

Rapport om klinisk handledning vid Karolinska Institutet

Av Medicine Studerandes Förbund Stockholm

30 oktober 2011

Medicine Studerandes Förbund Stockholm
- en del av Sveriges Läkarförbund
www.msfstockholm.se

Kontaktperson klinisk handledning:
Ebba Lindqvist, vice ordförande MSF Stockholm
ebba@msfstockholm.se

Sammanfattning

I klinisk undervisning finns en tendens till större undervisningsgrupper, sämre mottagande på avdelningar, och sämre introduktion till avdelningsarbetet. I föreliggande rapport finns visst stöd för att det är det ökade antalet studenter som orsakar kvalitetssänkningen, i tendensen mot större undervisningsgrupper och färre handledare, samt att det förekommit att kvaliteten på utbildningen sänkts på grund av för många studenter per vårdteam.

Färre studenter får chans att öva på praktiska moment, och av de praktiska moment som utförs i mindre utsträckning är de läkarspecifika dominerande. Studenterna skattar både sin teoretiska och sin praktiska kunskap lägre än tidigare.

Att studenterna efter avslutad kurs, och så småningom läkarexamen, inte behärskar praktiska moment som är vardagsuppgifter på de flesta arbetsplatser, får konsekvenser för både studenterna som unga läkare, för de arbetsplatser de hamnar på, och för patientsäkerheten.

Resultaten som presenteras här är oroande, i synnerhet med tanke på förestående utbyggnader av läkarprogrammet. En fortsatt utökning av läkarutbildningen måste gå hand i hand med kvalitetssäkring av den kliniska utbildningen.

Sammanfattningsvis hoppas MSF Stockholm med denna rapport uppmärksamma de förbättringsområden som finns i den kliniska undervisningen på läkarutbildningen vid Karolinska Institutet, och uppmuntra till åtgärder i syfte att säkerställa blivande läkares nödvändiga praktiska färdigheter.

Introduktion

Läkarutbildningen i Sverige omfattar teoretisk såväl som klinisk (här i betydelsen praktisk, verksamhetsförlagd) undervisning, varav den senare vid Karolinska Institutet är förlagd till fyra undervisningssjukhus och till primärvårdsinstanser. Den kliniska undervisningen är avgörande för att läkarstudenter ska kunna tillgodogöra sig praktiska färdigheter och ett gott förhållningssätt, och lära sig omsätta teoretiska kunskaper i klinisk verksamhet.

Medicine Studerandes Förbund (MSF), en del av Sveriges Läkarförbund, genomför vartannat år en enkätundersökning bland alla läkarstudenter i Sverige som påbörjat sin kliniska utbildning. Enkäten fokuserar framför allt på läkarutbildningens praktiska innehåll och på kliniskt handledarskap.

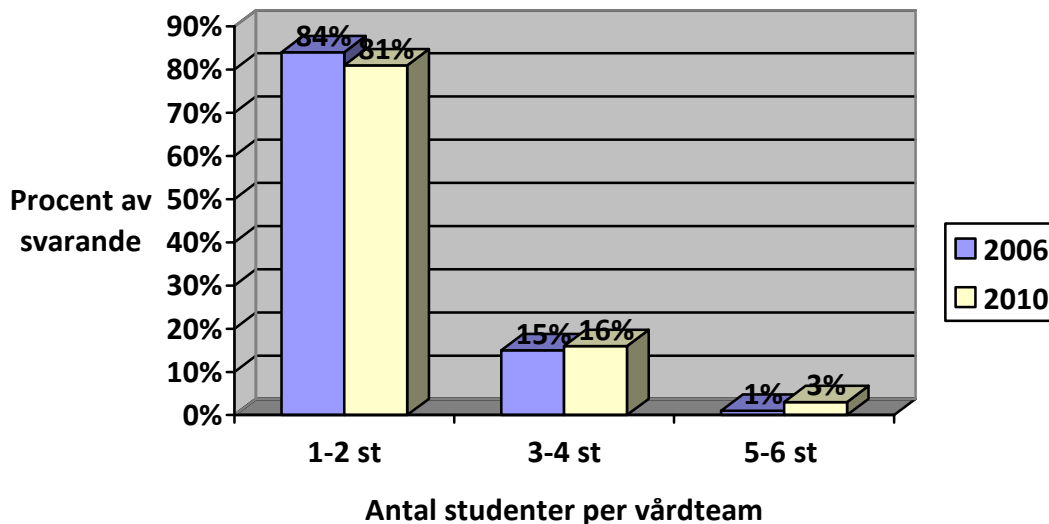
I denna rapport presenterar MSF Stockholm resultaten från 2010 års handledningsenkät i Stockholm, och sätter dem i jämförelse med resultaten från 2006 års enkät. Tyvärr saknas ortspecifika data för 2008, men sammanställd data från alla lärosäten för 2006, 2008 och 2010 finns i den nationella rapport som MSF:s förbundsstyrelse släppte 7 oktober 2011, och som finns att ladda ner på MSF:s hemsida.

Handledningsenkäten genomfördes i november 2010. Svarefrekvensen i Stockholm var 79 % (108 studenter svarade av 136 registrerade på kursen).

Resultat

Undervisningsgrupper och mottagande på avdelningar

Ännu är det 1-2 studenter per vårdteam på majoriteten av studenternas kliniska placeringar, men det finns en svag trend mot större undervisningsgrupper (Figur 1).



Figur 1. Hur många studenter har det i genomsnitt varit i varje vårdteam?

50 % av studenterna anser att det *ganska ofta* eller *alltid* förekommit att kvaliteten på utbildningen sänkts på grund av för många studenter per vårdteam.

Antalet studenter som varit utlokaliserade, det vill säga gjort en del av sin praktik (ofta en eller ett par veckor) på ett annat sjukhus än undervisningssjukhuset, har minskat dramatiskt sedan år 2006, från 80 % till 13 %.

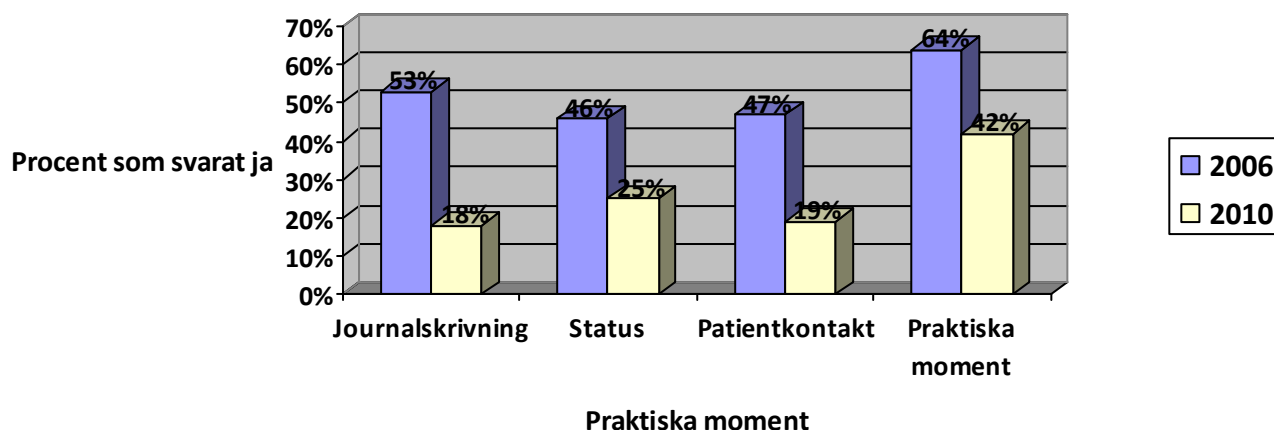
Studenterna upplever att de blir sämre mottagna på avdelningarna. Andelen som anser att de blivit *genomgående väl mottagna* har minskat från 51 % till 16 %. Samtidigt tycker 49 % av studenterna att de *ofta eller alltid* fått en dålig introduktion till avdelningsarbetet, en ökning från 25 % år 2006.

Handledarskap och återkoppling

Det har blivit mindre vanligt med en personlig handledare på avdelningsplaceringar. Andelen studenter som haft en personlig handledare på alla avdelningsplaceringar har minskat till 17 %, från 54 % år 2006. Den personliga handledningen tycks överlag fungera bra, dock inte lika bra som tidigare;

jämfört med 2006 anser färre studenter att handledningen fungerat *mycket bra* (7 % jämfört med 36 %) till förmån för svarsalternativet *bra* (som har ökat från 56 % till 80 %).

Studenterna får i liten utsträckning, och i mindre utsträckning än tidigare, återkoppling på sina färdigheter. Ansvarig läkares uppföljning har minskat drastiskt beträffande studenters journalskrivning, status, patientkontakt och praktiska moment (Figur 2).



Figur 2. När du genomfört följande moment, har det då följts upp av ansvarig läkare?

Tilläggs bör att svarsalternativen i frågorna om uppföljning skiljer sig åt mellan enkäten från 2006 (*ja / inte tillräckligt / nej*) och enkäten från 2010 (*ja / delvis / nej*), vilket kan ha påverkat tolkningen av frågorna och därmed svaren. Den minskning i andelen som svarat *ja* har skett till förmån för svarsalternativet *delvis / inte tillräckligt*, medan andelen som svarat *nej* är relativt oförändrad. Andelen studenter som upplever att uppföljning varit meningsfull är lika stor år 2006 som år 2010 (91 % respektive 92 %).

Övningstillfällen för praktiska läkarfärdigheter

Jämfört med år 2006 är det nu procentuellt flera läkarstudenter som aldrig lett en rond (11 % jämfört med 4 %).

Av 25 utvalda praktiska moment har 9 stycken utförts under utbildningen, på person, av 90 % eller fler av läkarstudenterna år 2010 (Tabell 1). 11 praktiska moment utförs i mindre utsträckning 2010 jämfört med 2006, och samtliga dessa praktiska moment är läkarspecifika uppgifter. 13 praktiska moment

utförs i större utsträckning, varav en majoritet (8 stycken) är sköterskespecifika snarare än läkarspecifika.

Den begränsande faktorn till att det fanns saker man velat göra men inte fick möjlighet till anges i 38 % vara *handledarens tid*, och 24 % *antalet studenter*.

Tabell 1. Har du hittills under utbildning, på person, fått utföra följande moment? (% som svarat ja.)

Praktiskt moment	Utförande yrkeskategori*	2006	2010	Trend
Fingerbasanestesi	Läkare	59	65	Positiv
Naevusborttagning	Läkare	61	90	Positiv
Ledpunktion	Läkare	47	59	Positiv
Benmärgsprov	Läkare	44	47	Svagt positiv
Reponera fraktur	Läkare	62	63	Svagt positiv
Suturering	Läkare	98	98	-
Hålla fri luftväg	Läkare	99	96	Svagt negativ
Rektalpalpation	Läkare	98	97	Svagt negativ
Lägga lokalbedövning	Läkare	97	94	Svagt negativ
Skriva recept	Läkare	93	81	Negativ
Ordinera vätska	Läkare	83	72	Negativ
Skriva sjukintyg	Läkare	79	63	Negativ
Rekto- /proktoskopi	Läkare	88	84	Negativ
Intubera	Läkare	92	83	Negativ
Artärpunktion	Läkare	97	93	Negativ
Gipsning	Läkare	73	64	Negativ
Elkonvertering	Läkare	92	87	Negativ
Intramuskulär injektion	Sköterska	34	64	Positiv
Venprovtagning	Sköterska	86	98	Positiv
PVK	Sköterska	68	93	Positiv
Koppla EKG	Sköterska	81	92	Positiv
Ventrikelsond	Sköterska	57	66	Positiv
KAD-sättning	Sköterska	75	84	Positiv
Koppla dropp	Sköterska	76	87	Positiv
PEF-mätning	Sköterska	36	70	Positiv

*Utförande yrkeskategori bedömt efter vilken yrkeskategori som oftast utför dessa uppgifter i det dagliga mottagnings- eller avdelningsarbetet.

Självskattad kunskap

Andelen studenter som tycker att de *i mycket hög grad* uppfyller teoretiska kunskapskrav, såväl som andelen som tycker att de *i mycket hög grad* uppfyller praktiska kunskapskrav, har sjunkit från 32 % till 19 % (till förmån för *i ganska hög grad*) sedan 2006.

Andelen som tycker att det *inte finns behov* av teoretiska förbättringar av kirurg- eller medicinkursen har sjunkit från 44 % 2006 till 18 % 2010, samtidigt som andelen som anser att de kliniska delarna av kirurg- eller medicinkursen har *ett stort förbättringsbehov* har ökat till 41 % (från 23 % 2006).

Andelen som ger sin kliniska kurs högsta möjliga betyg har sjunkit från 22 % till 3 %.

Intresse för framtida chefskap

Andelen studenter som *absolut eller kanske* vill bli chefer i sitt framtida yrkesliv har gått ner från 87 % till 74 %.

Slutsatser

Diskussion kring resultaten

Resultaten från 2010 års handledningsenkät visar att det i klinisk undervisning finns en tendens till större undervisningsgrupper, sämre mottagande på avdelningar, och sämre introduktion till avdelningsarbetet. Detta är beklagligt, då många placeringar endast är 4 dagar långa och en god introduktion och ett gott mottagande är nödvändigt för att studenten ska ha möjlighet att snabbt kunna komma in i avdelningsarbetet och få utbyte av sin placering.

Endast 17 % av studenterna har en personlig handledare på alla avdelningar, samtidigt som handledarskapet bedöms fungera mindre bra än tidigare. Den för inläring och utveckling så viktiga återkopplingen sker i skrämmande liten utsträckning; endast 18-42 % av studentutförda moment får tillräcklig uppföljning. Andelen studenter som upplever uppföljning som meningsfull är dock fortfarande stor (92 %), vilket gör det desto mer beklagligt att återkopplingen inte sker i större utsträckning.

Färre studenter får chans att öva på praktiska moment som ingår i läkares arbetsuppgifter. Den begränsande faktorn anges av 38 % oftast vara *handledarens tid*, och 24 % *antalet studenter*. Av 25 utvalda praktiska moment har endast 9 stycken utförts under utbildningen, på person, av 90 % eller fler av läkarstudenterna. Följaktligen och föga förvånande skattar studenterna både sin teoretiska och

sin praktiska kunskap lägre än tidigare. Av de praktiska moment som utförs i mindre utsträckning är tyvärr de läkarspecifika dominerande, medan de praktiska moment som fler studenter får utföra nu jämfört med 2006 är sköterskespecifika. Detta kan tyda på en felprioritering från handledarnas sida, eller på en handledarbrist som hänvisar studenterna till att handledas av undersköterskor och sjuksköterskor.

Även siffrorna i sig, utan jämförelse med tidigare år, talar ett dystert språk. Det är undermåligt att knappt två tredjedelar av studenterna har fått möjlighet att utföra ledpunktion eller reponera en fraktur, åtgärder som utförs dagligen på samtliga universitetssjukhus. Att studenter inte får tillfälle att under handledning öva på praktiska moment, som de vid avslutad kurs förväntas behärska och kunna utföra självständigt, är mycket beklagligt. Resultatet, att studenterna efter avslutad kurs (och så småningom läkarexamen) inte behärskar praktiska moment som är vardagsuppgifter på de flesta arbetsplatser, får konsekvenser för både studenterna som unga läkare, för de arbetsplatser de hamnar på, och för patienterna i fråga om patientsäkerhet. I längden leder detta även till en större arbetsbörda för de mer seniora läkare som måste handleda, eller ta över arbetsuppgifter ifrån, unga underläkare och AT-läkare utan tillräcklig praktisk kompetens.

Läkarstudenterna själva har en god insikt om vilka kunskaps- och färdighetskrav de förväntas uppfylla efter avslutad kurs, och rapporterar till oss och i andra forum en osäkerhet och oro inför framtida läkararbete till följd av att man inte har fått tillfälle att tillgodogöra sig dessa kunskaper och färdigheter. Andelen studenter som anser att de kliniska delarna av kirurg- eller medicinkursen har ett *stort förbättringsbehov* har ökat från 23 % 2006 till 41 % år 2010.

Resultaten från enkäten överensstämmer med spridda rapporter från MSF:s medlemmar, från kursansvariga, och från undervisande personal, om att ett ökat antal studenter på läkarutbildningen har fått oönskade effekter på den kliniska undervisningen. I föreliggande rapport finns visst stöd för påståendet att det är det ökade antalet studenter som orsakar kvalitetssänkningen, i tendensen mot större undervisningsgrupper och färre handledare, samt att det förekommit att kvaliteten på utbildningen sänkts på grund av för många studenter per vårdteam.

Andra orsaker till den sämre kliniska undervisningen skulle också kunna vara ett hårdare arbetsklimat på undervisningsklinikerna, eftersom exempelvis en ansträngd personalsituation naturligtvis drabbar undervisningen i form av färre tillgängliga handledare och mindre tid till handledning. Att studenter i mindre utsträckning får tillfälle att utföra praktiska moment skulle kunna bero på både avsaknad av handledare, tidsbrist från handledarens sida, eller, såsom kan vara fallet på universitetssjukhus, konkurrens från AT- och ST-läkare om att få utföra praktiska moment.

Den kliniska undervisningen är avgörande för att läkarstudenter ska kunna tillgodogöra sig praktiska färdigheter, lära sig omsätta teoretiska kunskaper i klinisk verksamhet, och utveckla ett gott förhållningssätt till patienter och medarbetare. Från resultaten i denna rapport kan man misstänka att djupare diskussioner mellan handledare och student om exempelvis etik förekommer i mindre utsträckning än önskvärt i den kliniska vardagen, då förutsättningarna för sådana diskussioner kräver tillgång till tid och en gynnsam miljö. Med vetskapen om stora undervisningsgrupper, sämre mottagande på avdelningar, och minskad förekomst av personlig handledare, kan man misstänka, även om föreliggande rapport inte undersöker detta, att diskussioner om etik och förhållningssätt förekommer i mindre utsträckning. Om så är fallet är detta bekymmersamt eftersom kunskap om etik är något som alla läkare har behov av, och teoretisk undervisning i etik sällan upplevs lika givande av studenterna som verkliga, självupplevda patientfall.

Utökningar av antalet utbildningsplatser på läkarprogrammet

Under mitten av 2000-talet beslutade man att kraftigt utöka antalet platser på den svenska läkarutbildningen. När utbyggnaden är klar år 2015 kommer den, i ett nationellt perspektiv, ha lett till en ökning i antal läkarstudenter med 27 % (jämfört med år 2006). På Karolinska Institutet är antalet registrerade studenter på termin 9 (där handledningsenkäten delas ut) 114 höstterminen 2011. Antalet registrerade studenter på termin 5, den första kliniska terminen, är vid samma tidpunkt 149 – en tredjedels ökning.

I egenskap av läkarstudenternas företrädare har MSF, sedan utökningarna blev aktuella, påtalat att under nuvarande förutsättningar riskerar en utökning av läkarprogrammet att ske på bekostnad av utbildningens kvalitet. Föreliggande rapport, tillsammans med MSF:s nationella rapport om klinisk handledning som visar liknande resultat, bekräftar dessa farhågor.

I september 2011 presenterade utbildningsminister Jan Björklund regeringens plan på att utöka läkarutbildningen i Sverige med 200 nya platser redan nästa år (2012), och därefter 300 nya platser per år. MSF har bemött detta förslag offentligt i flera debattartiklar, med huvudbudskapet att en fortsatt utökning av läkarutbildningen måste gå hand i hand med kvalitetssäkring av den kliniska utbildningen – nuvarande negativa trend får inte fortsätta.

Som studenternas fackliga organ tycker vi i MSF Stockholm att resultaten av handledningsenkäten är oroande, i synnerhet med tanke på förestående utbyggnader av läkarprogrammet. Vi anser att undervisningsansvariga bör vidta åtgärder för att förbättra den kliniska undervisningen, i syfte att säkerställa blivande läkares nödvändiga praktiska färdigheter. Vi vill även uppmuntra de ansvariga för

läkarprogrammet på Karolinska Institutet att överväga om en ytterligare utökning av antalet utbildningsplatser verkligen är förenligt med bibehållen god utbildningskvalitet.

Förslag till åtgärder

Kvaliteten på den kliniska undervisningen är bland annat beroende av tillgången på kliniska handledare med tid och förmåga att handleda studenter. För att uppnå mindre studentgrupper och en god tillgång på handledare kan man på kursnivå exempelvis tillämpa en mer kreativ schemaläggning. Ett exempel, som redan används i viss utsträckning, är att dela upp kurserna i halvår som har omväxlande kliniktid och tid för teoretisk undervisning. Vidare uppfattar idag många studenter tiden på undervisningskliniker som ineffektivt utnyttjad. Kanske är det bättre att spendera en halvdag på kliniken tillsammans med en dedikerad handledare, än en heldag utan någon handledare alls?

Klinisk handledning bör premieras på så sätt att undervisande läkare bör få tid avsatt för detta, samtidigt som god klinisk handledning på olika utbildningsnivåer bör ge avtryck i både löne- och karriärutveckling.

Det är anmärkningsvärt att inom trafiken är handledarutbildning ett obligat för alla privatpersoner som vill handleda någon som övningskör inför körkortstagning, men man får handleda läkarstudenter utan att ha andra pedagogiska meriter än läkarexamen. Alla läkare med anställning på ett undervisningssjukhus bör genomgå en obligatorisk handledarutbildning, som även bör inkludera underläkare och AT-läkare då det ofta är dessa som handleder läkarstudenter. En handledarutbildning ska innefatta utbildning i hur man kan stötta, vägleda och aktivera studenter på en klinik, vikten av återkoppling, och hur positiv och negativ feedback kan uttryckas. En sådan utbildning behöver inte vara mer än en halvdag eller en dag lång, och är förslagsvis arrangerad och betald av undervisningssjukhuset.

Varje kursledning med ansvar för en klinisk kurs på läkarprogrammet bör ha en handledningsplan för de undervisningskliniker som visar bristande förmåga att ta emot och undervisa studenter.

Ett av de största problemområden som denna rapport lyfter fram, är bristen på möjligheter att träna på praktiska moment. Studenter som inte har en personlig handledare att vända sig till, eller som får olika handledare varje dag på en placering, har mindre chanser att få handledarens förtroende att utföra praktiska moment. Här har de undervisande klinikerna ett ansvar att genom sin schemaläggning möjliggöra kontinuitet för studenterna, och för handledarna likaså.

Vi ser också att mängden utlokaliseringar, det vill säga klinisk praktik på ett annat sjukhus än universitetssjukhuset, har minskat dramatiskt och att vissa kurser inte tillåter utlokalisering överhuvudtaget längre. Studenter som varit utlokaliserade, ofta till mindre sjukhus eller vårdcentraler som inte tar emot läkarstudenter eller AT-läkare dagligdags, rapporterar ofta ett ökat ansvar, god återkoppling, och många tillfällen att utföra praktiska moment. Således borde möjligheten till utlokaliseringar inte bara återinföras utan uppmuntras.

I det större perspektivet måste man från landstingets sida verka för att få fler sjukhus och primärvårdsinstanser för studenternas verksamhetsförlagda utbildning, exempelvis genom att se till att även de privata vårdgivarna får ett undervisningsansvar.

Sammanfattningsvis hoppas MSF Stockholm med denna rapport uppmärksamma de förbättringsområden som finns i den kliniska undervisningen på läkarutbildningen vid Karolinska Institutet, och uppmuntra till åtgärder i syfte att säkerställa blivande läkares nödvändiga praktiska färdigheter.

Mer information

På MSF Stockholms hemsida under ”Din kliniska utbildning – vår hjärtefråga” finns mer information om hur MSF Stockholm bevakar den kliniska undervisningen på läkarprogrammet, samt länkar till de debattartiklar MSF har skrivit med anledning av kvaliteten på undervisningen och den planerade utökningen av läkarprogrammet.

www.msstockholm.se

På MSF:s nationella hemsida finns information om MSF som organisation. Här finns också länkar till pressmeddelanden från Läkarförbundet och MSF, samt till den nationella handledningsrapport som släpptes 7 oktober 2011.

<http://www.sl.se/msf>

På regeringens hemsida finns pressmeddelandet från 13 september 2011 angående den kraftfulla ökningen av vårdutbildningarna. Budgetpropositionen innebär att läkarutbildningen byggs ut med 300 platser per år, fördelade till de sju universitet som idag har läkarutbildning.

<http://www.regeringen.se/sb/d/119/a/174923>