåtande är att uterusruptur skulle vara så extremt ovanligt att en barnmorska eller läkare inte behöver tänka på den möjligheten hos en tidigare kejsarsnitt kvinna som uppvisar alla klassiska symtom. Snitt i livmoderkroppen är förenade med en hög risk för ruptur, men redan på 1970-talet påpekades att även låga tvärsnitt innebär risk för ruptur [3]. På grund av det ökande antalet kejsarsnitt finns det nu en stor erfarenhet av vaginala förlossningar efter kejsarsnitt.

Uppgifterna om hur vanlig uterusruptur är varierar. American College of Obstetricians and Gynecologists [4] anger en frekvens av 0,2-1,5 procent (1 fall på 67-500 kvinnor som föder vaginalt efter tidigare kejsarsnitt). Gregory och medarbetare [5] fann en rupturfrekvens på 1,15 procent i en studie av 536 785 kvinnor. Om då en uterusruptur ska anses vara så extremt ovanlig som HSAN skriver beror på vad man menar med extremt ovanlig. Som en jämförelse kan nämnas att risken att ett barn ska dö perinatalt i Sverige är under 0,7 procent.

Nämndens och de sakkunnigas ansvar

Nämndens ledamöter har i allmänhet ingen medicinsk kompetens utan är beroende av bedömningar som görs av nämndens egna föredragande eller av vetenskapliga råd utsedda av Socialstyrelsen när sådana tillfrågas. Min kritik riktas därför i första hand mot de föredragande. Det finns emellertid också anledning att kritisera nämnden. Man behöver inte vara expert för att begripa att de sakkunniga måste motivera åsikten att en komplikation är så extremt ovanlig att den inte behöver vara känd av personalen. Det är ju enkelt att be att få en uppgift om hur ofta en ruptur inträffar. Om nämnden inte kräver att få det vetenskapliga underlaget blir ledamöterna helt beroende av de sakkunnigas tyckanden.

Utsatta patienter

Patienter som drabbats av komplikationer i vården är mycket utsatta. Ofta tycker de att de inte får förståelse för sina synpunkter [6]. Förtroendet för HSAN bygger på att besluten är sakligt motiverade. Läkare har goda möjligheter att överklaga beslut som de upplever som felaktiga, medan patienter och anhöriga sällan har den kunskap som behövs för att kunna ifrågasätta expertutlåtanden.

Förtroendet för HSAN kommer att undermineras om inte nämnden ställer högre krav på sig själv och sina rådgivare än i det här fallet. Alla läkare har fått lära sig att det man intygar i ett utlåtande måste vara sakligt underbyggt. Det kravet måste också ställas på en myndighet som utövar tillsyn över sjukvården.

En förklaring till att det kan gå till så här är att HSANs sakkunniga har så många andra uppgifter att bestyra att de inte hinner ägna tillbörlig tid åt ärendena. I så fall måste nämnden rekrytera sakkunniga som prioriterar uppdraget. Om det är för dåligt arvoderat för att locka personer med kompetens bör ersättningen höjas. Ledamöterna måste också vara aktiva och kräva bevis för vad som är evidensbaserat och skicka tillbaka alla ärenden som bygger på löst tyckande.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Författaren har varit konsultationsläkare inom Läkarförbundet och därefter chefläkare med bland annat

uppgift att göra anmälningar enligt Lex Maria.

Referenser

1. Leung AS, Leung EK, Paul RH. Uterine rupture after previous cesarean delivery: Maternal and fetal consequences. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:945-50.
2. Socialstyrelsen. Akut omhändertagande – Ett underlag för kompetensutveckling vid omhändertagande av akut sjuka och skadade. Stockholm: Socialstyrelsen; 1994. MARS Rapport nr 6.
3. Nilsson BA. Förlossning efter tidigare kejsarsnitt. Föredrag vid efterutbildningskurs i Uppsala 1978.
4. ACOG practice bulletin. Vaginal birth after previous cesarean delivery. No. 5. Washington DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 1999.
5. Gregory KD, Korst LM, Cane P, Platt LD, Kahn K. Vaginal birth after cesarean and uterine rupture rates in California. *Obstet Gynecol* 1999;94:985-9.
6. Lindberg B, Killander A, Wedenbergh K. Mycket starka känslor bakom anmälan till HSAN. *Läkartidningen* 1996;93:41:73-6.

Läkarstudenternas kliniska handledning måste förbättras

Under de senaste åren har antalet utbildningsplatser på läkarutbildningen ökat kraftigt. Samtidigt har patientunderlaget i slutenvården minskat. MSFs handledningsenkät förra året visar att det skett en del förbättringar av handledningen inom medicin- och kirurgikurserna, men fortfarande finns många brister. Med större årskullar studenter finns risken att problemen ökar igen.



HANNA ÅHSBERG
föbundsstyrelseledamot, Medicine studerandes förbund; läkarstuderande termin 7, Umeå universitet
hanna.ahsberg@slf.se

Under 1990-talet minskade antalet utbildningsplatser på läkarutbildningen på de flesta studieorter, men från och med år 2000 har antalet utökats kraftigt. Samtidigt har antalet slutenvårdsplatser minskat på grund av strukturförändringarna i sjukvården där fler patienter behandlas polikliniskt och slutenvårdspatienterna vårdas kortare tid före hemgång.

De fulla konsekvenserna av detta för utbildningens del har vi inte sett ännu, eftersom det är först nu som de stora årskullarna läkarstudenter börjar komma ut på de kliniska terminerna. MSF befarar att problemen i den kliniska utbildningen kommer att öka inom de närmaste åren eftersom det helt enkelt finns för många studenter i förhållande till antalet patienter och handledare. Högskoleverket har föreslagit (Rapport 2004: 31) en utökning av antalet utbildningsplatser med ytterligare 320 per år. MSF

anser att det, med dagens utbildnings- och sjukvårdssystem, inte vore förenligt med en god klinisk utbildning.

AT-läkare med sämre kliniska kunskaper

När studenterna tagit examen och kommer ut på sin allmäntjänstgöring (AT) finns risken att de inte behärskar vissa kliniska moment som de förväntas kunna. Många studenter idag vikarierar som underläkare under slutet av utbildningen eller efter examen innan de påbörjar sin AT. Detta ger dem ytterligare klinisk träning, vilket i vissa fall kanske är »räddningen« för de medicinska fakulteterna. Att vikariera som underläkare är förstås en bra erfarenhet, men ska inte vara nödvändigt för att klara av sin AT.

Dyrt tjänstgöra på annat håll

Från universitetens sida har man försökt lösa problemet genom att låta studenterna göra delar av sin kliniska tjänstgöring på andra sjukhus än universitetssjukhuset. I framtiden kommer vi troligtvis att få se ännu fler sådana utlokaliseringar. Det innebär en ökad kostnad både för den medicinska fakulteten och för den enskilda studenten i form av resor och

dubbelt boende. Fakulteterna måste också utbilda fler handledare för att täcka undervisningsbehovet. Landstingen har också fått en alltmer pressad ekonomi – på vissa sjukhus har till och med specialister fått sluta. Detta äventyrar ytterligare kvaliteten på den kliniska utbildningen.

Klinisk utbildning måste kvalitetssäkras

De medicinska fakulteterna betalar s k ALF-medel till landstingen för studenternas praktik. Dessa pengar tycks i mångt och mycket försvinna in i något svart hål i landstingets budget utan garanti för att studenten verkligen får den kliniska utbildning som han/hon eller fakulteten förväntar sig. Den teoretiska kunskapen kan oftast inhämtas från kurslitteratur, men studenten kan inte ställa formella krav på kliniken att få tillgodogöra sig de praktiska kunskaperna.

Kvaliteten på den kliniska handledningen måste alltså gå att mäta på något sätt. Landstinget ska kunna redovisa hur utbildningsanslaget har använts. Om det då visar sig att den kliniska handledningen inte fungerar tillfredsställande, har fakulteten möjlighet att betala någon annan klinik för att låta studenten göra sin praktik där istället. Läkarstudenter ska kunna ställa formella krav på sin kliniska utbildning.

Högst 1–2 studenter per vårdteam

Andra förbättringar som behövs är att utbilda fler handledare för att täcka behovet från ett ökande antal studenter på ett ökande antal sjukhus. Det bör inte vara fler än 1–2 studenter per vårdteam. Det ska finnas en ansvarig person för all handledning på varje kurs. Studenten ska ha tillgång till en personlig handledare på kliniken som han eller hon kan vända sig till med frågor och problem. Utplaceringar på olika kliniker bör inte heller vara för korta, då försvinner kontinuiteten och det blir svårt för studenten att komma in i vårdarbetet och följa vårdförloppet för enskilda patienter.

Personer som är förtrogna med sjukvården måste för våra politiker förklara vikten av god handledning. Annars är risken stor att politiker med t ex humanistisk bakgrund tror att vårdens utbildningar, precis som deras egna, kan utökas genom att man klämmer in fler studenter i föreläsningssalarna.

Det är dags för de medicinska fakulteterna att tillsammans med landstingen se över hur den kliniska handledningen ska fungera nu och i framtiden. Det är bråttom – dagens läkarstudenter väntar inte!

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Menar Järhult att operationsvolymen inte spelar någon roll?

Vi tackar Johannes Järhult för hans medicinska kommentar till och intresse för vår artikel »Övning ger färdighet – Utbildning och operationsvolym är starka prognostiska faktorer vid rektalcancerkirurgi« i *Läkartidningen* 6/2005 (sidorna 374-6; medicinska kommentaren på sidorna 361-2). Precis som vi gjorde i vår artikel pekar Järhult på tre viktiga faktorer som bidragit till den förbättrade prognosen vid rektalcancer i Sverige de senaste decennierna. Beträffande preoperativ strålbehandling och förbättrad kirurgisk teknik (TME) tycks vi vara helt överens. När det gäller den tredje faktorn, den enskilda kirurgens subspecialisering, är vi eniga om att »övning ger färdighet«.

Operationsvolym och subspecialisering

Men när det gäller operationsvolym och subspecialisering som indikator på den enskilda kirurgens kompetens verkar våra uppfattningar skilja sig åt. Järhult förstår inte varför gränsen mellan hög- och lågvolymskirurg satts vid just tolv rektalcanceroperationer per år. Konventionell epidemiologisk metodik innebär att ett material indelas i två eller flera någorlunda lika stora grupper för att möjliggöra en jämförelse. Att vi satte gränsen i vårt material till just 12 har två anledningar. Den första är, som Järhult själv säkert vet, att det finns stora internationella studier som visar att kirurger som utför 1–2 rektalcanceroperationer/månad har bättre långtidsresultat än kirurger som opererar färre.

Den andra är att materialet med denna gräns delades i två lika stora grupper. Gränsens position i sig är helt ointressant. Den finns där för att visa att ett samband föreligger och inte, som Järhult tycks tro, för att påvisa »en magisk gräns«. För att använda Järhults eget språkbruk: En »begåvad« betraktare utrustad med »sunt vetenskapligt förnuft« skulle sannolikt inte hävda att en cigarettkonsumtion på 13/dag leder till lungcancer medan 12/dag skulle vara ofarligt!

Stöd för och emot

I Järhults digra referenslista finns studier som stödjer operationsvolymens betydelse, men där finns också de som påstås indikera *motsatsen*. Menar Järhult att de senare studierna visar att en låg operationsvolym är bättre än en hög? Istället är det väl så att dessa studiers dimensionering varit sådan att man inte kunnat förkasta nollhypotesen. Järhult föreslår

som ett alternativ till centraliseringen en decentralisering av det multidisciplinära omhändertagandet. Det kanske är möjligt i vissa fall, men ställer höga logistiska krav på modern kommunikationsteknik och ökad rörlighet för både specialister och patienterna.

Samarbete mellan specialister

De flesta är nog idag överens om att god cancerbehandling kräver samarbete mellan flera specialister. Vid rektalcancer bidrar radiologen med en kvalificerad preoperativ stadieindelning, onkologen individualiserar den preoperativa strålbehandlingen samt styr eventuell neoadjuvant och adjuvant kemoterapi, kolorektalkirurgen individualiserar och utför optimal kirurgi, patologen stadieindelar och karakteriserar tumören postoperativt för ett fortsatt individualiserat postoperativt omhändertagande och kvalitetskontrollerar kirurgen.

Av stor vikt är förekomsten av specialistsjuksköterskor som koordinerar utredning och behandling, professionellt omhändertagande på vårdavdelningarna med specialiserad omvårdnad och vid behov stomiutbildning. Ett exempel på ett mindre lasarett där man kunnat implementera ett sådant multidisciplinärt omhändertagande är det sjukhus i Basingstoke, England, på vilket Bill Heald tidigare arbetade. Det sjukhuset, som till sin storlek ungefär motsvarar ett mindre svenskt länsjukhus, visar att man kan nå mycket goda resultat även vid ett mindre sjukhus förutsatt att där finns möjlighet för kirurgen att bibehålla en hög operationsvolym. Ett motsvarande svenskt exempel är Ersta sjukhus i Stockholm.

Ett anmärkningsvärt påstående som Järhult gör är att människor, bara för att de är till åren komna, skulle acceptera en högre operations- och recidivrisk för ett ingrepp de genomgår, en gång i livet, för att få vistas i sin närmiljö. Oss veterligt saknas evidens för detta påstående.

Anna Martling

med dr, specialist i kirurgi,
institutionen för kirurgisk vetenskap,
kirurgiska kliniken, Karolinska
Universitetssjukhuset Solna
anna.martling@karolinska.se

Nästa sida:

Johannes Järhult svarar.