

# En samlad syn

**M**ålet att lämna ett samlat förbundssvar rörande översynen av specialistutbildningen och specialitetsstrukturen nåddes. Delföreningarna var i princip positiva till förslagen om utbildningens kvalitet, och en majoritet var negativa till förslaget om obligatoriska basspecialiteter. Efter diskussion och beredning i Utbildnings- och forskningsdelegationen har remissvaret fastställts av Centralstyrelsen.

**Förslaget om ett nationellt råd** för specialistutbildningen är bra för professionen och ger stora möjligheter till inflytande och att i framtiden medverka i utformningen av specialitetsstrukturen. Förbundet framhåller att det är angeläget att snabbt formera rådet, inte minst mot bakgrund av att specialiseringsjämföringens målbeskrivningar är i stort behov av uppdatering. Förbundet är också positivt till förslaget om SPUR-inspektioner av utbildande enheter och en förstärkning av handledar- och studierektorsfunktionerna. I remissvaret framhålls också att det är oerhört viktigt att den resursförstärkning som utredaren föreslår för SK-kurserna genomförs, men den är inte tillräcklig, det är nödvändigt att tillföra ytterligare resurser utan dröjsmål.

**Förbundet är inte med på förslaget** till specialitetsstruktur och avstyrker förslaget om obligatoriska basspecialiteter. Förbundet delar uppfattningen att förändringar inom sjukvården och nya krav som en åldrande befolkning och utveckling av sjukligheten ställer, måste få påverka specialitetsförteckningen. Svårigheterna att bemanna dagens jourlinjer har dock varit det främsta skälet för att införa obligatoriska basspecialiteter. Det är Läkarförbundets uppfattning att landstingens organisatoriska problem framför allt är en styrnings- och ledarskapsfråga, en fråga som inte skall lösas med obligatoriska basspecialiteter.

Om förslaget blir verklighet finns det anledning hysa oro för framtida rekryteringar till grenspecialiteter och till forskning. Anledningen är att utbildningstiden förlängs och att unga läkare inte längre lika fritt kan välja specialitet efter intresse. Förbundet framhåller att

en forskarkarriär på underläkarnivå svårtligen kan kombineras med en specialistutbildning i en grenspecialitet. Tjänstgöringarna kommer att bli så långa och krävande att ytterst få kommer att vilja forska. Långa utbildningstider kommer att slå särskilt hårt mot dem som vill bilda familj under tiden. För en nylegitimerad läkare med normal familjebildning riskerar specialistutbildningen till en grenspecialitet att ta upp till 10 år.

**Om obligatoriska basspecialiteter** ändå införs måste förteckningen kunna förändras efter vårdens och patienternas behov. Det handlar om att utifrån reviderade målbeskrivningar hitta rimliga former för utbildningens längd samt att bevaka att kunskaper inte går förlorade med en omstrukturering där nuvarande specialiteter sammanslås och avförs. Arbetet med nya målbeskrivningar måste ske i nära samarbete mellan rådet å ena sidan och specialitetsföreningarna och sällskapets sektioner å andra sidan.

**Det nationella rådet** med representation från professionen kommer att spela en viktig roll i det föreslagna systemet. Det måste bli en uppgift för rådet att kunna föreslå förändringar och förbättringar i förteckning och struktur. Utrymme för att ta hänsyn till den dynamik och kontinuerliga utveckling som präglar framväxten av nya kompetensområden inom medicinsk verksamhet måste finnas. Även om besluten om strukturen och specialiteter i framtiden formellt kommer att tas av Socialstyrelsen så är det viktigt att det är efter beredning och förslag från det nationella rådet.



**Bernhard Grewin**

ordförande i Sveriges läkarförbund  
bernhard.grewin@slf.se

## Vad gör arbetsgivarna?

■ Allvarliga brister i världens arbetsmiljö är temat för flera av artiklarna på nyhetsplats i detta nummer. Utgångspunkten är en granskning som Arbetsmiljööin-

### Kommentar

spektionen utfört vid ett stort antal vårdcentraler i Stockholm och Uppsala.

Det är beklämmande, men knappast förvånande, att det allmänt hårdnande klimatet i samhället i stort nu även drabbar sjukvården i form av hot och våld mot de anställda. Det skrämmande är omfattningen av problemet – att en stor majoritet av de undersökta enheterna är drabbade.

Överfallsalarm var inget man funderade över på vårdcentralerna för ett par decennier sedan, men tiderna tycks verkligen ha förändrats. Och i debatten dyker åter frågan upp om vilken roll psykiatireformen spelat för att hot och förvirrade våldsgärningar av allt att döma blivit vanligare.

Hur som helst är det ett problem i sammanhanget att så få tycks veta hur man skall hantera hot och våld på vårdcentralerna – t ex att det föreligger en skyldighet att anmäla sådana händelser till Arbetsmiljöverket och polisen, och att det finns regler för hur man skall minimera riskerna.

Som framgår av en annan av artiklarna kan detta hänga samman med att vårdcentralcheferna inte har fått tillräcklig utbildning om arbetsmiljöarbetet. Dessutom pekar Arbetsmiljööinspektionen på att ansvarsfördelningen för arbetsmiljön ofta är otydlig.

En tredje aspekt som framkommer av inspektionens granskning är den höga arbetsbelastningen för husläkarna i Uppsala. I stället för 1 500 invånare på listan för varje läkare – målet i nationella handlingsplanen – har Uppsalaläkarna 2 500 listade invånare, alltså närmare dubbelt så många!

Självfallet får detta starkt negativa konsekvenser för såväl vårdcentralernas anställda som patienterna. Kanske det kan vara en bidragande orsak till att besvikna patienter tappar tålamodet och låter ilskan ta sig uttryck i hot?

En gemensam faktor för hanteringen av de tre beskrivna arbetsmiljöproblemen – hot och våld, bristande arbetsmiljöutbildning och för stor arbetsbelastning – är att det faktiskt är arbetsgivarnas ansvar att lösa dessa problem. Finns insikten om detta i landstingen? Och vad gör man i så fall? •