

att man kan misstänka att medlen ofta går direkt in i den allmänna sjukvårdsbudgeten och aldrig kommer kandidaterna till del.

Den verklighet som Hemmingsson beskriver med ordinarie röntgenrönder som rubriceras som undervisningstillfällen ger ytterligare stöd för denna tes. Att kalla någonting ordinarie för merkostnad som skall ersättning från ALF-medlen kan betecknas som falsk varubeteckning och är inte acceptabelt.

För att råda bot på problemen krävs en bättre uppföljning av hur ALF-medlen används. Ett intressant exempel härvidlag är fakulteten i Göteborg som prissatt den undervisning som bedrivs. Således finns ett pris för rondundervisning, ett för seminarieundervisning, ett för operationssår sytt av kandidat osv. Uppgifterna om utförda åtgärder kontrolleras sedan mot studenterna och bildar underlag för kommande års resursfördelning. Intressant nog visar det sig att betydande summor frigjorts till undervisning efter systemets införande.

Således bör pengar för undervisning finnas även i Uppsala. MSF kan bara önska professor Hemmingsson lycka till i försöken att finna dem.

Claude Guiron  
ordförande MSF,  
Stockholm

## Undervisningen behöver omstruktureras

Anders Hemmingsson har i en insändare i Läkartidningen 13/97 bl a påpekat att de alltmör förkortade vårdtiderna har försämrat möjligheterna till undervisning av medicinkandidater och läkare under utbildning.

Han konstaterar att tiden för diskussion på ronderna, i hans fall röntgenrönderna, inte räcker till.

Efter nästan 30 års erfarenhet som nyligen pensionerad studierektor för medicinkursen, först på Karolinska sjukhuset och sedan 25 år på Huddinge sjukhus vill jag till fullo instämma.

Enligt min uppfattning finns det allt mindre tid för »bedside»-undervisning på grund av läkarnas allt mer pressade arbetssituation.

»Bedside»-undervisningen är mycket viktigare än den teoretiska undervisningen, hur modern den sistnämnda än må vara. Därtill kommer att sängplatsantalet på klinikerna de senaste åren radikalt har reducerats, men inte studentantalet.

Många patienter med vanliga sjukdomar som pneumonier, hjärtinsufficiens eller astma, ligger inne mycket kort tid, går i öppen vård eller ligger på geriatriska kliniker.

Universitetsklinikerna har ofta patienter med mycket speciella sjukdomar som får avancerade behandlingar; behandlingar som majoriteten av de nyutbildade läkarna aldrig kommer att stöta på igen.

Lärarna finns på universitetsklinikerna, men inte den vanlige patienten. Låter man studenterna tjänstgöra på mindre specialiserade sjukhus kommer de begeistrade tillbaka efter att ha sett »riktiga» patienter. Det är mitt intryck från åren på Huddinge sjukhus.

### Gemensam för hela landet

Ytterligare en negativ förändring har skett under åren: Tidigare hade man en omfångsrik gemensam skriftlig sluttentamen för samtliga kandidater som avslutade medicinkursen. Tentamen bedömdes enhetligt över hela landet efter en gemensam telefonkonferens. Detta tillät i viss mån en jämförbar kunskapsnivå över hela landet.

Samordningen är tyvärr inte längre möjlig, eftersom kursprogrammet varierar för mycket mellan olika universitet.

Enligt min uppfattning har undervisningen de senaste åren blivit sämre. Om det lett till sämre kunskaper och sämre läkare vet jag givetvis inte.

Jag tycker att man borde sätta sig och fundera över om inte en omstrukturering av undervisningen borde genomföras på riksplanet.

Robert Leth har som svar på Hemmingssons insändare i samma nummer tyckt att grundutbildningen är bättre än för fem år sedan. Min uppfattning är att vi fått in en del modernare element, men att vi har förlorat i kvalitet.

Dieter Lockner  
docent  
f d studierektor och högskolelektor,  
Trångsund

## Det bör vara lika villkor för privat och offentlig sjukvård

I Läkartidningen 17/97 påstår Björn Meder och Peter Möller att Stockholms läns landsting kommer med dubbla budskap. I artikeln berörs en mängd frågor, förhållanden och relationer som inte är möjliga att reda ut i kort genmäle. Men jag vill ändå göra några kommentarer i vissa frågor.

Låt mig först klargöra att den policy som Hälso- och sjukvårdsnämnden antog i november 1995 om samverkan med privatläkarna i Stockholms läns landsting gäller och skall genomföras. Jag ser en bättre samverkan och en bättre precisering av vem som gör vad som en viktig förutsättning för att på bästa sätt nyttja den resurs som privatläkare är. Då får patienterna, som genom sina skatter och avgifter finansierar verksamheten, gott utbyte av sina pengar.

I artikeln blandas tyvärr frågor om löntagares (sjuksköterskors) löneutveckling med frågan om ersättning till privatläkarna enligt taxor som regleras i statliga förordningar.

Den ekonomiska utvecklingen har gjort det nödvändigt för Stockholms läns landsting att genom beslut om utvecklingsplanen och i budgetar kräva kostnadsminskningar både i den verksamhet som drivs av landstinget och i den privat drivna verksamheten. Dessa krav på kostnadsminskningar innebär inte att de anställdas löner står stilla.

### Samma krav

Däremot innebär kraven – och den poängen missar Meder och Möller helt – att den organisation (sjukhus, klinik, vårdcentral eller privata vårdföretag) som den anställde arbetar hos genom effektivisering måste spara ihop medel för att bekosta löneökningarna. För mig är det naturligt att ställa samma krav även på de privata specialistläkarna. Krav som knappast är förenliga med de kostnadshöjningar som de nya taxorna innebär.

1993 kostade privata specialistläkare 532 miljoner kr i

Stockholms läns landsting. 1996 hade kostnaden ökat till 795 miljoner kr, dvs en ökning med ca 50 procent. I de här siffrorna ingår inte den kostnad landstinget har för medicinsk service.

Meder och Möller erkänner i sin artikel att den nya privatläkartaxan innebär höjda kostnader för Stockholms läns landsting med 40 miljoner kr. Hälso- och sjukvårdsnämndens stab uppskattar kostnadsökningarna till ca 60–80 miljoner kr.

Så långt är alla överens. Det blir en kostnadsökning.

Det är denna kostnadsökning jag har kritiserat. Den höjda privatläkartaxan ger privatläkarna nya, friska pengar att betala löneökningarna, medan den offentliga vården får betala sina löneökningar med rationalisering och effektiviseringar.

Jag tvingas konstatera att Meder och Möller inte delar min uppfattning att det bör vara lika villkor för privat och offentlig sjukvård.

Bosse Ringholm  
finanslandstingsråd (s),  
Stockholm

### Om tidningen inte kommer

Om Läkartidningen inte kommit som den skall på onsdag, fundera på om skälet till den uteblivna tidningen kan vara något av följande:

Är prenumerationen betald?

Är definitiv flyttning anmäld?

Postens tillfälliga eftersändning gäller sex månader, sedan går feladresserade tidningar i retur.

Men om dessa orsaker inte kan vara de rätta: Ring Läkartidningens marknadsavdelning, telefon 08-790 33 00.

Om prenumerationen inte betalts i tid och läsaren därför missar några nummer kan vi inte skicka dessa automatiskt, utan de får köpas som lösnnummer om exemplar finns kvar.