

Översyn av läkarnas specialitetsindelning

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr 2012-7-9

Publicerad www.socialstyrelsen.se, juli 2012

Förord

I enlighet med 14 § förordningen (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen ska myndigheten dela in och benämna de specialiteter inom vilka specialistkompetens kan uppnås samt avgöra vad som ska krävas för att få bevis om specialistkompetens.

Socialstyrelsen har därför under perioden april 2011 till juni 2012 genomfört en översyn av läkarnas specialitetsindelning. I denna rapport redovisar Socialstyrelsen utifrån översynen förslag till indelning och benämning av läkarnas specialiteter. Rapporten är framtagen av projektledare Ulf Kvist tillsammans med en projektgrupp bestående av utredarna Thomas Wiberg, Tobias Lindquist, Frida Nobel, Fredrik Walentin och Anneli Kastrup, samtliga vid Socialstyrelsen. Avdelningschef Anders Printz har varit ansvarig.

Underlag till översynen är inhämtat bland annat från Svenska Läkaresällskapet med sektioner, Sveriges Läkarförbund med specialitetsföreningar, Sveriges Kommuner och Landsting samt Socialstyrelsens nationella råd för specialiseringstjänstgöring.

Rapporten ligger till grund för beslut om indelning och benämning av läkarnas specialiteter.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Bakgrund</i>	10
Uppdrag	10
Syfte	11
<i>Utredningens arbete</i>	12
Arbetsätt	12
Den offentligrättsliga regleringen	15
<i>Hälso- och sjukvårdens utveckling</i>	16
Sjukdomspanorama och demografisk utveckling	16
Personalförsörjning och rekrytering	17
Vårdens utveckling	18
Vetenskaplig och professionell utveckling	19
<i>Internationella förhållanden</i>	20
<i>Nuvarande specialitetsindelning</i>	22
<i>Problem med nuvarande indelning</i>	25
<i>Förslag till ny indelning</i>	27
Överväganden rörande befintliga specialiteter	27
Nya basspecialiteter med gemensam kunskapsbas	27
Nya basspecialiteter	35
Nya tilläggsspecialiteter	37
Övriga förslag	40
Överväganden rörande inkomna förslag till nya specialiteter	42
Profilområden	43
Regelbunden översyn	43
Förslag på reglering av nya specialiteter	44
Arbetsmedicin	44
Skolhälsovård	45
Äldrepsykiatri	46
Palliativ medicin	47
Vårdhygien	48
<i>Ikraftträdande och övergångsbestämmelser</i>	50
<i>Konsekvensbeskrivning</i>	51
<i>Referenser</i>	53

<i>Bilaga 1: Specialitetsföreningar som inkommit med synpunkter på hearing och/eller via skrivelse</i>	55
<i>Bilaga 2: Inkomna förslag på nya specialiteter</i>	57
<i>Bilaga 3: Sammanställning av utredningens förslag på förändrad specialitetsindelning</i>	58
<i>Bilaga 4: Sammanställning av remissvar</i>	62

Sammanfattning

Syftet med den offentlighetsregleringen av läkarnas specialiteter är att den ska utgöra en kvalitetsgaranti i förhållande till patienter och allmänhet. Regleringen ska garantera en viss kunskapsnivå som gör att specialistläkaren är förtjänt av medborgarnas förtroende.

Socialstyrelsen har sedan den 1 februari 2009 i uppdrag att dela in och benämna läkarnas specialiteter samt att utarbeta målbeskrivningar. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:17) med målbeskrivningar, som reglerar läkarnas specialiteter trädde i kraft den 1 september 2008. Författningen delar in specialiteterna i bas-, gren- och tilläggspecialiteter och reglerar i vilken följd specialistkompetensen kan erhållas. För att erhålla specialistkompetens i en grenspecialitet krävs först specialistkompetens i en basspecialitet.

Målbeskrivningarna för varje specialitet är utformade på ett sådant sätt att det ska finnas möjlighet att tillgodoräkna sig olika typer av tjänstgöring och kurser mellan specialiteter. Det finns grupper av specialiteter som har en gemensam kunskapsbas som ska vara möjlig att tillgodoräkna sig mellan specialiteterna inom gruppen. Två exempel på sådana grupper är de kirurgiska och de invärtesmedicinska specialiteterna.

Socialstyrelsen har under 2011-2012 genomfört en översyn av SOSFS 2008:17. Avsikten har varit att föreslå förändringar för specialiteter som fått funktionalitetsproblem på grund av deras placering i specialitetsstrukturen. Syftet har också varit att föreslå en ny modell av gemensam kunskapsbas som bättre tillvaratar befolkningens och hälso- och sjukvårdens behov.

Utredningsarbetet har bedrivits under öppna former med sedvanlig utredningsmetodik med datainsamling och analys. Projektgruppen har träffat representanter från bland annat specialitetsföreningar, Sveriges Kommuner och Landsting, Sveriges läkarförbund, Svenska Läkaresällskapet, Universitet och högskolor. Sakkunniga inom myndigheten har bidragit med information och synpunkter till utredningen.

Projektgruppen har tagit fasta på ett antal övergripande perspektiv, bland annat befolkningsutveckling och sjukdomspanorama. I huvudsak två utvecklingstendenser har identifierats nämligen fler äldre med ökade vårdbehov och fler barn- och unga med tilltagande psykisk ohälsa.

Ett antal problem har uppmärksammats med den befintliga specialitetsindelningen, som kan ha negativa effekter på hälso- och sjukvården samt på patientsäkerheten. Bland de uppmärksammade problemen är att rekryteringen av ST-läkare har försvårats, att kunskaper och kompetens inte kommer till användning i den kommande yrkesutövningen samt att för lite tid ägnas åt det egna kompetensområdet. Dessa problem gäller framför allt för grenspecialiteter.

För att komma till rätta med problemen föreslår utredningen att den gemensamma kunskapsbasen för vissa grupper av specialiteter görs om samt att en majoritet av grenspecialiteterna i dessa kluster förändras till basspeci-

aliteter. Detta gäller till exempel för ett antal av de kirurgiska specialiteterna och ett flertal av de invärtesmedicinska specialiteterna.

Utredningen bedömer att en sådan förändring ger förutsättningar för en gemensam kunskapsbas med förbättrad funktionalitet genom att tydligare integrera och samordna specialiteternas gemensamma kunskapsområden. En väl avgränsad och tydligare gemensam kunskapsbas kan underlätta inhämtandet av kompletterande utbildning till en annan specialitet.

Utredningen tror att förslaget ger förutsättningar för att skapa en bra balans i utbildningen och att specialisten skulle ges möjlighet att klara bredden i uppdraget och samtidigt ges förutsättningar att uppnå fördjupad kompetens inom den enskilda specialiteten. Utredningen tror också att rekryteringen av ST-läkare till nuvarande grenspecialiteter skulle underlättas genom att utbildningen görs mer ändamålsenlig och att utbildningslängden anpassas.

Möjligheterna att bedriva forskning inom specialiteternas respektive kunskapsområde skulle också underlättas, bedömer utredningen, samt att förslaget i ett internationellt perspektiv troligen skulle ge förutsättningar för en bättre komparabilitet med en rad länder i övriga Europa.

Då det sker en kontinuerlig och snabb utveckling av medicinska kunskapsområden och metoder för diagnostik och behandling är det nödvändigt att specialitetsindelningen utformas på ett sådant sätt att det ger möjlighet att anpassa kompetensen efter den snabba utveckling som pågår. Utredningen bedömer att förslagen har förutsättningar att kunna hantera denna utveckling. En del i förslaget är att skapa en regelbunden och systematiserad översyn av specialitetsindelningen, något som i dag saknas.

Utredningens förslag till specialitetsindelning syftar till att säkra kompetens som möter de behov som finns hos befolkningen i dag, att säkra försörjningen av specialister samt att underlätta forskning och medicinsk utveckling. Förslaget syftar också till att stärka kompetensområden som bedöms särskilt viktiga för utvecklingen av en framtida högkvalitativ sjukvård, såsom perspektiv inom barn- och ungdomsområdet respektive äldreområdet. Utredningen föreslår att:

- samtliga invärtesmedicinska specialiteter, med undantag av allergologi inrättas som basspecialiteter
- allergologi inrättas som en tilläggspecialitet till klinisk immunologi och transfusionsmedicin, hud- och könssjukdomar, öron-, näs- och halssjukdomar, barn- och ungdomsallergologi samt lungsjukdomar
- de kirurgiska specialiteterna, utom röst- och talrubbningar, inrättas som basspecialiteter
- det inrättas en tydligare gemensam kunskapsbas för specialiteterna kirurgi, urologi, kärlkirurgi, samt plastikkirurgi
- barn- och ungdomskirurgi blir en egen basspecialitet
- handkirurgi blir en egen basspecialitet liksom ortopedi
- det inrättas en tydligare gemensam kunskapsbas för specialiteterna geriatrik, internmedicin, kardiologi, medicinsk gastroenterologi och hepatologi, endokrinologi och diabetologi, medicinska njursjukdomar, lungsjukdomar samt hematologi

- specialiteten bild- och funktionsmedicin blir åter basspecialiteterna medicinsk radiologi och klinisk fysiologi och ges en tydligare gemensam kunskapsbas
- akutsjukvård blir en basspecialitet
- nukleärmedicin inrättas som tilläggsspecialitet till basspecialiteterna medicinsk radiologi, klinisk fysiologi och onkologi
- gynekologisk onkologi inrättas som tilläggsspecialitet till basspecialiteterna obstetrik och gynekologi respektive onkologi

Utredningen föreslår också att det inrättas fem nya offentligt reglerade specialiteter. Vid utarbetandet av dessa förslag har tillgänglig information om samhällets behov varit avgörande. Även här har perspektiv inom barn- och ungdomsområdet respektive äldreområdet särskilt beaktats. Utredningen föreslår att:

- skolhälsovård införs som tilläggsspecialitet till basspecialiteterna barn- och ungdomsmedicin, barn- och ungdomspsykiatri respektive allmänmedicin
- äldrepsykiatri införs som tilläggsspecialitet till basspecialiteterna psykiatri respektive geriatrik
- palliativ medicin införs som tilläggsspecialitet till samtliga specialiteter med patientnära arbete
- vårdhygien införs som tilläggsspecialitet till basspecialiteterna klinisk bakteriologi och virologi respektive infektionsmedicin
- arbetsmedicin införs som en tilläggsspecialitet till kliniska basspecialiteter som har patientkontakt

Utredningens förslag utgör ett ramverk för Socialstyrelsen i kommande föreskriftsarbete som ska ske i samråd med specialitetsföreningar och berörda organisationer. I föreskriftsarbetet som tar sin början under andra halvåret 2012 kommer bland annat målbeskrivningarna för de specialiteter som berörs att behöva ses över. Att notera är att ett flertal specialiteter inte kommer att beröras av de föreslagna förändringarna. Föreskriftsändringen föreslås träda i kraft den 1 januari 2014.

Bakgrund

På uppdrag av regeringen genomförde Socialstyrelsen 2001-2002 en översyn av läkarnas specialistutbildning samt specialitetsindelning [1]. Direktiven var att översynen skulle ta fram principer för en specialitetsstruktur som i högre grad än den dåvarande utgick från en gemensam kunskapsbas för grupper av specialiteter, med efterföljande möjlighet till subspecialisering. En utgångspunkt för översynen var patientperspektivet. Det förslag som presenterades var en ny specialitetsstruktur med bas-, gren- och tilläggspecialiteter. Indelningen syftade till att åstadkomma en rimlig balans mellan ett generalistperspektiv och som det benämndes i översynen ett superspecialiserat perspektiv.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring (SOSFS 2008:17) med målbeskrivningar trädde i kraft den 1 september 2008. Författningen innehåller en specialitetsstruktur baserat på bas-, gren- och tilläggspecialiteter. Specialitetsstrukturen består av 57 specialiteter fördelat på 31 basspecialiteter, 24 grenspecialiteter och 2 tilläggspecialiteter. Den gäller alla som fått svensk läkarlegitimation från och med den 1 juli 2006 och som genomgår sin specialiseringstjänstgöring.

Läkarnas specialistutbildning regleras också av patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) av vilken det framgår att den legitimerade läkare som vill uppnå specialistkompetens ska genomgå vidareutbildning under minst fem år för att förvärva de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som föreskrivits. Specialiseringstjänstgöringen ska fullgöras genom tjänstgöring som läkare under handledning och genom deltagande i kompletterande utbildning (specialiseringstjänstgöring).

I SOSFS 2008:17 anges att en legitimerad läkare som vill uppnå kompetens i en gren- eller tilläggspecialitet i begränsad omfattning, inom ramen för specialiseringstjänstgöringen i basspecialiteten, kan påbörja fördjupning i den tänkta gren- eller tilläggspecialiteten.

Genom förordning (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen har myndigheten bland annat i uppdrag att dela in och benämna de specialiteter inom vilka specialistkompetens kan uppnås, att avgöra vad som ska krävas för att få bevis om specialistkompetens samt att utarbeta målbeskrivningar. Uppdraget ska utföras med bistånd av det nationella rådet för specialiseringstjänstgöring (ST-rådet).¹

Uppdrag

Med anledning av förordningen (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen och uppdraget att bland annat dela in och benämna specialiteter fick

¹ För information om ST-rådet se s. 12.

Ulf Kvist den 1 april 2011 i uppdrag av myndigheten att se över läkarnas specialitetsindelning.

Syfte

Syftet med översynen har varit att uppmärksamma de specialiteter som kan ha fått problem med placeringen i den nya specialitetsindelningen i SOSFS 2008:17 och komma med förslag på förändringar samt att om det anses finnas behov föreslå reglering av nya specialiteter. I projektplanen beskrivs syftet för arbetet enligt följande:

- Identifiera och studera enskilda specialiteter, vars nuvarande placeringar i specialitetsstrukturen, skulle kunna vara aktuella att förändra för att uppnå en bättre funktionalitet för specialiteten.
- Identifiera och studera behovet av införandet av nya enskilda specialiteter i specialitetsstrukturen.
- Ge förslag på förändringar med utgångspunkt i ovan nämnda direktiv.

Som tilläggsdirektiv fick utredningen i uppdrag att se över specialitetsstrukturen och de gemensamma kunskapsbaserna, samt att komma med ett förslag på en ny modell som bättre tillvaratar befolkningens och hälso- och sjukvårdens behov.

Utredningens arbete

I avsnittet presenteras utredningens arbetsätt, de kriterier utredningen haft att förhålla sig till och skälen till den offentlighetsregleringen av specialitetsindelningen. Utredningsarbetet har bedrivits under öppna former med sedvanlig utredningsmetodik med datainsamling och analys.

Arbetsätt

En rad kontakter och möten med specialitetsföreningar och berörda organisationer har ägt rum.

Specialitetsföreningar

Utredningen har totalt efter förfrågan mottagit cirka 120 skrivelser från specialitetsföreningar. Därutöver har ett tiotal skrivelser mottagits från andra organisationer och föreningar som till exempel Prostatacancerförbundet. Specialitetsföreningarna har också haft möjlighet att lämna sina synpunkter muntligen. Femton hearingstillfällen har anordnats och sammanlagt har 62 specialitetsföreningar deltagit, både reglerade och ickereglerade specialitetsföreningar.

Det nationella rådet för specialiseringstjänstgöring

Det nationella rådet för specialiseringstjänstgöring (ST-rådet) utses av regeringen för en period av två år. Rådet består av en ordförande och sju andra ledamöter. Minst en av ledamöterna ska utses på förslag av Socialstyrelsen, minst en på förslag av Sveriges Kommuner och Landsting, minst en på förslag av Svenska Läkaresällskapet, minst en på förslag av Sveriges läkarförbund och minst en från universitet och högskolor på förslag av Högskoleverket.

ST-rådets uppgift är att bistå Socialstyrelsen med att bland annat dela in och benämna de specialiteter inom vilket specialistkompetens kan uppnås samt att avgöra vad som ska krävas för att få bevis om specialistkompetens. Syftet med en reglerad specialitetsindelning är att den utgör en tydlig varudeklaration till patienter, allmänhet och vårdgivare och att det är sjukvårdens behov av kompetens som säkerställer god vård (enligt Socialstyrelsens definitioner) som är styrande.

Utredningen har vid fem tillfällen träffat ST-rådet och informerat om det pågående arbetet samt inhämtat kommentarer och synpunkter. Diskussionerna som förts har bland annat gällt vikten av att det finns flexibilitet i specialitetsindelningen som ger möjlighet till både bredd och specialisering och som kan tillgodose behovet av kompetens inom primärvård, övrig öppenvård och slutenvård för såväl små som stora sjukhus. Ett exempel är betydelsen av att specialitetsindelningen säkerställer länssjukhusens kompetensförsörjning. En förändrad gemensam kunskapsbas enligt det förslag som utredningen presenterar har diskuterats som en lösning för att uppnå ökad

flexibilitet. Likaså införandet av flera tilläggspecialiteter istället för grenspecialiteter.

Behovet av att skapa ett system för regelbunden revidering av indelningen, samt ST-rådet som en möjlig arena för att hantera ett sådant åtagande, har lyfts fram. De olika specialiteterna och deras innehåll ska vara motiverade av sjukvårdens behov och utveckling. Målen för respektive specialitet ska spegla aktuellt kunskapsläge, sjukdoms- och vårdpanorama samt vara del av basen för utvecklingsarbete och forskning inom respektive del av hälso- och sjukvården. Införandet av nya specialiteter ska vägas mot risken med en ökad fragmentering av hälso- och sjukvården. Att göra ett kunskapsområde till en specialitet för att eliminera olika problem knutna till den verksamhet som bedrivs inom området kan inte vara den omedelbara eller enda lösningen.

Avsaknaden av en sammanhållen syn på läkarnas grundutbildning och allmäntjänstgöring respektive specialiseringstjänstgöring har belysts och lyfts fram som ett område som behöver utvecklas. Med anledning av den pågående utredningen av läkarnas grundutbildning och allmäntjänstgöring anses ett utmärkt tillfälle föreligga för att detta ska kunna ske. Det har bedömts vara av stor vikt att de två utredningarna i den mån det är möjligt beaktar varandras arbete. Den ansvarige för utredningen av läkarnas grundutbildning och allmäntjänstgöring har deltagit vid ett möte med ST-rådet vid vilket information om de båda utredningarna utbyttes och det konstaterades att de kommande resultaten av de två utredningarna förefaller att vara förenliga.

Referensgrupp

En referensgrupp har varit knuten till utredningen bestående av en representant vardera från Sveriges Kommuner och Landsting, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges läkarförbund, universitet och högkolor samt Handikappförbundet (HSO). Utredningen har vid två tillfällen träffat gruppen med undantag för patientorganisationen som utredningen träffat vid ett tillfälle.

Sveriges Kommuner och landsting

Utredningen har vid två tillfällen träffat SKL:s hälso- och sjukvårdsdirektörer samt vid ett tillfälle personaldirektörerna. Förutom att upplysa om den pågående utredningen har också i någon mån synpunkter kunnat inhämtas.

Kunskapsinhämtning inom Socialstyrelsen

Utredningen har i betydande grad använt sig av Socialstyrelsens rapporter, statistik och författningar. Som ytterligare en del i detta arbete har projektgruppen haft kontakter och möten med sakkunniga på myndigheten.

Övriga informationsmöten

Utredningen har vid ett tiotal tillfällen deltagit på informationsmöten där representanter från läkarprofessionen närvarat men där också vid några tillfällen representanter från vårdgivarna närvarat. Förutom att upplysa om den pågående utredningen har också i någon mån synpunkter kunnat inhämtas.

Ett exempel på ett sådant möte är Medicinska riksstämman i december 2011.

Remissvar

Utredningen har erhållit cirka 60 remissvar och en majoritet av dessa är från specialitetsföreningar. Svar har också inkommit från bland annat Sveriges Kommuner och Landsting, Sveriges läkarförbund, Svenska Läkaresällskapet, medicinska fakulteter, Smittskyddsinstitutet, Riksförbundet för social och mental hälsa.

Bedömning

Enligt projektplanen skulle inkomna data från samtliga specialitetsföreningar (från hearingar, skrivelser och informationsmöten) analyseras utifrån ett antal givna kriterier:

- befolkningsutveckling och sjukdomspanorama
- vårdens utveckling inom ett område
- möjlighet till vetenskaplig utveckling inom området
- möjlighet till professionell utveckling och regional kunskapsutveckling
- tillgång till specialistkunnande på området
- tillräckligt bred kunskapsbas för att möta stora patientgrupper med multi-problematik
- förutsättningar att bemanna jourlinjer på ett effektivt sätt
- genusaspekter
- EU-perspektiv

Utredningen har efter diskussioner valt att gruppera de ursprungliga kriterierna - med undantag för EU-perspektivet – i fyra övergripande områden eller perspektiv:

- befolkningsutveckling och sjukdomspanorama
- vårdens utveckling på området
- möjlighet till vetenskaplig och professionell utveckling
- personal- och kompetensförsörjning

Utredningen har sammanställt och grupperat respektive specialistförenings data utifrån de fyra övergripande perspektiven. Någon viktning av de fyra perspektiven i förhållande till varandra har inte gjorts. Utredningen har, där så varit möjligt, undersökt Socialstyrelsens egna data på området och ställt dessa mot de argument som inkommit från specialitetsföreningarna. Detta har skett genom att utredningen studerat Socialstyrelsens rapporter med relevans för frågan, men också genom att utredningen inhämtat information från sakkunniga på myndigheten. Utredningen kan konstatera att detta främst varit möjligt i fråga om befolkningsutveckling och sjukdomspanora-

ma. De tre övriga perspektiven har i större utsträckning sin naturliga hemvist hos huvudmannen eller hos professionen.

Vad definierar en specialitet?

Utredningens definitioner av vad som konstituerar en specialitet grundar sig på de definitioner som fastslogs i den tidigare översynsutredningen [1]:

- En medicinsk specialitet bör vara kunskapsmässigt sammanhållen och av tillräcklig omfattning.
- En medicinsk specialitets kunskapsmassa bör vara avgränsbar från andra specialiteter.
- En medicinsk specialitet bör ha ett tillräckligt antal utövande specialister för att möjliggöra att specialiteten kan inrättas och upprätthållas.
- En medicinsk specialitet bör avspegla patienternas och hälso- och sjukvårdens behov.

Den offentligrättsliga regleringen

Läkarnas specialistutbildning har varit offentligrättsligt reglerad sedan 1960 och tre större utredningar av specialistutbildningen har genomförts sedan dess. Den senaste genomfördes 2001-2002.

Det är av vikt att regelbundet återkomma till och redogöra för anledningen till varför medicinska specialiteter är offentligrättsligt reglerade. Syftet med regleringen är att den ska utgöra en kvalitetsgaranti i förhållande till patienter och allmänheten. Avsikten är att kunna garantera viss kunskapsnivå och sådana personliga egenskaper hos yrkesutövaren att denne är förtjänt av medborgarnas förtroende.

Regleringen av specialiteter ingår i den särskilda regleringen om behörigheten att utöva yrken inom hälso- och sjukvården som återfinns i patientsäkerhetslagen (2010:659). Av författningen framgår att den som innehar specialistkompetens åtnjuter ett titelskydd (en skyddad specialistbeteckning). Det innebär att endast den som har specialistkompetens får använda sig av beteckningen specialist.

Hälso- och sjukvårdens utveckling

Utredningen har övergripande via Socialstyrelsens rapporter och data studerat sjukdomspanorama och demografisk utveckling, personalförsörjning och rekrytering, vårdens utveckling samt den vetenskapliga och professionella utvecklingen.

Sjukdomspanorama och demografisk utveckling

I det följande ges en övergripande bild av sjuklighet och demografisk utveckling i befolkningen. Beskrivningen baseras på Socialstyrelsens lägesrapport från 2011 och myndighetens folkhälsorapport från 2009. Beskrivningen är en uppdatering av den förra utredningens övergripande redogörelse och syftar till att fånga övergripande trender med relevans för arbetet med specialiseringsöversynen. I huvudsak är det två utvecklingstendenser som sticker ut: fler äldre med ökade vårdbehov och fler barn och unga med tilltagande psykisk ohälsa.

Fler äldre med ökade vårdbehov

Ungefär 1,6 miljoner människor eller över 17 procent av Sveriges befolkning är 65 år eller äldre. Medellivslängden fortsätter att öka för både kvinnor och män. År 2009 var medellivslängden för kvinnor 83,4 år och för män 79,4 år. Svår sjuklighet som påverkar äldres hälsa, funktionsförmåga och livskvalitet har förskjutits upp i åldrarna [2-4]. Drygt var femte svensk kommer år 2030 att vara 65 år eller äldre. Sannolikheten för att drabbas av flera sjukdomar samtidigt, så kallad multisjuklighet, ökar med stigande ålder. En ökad multisjuklighet innebär vanligen stora vård- och hjälpbehov från olika huvudmän.

De vanligaste dödsorsakerna bland äldre är hjärt- och kärlsjukdomar samt cancer. Risken att insjukna i stroke eller hjärtinfarkt har minskat totalt sett, men ökat i de högre åldrarna. Insjuknandet i cancer har ökat totalt sett, medan dödligheten har minskat. De vanligaste cancerformerna bland äldre är prostatacancer, bröstcancer, tjock- och ändtarmscancer samt lungcancer.

Besvär med ängslan och oro samt sömnbesvär är vanligt förekommande bland äldre. Bland de allra äldsta, 85 år och äldre, rapporterar var tredje kvinna och närmare var femte man att de besväras av ängslan, oro eller ångest. Fler än hälften av båda könen (av samtliga) över 65 år är överviktiga.

Bland de äldsta finns också många underviktiga och ofrivillig viktförlust bland äldre kan vara ett tecken på undernäring eller sjukdom [2-4].

Socialstyrelsens patientregister visade för år 2010 att 54 procent av alla kvinnors vård dagar på sjukhus i Sverige gällde kvinnor över 65 år och 39 procent gällde kvinnor över 75 år. För män var motsvarande andelar 51 respektive 32 procent. Sammantaget är sjukligheten och ohälsan i befolkningen i stor utsträckning koncentrerad till de höga åldrarna.

Ökad psykisk ohälsa hos barn och ungdomar

En annan grupp som lyfts fram i Socialstyrelsens rapporter (se ovan) är barn och ungdomar. Sedan 1990-talet har ungdomsgenerationen haft en sämre hälsoutveckling än övriga åldersgrupper, framför allt när det gäller den psykiska hälsan [2-4]. Andelen barn och unga som vårdas för psykisk ohälsa ökar, särskilt då det gäller diagnoser som ångest, depression och neuropsykiatriska tillstånd. Tillgången på vård för barn och unga med diagnostiserad psykisk ohälsa har samtidigt blivit bättre. Andelen barn och unga som får vänta mer än 90 dagar på besök hos barn- och ungdomspsykiatrin har sjunkit.

Socialstyrelsens tillsynsrapporter visar dock att det fortfarande är oklart vilken huvudman som har ansvaret för insatser vid psykisk ohälsa hos barn mellan 6 och 18 år och att samverkan mellan olika aktörer brister. En nationell tillsyn av vårdkedjan för barn- och unga med psykisk ohälsa som publicerades 2010 visar att samverkan ofta brister. Det handlar om samverkan mellan olika delar av hälso- och sjukvården, men också om samverkan mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola, inklusive förskola. Det är ovanligt med gemensamma behandlingsplaner och då samverkan sker är det oftast kring enskilda patienter och sällan på ett organiserat, övergripande plan [4].

Flera indikatorer pekar på att psykisk ohälsa ökar bland båda könen, men att den är särskilt vanlig bland yngre kvinnor. Andelen självmordsförsök ökar kraftigt bland unga kvinnor, och allt fler unga vårdas på sjukhus för depression eller ångest och för alkoholförgiftning. Under de senaste åren har dödligheten bland unga män ökat något till följd av skador och alkoholrelaterade dödsorsaker [2-4]. Allt fler unga personer vårdas inom den psykiatriska öppenvården och ökningen är störst bland unga pojkar och män [5].

Personalförsörjning och rekrytering

Tillgången på läkare har fortsatt att öka under perioden 1995-2008 [6]. Majoriteten av alla läkare (71 procent) som är verksamma inom hälso- och sjukvården är specialistutbildade. Andelen har varit stabil under tidigare nämnda period. Tillväxten varierar dock inom olika specialiteter. Exempelvis har antalet specialister i kardiologi per 100 000 invånare ökat med över 90 procent. Även inom allmänmedicin och psykiatri (specialiteter som uppmärksammats på grund av rekryteringssvårigheter) har tillgången ökat under dessa år. Inom psykiatri har antalet specialister per 100 000 invånare ökat med knappt 30 procent, vilket även gäller för specialister inom allmänmedicin, ortopedi samt anestesi och intensivvård [7].

Den högsta läkartätheten år 2008 hade Stockholms sjukvårdsregion. Tillgången på vissa grupper av specialistläkare är relativt jämnt fördelad över landet. Detta gäller till exempel specialister i allmänmedicin, medan tillgången på andra grupper varierar betydligt mer, som till exempel specialister i psykiatri. I Stockholm fanns 34 specialister i psykiatri per 100 000 invånare medan det i norra regionen var 14 per 100 000 invånare och genomsnittet för riket låg på 22. Totalt sett hade Stockholms sjukvårdsregion den högsta tätheten av specialistläkare som arbetar inom hälso- och sjukvården. I denna region fanns 317 läkare med specialistkompetens per 100 000

invånare. Det kan jämföras med 263 läkare med specialistkompetens per 100 000 invånare för hela riket.

Andelen läkare med utländsk utbildning har ökat i svensk hälso- och sjukvård under de senaste tio åren. År 2008 hade drygt en femtedel av läkarna sysselsatta i hälso- och sjukvården utländsk utbildning. Under det senaste decenniet har den internationella rörligheten av hälso- och sjukvårdspersonal ökat kraftigt.

Samtliga 21 landsting har år 2010 via en av Socialstyrelsen utsänd enkät meddelat att det genomgående är svårt att rekrytera specialistläkare. Vanligast var svårigheter att rekrytera specialistläkare inom psykiatri, allmänmedicin, medicinsk radiologi, anestesi och intensivvård samt neurologi.

När det gäller ST-läkare menar flertalet landsting att det är lättare att rekrytera till vissa specialiteter. Framför allt omnämns kirurgi i sammanhanget, men också barn- och ungdomskirurgi. Det finns även specialistområden som det är svårare att rekrytera till än genomsnittet. Här varierar svaren mellan landstingen betydligt mer än svaren för färdigutbildade specialister. Två specialiteter som nämns särskilt är geriatrik och psykiatri.

Socialstyrelsen prognos för perioden 2009-2025 visar att antalet läkare under perioden förväntas öka med 5 procent (exklusive nettoinvandring). I det nationella planeringsstödet årsrapport för 2011 bedöms efterfrågan på läkare fortfarande överstiga tillgången och detta bedöms framför allt gälla läkare med specialistkompetens [7].

Vårdens utveckling

Vårdgivaren har det yttersta ansvaret för hur vården bedrivs i vardagen. Vårdens utveckling är ett resultat av kulturella betingelser och organisatoriska förutsättningar och kan variera avsevärt mellan olika huvudmän och landsdelar. Vissa trender är dock övergripande oavsett huvudmannaskap och lokala variationer i övrigt. Kortare vårdtider och ökad vårdtyngd i den slutna vården, fler besök i öppenvården, fler vårdinsatser i hemmet och en ökad utveckling inom telemedicinen är exempel på sådana trender.

Socialstyrelsen bedömde i januari 2009 att arbetsmarknaden för specialistläkare var i obalans; efterfrågan var större än tillgången. Som en del i ett lösningsförslag presenterades att personalsammansättningen kan behöva ses över [2]. Det är relativt få arbetsuppgifter i hälso- och sjukvården som juridiskt sett är reserverade för en speciell yrkeskategori. Till exempel är inte rätten att ställa diagnos reglerad i någon författning. Snarare är det möjligheterna att vidta åtgärder utifrån diagnosen som skiljer olika yrkesutövare åt.

Författningsmässigt finns det i dag alltså stora möjligheter för verksamhetschefen att på ett flexibelt och effektivt sätt använda den befintliga personalen för att organisera verksamheten och underlätta arbetet med att uppnå en tillgänglig och säker vård. I detta sammanhang är fördelningen av arbetsuppgifter central [8].

Vetenskaplig och professionell utveckling

Vi får allt större kunskap inom allt fler medicinska områden och den vetenskapliga utvecklingen går stadigt framåt. Detta ställer andra krav på en ökad flexibilitet och dynamik beträffande indelningen av läkares specialiteter.

Kunskapsområden utvecklas och metoder för diagnostik och behandling förändras allt snabbare. Det är därför nödvändigt att strukturen för specialitetsindelningen ger möjlighet att anpassa kompetensen efter den vetenskapliga utvecklingen. Med fler basspecialiteter med tydligare gemensam kunskapsbas istället för grenspecialiteter samt fler tilläggspecialiteter, ökar dynamiken i systemet.

Den professionella utvecklingen av läkarnas arbetsuppgifter och yrkesroll ställer också andra krav än tidigare. En viktig del av läkarnas yrkesroll i dagens sjukvård är kunskapsinhämtning och kommunikation av kunskap. Det spelar en allt större roll hur kommunikation mellan läkare och medarbetare, studenter och patienter sker. Den förändrade yrkesrollen gör att målbeskrivningarna för respektive specialitet behöver ha ett innehåll som motsvarar även denna del av kompetensbehovet.

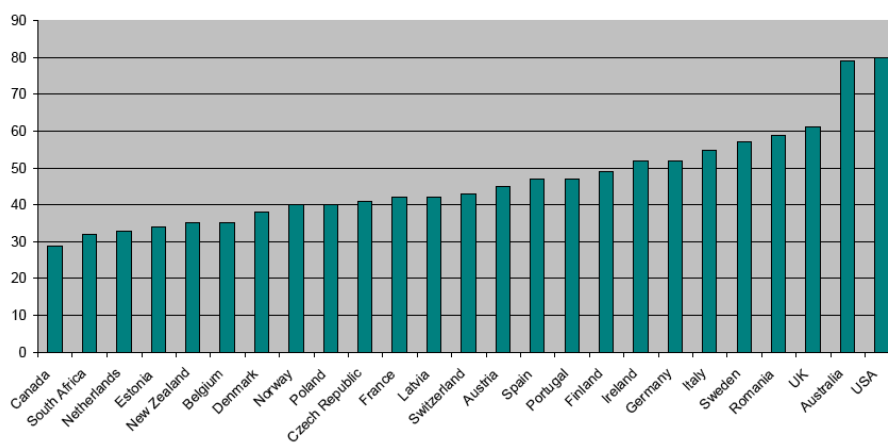
Internationella förhållanden

Att inrätta och upprätthålla en reglerad specialitet innebär en form av varudeklaration. Syftet är att säkerställa en viss kompetens gentemot arbetsgivare, myndigheter, kolleger och patienter. För att upprätthålla ett system med hög kvalitet som inte kräver orimligt stora resurser måste antalet specialiteter i någon mån begränsas.

I stapeldiagrammet nedan listas antalet medicinska specialiteter i en rad olika länder, huvudsakligen i Europa. Som framgår av diagrammet har Sverige ett förhållandevis stort antal specialiteter. Extra tydligt blir det om man jämför Sverige med grannländer som Norge och Danmark eller andra länder av liknande storlek.

I övriga Europa är det vanligt att flera besläktade specialiteter delar en gemensam kunskapsbas, en så kallad common trunk. I synnerhet är detta vanligt då det gäller de kirurgiska och invärtesmedicinska specialiteterna. Det är dock viktigt att påpeka att man i övriga Europa, till skillnad från i Sverige, vanligen har en tidsstyrd och inte målstyrd utbildning. Den gemensamma kunskapsbasen utgör vanligen mellan 2 och 3 år av en total utbildningstid på 5-8 år.

Bild 1: Antal specialiteter i olika länder



Källa: Specialties, sub-specialties and progression through training the international perspective, August 2011 General Medical Council, UK

Den grundläggande strukturen med gemensam kunskapsbas för grupper av specialiteter finns även i Sverige. Skillnaden är att det i Sverige är en relativ stark tonvikt på den gemensamma kunskapsbasen i relation till den specialitetsspecifika delen. I Sverige finns också ett krav på genomgången baspecialitet (internmedicin respektive kirurgi) för den som vill utbilda sig inom de invärtesmedicinska eller kirurgiska specialiteterna.

Det europeiska samarbetsorganet för specialistläkare, UEMS, har utarbetat målbeskrivningar för olika typer av specialiteter i sina så kallade *core curriculums*. I flera av målbeskrivningarna finns exempel på gemensamma kunskapsbaser. Dessa europeiska målbeskrivningar kan vara ett stöd i arbetet när gemensamma kunskapsbaser anpassade till svenska förhållanden ska arbetas fram.

Att stärka den gemensamma kunskapsbasen hos flera grupper av specialiteter i Sverige innebär också en i viss mån ökad kompatibilitet med systemen i en rad länder i övriga Europa, såsom exempelvis Danmark, Nederländerna, Tyskland, Storbritannien och Grekland.

Det internationella perspektivet och utblicken mot övriga Europa har tagits i beaktning i översynen av läkarnas specialitetsindelning, men har inte varit av avgörande betydelse. Grunden i det svenska systemet är bra och utgör utgångspunkten. Dock kan en undersökning av systemen i andra länder ge idéer och inspiration samt bidra till att systemet i möjligaste mån är kompatibelt med andra system, vilket i sin tur främjar möjligheterna till internationellt utbyte.

Nuvarande specialitetsindelning

I avsnittet beskrivs den nuvarande specialitetsindelningen som regleras av Socialstyrelsens föreskrifter om läkarnas specialiseringstjänstgöring (SOSFS 2008:17).

Basspecialiteter

Kompetenskrav enligt fastställda målbeskrivningar och minst 5 års specialiseringstjänstgöring (motsvarande heltid), med möjlighet till viss tjänstgöring i riktning mot grenspecialitet under utbildningstiden.

Grenspecialiteter

Kompetenskrav utöver basspecialitet i enlighet med fastställda målbeskrivningar för grenspecialiteten. Utbildning för bas- och grenspecialitet kan ske inom samlad ST-anställning, där utbildningen i respektive bas och grenspecialitet kan varvas. Grenspecialitet ger dubbelkompetens – bas- och grenspecialitet.

Tilläggspecialiteter

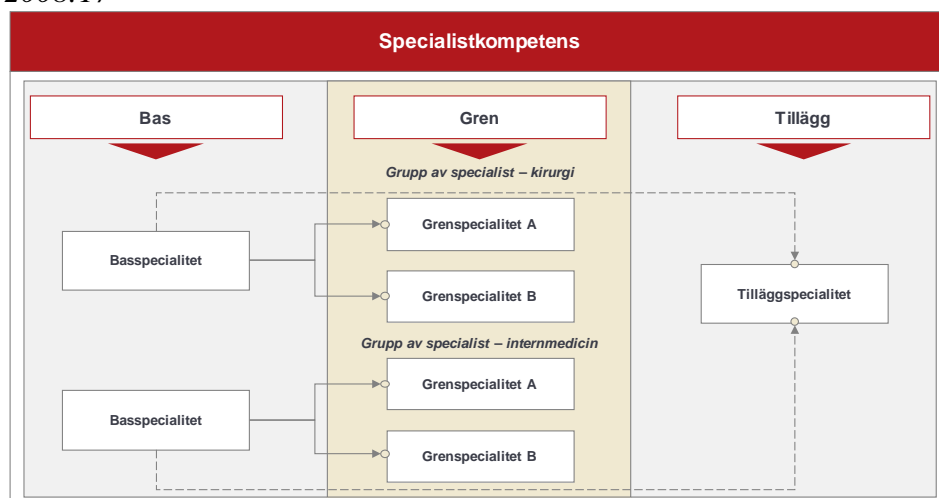
Kompetenskrav utöver basspecialitet (som kan variera) i enlighet med fastställda målbeskrivningar för tilläggspecialiteten. En tilläggspecialitet kan således adderas till olika basspecialiteter, vilka preciseras i målbeskrivningarna för respektive tilläggspecialitet.

Nuvarande struktur

De 57 offentligt reglerade specialiteterna har vardera 19 till 21 delmål som ska uppfyllas för erhållandet av specialistkompetens. Av dessa är delmålen 1-12 medicinska delmål medan delmålen 13- 21 avser kommunikativ kompetens, ledarskapskompetens samt kompetens inom medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete.

Bild 2: Beskrivning av uppbyggnaden av specialitetsstrukturen i SOSFS

2008:17



Kommentar: Uppbyggnaden med bas- och grenstruktur gäller också för basspecialiteterna ortopedi, öron-, näs- och halssjukdomar, barn- och ungdomsmedicin, psykiatri, bild- och funktionsmedicin och onkologi. Till samtliga finns en eller flera grenspecialiteter. Avseende tilläggspecialiteter ställs olika krav på vilka baser som det är möjligt att utgå ifrån.

Av SOSFS 2008:17 framgår att en legitimerad läkare som vill uppnå kompetens i en gren- eller tilläggsspecialitet i begränsad omfattning, inom ramen för basspecialiteten, kan påbörja fördjupning i den tänkta gren- eller tilläggsspecialiteten. För till exempel specialiteten barn- och ungdomskirurgi, som är en grenspecialitet till kirurgi, kan specialiseringstjänstgöringen i grenspecialiteten till viss del påbörjas under specialiseringstjänstgöringen i kirurgi. Författningen anger inte den exakta omfattningen för detta. En viktig anledning är att man vill undvika en allt för långt driven reglering. Författningen ska ge utrymme för flexibilitet över tid och även ge utrymme för vissa geografiska variationer mellan och inom specialiteter.

För bas- och grenspecialiteter inom invärtesmedicin är de tre första medicinska delmålen identiskt formulerade och för bas- och grenspecialiteter inom kirurgi är de fyra första delmålen identiskt formulerade. Dessa delmål utgör en del av den gemensamma kunskapsbasen.

De tre till fyra inledande medicinska delmålen kan inte automatiskt tillgodoräknas från basspecialiteten vid genomförandet av en grenspecialitet. Förutsättningar för att det ska vara möjligt ges dock. Det är verksamhetschefen samt handledaren som ska göra bedömningen av huruvida dessa delmål kan tillgodoräknas eller ej.

Bild 3: Beskrivning av den gemensamma kunskapsbasen för bas- och grenspecialiteter

Delmål och gemensam kunskapsbas för bas och grenspecialiteter																					
Specialitet	Medicinska kompetenser												Kommunikativ kompetens, ledarskapskompetens, kompetens inom medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete								
	Gemensam kunskapsbas				För specialiteten specifik kunskap								Gemensam kunskapsbas								
Delmål Bas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Delmål Gren	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
	Ev tillgodoräkna från bas				Ej möjliga att tillgodoräkna från bas								Ev tillgodoräkna från bas								

Kommentar: En majoritet av specialiteterna har de fyra första delmålen gemensamma.

De medicinska delmålen 5-12 är unika för respektive specialitet och går inte att tillgodoräkna sig i annan specialitet. Delmålen 13-21 är med vissa undantag identiskt formulerade för samtliga 57 specialiteter. Dessa delmål utgör också en del av den gemensamma kunskapsbasen. Inte heller dessa delmål kan med automatik tillgodoräknas i en grenspecialitet. Förutsättningar ges dock för att tillgodoräkna sig dessa.

Den modell med gemensam kunskapsbas som den nuvarande författningen stipulerar innebär således att det under utbildningen i en grenspecialitet kan vara möjligt att från basspecialiteten tillgodoräkna sig de gemensamma delmålen 1-4 (medicinska) och delmålen 13-21 (bland annat kommunikativ kompetens). Verksamhetschef samt handledare har att göra denna bedömning. Författningen anger inga ramar och ger inte någon rekommendation när det gäller hur mycket tid som ska spenderas på de delmål som är gemensamma. Anledningen till detta är att utbildningen först och främst är målstyrd. Det enda tidskrav som föreligger, som finns angett i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369), är att specialiseringstjänstgöringen ska äga rum under minst fem år innan bevis om specialistkompetens kan erhållas.

Problem med nuvarande indelning

Utredningen har uppmärksammat ett antal funktionalitetsbrister i den nuvarande specialitetsstrukturen. Dessa gäller framför allt för grenspecialiteterna till kirurgi, internmedicin och bild- och funktionsmedicin. Det gäller också för handkirurgi som är grenspecialitet till ortopedi. Funktionalitetsproblemen är av generell karaktär och beskrivs i det följande.

Kunskap och kompetens kommer inte till användning

Ett antal kirurgiska och invärtesmedicinska grenspecialiteter har påpekat att specialiseringstjänstgöringen inom basspecialiteten innebär att kunskap och kompetens inhämtas som inte är av relevans för den blivande grenspecialisten. Det är säkert bra att skaffa sig en bred kunskaps- och kompetensbas som kan tillämpas i en mängd olika situationer och roller som hon eller han kan ställas inför i sin yrkesutövning. Den sammanlagda utbildningstiden för att bli specialist i en grenspecialitet är dock en variabel nödvändig att beakta vid en diskussion om huruvida det finns kunskap och kompetens som saknar relevans för utbildningen. Att kunna leverera en ändamålsenlig och så bra hälso- och sjukvård som möjligt är ett axiom. En utgångspunkt för att uppnå detta är en effektiv utbildningsprocess som tar hänsyn till ST-läkarens, det aktuella kompetensområdets och vårdgivarens behov. Hur lång utbildningen blir är här av betydelse och ska vägas mot hur väl specialistläkarens kunskaper och kompetenser matchar de behov som föreligger inom hälso- och sjukvården.

För lite tid åt det egna kompetensområdet

Den största delen av den kunskap och kompetens som inhämtas under specialiseringstjänstgöringen ägnas åt basspecialiteten. Detta leder till att för lite tid ägnas åt det egna kompetensområdet inom grenspecialiteten. I slutändan kan det leda till att den blivande grenspecialisten brister i kunskap och kompetens eller till att utbildningen inom grenspecialiteten förlängs för att åtgärda detta förhållande.

Rekrytering försvåras

Det finns risk att längre utbildningsvägar upplevs som negativt. ST-läkarna kan i vissa fall också välja att fortsätta inom den uppnådda basspecialiteten och hoppa av den planerade grenspecialiseringen.

Forskning nedprioriteras

Forskning under specialiseringstjänstgöringen riskerar att nedprioriteras då den ytterligare ökar utbildningslängden.

Brist på utbildningsplatser

Genom kravet på specialistkompetens i en basspecialitet för till exempel de kirurgiska och invärtesmedicinska grenspecialiteterna har det uppstått brist på utbildningsplatser på vissa orter.

Utbildningen blir dyrare?

Det finns risk att delar av kompetensen från basspecialiteten inte kommer till användning för den som väljer att utbilda sig vidare inom en grenspecialitet. Det kan leda till att handledningsresurser, kurser och tjänstgöringar tas i anspråk i onödan och kan därmed sannolikt medföra negativa ekonomiska konsekvenser.

Förslag till ny indelning

Vårt förslag till specialitetsindelning syftar till att säkra kompetens som möter de behov som finns hos befolkningen i dag, att säkra försörjningen av specialister och ge möjlighet för forskning och medicinsk utveckling. Förslaget syftar också till att stärka kompetensområden som bedöms särskilt viktiga för utvecklingen av en framtida högkvalitativ sjukvård. I detta sammanhang är perspektiv inom barn- och ungdomsområdet respektive äldreområdet särskilt viktiga. Bland annat är de helt nya specialiteter som föreslås ett sätt att tillgodose dessa behov.

Specialitetsindelningens struktur ska utformas så att sjukvårdens behov tillgodoses på ett både kvalitativt och resurseffektivt sätt. Vi utgår från vår analys av vårdens utveckling och bristerna med nuvarande system. Det är viktigt att specialitetsindelningen tillgodoser behovet av både bred och djup kompetens. Delar av förslaget innebär därför dels fördjupning, genom att specialiteter nyinrättas eller förändras inom nuvarande struktur, dels breddning genom att dessa specialistläkare har möjlighet att sprida kunskapen inom området till övriga specialiteter. Exempel på specialiteter där detta tagits särskilt i beaktande är palliativ medicin, vårdhygien och akutsjukvård.

Vissa av de problem som identifierats under utredningen har inte sin lösning i en förändrad specialitetsindelning utan kommer att beaktas i det forskningsarbete som följer. I detta arbete har Socialstyrelsen i samråd med professionen och huvudmännen utreda, förtydliga och konkretisera specialitetsindelningen utifrån förslagen.

I följande avsnitt presenteras utredningens förslag på förändringar av specialitetsindelningen. Inledningsvis redovisas förslagen som rör de i dag reglerade specialiteterna därefter presenteras förslagen på reglering av nya specialiteter. Avslutningsvis redovisas de skäl som avgjort vilka nya offentligt rättsligt reglerade specialiteter som föreslagits.

Överväganden rörande befintliga specialiteter

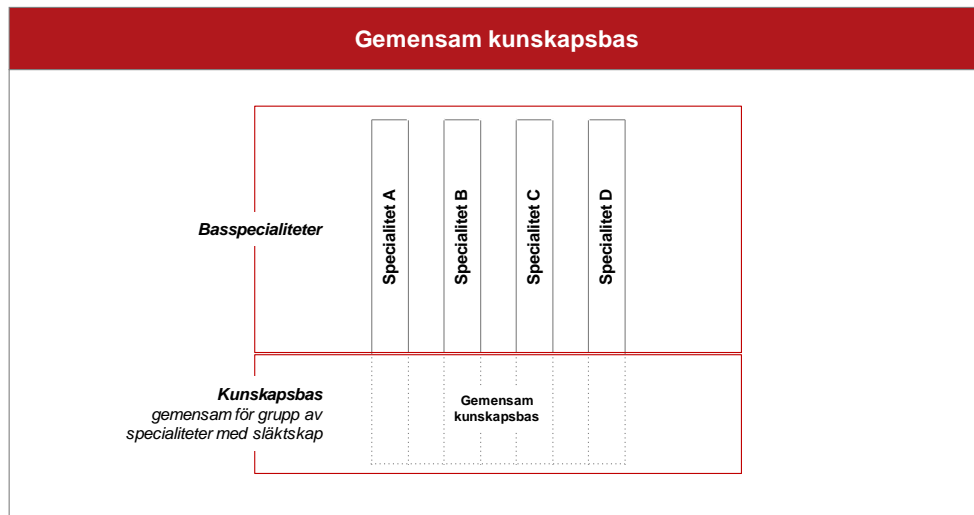
Förslagen som presenteras inbegriper en förändrad gemensam kunskapsbas för grupper av specialiteter med fler basspecialiteter istället för grenspecialiteter, grenspecialiteter som förändras till tilläggspecialiteter och en tilläggspecialitet som görs om till basspecialitet.

Nya basspecialiteter med gemensam kunskapsbas

Utredningen föreslår en förändrad gemensam kunskapsbas för basspecialiteterna kirurgi, internmedicin samt för en majoritet av de tillhörande grenspecialiteterna. Förslaget innebär att flertalet specialiteter i dessa kluster blir basspecialiteter. Medicinsk radiologi och grenspecialiteten klinisk fysiologi inrättas som basspecialiteter med en förändrad gemensam kunskapsbas, lik-

som öron-, näs- och halssjukdomar och hörsel- och balansrubbnings. För de barnmedicinska specialiteterna kommer inga förändringar att föreslås.

Bild 4: Förslag på förändrad indelning med nya basspecialiteter och förändrad gemensam kunskapsbas



Utredningen bedömer att det förslag som presenteras kommer att utveckla den befintliga specialitetsstrukturen samt att förslaget väl kommer att uppfylla kriterierna för en målstyrd utbildning. Med förslaget skulle en förbättrad funktionalitet hos specialiteterna uppnås samt att det skulle ge en flexiblarare specialitetsstruktur med större anpassningsförmåga. En ny gemensam kunskapsbas enligt den modell som utredningen föreslår bedöms bättre kunna anpassa sig till förändringar i till exempel den medicinska och medicinsk-tekniska utvecklingen. De möjligheter till förbättring som utredningen ser är som följer:

Gemensam kunskapsbas med förbättrad funktionalitet

Det ger förutsättningar för en gemensam kunskapsbas med förbättrad funktionalitet genom att tydligare integrera och samordna specialiteternas gemensamma kunskapsområden. Kunskapsutbytet mellan specialiteter skulle kunna öka och ge bättre förutsättningar för en mer effektiv och ändamålsenlig utbildning. Genom att ge specialiteterna mer tydligt definierade gemensamma delmål kan till exempel regionalt arrangerade utbildningar i basala delar av den gemensamma kunskapsbasen skapas.

Byte av specialitet

En väl avgränsad och tydlig gemensam kunskapsbas kan underlätta inhämtandet av kompletterande utbildning till annan specialitet. De medicinska delmålen som ingår i den gemensamma kunskapsbasen formuleras lika för den grupp av specialiteter som delar gemensam kunskapsbas. Dessa delmål, jämte delmålen som avser kompetens inom ledarskap, kommunikation och vetenskap, visar tydligt de delar i målbeskrivningen som är uppfyllda inom

ramen för den första specialiteten. I likhet med nuvarande system får komplettering mellan specialiteter utanför de gemensamma kunskapsbaserna ske genom en individuell bedömning utifrån vederbörandes kompetens och aktuella målbeskrivningar.

Balans i utbildningen

Det ger möjligheter att skapa en bättre balans i utbildningen. Specialisten skulle ges möjlighet att klara bredden för akutuppdraget (inklusive omhändertagandet av det växande antalet multisjuka äldre) och samtidigt ges förutsättningar att uppnå fördjupad kompetens inom den enskilda specialiteten. Utredningen bedömer att det skulle säkra att den formella och den reella kompetensen överensstämmer.

Rekryteringen av ST-läkare

Det underlättar rekryteringen av ST-läkare till de nuvarande grenspecialiteterna genom att utbildningen i den gemensamma kunskapsbasen görs mer ändamålsenlig och utbildningslängden anpassas efter specialiteternas behov. Rekryteringsunderlaget ökar också. På sikt skulle också tillgången på färdiga specialister öka. De nuvarande basspecialiteterna bedöms inte påverkas menligt.

Underlätta möjligheterna att bedriva forskning

Det förbättrar förutsättningarna för att bedriva forskning inom specialiteternas respektive kunskapsområde. Detta genom införandet av en mer ändamålsenlig utbildning som tidsmässigt ger mer utrymme till forskningsnära verksamhet samt skapar förutsättningar för ett större antal ST-läkare inom specialiteten.

Det internationella perspektivet

Det ger förutsättningar för förbättrad kompatibilitet med en rad länder i övriga Europa. Till exempel Danmark, Holland, Grekland och Tyskland har en modell med gemensam kunskapsbas som liknar den som utredningen föreslår. Även om detta inte har beaktats särskilt gör utredningen bedömningen att det kan vara av värde vid ett fortsatt arbete att underlätta rörligheten mellan Europas länder.

Kirurgiska specialiteter

I den nuvarande specialitetsstrukturen är urologi, barn- och ungdomskirurgi, plastikkirurgi samt kärnkirurgi grenspecialiteter till basspecialiteten kirurgi.

Utredningens förslag innebär att barn och ungdomsskirurgi blir en fristående basspecialitet.² Urologi, plastikkirurgi samt kärnkirurgi föreslås bli basspecialiteter jämte allmänkirurgi med en gemensam kunskapsbas.

Utredningen bedömer att en gemensam kunskapsbas behöver definieras med utgångspunkt i kraven att bland annat:

² Se vidare under avsnittet *Nya basspecialiteter*, s. 36.

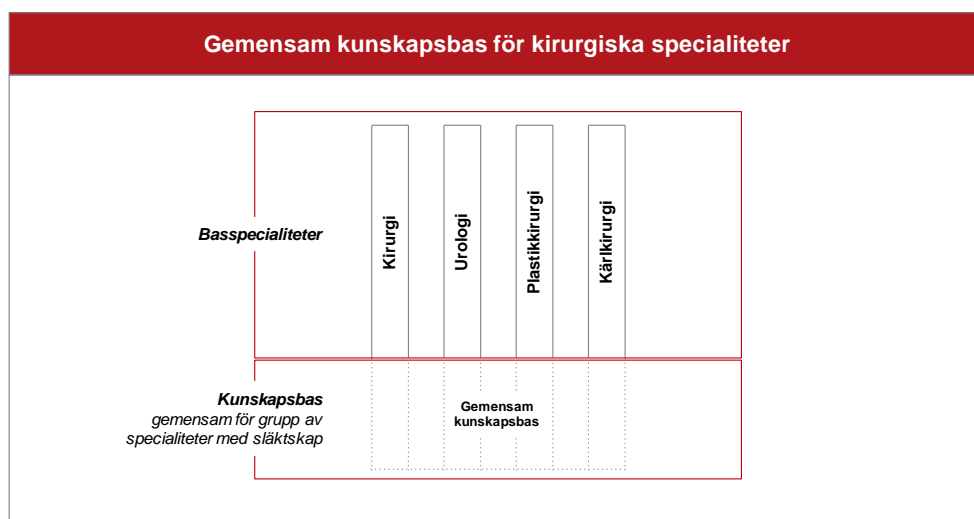
- Klara av att gå primärjour i allmänkirurgi.
- Utöver akutuppdraget klara att primärt handlägga vanliga tillstånd från angränsande specialiteter inom såväl sluten- som öppenvård.
- Det behövs kunskaper inom prevention, palliativ medicin, vårdhygien, försäkringsmedicin och handläggning av multisjuka äldre.

Förutom dessa krav ska arbetet med en förändrad gemensam kunskapsbas också utgå från den nuvarande författningen där de fyra första medicinska delmålen gemensamma för kirurgi och innefattar följande:

1. Att behärska kirurgisk patofysiologi, basalkirurgisk teknik och behandling av sjukdomar i hud och underhud som kan kräva kirurgisk behandling.
2. Att behärska bedömning, diagnostik och initial behandling av akut buk-sjukdom.
3. Att behärska initial handläggning av större och mindre trauma.
4. Att behärska basal smärtbehandling, kirurgisk intensivvård och anestesi-effekter.

Dessa delmål samt de icke medicinska delmålen 13-20 som innefattar bland annat ledarskap, kommunikation, vetenskap och kvalitetsarbete utgör den nuvarande gemensamma kunskapsbasen. Utvecklingen och bearbetningen av delmålen kommer att ske inom ramen för det kommande målbeskrivningsarbetet och den färdiga modellen med en ny gemensam kunskapsbas beräknas att träda i kraft den 1 januari 2014.

Bild 5: Förslag på gemensam kunskapsbas för de kirurgiska specialiteterna kirurgi, urologi, plastikkirurgi och kärllkirurgi



Invärtesmedicinska specialiteter

I den befintliga specialitetsstrukturen är kardiologi, medicinsk gastroenterologi och hepatologi, endokrinologi och diabetologi, medicinska njursjukdomar, lungsjukdomar, hematologi och allergologi grenspecialiteter till basspecialiteten internmedicin. Utredningens förslag innebär att nämnda specialiteter med undantag av allergologi blir basspecialiteter inom ramen för en förändrad gemensam kunskapsbas. Allergologi föreslås istället bli en tilläggspecialitet.³ Den nuvarande basspecialiteten geriatrik föreslås också ingå i den gemensamma kunskapsbasen.

Enligt den nu gällande föreskriften SOSFS 2008:17 är de tre första medicinska delmålen gemensamma för specialiteterna och dessa är:

1. Att kunna handlägga de internmedicinska akuta sjukdomarna och de till internmedicin relaterade sjukdomstillstånden.
2. Att initialt kunna handlägga de vanliga och viktiga internmedicinska sjukdomarna och sjukdomstillstånden samt vanliga och viktiga tillstånd inom grenspecialiteter och angränsande basspecialiteter.
3. Att behärska invasiva och icke invasiva åtgärder och metoder relevanta för det internmedicinska kompetensområdet.

Dessa medicinska delmål och delmålen 13-20 som innefattar bland annat ledarskap, kommunikation, vetenskap och kvalitetsarbete utgör den gemensamma kunskapsbasen för specialiteterna. Utredningens bedömning är dock att samtliga medicinska delmål (delmålen 1-12) för basspecialiteten internmedicin, så som de i dag är formulerade, till viss del kan sägas vara tillämpliga för samtliga grenspecialiteter inom det invärtesmedicinska området. Delmålen tydliggör inte några specifika sjukdomsområden.

Ett exempel på detta är delmålet ”Att kunna handlägga de vanligaste och viktigaste sjukdomarna bland de invärtesmedicinska grenspecialiteterna, särskilt under de första dygnet”. Omvänt är det möjligt att ur grenspecialiteternas delmål utläsa ett antal kunskapsområden som enbart berörs för den aktuella grenspecialiteten, men som utredningen gör bedömningen skulle kunna vara av relevans för även för de övriga specialiteterna inom gruppen. Ett exempel på det är kardiologins delmål ”Att behärska akut omhändertagande av livshotande kardiologiskt tillstånd”.

Samtidigt är det viktigt att understryka att basspecialiteten internmedicin är av mycket stor vikt utifrån behovet av läkare med bred kompetens. Det kan sägas vara särskilt tydligt när det gäller länsdelsjukhus där tillgången på specialister inom en grenspecialitet i det nuvarande invärtesmedicinska klustret av naturliga skäl är begränsad. På stora sjukhus bedömer dock utredningen att behovet av denna breda kompetens är mindre omfattande. Som grund för det vill utredningen föra fram det faktum att internmedicinska kliniker på flera stora sjukhus har upphört till förmån för respektive grenspecialitet.

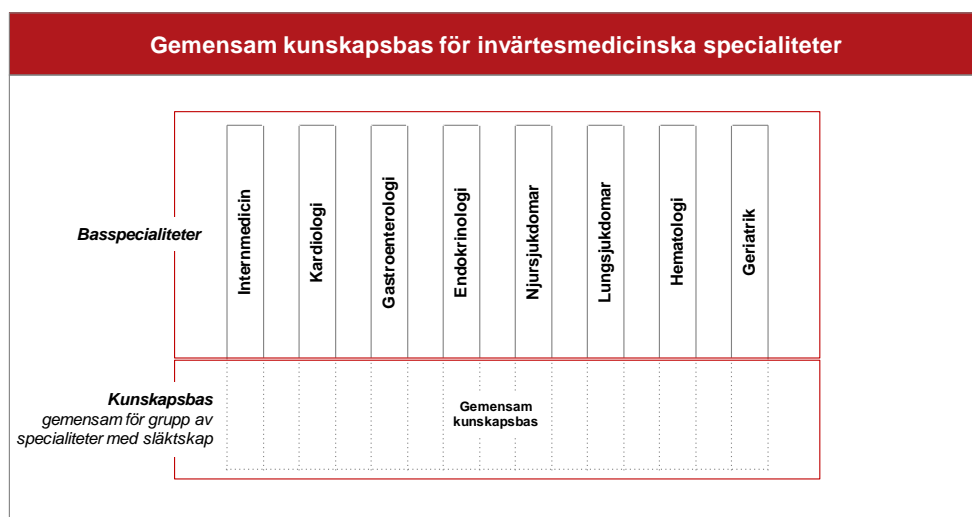
³ Se vidare under avsnitt *Nya tilläggspecialiteter*, s. 38.

För att samtliga ovan nämnda invärtesmedicinska specialiteter, i enlighet med utredningens förslag, ska kunna bli basspecialiteter bedömer utredningen att en gemensam kunskapsbas behöver definieras på grundval av kraven att bland annat:

- Klara av primärjournsuppdraget. Bakjourer kan som tidigare behövas som stöd för att handlägga komplicerade ärenden.
- Primärt handlägga vanliga tillstånd från angränsande specialiteter inom såväl sluten- som öppenvård. Det innefattar kompetens inom prevention, vårdhygien, försäkringsmedicin, palliativ medicin och handläggning av multisjuka äldre.

Förutom dessa krav ska arbetet med en förändrad gemensam kunskapsbas också utgå från den nuvarande författningens gemensamma delmål. Utvecklingen och bearbetningen av delmålen kommer att ske inom ramen för det kommande målbeskrivningsarbetet och den färdiga modellen med en ny gemensam kunskapsbas beräknas att träda i kraft den 1 januari 2014.

Bild 6: Förslag på gemensam kunskapsbas för de invärtesmedicinska specialiteterna internmedicin, kardiologi, gastroenterologi, endokrinologi, njursjukdomar, lungsjukdomar, hematologi och geriatrik



Hörsel- och balansrubbingar

Hörsel- och balansrubbingar är idag en grenspecialitet till öron-, näs- och halssjukdomar (ÖNH).

Specialiteten som är medicinskt inriktad är enligt målbeskrivningen ”individuellt inriktad med klinisk och laborativ diagnostik samt behandling innefattande medicinskt, tekniskt, habiliterande och rehabiliterande åtgärder samt förebyggande insatser”.

De fyra första delmålen är gemensamma med basspecialiteten öron-, näs- och halssjukdomar och innefattar bland annat kirurgisk och icke-kirurgisk behandling av vanliga tillstånd inom ÖNH med tonvikt på akuta tillstånd samt undersökningsteknik.

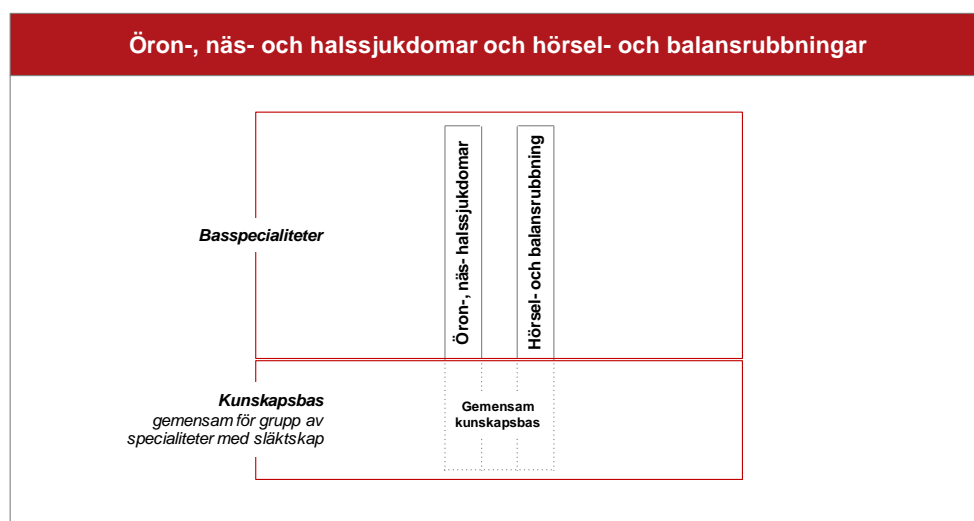
Av övriga åtta medicinska delmål inom öron-, näs- och halssjukdomar är sex kirurgiskt inriktade. För hörsel- och balansrubbningar är samtliga övriga åtta medicinska delmål av icke kirurgisk karaktär. Kravet på genomgången basspecialitet innebär således krav på en relativt omfattande kirurgisk kompetens som ej kommer till användning inom ramen för den tilltänkta specialiteten. Denna problematik är likartad den som beskrivs för grenspecialiteterna till internmedicin respektive kirurgi, att kunskap ska inhämtas som ej kommer till användning för den färdiga specialisten.

Enligt specialistföreningen leder specialitetens placering som grenspecialitet också till svårigheter att få utbildningsplatser i tillräcklig omfattning inom basspecialiteten öron-, näs- och halssjukdomar samt även till rekryterings svårigheter, i synnerhet av kollegor som inte är kirurgiskt inriktade.

Även inom detta område bedöms det finnas underlag för en gemensam kunskapsbas, dock inte av den omfattning som inhämtandet av hela basspecialiteten ÖNH innebär.

Avseende röst- och talrubbningar (grenspecialitet till öron-, näs- och halssjukdomar) har motsvarande funktionalitetsbrister ej uppfattats även om denna specialitet också är relativt medicinskt inriktad. Specialiteten kvarstår därför som grenspecialitet till öron-, näs- och halssjukdomar.

Bild 7: Förslag på gemensam kunskapsbas för hörsel- och balansrubbningar och öron-, näs- och halssjukdomar



Utredningen föreslår att hörsel- och balansrubbningar blir en basspecialitet med en gemensam kunskapsbas med öron-, näs- och halssjukdomar. Röst och talrubbningar kvarstår som grenspecialitet till öron-, näs- och halssjukdomar.

Medicinsk radiologi och klinisk fysiologi

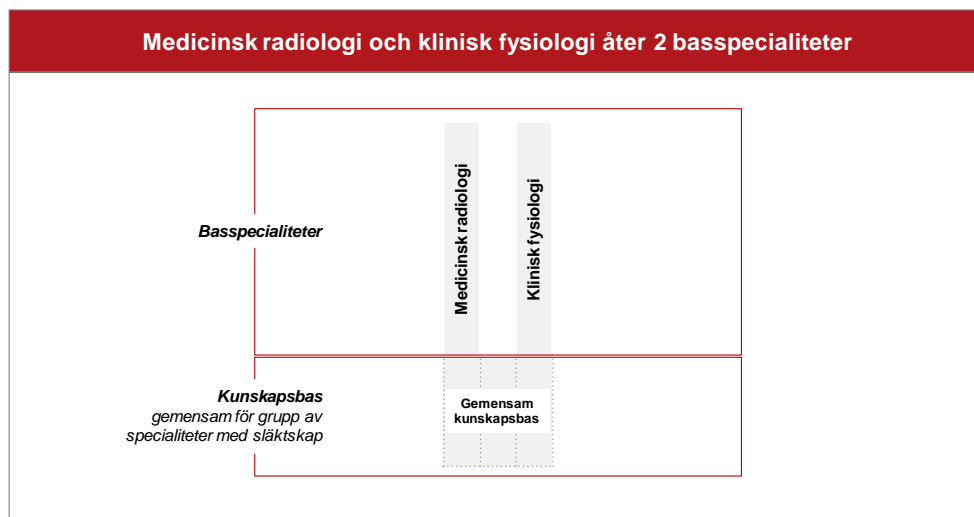
I den nuvarande specialitetsindelningen är bild- och funktionsmedicin (BFM) basspecialitet och klinisk fysiologi grenspecialitet till bild- och funktionsmedicin. De argument som framförts kring funktionalitetsbristerna med denna struktur överensstämmer till stor del med de generella argument som belysts tidigare i detta kapitel. Det handlar om brister i den gemensamma kunskapsbasen, svårigheter att rekrytera ST-läkare, möjligheter att bedriva

forskning och tillgång till utbildningsplatser. Svensk förening för klinisk fysiologi har i sina skrivelser bland annat kartlagt nyrekryteringen av ST-läkare till specialiteten klinisk fysiologi och konstaterar en påtaglig minskning sedan specialiteten förändrades till grenspecialitet.

I den nuvarande författningen är de sex första medicinska delmålen gemensamma för klinisk fysiologi och den nuvarande specialiteten bild- och funktionsmedicin. Förutom dessa delmål är också de icke medicinska delmålen 13-20, som innefattar bland annat ledarskap, kommunikation, vetenskap och kvalitetsarbete gemensamma.

I den svenska sjukvården finns traditionen att kliniska fysiologer bedriver klinisk fysiologisk diagnostik och att denna i mindre omfattning bedrivs av organspecialister inom respektive område såsom kardiologi och lungmedicin (något som är vanligt förekommande i många länder inom och utom Europa). Vi ser också en fortsatt utveckling i riktning mot att fler av de kliniskt fysiologiska undersökningarna utförs av annan yrkesgrupp än läkare vilket förstärker utbildningsansvaret för specialiteten.

Bild 8: Förslag på gemensam kunskapsbas för specialiteterna medicinsk radiologi och klinisk fysiologi



I de skrivelser som inkommit till Socialstyrelsen i denna fråga framgår att organspecialisternas specialitetsföreningar, såsom Svenska Cardioloföreningen och Svensk lungmedicinsk förening, instämmer i ovanstående argument kring funktionalitetsbrister med klinisk fysiologi som grenspecialitet.

Utredningen föreslår att klinisk fysiologi blir en basspecialitet samt att bild- och funktionsmedicin ersätts med den nygamla specialiteten medicinsk radiologi. En förändrad gemensam kunskapsbas utformas för de två specialiteterna. De delar av kunskapsmassan som bedöms överensstämma för de båda basspecialiteterna medicinsk radiologi och klinisk fysiologi ska liksom i dag formuleras i gemensamma delmål. En gemensam kunskapsbas bedöms ge bättre förutsättningar för att tydligare integrera och samordna specialiteternas gemensamma kunskapsområden.

Nya basspecialiteter

Akutsjukvård

I den förra utredningen förordades att akutsjukvård skulle bli en tilläggspecialitet. I rapporten poängterades vikten av att fortlöpande följa utvecklingen och ta ställning till huruvida akutsjukvård i framtiden borde bli en basspecialitet [1]. Inom allt fler länder inom EU respektive utanför Europa inför akutsjukvård som specialitet.

I två rapporter som Socialstyrelsen publicerat belyses brister inom sjukvårdens akutverksamhet. Förslag visar också på olika förbättringsåtgärder och vikten av att detta arbete sker fortlöpande poängteras [8-9]. I samband med utredning av väntetiderna på landets akutmottagningar genomförde Socialstyrelsen 2010 en enkätundersökning och fick in uppgifter från 19 landsting med 66 av landets totalt 74 akutmottagningar. Ur enkäten framkom att antalet besök på dessa akutmottagningar var cirka 2,5 miljoner per år [8-9]. I utredningen framkom vidare att det saknas nationella uppgifter om antalet akutbesök och deras utveckling över tid, men att flera enskilda studier talar för att antalet är stadigt ökande. Befolkningsutvecklingen innebär en allt större andel äldre i befolkningen. Därmed ökar också antalet patienter med flera samtidiga sjukdomar och som är i behov av ett omhändertagande med förhållandevis bred medicinsk kompetens.

I nuvarande system är akutsjukvård en tilläggspecialitet. Redan färdiga specialister inom till exempel invärtesmedicin eller kirurgi kan genomgå vidareutbildning under några år för att erhålla specialistkompetens i akutsjukvård. Den läkare som redan från början avser utbildas inom specialiteten får däremot en lång utbildningsväg. Detta är ett förhållande som utredningen bedömer kan inverka menligt på genomströmningen av ST-läkare inom specialiteten.

Eftersom akutsjukvård har sin huvudsakliga gärning på akutmottagningen finns det sannolikt goda förutsättningar för specialiteten att ta en mer aktiv roll i utvecklandet av akutverksamheten än vad andra specialiteter kan göra, vilket gynnar patientsäkerhetsarbetet. Utredningen bedömer att möjligheterna för specialiteten att spela en sådan roll blir större om akutsjukvård blir en basspecialitet. Specialitetens fokusering på det akuta omhändertagandet kan sannolikt också bidra till att utveckla såväl de kirurgiska som de medicinska specialiteterna.

I diskussioner med bland annat ST-rådet har det framförts att specialitetens placering i strukturen också bör bedömas utifrån hur vårdstrukturen förändras. I dag har Sverige en utveckling där många landsting strävar efter att det akuta omhändertagandet ska ske utanför akutsjukhusen och mer anpassat till regionala förutsättningar och behov.

Det har därför framförts att inrättandet av akutsjukvård som basspecialitet kan komma att motverka en sådan utveckling och att frågan därför bör utredas särskilt. Ett annat argument som framförts mot förändringen är att det kan bli svårt att bemanna jourlinjer.

Utredningen anser dock att bedömningen av hur akutsjukvården ska organiseras bör göras av huvudmännen och att en förändring från tilläggspecialitet till basspecialitet skapar bättre förutsättningar för de huvudmän som väljer att införa specialiteten i sin verksamhet eftersom nyrekrytering och utveckling av specialiteten säkras.

Utredningen anser att förändringen kan gynna patientsäkerheten genom att akutsjukvården då kan få ett naturligt och direkt ansvar för att utveckla medicinska processer, triageverksamhet och samarbetet med den öppna hälso- och sjukvården inom kommuner och landsting. Utredningen vill betona att specialiteten är en vuxenspecialitet och att handläggning av barn och yngre fortsatt ska ske enligt nuvarande ordning med hjälp av specialister i till exempel barnmedicin.

Utredningen förelår efter en sammantagen bedömning att akutsjukvård införs som basspecialitet. Förslaget ger fortfarande möjlighet att organisera vårdstrukturen på det sätt som är lämpligast i en viss region.

Barn- och ungdomskirurgi

I nuvarande specialitetsindelning är barn- och ungdomskirurgi en grenspecialitet till kirurgi. I den föregående utredningen bedömdes den kompetensmässiga närheten till kirurgin vara så pass omfattande att det motiverade denna indelning. Nuvarande utredning delar bedömningen att det föreligger en tydlig kompetensmässig närhet mellan de två specialiteterna.

Utredningen bedömer också att barn- och ungdomskirurgi har en tydlig kompetensmässig närhet till basspecialiteten barn- och ungdomsmedicin

Erfarenheter från det barn- och ungdomsmedicinska kunskapsområdet skulle vara till gagn för specialiteten och vice versa. Med den nuvarande placeringen som grenspecialitet finns det en tydlig begränsning av möjligheterna till en sådan korsbefruktning. På grund av specialitetens placering kommer kunskapsmassan framför allt att formas av vuxenkirurgin.

Det är utredningens bedömning att om barn- och ungdomskirurgi istället blev en egen basspecialitet skulle barnperspektivet tydligare kunna beaktas. Vid en sådan förändring kan det vara lämpligt att specialitetens målbeskrivning utformas så att den har en gemensam kunskapsbas med kirurgi och i någon mån även med barn- och ungdomsmedicin. Detta innebära att delar av den nuvarande gemensamma kunskapsbasen med kirurgi kommer att minska till förmån för barn- och ungdomsmedicin. Hur detta i detalj ska utformas får det kommande föreskrifts- och målbeskrivningsarbetet utvisa.

Av de aktuella målbeskrivningarna för barn- och ungdomskirurgi respektive barn- och ungdomsmedicin framgår att den färdiga specialisten i sin medicinska yrkesutövning har att beakta barn och ungdomars särskilda utvecklingsförhållanden fram till vuxen ålder.

Utredningen anser att barn- och ungdomsperspektivet inom hälso- och sjukvården är mycket viktigt och behöver hållas ihop och att nämnda förändring är ytterligare ett steg i den riktningen. Med tydligare kopplingar till det barn- och ungdomsmedicinska fältet skulle en större dynamik uppnås. Utredningen föreslår därför att den nuvarande grenspecialiteten barn- och ungdomskirurgi blir en egen basspecialitet.

Handkirurgi

I den nuvarande specialitetsstrukturen är ortopedi en basspecialitet och handkirurgi en grenspecialitet till ortopedi. Genom kravet på att först bli specialistkompetent i ortopedi är det sannolikt att rekryteringen till handkirurgi försvåras. Det kan också finnas risk för att det uppstår brist på utbild-

ningsplatser då blivande handkirurger och ortopedier behöver genomgå samma kirurgiska träning och samma kurser. En längre utbildningsväg bedöms också vara försvårande för forskning under specialiseringstjänstgöringen eftersom en redan lång väg till färdig specialist förlängs ytterligare.

Den blivande handkirurgen skall till exempel uppfylla delmål som innefattar kompetens i att handlägga sjukdomar i rygg, höfter, knän, fot och fotled samt tumörer i rörelseorgan. Moment som upptar en relativt stor del av specialiseringstjänstgöringen men som inte ingår i en handkirurgs arbete. Några av beröringspunkterna mellan ortopedi och handkirurgi framgår av följande gemensamma delmål i SOSFS 2008:17:

- Att behärska basal klinisk och kirurgisk teknik.
- Att ha kunskap om basal patofysiologi samt att behärska basal smärtbehandling, intensivvård och anestesi vid rörelseorganens sjukdomar.
- Att initialt kunna handlägga trauma
- Att kunna handlägga belastningsskador, rehabilitering, rehabilitering, försäkringsmedicin och intyg.

Detta är dock generella formuleringar som i stort sett kan gälla för de flesta kirurgiska specialiteter som till exempel kirurgi och urologi och är inte bevis på kunskapsområden med specifika och direkta kopplingar mellan handkirurgi och ortopedi. Svensk Handkirurgisk Förening har föreslagit att specialiteten ska göras om till en basspecialitet med gemensam kunskapsbas med kirurgi, urologi, plastikkirurgi och kärkirurgi. Utredningens bedömning är dock att handkirurgi inte omfattar hela den gemensamma kunskapsbasen för de fyra specialiteterna och därför inte heller kan ingå som en del av denna som innehåller bland annat följande föreslagna delmål:

- Klara av att gå primärjour i allmänkirurgi.
- Utöver akutuppdraget klara av att primärt handlägga vanliga tillstånd från angränsande specialiteter inom såväl sluten- som öppenvård.

Utredningen föreslår istället att specialiteten handkirurgi görs om till en egen basspecialitet. Rekryteringen från andra specialiteter bedöms kunna underlättas då kravet på genomgången basspecialitet stryks för handkirurgi. Vid komplettering från annan specialitet till specialiteten handkirurgi får en individuell bedömning göras av vilka kompletteringar som är aktuella.

Utredningens förslag innebär att handkirurgi blir en basspecialitet samt att ortopedi kvarstår som en basspecialitet.

Nya tilläggsspecialiteter

Allergologi

Området allergologi innefattar både livslånga kroniska tillstånd som astma och eksem och akuta livshotande tillstånd ex. anafylaktisk chock. Allergisjukdomar är mycket vanligt förekommande och ökande i befolkningen.

I nuläget är allergologi en grenspecialitet till internmedicin. En alternativ placering som tilläggspecialitet kan möjliggöra rekrytering från flera andra basspecialiteter där tydliga kunskapsmässiga beröringspunkter finns. Genom att kompetens från flera specialiteter förs in kan områdets utveckling sannolikt gynnas. En förändring från grenspecialitet till tilläggspecialitet medför fler möjliga ingångar till specialiteten och därmed förhoppningsvis även förbättrade rekryteringsmöjligheter.

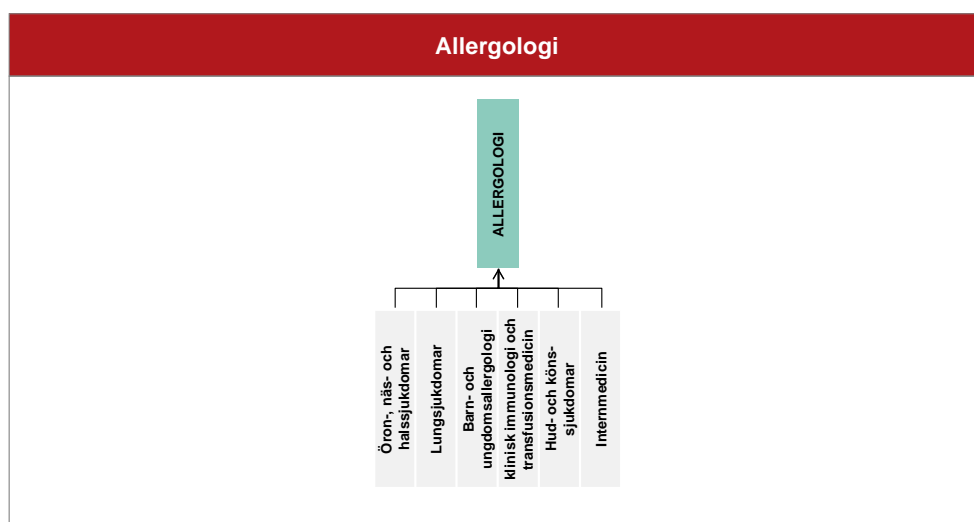
Specialiteten allergologi har förutom sin koppling till internmedicin beröringspunkter med en rad andra specialiteter såsom öron-, näs- och halssjukdomar, lungsjukdomar, barn- och ungdomsallergologi, klinisk immunologi och transfusionsmedicin samt hud- och könssjukdomar.

I Socialstyrelsens målbeskrivning för specialiteten allergologi ingår delmål som berör astma, rinit och kronisk obstruktiv lungsjukdom, allergiassocierade hudsjukdomar samt immunologiska diagnosmetoder.

Specialitetsföreningen för Allergologi har framfört förslaget att specialiteten bör bli en basspecialitet med gemensam kunskapsbas med övriga invärtesmedicinska basspecialiteter. Utredningen har övervägt denna möjlighet men bedömer att en placering som tilläggspecialitet är lämpligare. Utredningens bedömning är att den gemensamma kunskapsbas som allergologin har med de invärtesmedicinska specialiteterna inte är av sådan storlek att det motiverar att specialiteten blir en basspecialitet. Istället har, som beskrivits ovan, allergologin koppling till en rad andra specialiteter.

Utredningen föreslår därför att allergologi blir en tilläggspecialitet till öron-, näs- och halssjukdomar, lungsjukdomar, barn- och ungdomsallergologi, klinisk immunologi och transfusionsmedicin, hud- och könssjukdomar samt till internmedicin.

Bild 9: Förslag på att specialiteten allergologi blir en tilläggspecialitet till öron-, näs- och halssjukdomar, lungsjukdomar, barn- och ungdomsallergologi, klinisk immunologi och transfusionsmedicin, hud- och könssjukdomar samt internmedicin



Nukleärmedicin

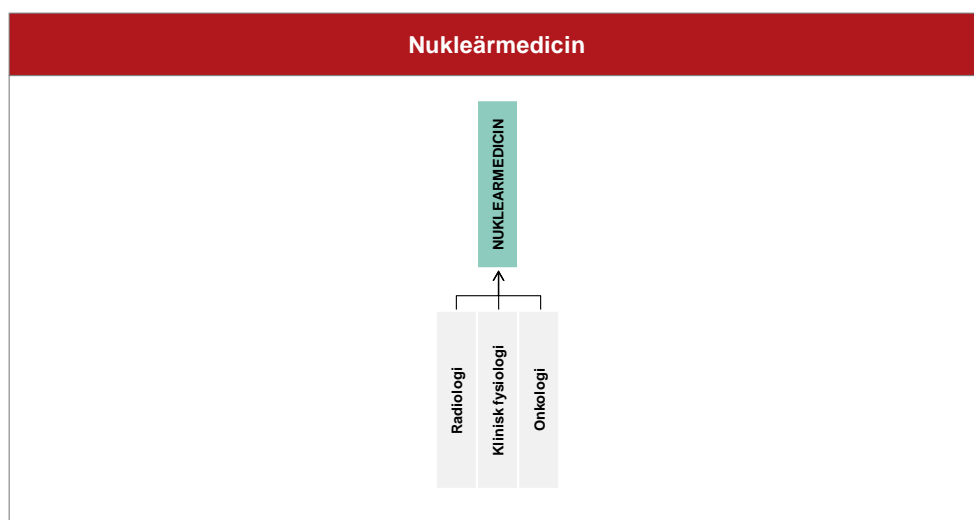
I den befintliga specialitetsindelningen är nukleärmedicin en grenspecialitet till basspecialiteten bild- och funktionsmedicin.

Utredningen har haft som syfte att förbättra funktionaliteten i specialitetsindelningen och ett sätt att göra det är enligt utredningen att införa tilläggs-specialiteter till förmån för grenspecialiteter.

Utredningen bedömer att om specialiteten gjordes om till en tilläggs-specialitet skulle utvecklingen inom kunskapsområdet stärkas. Det skulle bli lättare att rekrytera från andra basspecialiteter. Kompetens från flera områden skulle därigenom tillföras specialiteten och utveckla området. Svensk Förening för Nuklearmedicin har också fört fram sådana synpunkter.

Utifrån målbeskrivningens krav förefaller det lämpligt att basspecialiteterna medicinsk radiologi, klinisk fysiologi och onkologi blir möjliga ingångar till specialiteten.

Bild 10: Förslag på att specialiteten nukleärmedicin blir en tilläggspecialitet till medicinsk radiologi, klinisk fysiologi och onkologi



Utredningen föreslår att nukleärmedicin blir en tilläggspecialitet med medicinsk radiologi, klinisk fysiologi och onkologi som möjliga ingångar.

Gynekologisk onkologi

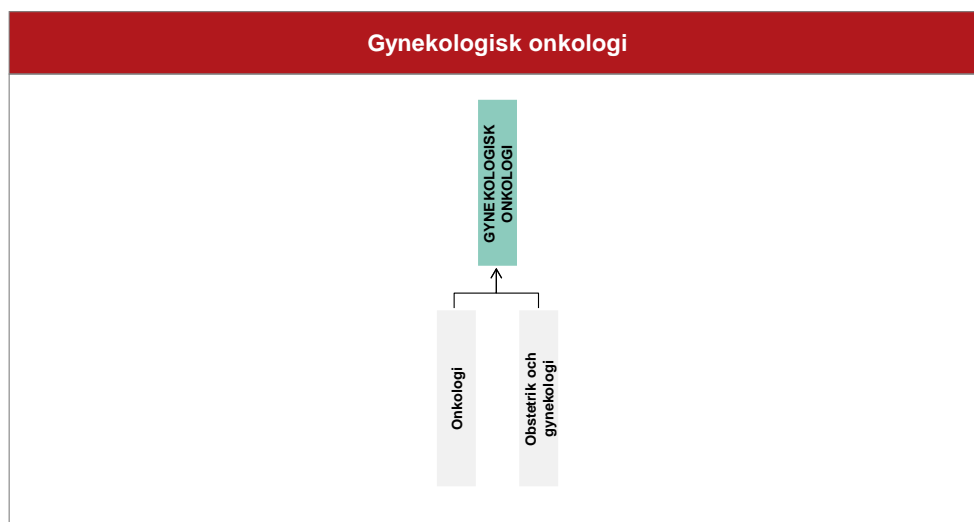
Incidensen av cancersjukdomar förväntas öka mot bakgrund av den demografiska utvecklingen med ökad andel äldre individer i samhället. Det är angeläget att säkra den framtida kompetensen inom cancerområdet.

Historiskt sett har specialistläkare inom gynekologisk onkologi varit gynekologer, vilket även illustreras av de nuvarande specialisternas dubbel-specialisering: 41 av 54 är även gynekologer [7]. Verksamheten gynekologisk onkologi finns på sju orter i landet; Örebro, Uppsala, Linköping, Stockholm, Göteborg, Lund och Umeå.

Inom kompetensområdet gynekologisk onkologi har utvecklingen av kunskapen resulterat bland annat i att antalet insatser per patient ökat. Det hand-

lar exempelvis om fler behandlingslinjer, mer komplicerade behandlingar, fler utvärderingar av behandlingsresultat i form av exempelvis röntgen, mer omfattande psykosociala stödinsatser och ökad efterfrågan på information från patienter. Fler patienter lever längre och kan få behandling, medan någon ökning av specialistläkare i gynekologisk onkologi inte skett. Att specialiteten i nuvarande specialitetsstruktur är grenspecialitet enbart till onkologi försvårar rekrytering till kompetensområdet gynekologisk onkologi.

Bild 11: Förslag på att specialiteten gynekologisk onkologi blir en tilläggsspecialitet till onkologi respektive obstetrik och gynekologi



Det är viktigt att det finns möjlighet för fler läkare att, inom ramen för bibehållen kvalitetsnivå, välja specialiteten gynekologisk onkologi. Utredningen föreslår därför att specialiteten gynekologisk onkologi blir en tilläggsspecialitet till basspecialiteterna obstetrik och gynekologi respektive onkologi.

Övriga förslag

Neuroradiologi

I den befintliga specialitetsindelningen är neuroradiologi en grenspecialitet till basspecialiteten bild- och funktionsmedicin.

Det förslag som utredningen under våren remitterade innebar att neuroradiologin görs om till en tilläggsspecialitet. Ställningstagandet har grundat sig på bedömningen att det skulle stärka utvecklingen inom området, att det skulle bli lättare att rekrytera från andra basspecialiteter samt att kompetens från flera områden därigenom skulle tillföras specialiteten och kunna utveckla den. En utgångspunkt för förslaget har varit att förändringen ska stärka det interventionella området. Förslaget har mött reaktioner och Svensk Förening för Neuroradiologi föreslår istället att specialiteten blir en basspecialitet med en gemensam kunskapsbas med radiologi och klinisk fysiologi.

I ett sent skede av utredningen har konstaterats att neuroradiologin rymmer så mycket mer att utredningens förslag inte är gångbart. Utredningen

bedömer också att det inte finns möjlighet att inom ramen för denna utredning ta ställning till neuroradiologins eventuella placering som basspecialitet och väljer därför att låta specialiteten kvarstå som grenspecialitet till medicinsk radiologi (tidigare bild- och funktionsmedicin).

Intervention

Ett förhållandevis nytt behandlingsområde är intraarteriell trombolys och trombektomi vid stroke. Denna behandlingsmetod är under snabb utveckling både internationellt och i Sverige.

I Europa har man inom UEMS sektion för neuroradiologi nyligen enats om att i princip vilken specialist som helst skulle kunna utbilda sig till interventionell neuroradiolog. Man menar samtidigt att det är av stor vikt att kompetensområdet regleras eftersom det är potentiellt farliga behandlingsmetoder som används.

Från Svensk Förening för Neuroradiologi har framförts önskemål om att det ska skapas en tilläggspecialitet benämnd interventionell neuroradiologi. Utredningen konstaterar att den interventionella tekniken som kunskapsområde är i växande, men föreslår inte någon reglering, utan anser att det kan vara lämpligt att kunskapsområdet istället utgör ett profilområde.⁴ Huvudmännen tillsammans med professionen bör ta ett ökat ansvar i styrningen av denna utveckling.

Namnändringar av befintliga specialiteter

Vid de hearingtillfällen som anordnats av denna utredning har det framkommit önskemål om att vissa specialiteters namn bör förändras. Socialstyrelsen genomförde under 2009 - 2010 en översyn av specialitetsbenämningarna, något som var föranlett av att myndigheten då uppfattat att det fanns önskemål om namnändringar. Efter en remissrunda till de berörda specialiteterna vidimerades önskemålen, men någon föreskriftsändring i SOSFS 2008:17 ägde aldrig rum och några namnändringar har således inte skett.

De specialiteter som vid detta tillfälle var aktuella för namnändring finns också bland de som förslag som identifierats av innevarande utredning. Specialiteterna det gäller är:

1. Klinisk bakteriologi och virologi
2. Infektionsmedicin
3. Allergologi
4. Nukleärmedicin
5. Barnkardiologi
6. Barnonkologi

De föreslagna namnen i motsvarande ordning som ovan är:

⁴ För information om profilområden se sidan 44. Utredningen vill poängtera att det är viktigt att bevaka utvecklingen inom området samt att återkomma till frågan huruvida det i framtiden bör bli en reglerad specialitet. Se också avsnittet *Övervägande rörande inkomna förslag till nya specialiteter*, s. 43.

1. Klinisk mikrobiologi
2. Infektionssjukdomar
3. Allergisjukdomar
4. Nuklearmedicin
5. Barn- och ungdomskardiologi
6. Barn- och ungdomshematologi och onkologi

Utredningen föreslår att namnen för de sex redovisade specialiteterna ändras enligt ovan.

Överväganden rörande inkomna förslag till nya specialiteter

I det här avsnittet redovisas hur utredningen resonerat när det gäller reglering av nya specialiteter och vilka skäl som varit rådande i de fall utredningen inte förordat någon reglering. Avslutningsvis presenteras ett antal förslag på nya specialiteter som utredningen föreslår ska regleras.

Ur direktiven för översynen av läkarnas specialitetsindelning:

”Socialstyrelsen har av regeringen i uppdrag att dela in och benämna läkares specialiteter. Med anledning av detta pågår sedan april 2011 en översyn av läkarnas specialitetsindelning. Syftet med denna översyn har varit att uppmärksamma eventuella specialiteter som har fått problem med placeringen i den nya specialitetsstrukturen samt att komma med förslag till förändringar, för att uppnå en högre grad av funktionalitet.”

”Vidare har också uppfattningen framförts från ett antal föreningar att den nuvarande specialitetsstrukturen och modellen av gemensam kunskapsbas harmoniserar bristfälligt med andra EU-länders specialitetsstruktur och gemensamma kunskapsbaser och därför bör ses över.”

Utifrån dessa direktiv har projektgruppen genomfört en översyn av nuvarande specialitetsindelning. Huvudfokus har alltså legat på att a) åtgärda funktionalitetsbrister i nuvarande system och b) förbättra modellen med gemensam kunskapsbas.

En lång rad förslag på nya specialiteter har inkommit skriftligt och muntligt under utredningens gång. Inom ramen för tillgänglig tid och tilldelade resurser har projektgruppen försökt att i största möjliga mån registrera och bearbeta alla synpunkter och fokusera på de uppgifter som givits i direktiven.

Detta har resulterat i förslagen att inrätta fem nya reglerade specialiteter. Vid utarbetandet av dessa förslag har tillgänglig information om samhällets behov varit avgörande. Projektgruppen har identifierat några områden där argumenten för inrättandet av en ny reglerad specialitet skulle svara mot ett stort behov inom vården och samhället idag.

Däremot har vi inte inom ramen för detta uppdrag kunnat väga alla skäl för och emot inrättandet av varje ny specialitet i samtliga fall. Samhällets

behov, så som de kunnat identifieras av utredningen, samt uppdraget att åtgärda brådskande funktionsbrister har varit de viktigaste utgångspunkterna för arbetet. Några nya specialiteter föreslås, men inrättandet av nya specialiteter har inte varit huvudsyftet med översynen.

En löpande utvärdering av systemet föreslås fortgå i dialog med representanter för professionen, huvudmännen och andra intressenter. Samtliga skrivelser och synpunkter finns registrerade hos Socialstyrelsen inför en fortlöpande utvärdering.

Sammanfattning

Projektgruppen har inom ramen för denna översyn ej kunnat väga alla argument för och emot varje specialitetsförening som önskat en reglering. I stället har ett antal behov inom vården och samhället på ett övergripande plan identifierats och fått fälla avgörandet. Vi har alltså inte i denna rapport utvecklat individuella resonemang kring dessa specialiteter, men alla finns listade i bilaga 2.

Profilområden

Den förra utredningen föreslog att det som komplement till den av staten reglerade specialitetsstrukturen skulle konstitueras profilområden som inte är rättsligt reglerade men som ändå utgör en bas för professionell utveckling och forskning. Det föreslogs att Svenska läkaresällskapet skulle få i uppdrag av Socialstyrelsen att definiera ämnesinnehåll och kompetenskrav (målbeskrivningar) samt att meddela kompetensbevis för områdena. Dessa profilområden skulle inte kräva myndighetsgodkännande.

Den här utredningen delar uppfattningen och vill föra fram förslaget på nytt. Utredningen ser det som ett sätt att systematisera och strukturera de medicinska kunskapsområden som inte ingår i den offentligt rättsligt reglerade strukturen samt som ett sätt att underlätta ställningstaganden avseende reglering av nya specialiteter i framtiden. Medicinska kunskapsområden som inte är formellt reglerade skulle med ett sådant system lyftas fram tydligare. Flera specialiteter som inte föreslås bli reglerade i denna översyn skulle möjligen kunna gagnas av att bli sådana profilområden.

Utredningen anser att ST-rådet bör vara det organ som Svenska läkaresällskapet rådgör med när det gäller att utarbeta och upprätthålla ett sådant system.

Regelbunden översyn

Läkarnas specialitetsindelning behöver ses över med större regelbundenhet. Utvecklingen inom hälso- och sjukvården är föränderlig och snabb. De organisatoriska och administrativa förutsättningarna för huvudmännen och vårdgivarna genomgår fortlöpande förändringar. Medborgarnas sjukdoms-panorama och den demografiska utvecklingen förändras, om än långsamt. Den medicinska och tekniska utvecklingen är snabb och omfattande.

Utredningen bedömer att uppgiften att se över läkarnas specialitetsindelning kräver en förbättrad regelbundenhet och ett mer metodiskt förfarande,

än tidigare. Patientperspektivet är centralt i detta arbete. Att säkerställa en ändamålsenlig offentligtreglerad specialitetsstruktur ska vara målet.

ST-rådet är ett nav i detta arbete genom sitt uppdrag att bistå myndigheten med att dela in och benämna de specialiteter inom vilket specialistkompetens kan uppnås samt med att avgöra vad som ska krävas för att få bevis om specialistkompetens.

Utredningen anser att ST-rådets arbetsuppgifter kan behöva anpassas för en mer regelbunden översyn av läkarnas specialitetsindelning och att uppdraget också bör omfatta en regelmässig översyn av profilområden. Det ger en möjlighet att skapa en kontaktyta mellan reglerade specialiteter och profilområden.

Förslag på reglering av nya specialiteter

Arbetsmedicin

I den tidigare specialitetsindelningen var företagshälsovård en tilläggspecialitet som lades till annan specialitet, till exempel allmänmedicin, vilket enligt gällande övergångsregel finns kvar till och med 2013-12-31. I specialitetsindelningen som började gälla 1 juli 2006 slogs specialiteten företagshälsovård samman med specialiteten yrkes- och miljömedicin och bildade arbets- och miljömedicin. De övergripande motiven för sammanslagning var att skapa en sammanhållen specialitet med inriktning på sambandet mellan miljö och hälsa och att ge unga läkare med intresse för området en fullvärdig och attraktiv specialistutbildning jämförbar med andra specialistutbildningar. Vidare avsåg man att skapa bättre förutsättningar för forskning inom området samt att skapa en utbildning som är mer kompatibel med liknande utbildningar i andra länder.

Det finns inom kompetensområdet för närvarande ca 600 företagsläkare och 60 specialister på klinik [7]. Med företagshälsovård avses en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården skall särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa [10]. Kunskapsområdet innefattar således dels vanliga sjukdomar hos den arbetande befolkningen, dels folkhälsofrågor, försäkringsmedicin, prevention, rehabilitering och missbruk. En stor del av kunskapsområdet innefattar samverkan med myndigheter och arbetsgivare [10].

Regeringen inrättade den 1 april 2009 en delegation med benämningen

Delegationen för kunskapsområdet företagshälsovård (FHV-delegationen). Denna har fram till december 2011 haft som en av sina uppgifter att ”följa införandet av den nya specialiseringstjänstgöringen i arbets- och miljömedicin (SOSFS 2008:17) samt att bilda ett forum för utbildningen av företagsläkare med berörda parter under övergångstiden”. Vid en inventering gjord av FHV-delegationen framkom att det kan komma att uppstå brist på specialister i arbets- och miljömedicin. Man inrättade därför en försöksverksamhet med statligt stöd för att säkra återväxten av specialistläkare. Utvecklingen av den planerade försöksverksamheten med specialiseringstjänstgöring i arbets- och miljömedicin fick dock inte den uppslutning

från företagshälsovårdens sida som kalkylerats. Trots statligt stöd för ST-tjänster i företagshälsovård har inte antalet nytillsatta tjänster varit tillräckligt [10].

En lösning på svårigheten bedöms vara att återinföra företagshälsovård som en tilläggspecialitet. I samband med detta föreslås att tilläggspecialiteten ges namnet arbetsmedicin istället för företagshälsovård, vilket tydligare beskriver skillnaden mellan arbets- och miljömedicin respektive arbetsmedicin. Namnet överensstämmer även bättre med benämningen Occupational health som är specialitetens motsvarighet inom den Europeiska unionen. Vid utformningen av specialiteten behöver frågor beaktas som till exempel att specialiseringstjänstgöring ska innefatta handledning inom företagshälsovård och nödvändiga kurser för att kunna få utfärda tjänstbarhetsintyg vid vissa medicinska hälsokontroller

Utredningen föreslår därför att specialiteten arbetsmedicin införs som tilläggspecialitet till kliniska basspecialiteter som har patientkontakt. Målbekrivningens krav avgör när kompetensen för specialiteten arbetsmedicin är uppnådd, vilket kan variera beroende på vilken basspecialitet som ligger till grund.

Förslaget innebär att specialiteten arbets- och miljömedicin kvarstår i sin nuvarande form. Syftet med denna tvådelning är att rekryteringen av företagsläkare ska kunna ske både från specialiteten arbets- och miljömedicin och från tilläggspecialiteten arbetsmedicin. Utredningen bedömer att en sådan lösning kan ge möjlighet att avhjälpa de beskrivna problemen.

Skolhälsovård

I skollagen (2010:800) betonas elevhälsans viktiga roll för att eleverna ska nå kunskapsmålen. Vidare sägs att eleverna ska ha tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator inom elevhälsan. Kompetensen är viktig ur folkhälsoperspektiv och man bör därför kunna mer om folkhälsa än inom många andra medicinska specialiteter. Skolläkare har också hand om komplicerade ställningstaganden kring att inleda eller inte inleda barnneuropsykiatriska utredningar.

I Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovård anges bland annat att barnkompetensen måste stärkas inom skol- och elevhälsovården [11]. Vidare måste barnkompetensen inom hälsovården säkerställas genom tillgång till bred utvecklingspsykologisk, medicinsk och kurativ kompetens. Därutöver anges att det förändrade hälsopanoramats gör att skolhälsovården behöver vara en tydlig aktör i det hälsopreventiva arbete som riktar sig till barn och ungdomar och att det för detta bland annat krävs ett aktivt sökande och införlivande av ny kunskap och nya effektiva metoder från skolhälsovårdens sida.

I den föregående översynen av läkarnas specialiseringstjänstgöring togs specialiteten bort ur systemet, bland annat eftersom det ansågs att kompetensområdet var tillgodosett genom andra reglerade specialiteter. Utvecklingen inom kompetensområdet under det senaste decenniet ställer dock idag krav på andra kunskaper än de som finns hos specialiteterna allmänmedicin, barn- och ungdomsmedicin eller barnpsykiatri. Skolhälsovård kräver en bred kompetens av dels grundläggande medicinska kunskaper, dels pe-

dagogik, arbetsmiljöfrågor, socialmedicin, barnpsykiatri, kunskap om tillväxt, utbildning, endokrinologi, infektioner och vaccinationer samt om hur man agerar som rådgivare åt skolsköterska, rektor och annan personal [11].

Varje skolläkare har idag ansvar för mellan 7.000-15.000 elever. Skolhälsovården förväntas ta hand om fysiska, psykiska och sociala svårigheter. Idag har mellan 6-8 procent av alla 1,5 miljoner elever svårt att klara sig på grund av problem med exempelvis minne, koncentration och dyslexi. Den psykiska ohälsan bland unga och unga vuxna har ökat under det sista decenniet [3]. Regeringen har aviserat en satsning på elevhälsa och skolhälsovård från 2012 och framåt.

I linje med FN:s barnkonvention anser Socialstyrelsen att det är ytterst angeläget att bevara och förbättra verksamheter som ska tillgodose barns och ungdomars behov. Det är viktigt ur ett barnperspektiv att kvalitetskrav införs för att säkra rätt kompetens för uppgifterna inom området elevhälsa. En reglering av specialiteten skolhälsovård ger framför allt möjlighet att säkra kvaliteten, men även möjlighet att stimulera till fortsatt kunskapsutveckling och rekrytering.

Utredningen föreslår att specialiteten skolhälsovård införs som tilläggs-specialitet till barn- och ungdomsmedicin, barn- och ungdomspsykiatri och allmänmedicin.

Äldrepsykiatri

Sverige har i dag drygt 1,6 miljoner invånare som är 65 år eller äldre och andelen ökar. År 2030 kommer omkring en fjärdedel av hela befolkningen att vara över 65 år. Nästan en halv miljon äldre i Sverige kan antas ha en behandlingskrävande psykisk sjukdom.

Det är väsentliga skillnader beträffande diagnostik och behandling mellan yngre och äldre personer med psykisk ohälsa. Jämfört med yngre patientgrupper har kroppslig sjuklighet större betydelse som riskfaktor hos den äldre individen, medan ärftlighet för psykisk sjukdom betyder mindre. Omvänt påverkar psykisk ohälsa de kroppsliga sjukdomarna. Exempelvis är depression i hög ålder associerad med ökad dödlighet i kroppslig sjukdom. Trots komplexa orsakssammanhang är framgångsrik behandling ofta möjlig, men kompetensen når inte ut till de personer som behöver den. Detta drabbar ofta äldre människor med nedsatt kognitiv funktion och nedsatt autonomi [12].

Det är mot bakgrund av den demografiska utvecklingen av stor betydelse att kompetensen inom området äldrepsykiatri är säkrad. I den föregående utredningen om läkarnas specialitetsindelning [1], fastslogs att kunskapsområdet äldrepsykiatri var tillgodosett via specialiteterna geriatrik och psykiatri, men efter de knappt tio år som gått har situationen förblivit densamma, trots att kunskapen om äldres psykiska ohälsa ökar.

I en nyligen publicerad rapport från Socialstyrelsen [13] konstateras att psykiskt sjuka äldre inte fick tillgång till specialiserad psykiatrisk öppenvård och slutenvård i samma utsträckning som yngre och därför riskerade att underbehandlas inom vården. Användningen av psykofarmaka är utbredd bland äldre, vilket fört med sig att det inom gruppen äldre är relativt vanligt med olämplig läkemedelsbehandling [13]. Det gäller exempelvis använd-

ningen av ångestdämpande läkemedel och sömnmedel. Trots denna överförskrivning var det relativt vanligt att äldre underbehandlades med psykofarmaka.

Den medicinska utvecklingen har i flera viktiga avseenden förbättrat diagnostiken och behandlingsmöjligheterna vid olika psykiska sjukdomstillstånd hos äldre. Detta medför att kunskapsmassan inom området äldrepsykiatri har utvecklats till en omfattning som väl motsvarar innehållet i en tilläggspecialitet.

Utredningen föreslår att äldrepsykiatri bli en tilläggspecialitet till geriatrik och psykiatri. Synpunkten har framförts att specialiteten även skulle kunna vara en tilläggspecialitet till allmänmedicin. Utredningens uppfattning är emellertid att kunskapsbasen för specialiteten allmänmedicin är för liten inom ämnesområdet för att den ska kunna utgöra en bas till äldrepsykiatri.

Palliativ medicin

WHO definierar palliativ vård som ett förhållningssätt för att förbättra livskvaliteten för patienten och de närstående genom att förebygga och lindra lidandet genom att tidigt upptäcka, bedöma och behandla smärta och andra fysiska, psykosociala och andliga problem som kan uppkomma i samband med en livshotande sjukdom. [14]. Den palliativa vården bygger på samverkan mellan läkare, sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal, kuratorer och andra yrkeskategorier [15].

Såväl internationella som svenska studier visar att många människor vill dö i sitt eget hem. Under den senaste femtonårsperioden har det skett en väsentlig förskjutning av dödsplatsen från sjukhus till särskilda boendeformer och det egna hemmet [15]. Vidare är läkarförsörjningen inom primärvården ett problem på flera håll i landet. Vakanta läkartjänster och avsaknad av läkare med kompetens inom området försämrar möjligheterna att ge god palliativ vård.

Möjligheterna att få palliativ vård har ökat över hela landet, både i tätort och i glesbygd [15]. Fortfarande är verksamheterna ojämnt fördelade geografiskt och i många kommuner kan palliativ vård inte ges i hemkommunen. Utbyggnaden av avancerad hemsjukvård har dock påtagligt ökat möjligheterna att få specialiserad palliativ vård framför allt i ordinärt men även i särskilt boende. Tillgången till läkare med kompetens inom palliativ vård är otillräcklig [15]. Säker tillgång till läkare dygnet runt är en förutsättning för palliativ vård av god kvalitet. Detta är både en resurs- och en kompetensfråga. Det räcker inte med att personal som arbetar i palliativ vård har möjlighet till läkarkonsultation. Den läkare som konsulteras måste också ha kunskaper om och vara insatt i den speciella problematik som finns i den palliativa vården. Tillgången på läkare med sådan kompetens motsvarar inte efterfrågan.

Palliativ medicin blev en specialitet i England 1987. Införandet stimulerade utvecklingen av området. England placerades på första plats när The Economist publicerade en rapport över kvalitet på vård i livets slutskede 2010. Specialiteten palliativ medicin finns reglerad även i Kanada och USA och är på frammarsch internationellt. I Sverige finns redan en definierad

läroplan i palliativ medicin samt sedan 2003 också en gemensam nordisk kurs som pågår i sex veckor.

Socialstyrelsen har 2007 gjort en kunskapsöversikt över den pågående forskningen inom palliativ medicin [16]. Särskilt under de senaste 10 åren har intresset för forskning om palliativ vård ökat markant om man ser till antalet avhandlingar. Under 70-talet publicerades i Sverige två avhandlingar, under 80-talet två avhandlingar, under 90-talet 16 avhandlingar och åren 2000-2006 publicerades 22 avhandlingar med relevans för området. Trots den kunskap som vuxit fram under cirka 30 års tid finns ett behov av fortsatt forskning när det gäller döende, död och vård vid livets slut. I slutbetänkandet "Värdig vård vid livet slut" [17] föreslog kommittén att förordna en successiv uppbyggnad av kompetenscentrum där utbildning, forskning och vård kombineras.

Socialstyrelsen har ett pågående uppdrag från regeringen att utforma ett nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård. Den pågående uppbygganden av ett palliativt verksamhetsregister samt de palliativa nätverken på nationell och regional nivå ger ytterligare kontaktytor. Det nationella registret för palliativ vård kommer att ge förutsättningar för ett systematiskt förbättringsarbete på regional och nationell nivå. Sammantaget ger detta ökade kunskaper om pågående och planerade verksamheter och därmed goda förutsättningar för att på olika sätt främja den palliativa vårdens utveckling, under förutsättning att kompetensområdet ges möjlighet att utvecklas vidare.

Utredningen föreslår att specialiteten palliativ medicin införs som tilläggsspecialitet till samtliga specialiteter med patientnära arbete.

Vårdhygien

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvårdslagen (1985:125) anger att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard. För att vårdgivare ska kunna erbjuda alla vårdtagare en vård med god hygienisk standard behöver det finnas tillgång till vårdhygienisk kompetens.

Bristande vårdhygien är en stor samhällskostnad. Tio procent av vårdplatserna i slutenvården beläggs idag av patienter med vårdrelaterade infektioner. Från Svensk Förening för Vårdhygien (SFVH) framförs att ett definierat kunskapsinnehåll med en målbeskrivning för specialiteten krävs för en god kvalitet och jämn kunskapsnivå hos landets hygienläkare samt för att kunna möta Socialstyrelsens krav att alla vårdgivare ska ha tillgång till vårdhygienisk expertis inklusive hygienläkare.

Enligt uppgifter från Smittskyddsinstitutet finns det idag cirka 120 hygiensjuksköterskor och 50 hygienläkare i Sverige. Socialstyrelsen har definierat kompetensen i skriften "Tillgång till vårdhygienisk kompetens, april 2011"[18]. Av denna skrift framgår att till uppdraget som hygienläkare anställs läkare, som är specialistutbildade, vanligtvis inom infektionsmedicin eller klinisk bakteriologi eller virologi, och med flera års erfarenhet av kliniskt arbete. Vidare omnämns att det vid nyanställning av både hygiensjuksköterskor och hygienläkare ofta krävs diplom- eller magisterutbildning i vårdhygien och smittskydd vid Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV), eller motsvarande utbildning [18]. Alternativt ska den sökande vara beredd att genomföra en sådan utbildning. Detta är dock ej obligatoriskt

eftersom vårdhygien inte är en reglerad specialitet. Ur skrivelser och Socialstyrelsens underlag framgår att området vårdhygien är av stor betydelse för samhället, vården och enskilda individer [19].

Utredningen föreslår att specialiteten vårdhygien införs som tilläggspecialitet till klinisk bakteriologi och virologi respektive infektionsmedicin.

Den kompletterande utbildningen som finns etablerad inom ramen för Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap kan utgöra en grund i arbetet med att definiera den teoretiska delen av kompetensområdet.

Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Föreskriftsändringarna som förordas i denna rapport föreslås träda i kraft den 1 januari 2014. Detta eftersom de äldre föreskrifterna (SOSFS 1996:27), i enlighet med patientsäkerhetsförordningens övergångsbestämmelser, är tillämpliga på ansökningar som inkommit till Socialstyrelsen till och med den 31 december 2013. Genom att de i denna rapport föreslagna ändringarna träder i kraft den 1 januari 2014 undviks ett system med tre parallellt tillämpliga ordningar. I och med förändringen av SOSFS 2008:17 den 1 januari 2014 blir detta den äldre föreskriften.

Det kommer att införas övergångsbestämmelser, vilka innebär att den som påbörjat sin specialiseringstjänstgöring före ikraftträdandet den 1 januari 2014, har möjlighet att fullgöra sin utbildning i enlighet med den äldre föreskriften SOSFS 2008:17. Tidsgränsen för hur länge dessa övergångsbestämmelser ska gälla bör diskuteras. Det är av mycket stor vikt att det utarbetas övergångsregler som är funktionella och tydliga och som möjliggör en smidig övergång till det nya regelverket. Detta inbegriper regler som beskriver hur en läkare som befinner sig under specialiseringstjänstgöring enligt det äldre systemet kan byta till det nya.

Konsekvensbeskrivning

Utredningens förslag berör i huvudsak två aspekter av läkarnas specialistutbildning - dels ny specialitetsindelning, dels en tydligare formulerad gemensam kunskapsbas inom vissa grupper av specialiteter.

Behov av författningsändring

För detta kommer en författningsändring av SOSFS 2008:17 med tillhörande målbeskrivningar att behöva genomföras. I Socialstyrelsens uppföljning av ST framkommer ett antal problemområden som försvårar efterlevnaden av gällande författning SOSFS 2008:17 i praktiken [20]. Vid författningsförändringen bör därför slutsatser från denna uppföljning tas i beaktande och regelverket bör utformas på ett tydligt sätt.

I författningsförändringen kommer perspektiv inom barn- och ungdomsområdet respektive äldreområdet särskilt att beaktas.

Utredningen har tydligt visat att den medicinskt vetenskapliga utvecklingen går allt snabbare framåt och att behovet av en mer kontinuerlig och regelbunden översyn av läkarnas specialitetsindelning därför ökar. För att möjliggöra en framtida mer regelbunden översyn bör Nationella rådet för specialiseringstjänstgörings uppgifter utvidgas till att omfatta även en sådan regelbunden översyn. Detta förutsätter en ändring i 14 § förordningen (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen.

Konsekvenser gällande arbetsmöjligheter inom EU

I yrkeskvalifikationsdirektivet regleras erkännande av specialistkompetenser från annat EU/EES-land. Då de på förslag nyinförda specialiteterna inte finns med i förteckningen i direktivet kommer dessa inte att erkännas automatiskt, utan en prövning kommer att ske enligt den generella ordningen där en prövning av innehållet sker inför erkännande. En av förändringarna i specialistutbildningen är en tydligare formulerad gemensam kunskapsbas inom vissa grupper av specialiteter. Detta bedöms underlätta den fria rörligheten inom EU.

Konsekvenser för huvudmännen

Den föreslagna specialitetsindelningen förutsätter att huvudmännen anpassar de regler som gäller för karriärgång och löneutveckling. Reglerna i detta avseende förväntas dock skilja sig måttligt jämfört med nuvarande specialitetsförteckning. I det kommande arbetet med författningsändringen bör konsekvenserna för huvudmännen utredas för att säkerställa att de effekter som förändringarna får för huvudmännen tydliggörs och hanteras på ett lämpligt sätt.

Konsekvenser för Socialstyrelsen

Utredningens förslag på en förändrad specialitetsindelning kräver för bästa möjliga genomförande och funktionalitet att Socialstyrelsen utvecklar sina handlägningsrutiner och processer. Det krävs en långsiktig planering och kompetensutveckling av den personal som handlägger ansökningar om specialistkompetens. Omfattningen av Socialstyrelsens uppdrag, som berör 62 specialiteter (enligt utredningens förslag), måste i alla delar tydliggöras. Arbetet bör bedrivas proaktivt för att på ett effektivt sätt kunna hantera de utmaningar som ikraftträdandet av den nya indelningen kan komma att innebära.

Referenser

1. Läkarnas specialistutbildning och strukturen för medicinska specialiteter – En översyn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
2. Hälsa- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
3. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
4. Lägesrapport 2011. Hälsa- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
5. Beskrivning av vårdutnyttjande för patienter med psykisk ohälsa. En rapport baserad på patientregistret och dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
6. Tillgång på specialistläkare 2008. Stockholm; Socialstyrelsen 2010.
7. NPS Nationellt planeringsstöd, årsrapport 2011. En analys av barnmorskors, sjuksköterskors, läkares, tandhygienisters och tandläkares arbetsmarknad. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
8. Hur tas äldre patienter om hand på akutmottagning? En nationell verksamhetstillsyn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
9. Patientsäkerhet vid akutmottagningar. Rapport från verksamhetstillsyn vid sex akutmottagningar i Södra sjukvårdsregionen. Malmö: Socialstyrelsen; 2005.
10. Framgångsrik företagshälsovård (SOU 2011:63).
11. Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
12. Nationell psykiatrisamordning, Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder (SOU 2006:100).
13. Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
14. WHO definition palliative care.
15. Vård i livets slutskede. Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.

16. Forskning som speglar vården i livets slutskede. Sammanställning av aktuell forskning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
17. Döden angår oss alla – Värdig vård i livets slut (SOU 2001:6).
18. Tillgång till vårdhygienisk kompetens. Rekommendation som stöd för vårdgivarnas arbete med att förebygga vårdrelaterade infektioner. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
19. Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Ett kunskapsunderlag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
20. ST i teori och praktiken. En uppföljning av kvaliteten i läkarnas specialiseringstjänstgöring SOSFS 2008:17. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.

Bilaga 1: Specialitetsföreningar som inkommit med synpunkter på hearing och/eller via skrivelse

Abdominell radiologi
Akutsjukvård
Allmänmedicin
Andrologi
Arbets- och miljömedicin
Barn- och ungdomsallergologi
Barn- och ungdomskirurgi
Barn- och ungdomsmedicin
Barn- och ungdomsneurologi med habilitering
Barn- och ungdomspsykiatri
Barn- och ungdomsradiologi
Barnallergologi
Barnendokrinologi och -diabetologi
Barn gastroenterologi, -hepatologi och -nutrition
Barnkardiologi
Barnnefrologi
Barnkardiologi
Barnneurologi
Barnonkologi
Bild- och funktionsmedicin
Bröstkardiologi
Endokrinologi och diabetologi
Fysisk aktivitet och idrottsmedicin
Företagshälsovård
Gastroenterologi och hepatologi
Geriatric
Gynekologisk onkologi
Handkirurgi
Hematologi
Hud- och könssjukdomar
Hörsel- och balansrubbnings
Infektionsmedicin
Internmedicin
Interventionell radiologi
Kardiologi
Kardiovaskulär medicin
Kirurgi
Klinisk bakteriologi och virologi
Klinisk cytologi

Klinisk farmakologi
Klinisk fysiologi
Klinisk genetik
Klinisk immunologi och transfusionsmedicin
Klinisk neurofysiologi
Klinisk nutrition
Klinisk patologi
Kärlkirurgi
Lungsjukdomar
Medicinsk gastroenterologi och hepatologi
Medicinska njursjukdomar
Neonatologi
Neurokirurgi
Neurologi
Neuroradiologi
Nuklearmedicin
Obstetrik och gynekologi
Onkologi
Ortopedi
Ortopedisk medicin
Palliativ medicin
Plastikkirurgi
Psykiatri
Rehabiliteringsmedicin
Reumatologi
Rättsmedicin
Röst- och talrubbingar
Skolhälsovård
Smärtlindring
Socialmedicin
Sömnforskning och sömnmedicin
Thoraxkirurgi
Transfusionsmedicin
Trombos och hemostas
Ungdomsmedicin
Urologi
Vårdhygien
Äldrepsykiatri
Ögonsjukdomar
Öron-, näs- och halssjukdomar

Bilaga 2: Inkomna förslag på nya specialiteter

Benämning

Abdominell radiologi
Andrologi
Barn gastroenterologi, -hepatologi och -nutrition
Barn nefrologi
Barn- och ungdoms radiologi
Beroendemedicin
Bröstradiologi
Dermatopatologi
Fysisk aktivitet och idrottsmedicin
Interventionell neuroradiologi
Kardiovaskulär medicin
Klinisk bakteriologi
Klinisk cytologi
Klinisk mykologi
Klinisk nutrition
Klinisk parasitologi
Klinisk virologi
Ortopedisk medicin
Palliativ medicin
Pediatrik endokrinologi och diabetologi
Skolhälsovård
Sömnmedicin och sömnforskning
Trombos och hemostas
Ungdomsmedicin
Vårdhygien
Äldrepsykiatri

Bilaga 3: Sammanställning av utredningens förslag på förändrad specialitetsindelning

Utredningens förslag innehåller 62 specialiteter, varav 45 är basspecialiteter, 8 är grenspecialiteter och 9 är tilläggspecialiteter. Bilagan redovisar placeringen av de 62 specialiteter i indelningen.

- Specialiteter markerade med ett F inom parantes har en ny placering i indelningen i förhållande till nuvarande föreskrift SOSFS 2008:17.
- Specialiteter markerade med ett N inom parantes är nya specialiteter som inte är reglerade i SOSFS 2008:17.

Basspecialiteter med ny gemensam kunskapsbas

Utredningens förslag på basspecialiteter med ny gemensam kunskapsbas. Samtliga redovisade specialiteter (i kluster A, B, C och D) blir basspecialiteter med ny gemensam kunskapsbas inom respektive kluster.

Kirurgiska specialiteter

Kluster A

Kirurgi (F)

Urologi (F)

Plastikkirurgi (F)

Kärlkirurgi (F)

Kluster B

Öron-, näs- halssjukdomar

Hörsel- och balansrubbingar (F)

Invärtesmedicinska specialiteter

Kluster C

Internmedicin

Kardiologi (F)

Medicinsk gastroenterologi och hepatologi (F)

Endokrinologi och diabetologi (F)

Medicinska njursjukdomar (F)

Lungsjukdomar (F)

Hematologi (F)

Geriatrisk

Bild- och funktionsmedicinska specialiteter

Kluster D

Medicinsk radiologi (tidigare bild- och funktionsmedicin)

Klinisk fysiologi (F)

Basspecialiteter med eller utan grenspecialiteter

Kirurgiska specialiteter

Barn- och ungdomskirurgi

Thoraxkirurgi

Anestesi och intensivvård

Obstetrik och gynekologi

Ortopedi

Handkirurgi (F)

Ögonsjukdomar

Barn- och ungdomsmedicinska specialiteter

Barn- och ungdomsmedicin

Psykiatriska specialiteter

Psykiatri

Barn- och ungdomspsykiatri

Laboratoriemedicinska specialiteter

Klinisk immunologi och transfusionsmedicin

Klinisk bakteriologi och virologi

Klinisk kemi

Klinisk farmakologi

Klinisk patologi

Rättsmedicin

Neurologiska specialiteter

Neurologi

Neurokirurgi

Klinisk neurofysiologi

Rehabiliteringsmedicin

Övriga specialiteter

Akutsjukvård

Allmänmedicin

Onkologi

Infektionsmedicin

Klinisk genetik
Arbets- och miljömedicin
Hud- och könssjukdomar
Reumatologi
Socialmedicin

Grenspecialiteter

Kirurgiska specialiteter

Röst- och talrubbningar
Grenspecialitet till öron-, näs- och halssjukdomar.

Barn- och ungdomsmedicinska specialiteter

Barn- och ungdomsallergologi
Grenspecialitet till barn- och ungdomsmedicin

Barn och ungdomsneurologi med habilitering
Grenspecialitet till barn- och ungdomsmedicin

Neonatologi
Grenspecialitet till barn- och ungdomsmedicin

Barnonkologi
Grenspecialitet till barn- och ungdomsmedicin

Barnkardiologi
Grenspecialitet till barn- och ungdomsmedicin

Psykiatriska specialiteter

Rättspsykiatri
Grenspecialitet till psykiatri

Radiologiska specialiteter

Neuroradiologi
Grenspecialitet till medicinsk radiologi.

Tilläggspecialiteter

Allergologi (F)

Tilläggspecialitet till klinisk immunologi och transfusionsmedicin, hud- och könssjukdomar, öron-, näs- och halssjukdomar, barn- och ungdomsal-
lergologi samt lungsjukdomar.

Nuklearmedicin (F)

Tilläggspecialitet till medicinsk radiologi, klinisk fysiologi och onkologi.

Gynekologisk onkologi (F)

Tilläggspecialitet till obstetrik och gynekologi respektive onkologi.

Skolhälsovård (N)

Tilläggspecialitet till barn- och ungdomsmedicin, barn- och ungdomspsy-
kiatri och allmänmedicin.

Äldrepsykiatri (N)

Tilläggspecialitet till psykiatri och geriatrik.

Palliativ medicin (N)

Tilläggspecialitet till samtliga patienter med patientnära arbete.

Vårdhygien (N)

Tilläggspecialitet till klinisk bakteriologi och virologi respektive infek-
tionsmedicin.

Arbetsmedicin (N)

Tilläggspecialitet till kliniska basspecialiteter med patientkontakt.

Smärtlindring

Tilläggspecialitet till kliniska basspecialiteter med patientkontakt.

Bilaga 4: Sammanställning av remissvar

Förening/organisation	Svar
Föreningen för Medicinsk mikrobiologi	Stödjer förslaget om vårdhygien. Vill benämnas klinisk mikrobiologi. Stödjer gemensamma baser. Önskar flera nya profilområden.
Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige	Lägger endast fram synpunkter på utformningen av målbeskrivningarna.
Karolinska institutet	Tycker att frågan om allergologi bör utredas ytterligare.
Linköpings universitet	I stort sett positiva, även till allergologi som tillägg. Önskar äldrepsykiatri som tillägg till allmänmedicin.
Prostatacancerförbundet	Mycket positiva till urologins placering.
Reumatikerförbundet	Nöjda.
Reumatologi	Stöder till fullo det lagda förslaget och anser det väl genomarbetat.
Riksförbundet för Social och Mental Hälsa	Tillstyrker utredningens förslag om indelning. Vill poängtera allmänmedicins och akutsjukvårds ansvar för långvarigt psykiskt sjuka och deras levnadsvillkor/livslängd. Önskar mer patientinflytande på översynen.
Riksorganisationen för vård och social omsorg utan vinstsyfte (FAMNA)	Avböjer att svara.
Sahlgrenska akademien	Utredningen om läkarnas specialitetsindelning är huvudsakligen bra, särskilt förändringarna att utöka antalet basspecialiteter med gemensam kunskapsbas för flera basspecialiteter. Särskilt positivt ses den nya basspecialiteten i akutsjukvård. Det råder delade meningar ifall gynekologisk onkologi ska bli en tilläggspecialitet.
Sektionen för Medicinsk Psykologi	Betonar helhetssyn och breda kunskaper.
Sjukhusläkarföreningen	Positiva till nya specialiteter, tillägg och gemensamma baser. Osäkra på hur handledningen skall gå till i praktiken.
Smittskyddsinstitutet	Positiva till specialiteten vårdhygien. Föreslår att socialmedicin kompletteras med betydande inslag av smittskyddsarbete, infektionsepidemiologi och arbete med utbrott av smittsamma sjukdomar.
Specialitetsföreningen för Allergologi	Positiva till allergologi som del av gemensam bas. Mot förslaget om allergologi som tillägg.
Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)	Inga synpunkter

Svensk Andrologisk Förening och Svensk Urologisk Förening	Starkt missnöjda med att andrologi inte föreslås bli reglerad specialitet. Anser sig ej ha fått göra sig hörda.
Svensk Arbets- och miljömedicinsk förening, Svenska Företagsläkarföreningen och För sektionen för Arbets- och miljömedicin inom Svenska Läkaresällskapet	Positiva till gemensamma kunskapsbaser. Diskussionerna om FHV fortlöper.
Svensk Förening för Akutsjukvård	Stöder förslaget om gemensamma baser. Välkomnar också förslaget om akutsjukvård som basspecialitet.
Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård	Stöder och välkomnar förslaget. Tycker att smärtmedicin bör bli en ny tilläggspecialitet.
Svensk förening för Beroendemedicin	Instämmer i stort. Anser att ett till huvudperspektiv bör beaktas: ökande konsumtion av alkohol och narkotika. Därför bör beroendemedicin bli ny tilläggspecialitet.
Svensk Förening för Bild- och Funktionsmedicin	Önskar längre svarstid. Starkt kritiska till hur projektet genomförts. Anser att det är ett dåligt underbyggt förslag
Svensk förening för gynekologisk onkologi	Välkomnar förslaget att bli tilläggspecialitet till onkologi och gynekologi
Svensk Förening för Hematologi	Stöder den nya strukturen fullt ut och anser att SoS gjort ett mycket gott arbete. Betonar jourkompetens och övergångsregler.
Svensk Förening för Klinisk fysiologi	Välkomnar förslaget. Vill definiera gemensam kunskapsbas med radiologi. Önskar övergångsbestämmelser snarast möjligt.
Svensk Förening för Klinisk nutrition	Önskar redogörelse för "de överväganden som gjorts för att inte föreslå klinisk nutrition som tilläggspecialitet".
Svensk Förening för Kärlkirurgi	Positiva, inget att anmärka.
Svensk Förening för Neuroradiologi	Förslaget är mycket olyckligt och måste korrigeras. Föreslår i stället att neuroradiologi skall vara bas med gemensam kunskapsbas med röntgen och klinisk fysiologi samt att interventionell neuroradiologi blir tilläggspecialitet.
Svensk Förening för Nuklearmedicin	Positiva till att bli tilläggspecialitet. Vill byta namn till Nuklearmedicin. Efterfrågar övergångsbestämmelser.
Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi	Nöjda med indelningen, men vill påpeka risk för "utarmning" om gemensam kunskapsbas kombineras med "basår" i den nya grundutbildningen.
Svensk förening för Otorhinolaryngologi	Anser att audiologi bör fortsätta vara en grenspecialitet till ÖNH.
Svensk förening för stroke, hypertoni och vaskulär medicin	Föreslår kardiiovaskulär medicin som tilläggspecialitet.
Svensk Förening för Vårdhygien	Välkomnar förslaget.

Svensk Handkirurgisk Förening	Positiva till gemensam kunskapsbas och till att bli bas, men vill ha en enda gemensam kunskapsbas med alla kirurgiska specialiteter.
Svensk Internmedicinsk Förening	Anser att små och medelstora sjukhus kommer att få problem att klara bakjouren inom ramen för gemensamma baser då de menar att antalet specialister inom internmedicin kommer att minska. Positiva till akutsjukvård som bas. Är emot allergologi som bas. Förespråkar vaskulär specialitet.
Svensk Kirurgisk Förening	Stöder förslagen till nya basspecialiteter, men anser att den gemensamma kunskapsbasen endast bör vara ca ett år lång. Ser med uppskattning på att akutsjukvård föreslås bli en egen basspecialitet.
Svensk Lungmedicinsk förening	Mycket positiva. Även positiva till förslaget om allergologi som tilläggspecialitet
Svensk Medicinsk Audiologisk Förening	Välkomnar förslaget att hörsel- och balansrubbingar åter föreslås bli basspecialitet med gemensamkunskapsbas med öron-, näs- och halssjukdomar. Betonar att det inte får innebära hinder för dubbelspecialisering.
Svensk Neuropediatrik Förening (barn- och ungdomsneurologi)	Tycker att förslaget är bra och kommer med fler synpunkter under målbeskrivningsarbetet. Tycker att neuropediatrik även bör vara en möjlig ingång till neuroradiologi samt till palliativ medicin.
Svensk Njurmedicinsk Förening	Till stora delar positiva till de förändringar som berör den njurmedicinska specialiteten. Vill veta vem som skall utforma den gemensamma kunskapsbasen och hur den skiljer sig från dagens gemensamma delmål.
Svensk Onkologisk Förening	Positiva i stort. Delade meningar råder om huruvida gynekologisk onkologi bör bli tillägg eller avskaffas som specialitet.
Svensk Ortopedisk Förening	Positiva till förslaget.
Svensk Psykiatrisk Förening och Svensk Förening för Äldrepsykiatri	Tillstyrker förslaget att göra Äldrepsykiatri till tilläggspecialitet till psykiatri eller geriatrik, men även till allmänmedicin för de läkare som fokuserat sitt intresse på äldre.
Svensk Urologisk Förening	Positiva i stort. Betonar samarbetet kring nya målbeskrivningar och den gemensamma kunskapsbasen.
Svenska Barnläkarföreningen (Ang. skolhälsovård)	Välkomnar skolhälsovård, men tycker att specialiteten skall heta "barn- och ungdomshälsovård" och omfatta all sådan.

Svenska Barnläkarföreningen	Positiva till förslaget att barn- och ungdomskirurgi blir en egen basspecialitet. Anser att ett förtydligande av akutspecialiteten "med åldersspecificering" behövs. Önskar fler formaliserade grenspecialiteter (de som inkommit med skrivelser). Positiva till förslaget att skolhälsovård blir en tilläggspecialitet.
Svenska Cardiologföreningen	Mycket positiva till förslaget, arbets sättet och dialogen. Vill påpeka att den gemensamma kunskapsbasen inte får bli för lång, helst inte längre än två år.
Svenska Diabetesförbundet	Det måste finnas en högre kompetens i primärvården när det gäller sjukdomen typ 2- diabetes.
Svenska hjärtförbundet	Positiva till förslagen. Önskar övergångsbestämmelser snarast.
Svenska hjärtförbundet	Ser positivt på förslagen i rapporten. Efterfrågar övergångsregler.
Svenska Infektionsläkarföreningen	Positiva till Vårdhygien som reglerad specialitet och till förslaget i stort. Vill ändra namn till infektionssjukdomar.
Svenska Läkaresällskapet	Positiva i stort men tänker sig fler gemensamma baser och avförandet av grenspecialiteter. Positiva till akutsjukvård. Önskar även beroendemedicin som ny specialitet samt information om övergångsregler och hur dubbelspecialisering skall gå till.
Svenska skolläkarföreningen	Mycket positiva till att bli ny tilläggspecialitet. Anser att huvudmannaskap och ansvar bör utredas.
Svenska Sällskapet för Dermatologi och venereologi	Föreslår tilläggspecialiteten (eller basspecialiteten) dermatopatologi.
Sveriges Kommuner och Landsting	Tillstyrker huvudsakligen förslaget. Positiva till nya gemensamma kunskapsbaser samt till akutsjukvård som bas, men önskar ytterligare analys av organisatoriska konsekvenser av det senare. Positiv till de nya tilläggspecialiteterna.
Sveriges läkarförbund	Positiva till gemensamma kunskapsbaser för grupper av specialiteter, samt att återinföra vissa specialiteter som baser. Vill se allergologi som bas. Kluvna kring äldrepsykiatri. I stort positiva till akutsjukvård som bas. Nämner också finansieringsfrågan för FHV/AMM.
Sveriges Yngre Läkares Förening	Positiva till gemensamma baser. I längden positiva till akutsjukvård som bas, men önskar först förbättringsarbete (organisation, arbetsmiljö). Äldrepsykiatri bör vara tillägg även till allmänmedicin. Positiva till Allergologi som tillägg samt till de nya specialiteterna.

Theo Gülen, Specialistsakkunnig i allergologi, Stockholms läns landsting Lars Gottberg, överläkare, Södersjukhuset	Bedömer att det saknas tillräckliga skäl för allergologi som tilläggspecialitet för specialiteter som inte har invärtesmedicinens grund.
Umeå universitet	Avböjer att svara på remissen.
Uppsala universitet	"Yttrande i enlighet med framlagt förslag"
Verksamhetschefer vid handkirurgiska kliniker (7)	Förslaget skulle få mycket negativa effekter på kunskapsbasen inom handkirurgin samt på möjligheterna att rekrytera. Måste kunna rekrytera också från specialister på kirurgiska områden. Föreslår gemensam bas med dessa.
Vårdföretagarna (ALMEGA)	Avböjer att svara.
Örebro läns läkarförening	Positiva till stora delar av förslaget. Påpekar att gynekologisk onkologi finns på sju orter i landet, inte fyra.
Örebro universitet	Positiva till förslaget och missivet.

Kommentar: sammanställningen utgör inte en kortfattad redovisning av samtliga synpunkter från respektive remissvar.