

Specialitetsutredningens förslag till ny struktur bör inte genomföras

Tanken på indelning av specialistutbildningen i bas- och grenutbildning bör helt förkastas och specialistutbildningen inte förlängas. I stället för att genomföra omfattande förändringar enligt Socialstyrelsens utredning bör man avvakta den genomgång av specialiteter som pågår inom EU, anser Boel Mörck.

BOEL MÖRCK

överläkare, reumatologiska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
mork@mail.mednet.gu.se

II Socialstyrelsens översyn av läkarnas specialistutbildning och strukturen för medicinska specialiteter, det vill säga enmansutredaren Gudmar Lundqvists förslag, är nu ute på remiss från Socialdepartementet. Den har skickats till 28 remissinstanser, däribland samtliga universitet, Sveriges läkarförbund, Saco och Svenska Läkaresällskapet, och svaren ska vara inne senast 15 juni.

Innebörden i förslaget är att de flesta läkare i framtiden skulle få sin specialistutbildning förlängd med mellan 1,5 och 2,5 år jämfört med idag. Dessutom föreslås stora gemensamma utbildningsprogram, s k common trunks.

Kvalitetssäkring och struktur

Socialstyrelsens förslag berör två aspekter av specialistutbildningen: dels insatser för kvalitetssäkring, dels »struktur och ny specialitetsförteckning«.

Den första målsättningen är utmärkt, och förhoppningsvis ser vi några positiva konkreta resultat. Målsättningen för SK-kurser är dock blygsam; den föreslagna volymen motsvarar endast den vi hade i mitten av 1990-talet (sic!).

Beträffande struktur har vi i Sverige idag 62 specialiteter, som enligt förslaget ska reduceras till enbart 28 egna bas-specialiteter. Som skäl anges en anpassning till EG-direktiv, men där finns faktiskt 52 specialiteter upptagna.

Dessutom pågår en översyn av specialiteterna inom EU, och det borde vara klokt att avvakta resultatet av den innan dessa omvälvande förändringar genomförs.

Förslaget innebär slutligen att dagens specialiteter delas in i bas-, gren- och tilläggspecialiteter, något som Läkarförbundet tidigt avrådde från och betecknade som »ett trubbigt statligt styrinstrument« som skulle medföra stora

rekryteringsproblem och orimliga utbildningstider.

Valfrihet satt på undantag

En av förklaringarna till förslaget skulle kunna vara att man från arbetsgivarhåll gillar idén med »common trunk« (= gemensam kunskapsbas). Läkarna blir då generalister. Idag har vi 5,5 års grundutbildning och 1,5 års allmäntjänstgöring. Skulle inte dessa 7 år räcka som gemensam bas? Att tvinga majoriteten läkare att genomgå ytterligare en lång gemensam basspecialistutbildning på 5 år, jämfört med dagens ca 1,5–2 år, kan få förödande konsekvenser.

Först efter 12–13 års utbildning skulle vi få göra vissa egna val i form av gren- eller tilläggspecialiteter på ytterligare 1,5–2,5 år. Dessa specialkunskaper ska dessutom inhämtas på kortare tid än idag, då huvudutbildningen ofta sträcker sig över 3 år.

Det borde vara självklart att såväl de enskilda läkarnas som respektive specialiteters önskemål och behov är tongivande vid planering och genomförande av specialitetsutbildningen från start till mål! Man kan mycket väl komma fram till att en dubbelspecialisering är önskvärd, men kanske inte nödvändigtvis, som utredningen föreslår, med intermedicin utan t ex immunologi med reumatologi eller rehabiliteringsmedicin med geriatrik. Vi uppmanas till flexibilitet, men styrsystemet blir alltmer stelt och byråkratiskt – utredningsförslaget är en skrivbordskonstruktion med föga förankring i vår kliniska verklighet.

Morot eller piska?

En annan förklaring till det plötsliga intresset för gemensamma basspecialiteter skulle kunna vara att man vill tvinga fler läkare att gå primärjourer. Men är lösningen på de jourtunga specialiteternas problem verkligen att tvinga ut ännu fler unga läkare under en ännu längre tid till Sveriges akutintag? Blir det en bra och säker vård för patienterna? Det borde vara bättre att – som Gunnar Sandberg

och Anders Dahlqvist skriver på ledarplats i »Sjukhusläkaren« 1/2003 – bemanna jourlinjerna på frivillig väg!

Detta skulle kunna ske genom att fler sjukhus uppmuntras att starta akutmedicinska enheter, vilket har slagit väl ut på flera håll. Man bör även premiera nytänkande och samverkan såväl mellan specialiteter som med andra vårdgivare. På medicinkliniken, Höglandssjukhuset i Eksjö, mottagare av kvalitetsutmärkelsen Svensk hälso- och sjukvård 2002, kunde man minska belastningen på akuten genom förbättringsarbete i samverkan mellan kommuner, primärvård och sjukhus.

Lägre livslön

På kirurgsidan kommer det att ta minst 7,5 år att få fram en ny urologspecialist och det inom en disciplin som redan idag brottas med långa värdköer över hela landet! På medicinsidan kan geriatriken tas som exempel, även här kommer det att ta minst 7,5 år att bli färdig specialist och detta i ett läge när gruppen äldre och multisjuka ökar i samhället. Vad tycker alla 40-talister om detta framtidsperspektiv?

En förlängd gemensam specialistutbildning innebär ytterligare många år innan karriärstegen och löneutvecklingen kan börja ta fart, vilket medför en lägre livslön. Man kan också se en påtaglig risk i att antalet avhopp ökar under en så lång utbildningsprocess där stora delar är påtvingade.

Forskning försvåras

Att ytterligare försena utbildningen med forskning börjar bli en orimlighet, men

Är lösningen på de jourtunga specialiteternas problem verkligen att tvinga ut ännu fler unga läkare under en ännu längre tid till Sveriges akutintag?

Socialstyrelsen ser inte detta som ett problem, snarare tvärtom! Nina Rehnqvist, överdirektör vid hälso- och sjukvårdsavdelningen på Socialstyrelsen, har förklarat att klinisk forskning inte är Socialstyrelsens bord, men att det för 20 år sedan, då många blev dubbelspecialister, även fanns tid för forskning.

Dessutom vill Socialstyrelsen att framtida beslut om vilka bas-, gren- och tilläggspecialiteter som ska finnas i förteckningen ska flyttas från regeringen/Socialdepartementet till Socialstyrelsen, dvs framgent ska vi inte ens få möjlighet att vara remissinstans vid förändringspropåer!

Ledarskap på distans

På de flesta enheter idag efterlyser man mer engagerade och närvarande läkare som medicinska ledare i vårdarbetet. Vi vet alla att engagemanget kommer först när man nått sitt mål och känner att man hamnat på rätt plats, dvs efter alla bas- och randutbildningar. Då först kan man på ett professionellt, initierat och målmedvetet sätt vara både delaktig och drivande i verksamhetens process- och kvalitetsarbete. Vägen dit riskerar dock att bli alltför lång med detta förslag till struktur av specialistutbildningen, vilket får negativa konsekvenser för sjukvården i stort, patienterna och läkarkollektivet.

Förslag till åtgärder

- Tanken på indelning av specialistutbildningen i bas- och grenutbildning bör helt förkastas.
- Förläng inte specialistutbildningen.
- Avvakta med omvälvande förändringar av antalet specialiteter till dess det nya EG-direktivet är klart.
- Bemanna jourerna på frivillig väg.
- Premiära innovativt tänkande och akutmedicinska enheter.
- Påverka patientströmmarna genom samverkan mellan olika vårdgivare.
- Förstärk målsättningen och resurserna för bättre kvalitetssäkring av specialistutbildningen ytterligare. •

Offentlig sprutförsörjning kan inte försvaras

■ Att Läkartidningen blivit ett livaktigt debattforum hälsas med glädje. För mig är det väsentligt att debatten förs med utgångspunkt från kompetens i frågorna.

Medicinske chefredaktören tycker i Läkartidningen 11/2003 (sidan 907) att samhällsdebattörer utnyttjas alltför ofta i skilda sammanhang. Bra rutet, nog bör ledarskribenter (= proffsstyckare) få hålla sig till sina egna spalter och inte breda ut sig över andra medier. I sakfrågan är Josef Milerads synpunkter om sjukfrånvaro värda all respekt och stärker kravet på kompetens i debatten.

Störd av »anonymt tyckande«

Det som däremot stör mig är ett anonymt »tyckande« på ledarsidan om rena sprutor för narkomaner. Efter att som stadsläkare på 1960–1970-talen ha arbetat med både narkomanfrågor och smittskydd har jag alltsedan dess funderat mycket över detta problem.

Denna fråga ligger i »gråzonen« mellan individvård och samhällsskydd. Vad är det övergripande: prevention av narkotikamissbruk eller att förebygga en-

staka personers smitta? Kan, i detta fall, infekterade narkomaner utgöra en smittorisk för en större population?

Har sprututbytesprogram visat sig ha så stort värde att det motiverar att ge en samhällssignal om narkotikaliberalism? Är utbytesprogrammet så analyserat att det kan visa sig vara värt att från försöksplan spridas till hela landet? Hur kunde samma resultat uppnås med ett alternativt program? Från humanitär synpunkt skall missbrukare avgiftas, vårdas och ha en lång efterbehandling där medicinsk och social kompetens skall utnyttjas. I sällsynta fall kan tvångsvård behöva användas.

Men, från samhällssynpunkt måste rågången vara klar. Narkotikamissbruk skall bekämpas och lagen skall vara kristallklar. Samhället säger bestämt *nej* till missbruk. Från denna synpunkt kan offentlig sprutförsörjning inte tolereras.

Björn Fries' förslag bör därför avvisas!

Bengt Mollstedt

leg läkare, Göteborg

Replik:

Förbundspolicy sedan mer än tio år

■ Vad gäller frågan om rena sprutor för narkomaner ansåg Läkarförbundet redan när försöksverksamheten pågätt ett fåtal år att sprututbytesprogram kan anses vara i synlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Även läkaretikens krav på en humanitär inställning framhölls som skäl för verksamheten.

Redan 1989 pläderade Läkartidningen på ledarplats för att verksamheten borde spridas till fler orter i landet, i synnerhet Stockholm. Och redan då kritiserade förbundet den legalistiska synen på frågan – dvs att man blandar samman denna epidemiologiska insats med »narkotikaliberalism«. Sedan dess har ytterligare ett decenniums beprövade erfa-

renheter – såväl i Sverige som internationellt – visat att programmen inte bidragit till ökad rekrytering av missbrukare.

Det alternativa program för avgiftning, vård och efterbehandling som Mollstedt förordar behövs självfallet också. Ett mål med utbytesprogrammen har just varit att försöka slussa in missbrukarna till sådana vårdinsatser. Men det är här de stora bristerna finns.

Det måste anses vara ett politiskt ansvar att se till att vi har tillräckliga resurser för narkotikavård i Sverige. Vilka politiker har tagit detta ansvar?

Ledarredaktionen

Försäkringsbolag ville låna originaljournalen!

För någon vecka sedan satt jag med en tjock journal som ett bolag ville ha kopior ur. Jag ringde upp – men det var svårt få besked om vad som önskades. Då fick jag repliken: »Du kan ju sända in originaljournalen så kopierar vi det som vi är intresserade av!«

Självfallet fick de icke låna originaljournalen, men vederbörande utredares chef fick ett brev med påpekande om det klart olagliga i begäran. Sedan har de

icke avhört. Ett urval kopior sändes till detta bolag som uppenbarligen tror sig vara en myndighet i klass med Socialstyrelsen – vilket detta bolag icke är även om de handlägger ersättning av patientskador på landstingens uppdrag.

Mats E Nilsson

*överläkare, öron-, näs- och halskliniken,
Östersunds sjukhus
mats.e.nilsson@swipnet.se*