

Akademisera specialist- och vidareutbildningen!

Det har sedan ett par år rätt delade meningar mellan Socialstyrelsen, Läkarförbundet, Läkaresällskapet och de medicinska fakulteterna om ansvaret, administrationen och utförandet av specialistutbildningskurser. Dessutom har debattklimatet försämrats av att Socialstyrelsens utbud av kurser understiger professionens behov. Delar av denna oenighet är en pseudodebatt, eftersom inom ST-utbildningar 90 procent av lärarna och organisationerna har en anställning på ett universitetssjukhus och en relation till universitetet. (Möjlig undantaget allmänmedicin och psykiatri). Jag tycker inte heller att historik, dvs akademins hittills dåliga engagemang i specialistutbildningen skall hindra oss från att tänka kreativt i framtiden. Jag pläderar därför för att akademien bör stå för denna utbildning framgent.

Skälet är att jag tycker det är dags för läkare att inte längre meritera sig genom specialist- och vidareutbildningskurser anordnade av frivilligorganisationer. Jag ser att andra värdeyrken går få kurser inom fort- och vidareutbildningen som inte ger akademiska poäng och därigenom också får en nationellt och internationellt väldokumenterad »recognition». Jag ser därför en framtid där såväl ST-kurser som vidare- och fortutbildningskurser ger akademiska poäng som kan leda till magisterexamen, licentiatexamen och vara till grund för doktorsavhandling. Läkarkåren får inte missa att utbildningar som de facto bedrivs av akademiska läkare och med hög kvalitet också ger akademiska meriter och internationell status.

Kravställare

Specialistföreningarna bör vara kravställare, arbetsgivaren beställare (finansier), och kurserna ges och examineras av universitetet och ge akademiska poäng.

Man kan också använda universitetens redan befintliga utvärderingar, kvalitetsprogram och gemensamma examinationer.

Ytterligare en fördel är (när nu Socialstyrelsen har som ambition att minska antalet specialiteter) att via en akademisk definition av en specialitet ge individen inte bara en specialistkunskap utan också en examen. Vi kan därigenom på ett internationellt god-

känt sätt examinera och utfärda »bevis på kompetens» inom alla ämnen som specialitetsföreningen definierar. Professionen frigör sig därigenom också från eventuella restriktioner från statsmakterna att definiera våra ämnesområden.

Mitt förslag är:

1. att Socialstyrelsen i framtiden våg galler ST-kurser enbart är beställare av s k A-kurser (om ens det);

2. att B- och C-kurser definieras av specialitetsföreningarna, beställs av arbetsgivaren, utförs (i konkurrens) av de medicinska fakulteterna och ger akademiska poäng;

3. att specialitetsföreningarna själva

definierar sina »specialiteter». De specialiteter som Socialstyrelsen definierar examineras liksom idag av Socialstyrelsen, medan övriga utbildas och examineras inom akademien.

(Eftersom vi på Karolinska institutet dessutom räknar munnen till kroppen, dvs att ytterligare samarbete mellan tandläkare och läkare i utbildnings- och vårdhänseende bör ske, gäller ovanstående även tandläkarnas specialist- och efterutbildning.

Peter Aspelin
prorektor,
Karolinska institutet,
Stockholm

Det krävs mer fakta för att diskutera valet av läkemedel

Norrbottnens läkemedelskommitté delar utan reservationer Göran Wallers synpunkt, »läkemedelsval måste diskuteras öppet och kollektivt, och där medicinsk ändamålsenlighet vägs mot bl a kostnader» (Läkartidningen 32-33/99). För att denna diskussion skall föras måste faktaunderlag föreligga. Därför är kodning av recept angeläget.

Lagstiftningen på området tillåter enskilda läkares siffror att presenteras endast för vederbörande läkare och dennes närmaste chef. Det är kommitténs önskan att siffror tas fram för kollegiala diskussioner. Endast i denna situation med all den grundskunskap och alla de reservationer, som där kommer fram, kan verklig kunskapsutveckling ske. Detta görs dock enligt vår uppfattning i alltför liten omfattning.

Enligt min uppfattning finns det inte någon nära koppling mellan öppenhet och repressalier. Oftast tycker jag att repressalier delas ut i skumrasket där fakta och diskussion ej släpps fram.

Mot bakgrunden att läkemedel hela tiden tar en allt större del av den totala, ganska konstanta, sjukvårdsresursen som samhället står för, är det angeläget att lägga energi och intresse på kvalitetsutveckling inom läkemedelsområdet. De resurser som läggs på läkemedel

kan inte användas till sjukvårdspersonal eller andra också viktiga delar av sjukvården.

All kvalitetsutveckling måste ske under förhållanden som präglas av »mycket morot och ingen piska.» Om kommitténs råd uppfattas som »piska» tar vi gärna emot hjälp och råd för att ändra på detta.

Vi kan gärna ändra våra metoder men inte vårt mål, som är att få läkemedelsterapi värderad och diskuterad i kollegiala samråd där »patientens behov, läkarens kunskaper, läkemedlets nytta, begränsningar och risker, pris, diagnostikens osäkerhet och den biologiska och mänskliga situationens mångfacetterade aspekter», vägs in.

Kenneth Widäng
ordförande Norrbottens
läkemedelskommitté



www.lakartidningen.se