Bara 53 basspecialiteter men grenspecialiteter tillkommer

Lång väg till specialistbeviset

Översynen av de medicinska specialiteterna är klar, och indelningen i bas-, gren- samt tilläggsspecialiteter tillhör de stora förändringarna. Men hur en dubbelkompetent specialist ska förmås att successivt vidareutbilda sig i sina båda kompetenser framgår inte i översynen.



FOTO: MAX DANIELSON

Kritiken som riktats mot delar av förslaget till framtida medicinska specialiteter kommer förmodligen att minska under den remisstid som nu följer. Den förhoppningen uttryckte Socialstyrelsens företrädare då de presenterade det slutliga förslaget. Fr v Bo Lindblom, chef för hälso- och sjukvårdsavdelningen, Nina Rehnqvist, överdirektör, samt Gunilla Hulth-Backlund, chef för behörighets- och utbildningsenheten.

– Det kan finnas skäl att se över vidareutbildningsdelen, säger överdirektör Nina Rehnqvist på Socialstyrelsen.

I måndags överlämnade Socialstyrelsen förslaget till förändrad struktur för medicinska specialiteter till Socialdepartementet. I översynen, som även innefattar kvalitetsfrågor, examinationsform etc för ST-utbildningen, kom man fram till att hela strukturen för specialitetsindelningen bör förändras.

Förutom att antalet specialiteter föreslås minska från dagens 62 specialiteter till totalt 53, ska dessa i sin tur indelas i 28 basspecialiteter, 23 grenspecialiteter som förutsätter en basspecialitet i grunden, samt 2 tilläggsspecialiteter som antingen kan ha en enskild basspecialitet eller en bas–grenspecialitet som grund (se separat förteckning nedan). En av de specialiteter som föreslås utgå helt, socialmedicin, ska utredas i efterhand, vilket beräknas vara klart hösten 2003.

Längre utbildning

Utbildningstiden för ST förlängs därmed, och hamnar på mellan 6,5 och 7,5 år för de flesta kombinationerna. Bakgrunden till förändringen är att andelen äldre ökar i samhället, och därmed antalet multisjuka patienter, vilket kräver ökad kompetensbredd. Dessutom ökar internationaliseringen. Förutom att allt fler läkare väljer att arbeta utomlands blir den andel av befolkningen som bosätter sig i andra länder allt högre, och det ställer krav på likvärdig medicinsk kompetens, åtminstone inom Europas gränser. Enligt Socialstyrelsen har Sverige idag de lägsta formella kraven på ST-utbildningen inom hela EU.

Socialstyrelsens egna undersökningar visar dessutom att den svenska ST-utbildningen har förlorat i bredd, och blivit djupare i kompetensinnehåll, och att de teoretiska inslagen samtidigt har minskat.

Bland förslagen finns en förstärkt handledar- och studierektorsfunktion, en ökning av antalet SK-kurser till en merkostnad för staten på 14 miljoner kronor för 2004, samt att externa bedömare yttrar sig innan ett specialistbevis utfärdas.

– När det gäller handledarfunktioner finns det idag stora brister, framför allt då ST-läkaren genomför sidoutbildningar då han eller hon ofta lämnas ensam, säger Nina Rehnqvist som har lett den styrgrupp på Socialdepartementet som bland annat bestämt direktiven för den nu avslutade översynen.

Förslaget delar upp specialisterna i 28 basspecialiteter, 23 grenspecialiteter, samt 2 tilläggsspecialiteter.

Nya specialiteter

Kärlkirurgi
Akutsjukvård
Barnonkologi

Specialiteter som försvinner

Gynekologisk onkologi
Barn- och ungdomsradiologi
Koagulations- och blödningsrubbningar
Skolhälsovård
Klinisk näringslära
Socialmedicin

Specialiteter som slås ihop (markerade i listan med *)

Hörselrubbningar slås ihop med Röst- och talrubbningar till Hörsel- och talrubbningar
Yrkes- och miljömedicin slås ihop med Företagshälsovård till Arbets- och miljömedicin
Medicinsk radiologi slås ihop med Klinisk fysiologi till Bild- och funktionsmedicin
Klinisk immunologi slås ihop med Transfusionsmedicin
Klinisk bakteriologi slås ihop med Klinisk virologi
Klinisk cytologi går upp i Klinisk patologi

Förslag som ratades

Palliativ medicin
Äldrepsykiatri

Hela listan

Kirurgiska specialiteter

- Bas Kirurgi
  Grenspecialiteter:
  – *Urologi*
  – *Barn- och ungdomskirurgi*
  – *Plastikkirurgi*
  – *Kärlkirurgi* ***NY***
- Bas Thoraxkirurgi
- Bas Ortopedi
  Grenspecialitet:
  – *Handkirurgi*
- Bas Anestesi Intensivvård
- Bas Obstetrik och gynekologi
- Bas Öron-, näs- och halssjukdomar
  Grenspecialitet:
  – *Hörsel- och talrubbningar* *
- Bas Ögonsjukdomar

Invärtesmedicinska specialiteter

- Bas Internmedicin
  Grenspecialiteter:
  – *Kardiologi*

– Förslaget om externa bedömare grundar sig bland annat på att det med nuvarande system, då verksamhetschefen ensam ansvarar för kvalitetskontrollen, är upplagt för jäv.

Grenspecialitet tyngre än basspecialitet

En kontroversiell fråga under utredningsarbetet har varit placeringen av vissa specialiteter, som med dagens system definitionsmässigt kan betecknas som basspecialiteter, som grenspecialiteter i den nya specialitetsstrukturen.

Nina Rehnqvist hävdar att en grenspecialitet blir tyngre, eftersom den innebär en dubbelkompetens. Hon tror att de kritiker inom professionen, som nu föreslås förlora »basspecialitet-status« och därför kritiserat förslaget, förhoppningsvis ska tillägna sig det synsättet under den remisstid som nu följer innan regeringen fattar beslut.

En annan aspekt som man i översynen inte har tagit upp, är hur den kliniska forskningen riskerar att påverkas genom en förlängd ST-utbildning. Utrymmet för klinisk forskning krymper ytterligare.

– Klinisk forskning är inte vårt bord, men man kan ju konstatera att det för omkring 20 år sedan, då många blev dubbelspecialister, även fanns tid för forskning. Jag tror att den föreslagna strukturen kan minska trycket och skapa mer tid för klinisk forskning, säger Nina Rehnqvist.

Förslaget om framtida medicinska specialiteter går inom kort på remiss. Från Socialdepartementet uppges det att remisstiden förmodligen blir något längre än de tre månader som är den nedre tidsgränsen för remisser.

Peter Örn
peter.orn@lakartidningen.se

Ingen egen specialitet för palliativ medicin

Palliativ medicin måste uppmärksammas mer, men kompetensområdet är inte så avgränsat att det kan bli en egen medicinsk specialitet.

Det anser utredarna bakom Socialstyrelsens översyn av de medicinska specialiteterna, vars förslag nu överlämnats till Socialdepartementet. Bland de intresseföreningar som önskade bli en egen medicinsk specialitet då översynen inleddes, fanns Svensk förening för palliativ medicin. Som stöd för föreningens önskemål fanns bland annat den statliga utredningen Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut (SOU 2001:6). Den hade konstaterat att det råder stora brister på området vård i livets slutskede, bl a ifråga om medicinska insatser.

Palliativ medicin ingår nu inte bland de förslag till nya medicinska specialiteter som Socialstyrelsen tagit fram. Det leder, enligt Inger Fridegren, distriktsläkare i Nacka och ordförande i Svensk förening för palliativ medicin, förmodligen till att bristerna består betydligt längre än om palliativ medicin blivit en egen medicinsk specialitet.

– Jag kan förstå målsättningen att minska antalet medicinska specialiteter. Men det är ändå sorgligt att vi inte kan bli en egen medicinsk specialitet, om så bara i form av en subspecialitet.

– Vi är mycket duktiga på att ta hand om människor när de föds, men ligger långt efter ifråga om omhändertagande vid livets slutskede.


FOTO: MAX DANIELSON

Inger Fridegren

Inger Fridegren tror att den palliativa medicinen skulle få en betydligt högre status inom grundutbildningen för såväl läkare som sjuksköterskor om den blev en egen medicinsk specialitet.

– Området skulle synliggöras på ett helt annat sätt än idag inom den akademiska världen om det ingick som en obligatorisk del i grundutbildningen. Idag finns det bara möjlighet att läsa enstaka korta kurser i palliativ medicin på vissa fakulteter, och det är ett ämne som ska konkurrera med andra ämnen som ofta anses som »lite finare« att studera.

I England är palliativ medicin en egen medicinsk specialitet sedan länge.

– Där finns det idag fler läkare med den specialiteten än vad det finns onkologer, säger Inger Fridegren.

Inger Fridegren hoppas att remisstiden ger föreningen en ytterligare möjlighet att påverka beslutsfattarna.

– Kunskapen är tyvärr fortfarande liten bland många beslutsfattare om den palliativa medicinen och dess betydelse, och vi försöker genom våra kontakter med departementet påverka utredningsförslaget.

Peter Örn

– *Medicinsk gastroenterologi och hepatologi*
– *Endokrinologi och diabetologi*
– *Medicinska njursjukdomar*
– *Lungsjukdomar*
– *Hematologi*
– *Allergologi*
– *Reumatologi*
– *Geriatrik*

Barnmedicinska specialiteter
- Bas Barn- och ungdomsmedicin
  – *Barn- och ungdomsallergologi*
  – *Barn- och ungdomsneurologi med habilitering*
  – *Neonatalogi*
  – *Barnonkologi NY*
  – *Barnkardiologi*

Psykiatriska specialiteter
- Bas Psykiatri
  Grenspecialitet:
  – *Rättspsykiatri*
- Bas Barn- och ungdomsspecialitet

Bild- och funktionsmedicinska specialiteter
- Bas Bild- och funktionsmedicin *
  Grenspecialiteter:
  – *Neuroradiologi*
  – *Nukleärmedicin*

Laboratoriemedicinska specialiteter
- Bas Klinisk immunologi och transfusionsmedicin*
- Bas Klinisk bakteriologi och virologi *
- Bas Klinisk kemi
- Bas Klinisk farmakologi
- Bas Klinisk patologi *
- Bas Rättsmedicin

Neurosepcialiteter
- Bas Neurologi
- Bas Neurokirurgi
- Bas Klinisk neurofysiologi
- Bas Rehabiliteringsmedin

Enskilda basspecialiteter
- Bas Allmänmedicin
- Bas Onkologi
- Bas Infektionsmedicin
- Bas Klinisk genetik
- Bas Arbets- och miljömedicin *
- Bas Hud- och könssjukdomar

Tilläggsspecialiteter
Smärtlindring
Akutsjukvård NY