

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, tex 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 överläkarsjänst i Mora kräver en annan kompetens än den kliniska forskartjänsten 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 Protsförslaget.

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