

Delföreningarnas remissvar bör vara avgörande i specialitetsfrågan

Från reumatologins sida finner vi det anmärkningsvärt när en f d klinisk kemist eller överdirektör anser sig veta mer än Reumatologföreningen om vad som krävs för att bli reumatolog! Delföreningarnas remissvar bör vara avgörande när Läkarförbundet och Svenska Läkaresällskapet tar ställning till specialitetsutredningens förslag.

TOMAS BREMELL
ordförande i Svensk reumatologisk förening; verksamhetschef Reumatologi/Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
tomas.bremell@vgregion.se

II Specialitetsutredningen ligger nu på Sveriges läkarförbunds och Svenska Läkaresällskapets bord för remissvar fram till 15 juni 2003. Lokalföreningars, specialitetsföreningars/sektioners m fl svar, vilka skall inkomma i början av maj, kommer att ligga till grund för respektive remissvar. Inom SLF och SLS råder en oroande tystnad rörande hanteringen av frågan.

Några utgångspunkter

Läkarna bör, i samverkan med patienter och myndigheter, aktivt påverka utformningen av specialitetsindelningen och därmed av sjukvårdsorganisationen i Sverige. Jag vill redovisa några utgångspunkter som skulle kunna ligga till grund för SLFs och SLS remissvar.

1. Individuellt utformat utbildning

Specialistläkarutbildningen innebär en nivå av utbildning där vi måste ha respekt för den medicinska kunskapsutvecklingen och tilltro till individens förmåga till goda egna val.

Efter 12 års skola + 5,5 års läkarstudier + 1,5 års AT, dvs 19 års förprogrammerade studier, bör Socialstyrelsen och läkarnas organisationer visa ödmjukhet inför läkarnas förmåga att välja. Redan idag har de flesta läkare 3–3,5 års »common trunk« – 1,5 års AT och 1,5–2 års sidutbildning. Denna del behöver inte utvidgas. I stället bör utvecklingen av individen och specialiteten vara i fokus.

SLF har klart tagit ställning mot indelning i bas- och grenspecialitet. I stället har man framhållit att dubbelspecialisering bör vara frivillig och kunna kombineras på ett sätt som gynnar vård, specialitet och läkaren själv. SLS har ännu inte tagit ställning i denna fråga. Utbildning och kunskapsökande som är

individuellt utformat borde vara en hörnsten för läkarnas organisationer.

2. Underlätta läkarnas arbetsmöjligheter

Det liggande förslaget med utbildningsfriden runt 7,5 år missgynnar läkare med frånvaro på grund av föräldraledighet eller forskning. Specialistbeviset kommer att erhållas först i 40-årsåldern!

Dessutom – vilket inte framkommit tidigare i debatten – hindras rekrytering och integrering av läkare med utländsk examen! Under 2002 utfärdade Socialstyrelsen 1 470 läkarlegitimationer, varav 658 (45 procent) till läkare med utländsk utbildning. Just nu genomför många landsting rekrytering av läkare i Polen, Tyskland osv. Såväl denna läkarrekrytering som integrering av utländska läkare redan boende i Sverige försvåras av den nya längre, omständligare och mer styrda utbildning som Socialstyrelsen föreslår.

3. Stöd sektioner/specialitetsföreningar

SLF och SLS brottas med problemet om man kan ta ställning för en enskild specialitet. Men hur läkarorganisationerna än gör tar de ställning. Socialstyrelsen har lagt ett förslag som för flera specialiteter innebär en total omyndighetsförklaring. En sådan specialitet är reumatologi. När sektioner/specialitetsföreningar körs över av myndigheter bör våra egna organisationer stödja oss även om det innebär stöd till enskild specialitet.

4. Patientinriktning

Utgångspunkten för specialitetsutredningen skulle vara patientperspektivet. Detta innebär att sjukvården skall utformas efter patientens behov i samverkan mellan patient, sjukvård och myndigheter. Detta bör också vara SLFs och SLS utgångspunkt. Om utredningen svikit viktiga och stora patientgrupper bör läkarnas organisationer påpeka detta!

När det gäller reumatikervården har patientorganisationen kraftfullt protesterat mot de försämringar utredningen medför, men patientperspektivet i utredningen inkluderade uppenbarligen inte

reumatikerna! SLF och SLS bör ta hänsyn till en patientorganisation med mer än 60 000 medlemmar, vilken företräder 1 miljon människor (200 000 med inflammatorisk sjukdom, 800 000 med icke-inflammatorisk).

5. Kunskapsstyrd sjukvård

SLF har med utredningen »Kunskapsstyrd sjukvård« visat på en trolig utveckling av svensk sjukvård med fortsatt minskning av antalet akutsjukhus, införande av närsjukvård och regionalt planerad specialiserad vård. Dylika framtidsvisioner påverkar, i allra högsta grad, specialitetsindelning och jourlinjer. Svårigheter att bemanna dagens jourlinjer skall inte påverka specialitetsindelningen år 2015. Specialitetsutredningen har över huvud taget inte alls utgått från några framtidsvisioner avseende sjukvårdsstruktur eller kunskapsutveckling. Utgå från kunskapsstyrd sjukvård!

6. Prioriteringar och värderingar

Riksdagens prioriteringsbeslut 1997 borde spela stor roll för utformningen av sjukvården och därmed specialitetsindelningen. De reumatiska sjukdomarna – kroniska, förkortande livet och påtagligt livspåverkande – är i allmänhet placerade i grupp 1! Är det med denna utgångspunkt rimligt att göra reumatologi till en grenspecialitet till invärtes medicin? Specialitetsfrågan bör också påverkas av den intensiva debatt om ohälsan som pågår. Ohälsan innebär mycket lidande och höga samhällskostnader som följd av sjukskrivningar och förtidspensioneringar. Trettio till fyrtio procent av dessa patienter har sina huvudsakliga besvär från rörelseapparaten. Gynnas kampen mot ohälsan av reumatologins nedgradering?

7. Ta delföreningarna på allvar

Det finns ingen organisation som bättre kan beskriva vad som krävs för att bli specialist än den egna specialitetsföreningen. Detta gäller reumatologi såväl som invärtesmedicin eller kirurgi. Från reumatologins sida finner vi det märkligt att en f d klinisk kemist eller överdirektör anser sig veta mer än vi om vad som krävs för att bli reumatolog!

Vi har såväl det medicinska som det utbildningsmässiga ansvaret och är alltid beredda att ta det. Delföreningarnas remissvar bör vara avgörande för det slutliga remissvaret från SLF och SLS! •