

Replik om LIFE-studien:

Hur gick det egentligen till när Merck skickade ut brevet?

Det vore kanske på tiden med en exakt beskrivning av sambandet mellan Björn Dahllöf och Merck, skriver Lars Werkö. Om det inte finns några bindningar, hur fick Merck tag på brevet för distribution?

LARS WERKÖ
professor, Stockholm

II Dahllöf väljer [1] att missförstå vårt inlägg [2] om hans bedrifter i fråga om Losartan. Den rubrik vi använde kan dock knappast missförstås.

Vårt syfte

Vi avsåg inte att referera Losartanstudien utan att påtala det brev som Dahllöf i sitt svar förvisar till ett PS som om det inte spelade någon större roll. Studien har refererats – även i Läkartidningen – av flera engagerade hypertonspecialister och dess verkliga värde blir väl så

småningom uppenbart när den sätts in i sina riktiga sammanhang.

Vad vi opponerade oss emot var Dahllöfs tilltag att på Göteborgs universitets brevpapper skriva en personlig rekommendation till ett antal kollegor – hur många framgår inte av hans svar, men med tilltalet »Bästa kollega« kan det ju inte varit bara den närmaste vänkretsen. I sitt PS uppger han att Merck utan hans vetskap distribuerat det. Hur kunde det ske?

På tiden med ett klagande

Det kanske vore på tiden att få den exakta beskrivningen av sambandet Dahllöf-

Merck. Av de obligatoriska uppgifterna i samband med artikeln i Lancet framgår inte att han skulle ha några bindningar till Merck, som skulle innebära »conflict of interest«. Är detta med sanningen överensstämmande? Om några sådana inte finns, hur fick Merck tag i rekommendationsbrevet? Eller räknas de till de kollegor som Dahllöf behövde upplysa om det »paradigmskifte« som han konstaterat?

Referenser

1. Dahllöf B. Replik: LIFE-studien bör få betydelse för kliniken En fortsatt diskussion nödvändig. Läkartidningen 2002;99:2326-9.
2. Werkö L, Hernborg A, Liedholm H, Melander A. Forskare som marknadsför sig – brist på omdöme eller ny tendens? Läkartidningen 2002;99:1962-3.

Replik om AT-provet:

Successiv kunskapsredovisning på sikt

Idag måste tills vidare AT-provet behållas, bl a för att garantera grundutbildningens status i EU. På sikt måste ändå målet vara att ersätta det muntliga och skriftliga slutprovet med »sit-ins« i kombination med en välutbyggd handledning

BERNHARD GREWIN
förbundsordförande, Sveriges läkarförbund
bernhard.grewin@slf.se

II Lars-Olof Almér har i en artikel i Läkartidningen 13/2002 (sidorna 1499-503) på ett förtjänstfullt sätt beskrivit AT-provets historia och dess nuvarande process samt klargjort hans och AT-nämndens argument för varför provet bör bibehållas. Orsaken till artikeln är de åsikter och tankar om ett eventuellt avskaffande av AT-provet, som jag uttryckte i en ledare i Läkartidningen 9/2002. Lars-Olof Almérs synpunkter och information, som utgår från stor kunskap och erfarenhet, är av största värde och välkomnas, eftersom syftet med ledaren bl a var att initiera en debatt om AT-provets framtid.

Jag vill också framhålla att det finns

ett mycket starkt skäl att tills vidare behålla AT-provet, nämligen att inte äventyra grundutbildningens status i EU, vilken för närvarande ett högskolearrangerat AT-prov garanterar. Bakgrunden är att Sveriges formella grundutbildning endast är 5,5 år, och Europakravet är 6 år.

Provet mäter inte allt

Jag delar även Lars-Olof Almérs synpunkt att det, under rådande omständigheter, bästa skriftliga provet är MEQ, för att på bästa möjliga sätt följa upp läkarens såväl teoretiska som praktiska kunskaper och färdighet. Det är dock viktigt att understryka att även om provet i sig inte mäter fel saker, så mäter det i alla fall inte all den kunskap och färdighet, som vi kräver av en legitimerad läkare.

Trots det är det ändå viktigt att man på sikt strävar efter att ersätta det såväl muntliga som skriftliga slutprovet med i

stället återkommande »sit-ins« utifrån välstrukturerad och välfungerande handledning. Målet skulle således vara att när »sit-in«-systemet är väletablerat, borde det kunna ersätta nuvarande examination i sin helhet.

Examination

Någon form av examination för att spegla den kunskap och kompetens som en nylegitimerad läkare skall besitta måste betraktas som legitimt, ur såväl patienternas som samhällets synvinkel.

Fånga upp individer i riskzonen

Det bästa sättet, enligt min mening, att fånga de individer som inte uppnår eller riskerar att inte uppnå erforderlig kompetensnivå är den strukturerade handledningen i kombination med »sit-ins«. Det ger en helt annan möjlighet att tidigt identifiera och hjälpa de unga AT-läkare som uppvisar oacceptabla brister.

En sådan successiv kunskapsredovisning skulle med största säkerhet ge minst lika bra och säkerställd kompetens och därmed god kvalitet och säkerhet för patienterna som dagens AT-prov. •