

Oroväckande nedrustning av specialistutbildningen

Specialistutbildning av läkare omfattar cirka fem år. Praktisk sjukvårdstjänstgöring som underläkare varvas med teoretiska moment under dessa år.

En viktig del i denna utbildning har varit de så kallade NLV-kurserna, (NLV=Nämnden för läkares vidareutbildning). För att bli specialist krävdes att man genomgått sex kurser. Kurserna anordnades på universitetsorterna och innehöll de viktigaste delarna i respektive specialistområde.

Inom varje disciplin fanns ett stort utbud av kurser och kursorter och den enskilde läkaren kunde söka de kurser som sammantaget gav den bästa utbildningen.

Denna kursverksamhet gav dessutom ett nationellt kontaktnät inom den egna disciplinen med stort utbyte samt diskussion och avstämning av egna kunskaper och erfarenheter. Socialstyrelsen var och är huvudansvarig tillsyns- och vidareutbildningsansvarig myndighet.

Nytt system

Från och med januari 1992 trädde ett nytt vidareutbildningssystem i kraft. NLV-kurserna försvann och ersattes av SK-kurser (specialistkurser).

Antalet kurser har sedan dess kraftigt reducerats, inom vissa specialistområden finns det inga kurser alls, i andra en eller två. I hela Sverige!

Kurser försvinner

I det gamla systemet fanns det 5-7 kurser inom varje specialistområde och kursort. Det var obligatoriskt att genomgå sex kurser. I det nya systemet är detta krav borttaget!

De enskilda huvudmännen får nu ansvara för utbildningen. På grund av rådande ekonomiska läge inom sjukvården är det inte svårt att förstå vad som får »stryka på foten» när prioriteringar skall göras. Varje sjukhus får sköta sitt. Produktion går före utbildning. En högklassig läkarkår är av nationellt intresse. Svenskt utbildningssystem har borgat för detta och svensk sjukvård har haft gott internationellt rykte. Nu sker en medveten nedrustning mot bakgrund av

KORRESPONDENS

Max 400 ord i korrespondensspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondensspalten är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren.

kortsiktiga ekonomiska motiv.

Socialstyrelsens ansvar

Socialstyrelsen bör som ansvarig myndighet se till en obligatorisk utbildningsdel liknande NLV-kurserna för att garantera grundläggande moment i vidareutbildningen.

Ytterst är det ett regeringsansvar.

Under tiden 1991 till 1996 har dessutom antalet specialistutbildningsplatser halverats i landet, från ca 1 000 till 500 per år. Således en kvantitets- och kvalitetsförsämring. Vad kan Läkarförbundet göra för att motverka dessa försämringar?

Tomas Törnqvist
överläkare och studierektor,
Lasarettet,
Motala

Synpunkter på Nationella diabetesregistret

Ett kvalitetsregister på riks-nivå utgör underlag för att beskriva skillnader i behandlingsresultat i förhållande till patientkarakteristika mellan olika regioner och landsting i förhållande till riksgenomsnittet, men även mellan olika länder. Vid jämförelser kan man systematiskt bedöma huruvida kvalitet och uppnådda resultat stämmer överens med dem som patienten/sjukvårdsbeställaren kan förvänta sig. Ett nationellt register är inte bara vårdgivarens angelägenhet utan skall kunna vara en källa för information också för andra

intressenter, dvs vårdbeställaren och vårdtagaren.

Resultatet av olika processer

Det finns många sätt att värdera kvalitet. I det nationella diabetesregistret har man valt att identifiera så kallade end points, dvs resultat av en mängd olika processer. De definierade parametrarna stämmer överens med dem som identifierats i St Vincent-deklarationen och har den fördelen att de är enkelt mätbara.

Synsättnings- och njurskada och amputation beror på hur komplikationer behandlas när de uppträder, men även i hög grad på hur patientens diabetesjukdom utvecklats på längre sikt avseende medicinsk terapi och graden av metabolisk kontroll.

För att bedöma behandlingsresultat är det därför ovärderligt att kunna koppla samman alla dessa parametrar. Så kallade organspecialister har inte tillgång till uppgifter om diabetes- eller blodtrycksbehandling och inte heller om grad av metabolisk kontroll, varför det vore olyckligt att hänföra registrering av end points till specialistenheter i stället för till den enhet där patienten behandlas för sin diabetesjukdom.

Ett nationellt diabetesregister skall naturligtvis varken utesluta eller motverka ambitioner på lokal nivå att förbättra omhändertagandet av patienter och därmed verka för ökad kvalitet avseende patientens autonomitet och utbildning, individuella målsättning och riskbedömning. Nationella register utesluter inte ett processtänkande i kvalitetsut-

vecklingen hos enskilda vårdgivare.

Specialitetsföreningarna välkomnar det Nationella diabetesregistret där det finns möjlighet att koppla funktionsbortfall både till diabetesjukdomens svårighetsgrad och till det faktiska resultatet av behandling/utebliven behandling av diabeteskomplikationer inom olika regioner/landsting.

Styrelserna för:

Svensk internmedicinsk förening,
Svensk njurmedicinsk förening,
Svensk ortopedisk förening,
Sveriges ögonläkarförening,
genom
Elisabeth Agardh
docent, ögonkliniken, Lund

Saklig dialog om privatläkarevårdens kostnader efterlyses

Privatläkarvården kostade i Stockholms läns landsting 532 miljoner kr 1993. I förra årets bokslut hade denna kostnad ökat till 795 miljoner kr, dvs en kostnadsökning med ca 50 procent. Under denna period har den landstingsdrivna sjukvården i Stockholms läns landsting inte erhållit någon som helst kompensation för pris- och löneökningar. När privatläkartaxan nu höjdes den 1 april i år innebär det att den privata och offentliga sjukvården inte arbetar på lika villkor.

Det är förvånande att Björn Meder och Peter Möller i en ny artikel i Läkartidningen 19/97



ILLUSTRATION: FOLKE NORDLINDER

»Men vår strävan och önskan till dialog bemöts av Bosse Ringholm med en monolog.»

inte vill erkänna detta faktum. För mig som representant för skattebetalarna i Stockholms län är den nya kostnadsökningen om ca 70 miljoner kr som en följd av den höjda privatläkartaxan mycket oroande.

Meder och Möller påstår att Stockholms läns landsting sparar 100 miljoner kr på privatläkarna som en följd av taxeeökningen.

Detta är naturligtvis ett orimligt påstående. Jag skulle uppskatta om Meder och Möller i stället ville söka en saklig dialog grundad på det faktum att privatläarkostnaderna har ökat med ca 50 procent under de senaste tre åren.

Bosse Ringholm
finanslandstingsråd (s),
Stockholm

Replik:

Enveten monolog

Vi har nu – som en reaktion på de upprepade påståenden om motsatsen som Bosse Ringholm excellerar i – dels i en artikel (Läkartidningen 17/97), dels i en insändare under korrespondens (19/97) beskrivit hur Stockholms läns landsting totalt sett sparar 100 miljoner på privatläkarna. I sitt svar (18/97) på vår artikel berör Bosse Ringholm inte detta faktum med ett ord. Först i insändaren ovan kommenterar han förhållandet och då endast med den nedlåtande kommentaren att »detta är naturligtvis ett orimligt påstående». Han besvarar sig emellertid inte med att beskriva på vilket sätt det enligt hans mening skulle vara orimligt.

Svårt föra en dialog

Vi önskar i en för sjukvården i Stockholm kritisk och allvarlig situation föra en dialog med politikerna om alla aspekter på nuvarande faktiska förhållande och alternativa framtida möjligheter. Men vår strävan och önskan till dialog bemöts av Bosse Ringholm med en monolog.

Detta illustrerar bl a den välkända svårigheten att föra debatt med ekonomer, oavsett om dessa är professionella eller politiska.

För den senare gruppen ekonomer tycks endast en sak gälla och det är att läsa av en sifferkolumn i taget och konstatera om denna enda kolumn visar svarta eller röda siffror i slutet. Att titta på två eller – hemska tanke – tre kolumner i taget för

att se sammanhang och samband som går utanför och utöver döda siffror är uppenbarligen otänkbart.

Men det är också därför som ekonomerna ofta hamnar utanför den konstruktiva debatten. Den debatt som för framåt får i Stockholms läns landsting föras utan Bosse Ringholms medverkan.

Han ensam står kvar på den kolumn som visar det historiska faktum att läkare också i Stockholms läns landsting utnyttjade den av Sveriges riksdag givna rätten att etablera sig som privatläkare. Detta, ropar Bosse Ringholm harmset, borde de haft vett att avstå från.

Uppskattad sjukvård

Att dessa läkare sedan åstadkom något, t ex bedrev av medborgarna uppskattad sjukvård och tog emot patienter som annars belastat den offentliga sjukvården syns tydligen inte i hans sifferkolumner och existerar därmed inte heller i hans föreställningsvärld.

Och uppenbarligen har man inte i Ringholms kolumner lyckats pressa in det av offentliga utredningar konstaterade faktum att den privata vården på motsvarande vårdnivå är mer kostnadseffektiv och uppskattas mer av allmänheten än den offentliga vården.

Men vi lämnar nu Bosse Ringholm där han står och ropar i öknen. Vi gör i stället följe med de framsynta och analyserande politikerna, för sådana finns också, på den knaggliga och svårforcerade väg med många hinder och fallgropar som trots allt leder till framtiden.

Björn Meder
ordförande
Stockholms läkarförening
Peter Möller
ordförande
Stor-Stockholms
privatläkarförening

Barnen sjuka i den psykiatriska världen

Under fantastiskt missvisande rubriker som »Fler unga söker psykiatrisk hjälp» rapporteras i pressen att ökningen av barn till psykiatri under 1990-talet varit 30 procent.

Främst pojkar i åldrarna 9–12 och flickor runt 15 år. Förväntas man tro på att 9-åriga pojkar själva uppsöker en psykiater?

Nej, det här är resultatet av en reklamkampanj utan like. En fråga om läkemedelsbolags investerade pengar som ska ge avkastning och den allt annat än objektiva psykiatriska forskningens insatser för att se till att det blir så. En fråga om politiker som sitter i knät på dessa experter och som hindrar andra verkliga lösningar från att användas. En fråga om en slavisk press som trummar ut propagandan till allmänheten. En inflation i »neuropsykiatriska sjukdomar» där plötsligt 10 procent av alla barn har fel i hjärnan!

Den psykiatriska »visionen» kan beskrivas på följande sätt: Svenska barn är »underbehandlade». Drogen amfetamin, i det här sammanhanget kallad medicin, är ofarlig att ge till barn (men inte till vuxna).

Om några år kommer svenska barns »amfetaminbehandlingsbehov» att vara jämförbart med amerikanska – dvs mycket stort. Barn i mängd kommer att lida av depressioner och adekvata medicinska hjälpinsatser i form av antidepressiva medel kommer att sättas in.

Marknadsföringen av pedagogiska problem som avviker i hjärnans organisation kommer att ha gått hem och i varje klass kommer det att finnas barn som lider av de rent biologiska störningarna läs-, skriv- och matematikstörning.

Allt kommer att saluföras i namn av rättvisa, som solidariska insatser för samhällets behövande, som svåra men ofrånkomliga åtgärder.

Den stora falska skuldbördan kommer äntligen att lyftas bort från föräldrars krökta ryggar och sociala problem kommer att byta skepnad när problemens verkliga natur slutligen avslöjas – alltihop är bara biologiska felaktigheter hos barnen. Personlighet kommer inte längre att vara något abstrakt, svårgripbart begrepp utan en fråga om »receptordensitet» i hjärnan. De farmakolo-

Läkartidningens författar-anvisningar publicerades senast i nr 42/96. De kan även beställas från sekretariatet.

giska lösningarna för att »understöddja» personlighetsutvecklingen kommer att finnas och sann jämlikhet kan uppnås!

Om ingen säger stopp förstås!

Janne Larsson
lärare, Stockholm

Ersta sjukhus insatser vid Estonia-katastrofen får inte glömmas

Estoniakatastrofen ägnas stor uppmärksamhet i Läkartidningen 13/97, där olika aspekter av katastrofen redovisas i sex artiklar. Medicinska insatser berörs liksom arbetet i Estlines terminal, vid Södersjukhuset och vid olika kriscentra. Resurser och stressreaktioner behandlas ingående. Det uppofterande arbete som många utförde genom att med varm omsorg och professionalism ta hand om oss drabbade beskrivs inte men kan ändå utläsas.

Direkt förvånande och rent av klandervärdt är att arbetet vid Ersta sjukhus inte med ett ord berörs i artiklarna. Psykiatriska kliniken vid Ersta sjukhus har på ett föredömligt sätt ställt upp för både anhöriga och överlevande. Den undersökning och uppföljning som leds av Kristina Brandänge är den mest omfattande som gjorts och görs efter Estoniakatastrofen. Där finns allt material som kan behövas för att få en bild av hur anhöriga och överlevande mår och vilka behov man har. Skandalen, att myndigheterna ännu inte klarat ut hur man skall använda informationen för att hjälpa oss drabbade, lämnas därhän i Läkartidningens artiklar.

Samhällets insatser borde ha analyserats

Artiklarna ger också en alltför glättad bild av samhällets insatser direkt efter katastrofen. Det var inte precis något välorganiserat maskineri som utan problem trädde i funktion. Läkartidningens ambitiösa arbete hade förtjänat att även det kaos och den förvirring som rådde hade tagits upp till analys, så att bättre rutiner kan införas vid framtida katastrofer.

Hos de flesta som berörs,