

## Socialstyrelsens förslag till nya specialiteter motverkar sjukvårdens kunskapsutveckling

En stor enighet råder inom svensk sjukvård, akademi och forskningsinriktad industri om dels att bra klinisk forskning är en avgörande förutsättning för bra sjukvård, dels att den kliniska forskningen befinner sig i ett kritiskt läge och behöver stort stöd för sin utveckling. I detta läge har Socialstyrelsen nu lagt fram sitt nya förslag om specialitetsindelning i sjukvården, vilket påtagligt kommer att försämra förutsättningarna för stora delar av den kliniska forskningen. Särskilt märkligt är att utredningen valt att inte ens diskutera detta problem, trots att utredningsdirektiven säger att utredningen skall ha vården och patientperspektivet i sitt centrum.

### LARS KLARESKOG

professor, överläkare Karolinska sjukhuset; tidigare prefekt, institutionen för medicin, Karolinska sjukhuset/Karolinska institutet, Stockholm

Lars.Klareskog@medks.ki.se

### SUAD EFENDIC

professor, överläkare, Karolinska sjukhuset; tidigare prefekt, institutionen för molekylär medicin, KS/KI

### KERSTIN BRISMAR

professor, överläkare Karolinska sjukhuset; nuvarande prefekt, institutionen för molekylär medicin, KS/KI

### ANDERS HAMSTEN

professor, överläkare Karolinska sjukhuset; nuvarande prefekt, institutionen för medicin, KS/KI

II Den kliniska forskningens största problem är väl beskrivna i flera utredningar, och utgörs bl a av:

- Försämrad rekrytering av unga läkare till forskarutbildning. Medelåldern för disputerade kliniska forskare har ökat.
- Minskning av antalet forskare som disputerar inom prekliniska ämnen och sedan går över till klinisk tjänstgöring och forskning.
- Svårigheter för de etablerade kliniska forskarna att samtidigt upprätthålla god klinisk kompetens och hög internationell konkurrenskraft inom sitt forskningsområde.

Som en av de centrala orsakerna till problemen anges de ökande kraven från sjukvården, med minskad tid för forskning och utvecklingsarbete och ökade krav på medverkan i både den akuta och den högspecialiserade vården på de platser där man ännu inte skapat särskilda

tjänster och ansvarsområden för akut medicin; utvecklingen av en särskild akutmedicinsk verksamhet på bl a Karolinska sjukhuset har förmått att lösa vissa av dessa problem.

Bristen på tid för forskning för kliniskt verk samma forskare diskuteras just nu bland många forskningsfinansierare, och Vetenskapsrådet, Cancerfonden och Hjärt-Lungfonden gör stora ansträngningar att skapa fler tjänster för klinisk forskning och forskarutbildning.

### Utredningens förslag

Men samtidigt kommer nu Socialstyrelsens utredning som i ett slag skulle kunna omintetgöra sådana satsningar och ytterligare försämra förutsättningarna för den kliniska forskningen utan att diskutera de uppenbara problemen. Utredningen föreslår nämligen att:

- Ett antal specialiteter, inom vilka man idag kan börja utbildningen direkt efter AT, omvandlas till s k grenspecialiteter, innebärande att en full, cirka 5-årig utbildning inom exempelvis kirurgi eller internmedicin måste fullgöras förutom utbildningen i det som nu kallas grenspecialiteter, exempelvis reumatologi och urologi.
- Ett ytterligare antal specialiteter (exempelvis foniatri och audiologi) upphör som egna specialiteter och infogas som delar i större specialiteter.
- Möjligheten att skapa en akutmedicinsk specialitet ges liten prioritet. I stället ökas kraven på grenspecialister vad gäller förmågan att under många år, dvs både under den upp till 7,5 år långa specialistutbildningen och efter specialistexamen, upprätthålla full akutmedicinsk kompetens.

Dessa konkreta förslag kombineras med

det mest anmärkningsvärda av allt i utredningen, nämligen att utredningen inte alls diskuterar de olika mycket olika kompetenser som behövs inom olika delar av sjukvården; alla läkare förutsätts följa samma utbildningsgång och skaffa sig samma kompetens oavsett var och hur de avser att arbeta i framtiden. Inte heller diskuteras förslagens effekter för den kliniska forskningen, dvs på kunskapsutvecklingen inom sjukvården.

### Konsekvenserna

I stället för att från början erhålla en ST-tjänstgöring inom en viss specialitet där klinik och forskning blandas under en tid av kanske 8–9 år, måste den unga forskningsintresserade läkaren nu arbeta 5 år inom basspecialiteten (t ex internmedicin) för att därefter utforma sin fleråriga specialistutbildning inkluderande specialinriktningar utanför internmedicinen.

Under hela denna tid måste kunskaperna inom akutmedicin hållas höga och intakta för att upprätthålla kompetensen inom det alltmer krävande akuta omhändertagandet. Att i detta schema också infoga sin forskarutbildning eller sin fortsatta kliniska forskning – och eventuellt också ta ansvar för sin familj – är för de flesta ett helt orealistiskt uppdrag.

Dessutom skulle tiden för att erhålla sin specialitet utökas till mer än 10 år för dem som vill upprätthålla en rimlig andel forskning. Bland de yngre kliniska forskare som vi själva har kontakt med i vår dagliga verksamhet vet vi att många aldrig skulle ha varit möjliga att rekrytere

*Alternativet till det nuvarande förslaget är dessbättre enkelt. Utgångspunkten bör vara att specialistutbildningen skall tillgodose både kraven inom den breda bas-sjukvården och kraven på kunskapsutveckling.*

ra till klinisk forskning (och ibland inte till klinisk verksamhet över huvud taget) under dessa förutsättningar.

**Alternativet**

Alternativet till det nuvarande förslaget är dessbättre enkelt och har föreslagits av bl a Läkarförbundet och en rad specialistföreningar. Utgångspunkten bör vara att specialistutbildningen skall tillgodose både kraven inom den breda bas-sjukvården och kraven på kunskapsutveckling. Båda är oundgängliga för patienten.

En modern specialistutbildning som tillgodoser de många olika intressen och behov som finns hos patienterna bör kunna vara uppbyggd på »moduler«, där de som framför allt satsar på en bred internmedicinsk verksamhet inom bl a länssjukvården utbildar sig i stort enligt det liggande förslaget för internmedicin, och har möjlighet att senare eventuellt bygga vidare med andra moduler i närliggande ämnen.

Andra, t ex de som i första hand avser att arbeta inom akutmedicinen vid de stora sjukhusen, bör få möjlighet att välja en modul för akut medicin och bidra till den framgångsrika utveckling av akutmedicinen som f n sprider sig snabbt i landet.

Möjligheten att i praktiken kombinera klinisk specialistutbildning med forskarutbildning eller forskning tillgodoses genom att det blir möjligt att kombinera en forskningsmodul med lämplig klinisk utbildningsmodul.

**Anpassning av tillgång och efterfrågan**

Att anpassa tillgången till läkare med lämplig kombination av kompetenser blir därefter, som på alla andra arbetsmarknader, en fråga för de olika arbetsgivarna i sjukvården och den akademiska medicinen. En överläkartzjänst i Mora kräver en annan kompetens än den kliniska forskartzjänsten på Huddinge Universitetssjukhus i motsvarande ämne, och detta är något som både arbetsgivarna och de unga läkarna redan känner till.

På samma sätt måste rimligen lokala lösningar åstadkommas för akutmottagningar och jourlinjer. Den som önskar byta inriktning bör – som i all annan arbetsmarknad – ges goda möjligheter till vidareutbildning, något som för övrigt gäller oss alla oavsett i vilken position vi för tillfället tjänstgör. Denna typ av flexibel lösning är också väl förenlig med den som gäller i många andra länder i Europa, där man vid all jämförelse också måste ta hänsyn till den breda tjänstgöring som vår AT erbjuder.

Med tanke på den kritiska betydelse som utvecklingen inom den kliniska forskningen har för den framtida sjukvården, och att denna fråga inte alls behandlats i specialiseringsutredningen, är det svårt att tänka sig att den nuvarande utredningens förslag kan tjäna som grund för ett reformerat specialiserings-system i Sverige.

**Ny utredning**

Istället för att införa ett ålderdomligt och inflexibelt system som i praktiken aktivt motverkar utvecklingen av den kliniska forskningen i Sverige borde Socialstyrelsen alltså initiera ett förnyat utredningsarbete där moderna krav på kunskapsutveckling och flexibilitet utgör utgångspunkter för den framtida specialistutbildningen.

Vissa övriga konstruktiva förslag från specialiseringsutredningen kring modernisering av målbeskrivningar, examination m m kan säkert klaras snabbt på annat sätt med konstruktiv hjälp från specialistföreningarna, Läkarförbundet och patientföreningar med vilka Socialstyrelsen nu kan samarbeta i stället för att konfrontera. •

\*  
Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

# Bristen på familjeläkare orsaken till förslaget om nationell enhetlig modell

Mycket av det som Sven Engström m fl och Bengt Järhult framfört här i Läkartidningen kommer att ha betydelse i vårt remissarbete. Frågan om ett enhetligt nationellt system tror vi dock kommer stå fast, skriver Benny Ståhlberg och Meta Wiborgh i denna replik.

**BENNY STÅHLBERG**  
ordförande i Svenska distriktsläkarföreningen (DLF)  
*benny.stahlberg@svdlf.se*

**META WIBORGH**  
ordförande i Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)  
*meta.wiborgh@sfam.a.se*

■ Vi hade hoppats att den nationella handlingsplanen skulle vara den reform som äntligen skulle åstadkomma den strukturförändring för patienternas väl som man från statens och landstingens håll talat om i cirka 30 år.

**Ingen stor tillströmning**

Och det har visserligen inte gått mer än ett par år av genomförandetiden, men än

så länge ser vi ingen stor tillströmning av fasta familjeläkare – det som verkligen behövs för att det ska bli någon verklig förändring. Det är bakgrunden till Protosförslaget.

Vi som arbetat fram förslaget tror att det behövs en nationell enhetlig modell för att det ska bli någon förändring. Vi glädjer oss åt att debatten nu kommit igång. Vi är väl medvetna om att förslaget kan vara ofullgånget och att det finns anledning till revideringar. Det är just därför det är ute på remiss i våra respektive föreningar.

**Enhetligt nationellt system behövs**

Mycket av det som Sven Engström m fl och Bengt Järhult framfört här i Läkartidningen kommer att ha betydelse i vårt

remissarbete. Förslaget om ett enhetligt nationellt system tror vi dock kommer att stå fast.

Vi vill också påpeka att det redan i förslagets inledning talas om både privat och offentligt driven primärvård. Detta är alltså inte ett förslag som talar för att det bara ska finnas ett sätt att producera primärvård. Det finns heller ingenting i förslaget som talar emot grupp-mottagningar och samarbete med andra pers-nalkategorier.

Däremot har vi velat lyfta fram familjeläkarens centrala betydelse både för patienten och medarbetare och för samarbetspartner inom sjukvården. •

**Tidigare inlägg:**

- 3/2003: Bengt Järhult
- 6/2003: Sven Engström m fl; Meta Wiborgh; Benny Ståhlberg
- 7/2003: Bengt Järhult