

# Specialiteter i stöpsleven

Under 2002 genomförde Socialstyrelsen en översyn av de medicinska specialiteternas antal och indelning. I utredningsförslaget låg en uppdelning av de medicinska specialiteterna i bas- och grenspecialiteter, en tanke som Läkarförbundet och de flesta specialitetsföreningar ställt sig negativa till.

Lennart Persson, professor i neurokirurgi, fick därefter regeringens upp-



**Hans Hjelmqvist**  
**Charlotta Sävsblom**  
ledamöter i Läkarförbundet centralstyrelse

drag att se över förslagets konsekvenser för den kliniska forskningen samt att analysera effekterna för rekrytering till kliniska specialiteter ur ett könsperspektiv.

Socialstyrelsen föreslog inrättade av ett Nationellt råd som skall besluta i frågor om läkarnas specialistutbildning, inklusive specialiteternas antal och benämning.

Läkarförbundet tillstyrker Perssons förslag om att ordförande och ledamöter skall utses direkt av regeringen, och att därmed högskolans intressen bättre tillgodoses. Vi förutsätter att rådet formeras i samråd med läkarorganisationerna. Målgruppen läkare under utbildning måste finnas representerad i rådet genom representant från Sylf.

**Vad gäller specialitetsförteckningen** vidhåller Läkarförbundet att nuvarande indelning är att föredra framför bas- och grenspecialiteter. Vi bedömer att utvecklingen inom många medicinska kunskapsområden annars riskerar att försämrats kraftigt, och att utbildningstiden kommer att förlängas och därmed försvåra rekryteringen till forskning.

Läkarförbundet befarar också att det kommer att vara svårt för läkare som är verksamma i en grenspecialitet att upprätthålla kompetensen i sin basspecialitet. Detta medför att poängen med bas- och grenspecialitet faller.

Könsperspektivet saknas i utredningen, vilket Läkarförbundet kritiserar i remissvaret. Vi förutsätter att denna analys genomförs i särskild ordning vid såväl genomförande som utvärdering av

förslaget, både från utbildnings- och forskningssynpunkt.

**Helt nytt i Perssons utredning** är införandet av en *klinisk forskarutbildning* – detta för att motverka att rekryteringen till forskningen försämrats i och med införande av bas-, tillägg- och grenspecialitet. Utredaren pekar på att det finns överlappande kunskapsområden mellan läkarnas specialist- och forskarutbildning som kan tillvaratas genom ömsesidigt tillgodoräknande. Även SK-kurser och forskarutbildningskurser skall kunna integreras. Dessa åtgärder skulle kunna reducera den sammanlagda tiden för att erhålla specialistkompetens och doktorsexamen med upp till ett år i basspecialitet och upp till två år i kombinationen gren-, tillägg- och basspecialitet.

Läkarförbundet anser att förslaget om klinisk forskarutbildning är mycket positivt. Det lyfter fram betydelsen av det vetenskapliga perspektivet i patient-läkarmötet och i läkarnas specialistutbildning – ett perspektiv som har kommit något i skymundan under senare år. Förbundet tror också att det finns synergieffekter mellan preklinisk forskning och specialistutbildningen. Vi menar dock att integreringen mellan forskar- och specialistutbildningen inte får leda till utarmning av kvaliteten i någondera.

Till skillnad från utredaren som diskuterar i tidstermer vill Läkarförbundet framhålla att *utbildningsmålen* är det som avgör om en viss kompetens skall anses ha uppnåtts. Vi tror vidare att utredaren underskattar svårigheten för grenspecialiteter att rekrytera till forskning med den nya specialitetsuppdelningen. Detta är ett hot mot grenspecialiteternas fortsatta medicinska utveckling.

**Avslutningsvis noteras** att Persson inte belyser frågor om finansiering och anställningsförhållanden för de ST-läkare som kommer att omfattas av den kliniska forskarutbildningen. För att säkra rekryteringen får de läkare som forskar absolut inte missgynnas!

Att införa en klinisk forskarutbildning är ett viktigt steg för att höja den vetenskapliga medvetenheten i läkarnas specialistutbildning, men för att öka andelen läkare inom forskningen måste såväl de ekonomiska incitamenten som meritvärdet öka. •

## Vikten av mångfald

II Forskarna Hélène Sandmark och Monica Renstig presenterade nyligen i Dagens Nyheter (10/2) en uppmärksammat undersökning av faktorer bakom långtidssjukskrivningarna. Fokus läggs på kvinnorna, som är dubbelt så mycket långtidssjukskrivna som män.

En intressant aspekt är att hela 93 procent av de långtidssjukskrivna kvinnorna uppger att de vill börja yrkesarbete igen, detta trots att nio av tio skulle



**Uno Käarik**  
ledarredaktör

förlora ekonomiskt på detta till följd av ökade utgifter för resor, luncher etc.

Många av dem säger dock att de skulle behöva byta arbetsuppgifter eller arbetsgivare för att på nytt kunna börja arbeta. Samtidigt upplever man att möjligheterna att byta är starkt kringskurna. Det finns få alternativa arbetsgivare, särskilt inom vården.

Detta kan sättas i kontrast till forskarnas bedömning att risken för långtidssjukskrivning är mellan tre och fem gånger större om en kvinna inte bytt arbetsgivare under sitt yrkesliv. Här ligger alltså en av förklaringarna till att just sjukvården är en av de sektorer som drabbats hårt av långtidssjukskrivningar.

Lägger man till detta att stora hierarkiska organisationer med låg delaktighet upplevs som negativa och omoderna är resultatet knappast förvånande. Vårdsektorns närmast monopolistiska struktur bidrar alltså i sig till utslagningen från arbetslivet.

Forskarna betonar att fler och mindre arbetsplatser där medarbetarna är mera synliga och delaktiga, tillsammans med initiativ som uppmuntrar kvinnor att byta yrke några gånger i livet, skulle minska inläsningen.

Sandmarks och Renstigs undersökning stöder och bekräftar därmed Läkarförbundets uppfattning om behovet av en ökad mångfald av arbetsgivare inom vården. Det är dags för ett systemskifte som förutom att det kan bidra till en effektivare vårdorganisation leder till att fler kan återgå i arbete och minska bi-dragsberoendet. •