

Läkarnas specialistutbildning och
strukturen för medicinska specialiteter
– en översyn

Artikelnr 2003-107-1

Sättning: Per-Erik Engström

Förord

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag genomfört en översyn av läkarnas specialistutbildning och specialitetsstrukturen för de medicinska specialiteterna.

Denna rapport redovisar den översyn som genomförts inom Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsavdelning. Projektledare för uppdraget har varit Gudmar Lundqvist och projektsekreterare har varit Ann Bonair. Leif Gudmundsson och Claes Tollin har medverkat i avgränsade delar av översynen. Rapporten har utarbetats av Gudmar Lundqvist och Ann Bonair.

Översynen har genomförts genom litteraturstudier, en enkätundersökning samt underhandskontakter med professionella organisationer och brukarorganisationer. Kontakter med systerorganisationer i Norge, Danmark och Finland liksom kunskapsinhämtning vad gäller europeiska förhållanden har varit en viktig del av översynen.

Denna utredning har bedrivits under öppna former men i övrigt på sedvanligt sätt med en styrgrupp bestående av Nina Rehnqvist (ordförande), Gunilla Hulth-Backlund och Göran Mellbring. Styrgruppen har tolkat direktivet, godkänt projektplanen och kontinuerligt värderat de förslag som projektgruppen utarbetat.

Under arbetets gång har en referensgrupp kontinuerligt mött projektgruppen och getts möjlighet att följa hela processen. Referensgruppen har haft följande ledamöter:

- Bernhard Grewin, Sveriges läkarförbund
- Thomas Ihre, Svenska Läkaresällskapet
- Susanna Lindvall, Handikappförbundens samarbetsorgan
- Kristina Malm Jansson, Vårdförbundet
- Anneli Nordström, Svenska Kommunalarbetsförbundet
- Stefan Sallerfors, Privatvårdens Arbetsgivarförbund/Vårdföretagarna
- Kerstin Sjöberg, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet.

Med utgångspunkt från översynens resultat föreslår Socialstyrelsen dels åtgärder som syftar till kvalitetssäkring av specialiseringstjänstgöringen, dels åtgärder vad gäller specialitetsstrukturen för de medicinska specialiteterna.



Kerstin Wigzell

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Bakgrund	12
Regeringsuppdraget	12
Utredningens organisation och arbetssätt	12
Rapportens uppläggning	14
 DEL I	 15
Inledning	17
Specialistutbildningen av läkare – en integrerad del av hälso- och sjukvården	17
Hälso- och sjukvård i förändring	18
Sjuklighet och demografisk utveckling	20
Kunskapsutvecklingen och specialisering	21
Personalförsörjning och specialitetsindelning	22
Tidigare utredningar och författningsreglering	23
Kvacksalveriutredningen	23
Specialist- och Läkarutbildningssakkunnigas förslag	24
Översynsutredningen	25
LSU 85	25
Sammanfattning	27
Nuvarande specialistutbildning och specialitetsstruktur	29
Vidareutbildning för specialistkompetens	29
Specialitetsstrukturen	33
Undersökningar av nuvarande utbildningssystem	37
Socialstyrelsens enkätundersökning hösten 2001	37
ST-läkares syn på specialiseringstjänstgöringen – en SYLF-undersökning	46

Internationella förhållanden med tonvikt på EU och Norden	49
Inledning	49
Medicinska specialiteter och specialitetsindelning i andra länder (EU, EES)	49
EES-avtal, EG-direktiv m.m.	50
Europeiska organ och organisationer av betydelse för specialistutbildningen	52
Nordiska översyner av specialistläkarutbildningen	55
Sammanfattande synpunkter efter en internationell jämförelse	58
Sammanfattning – del I	60
 DEL II	 63
Vad är en medicinsk specialitet?	65
Varför en offentligrättslig reglering av medicinska specialiteter?	66
Utredningens kriterier för specialitetsavgränsning och specialitetsstruktur	67
Socialstyrelsens överväganden och förslag	68
Kvalitetssäkringsåtgärder av specialistutbildningen ur ett myndighetsperspektiv	68
Struktur för indelning av de medicinska specialiteterna	73
Socialstyrelsen överväganden rörande befintliga specialiteter	76
Socialstyrelsens överväganden angående inkomna förslag till nya specialiteter	88
Övergångsbestämmelser	90
Konsekvensbeskrivning	91
Kostnader för ökat statligt stöd till SK-kurser	91
Behov av författningsändringar	91
Konsekvenser för huvudmännen	92
Referenser	93

Sammanfattning

Socialstyrelsen har under 2001–2002 på regeringens uppdrag genomfört en översyn av läkarnas specialistutbildning och specialitetsstrukturen för de medicinska specialiteterna.

Översynen innehåller följande moment: beskrivning och analys av samspillet mellan specialistutbildningen och dess omgivningsfaktorer, beskrivning och analys av tidigare utredningar och författningsreglering, beskrivning och analys av nuvarande specialistutbildning och specialitetsindelning samt beskrivning och analys av förhållanden i Norden och EU-länder. Baserat på dessa analyser lämnas förslag till åtgärder.

Specialistutbildningen av läkare är av naturliga skäl starkt integrerade i hälso- och sjukvårdens verksamhet. Det innebär att specialistutbildningen måste sättas in i ett större sammanhang som belyser det samspel som finns mellan specialistindelningen, hälso- och sjukvårdens uppdrag och organisation, den vetenskapliga och teknologiska utvecklingen, demografisk utveckling och sjuklighet samt personalförsörjningen i stort. I rapporten beskrivs och analyseras detta samspel närmare.

I Sverige har – liksom i de flesta europeiska länder – under de senaste årtiondet genomförts en rad förändringar inom hälso- och sjukvården. Förändringsarbetet har involverat såväl hälso- och sjukvårdens finansiering och övergripande struktur/organisation som organisationen av vården och vårdinnehållet på lokal nivå.

Bland annat har förändringsarbetet för länsdelssjukhusen lett till en utveckling av konceptet närsjukhus vilket vanligtvis innebär att dessa sjukhus (dock inte alla) endast erbjuder begränsad akutsjukvård oftast i form av invärtesmedicin och/eller geriatrik. Vad gäller länssjukhusen har förändringsarbetet fokuserat på samverkan över specialitetsgränser och kring arbetsfördelning vad gäller specialistsjukvård vid länssjukhus och regionsjukhus/universitetssjukhus.

Sjukvårdshuvudmännens strävanden under 1990-talet har i hög grad handlat om att motverka en alltför långtgående specialisering och den därmed sammanhängande fragmenteringen av hälso- och sjukvården. Den sjukvårdsstruktur och sjukhusstruktur som är under utveckling med primärvården och närsjukhuset som viktiga komponenter – inte minst för de äldre, multisjuka patienterna som är de stora vårdkonsumenter – ställer andra krav på fördelningen av specialister i hälso- och sjukvården.

Ohälsan och sjukligheten i befolkningen är i hög grad koncentrerad till de höga åldrarna. Den medicinteknologiska utvecklingen har gjort det

möjligt att framgångsrikt behandla sjukdomar i allt högre åldrar. Detta har medfört att allt fler patienter hinner utveckla flera kroniska sjukdomar under sin levnadstid. Redan idag finner vi tydliga tecken på att allt fler patienter inom de invärtesmedicinska specialiteterna har besvär från ett flertal organsystem.

Kunskapsutvecklingen – vetenskaplig och teknologisk – är ett av de vanligaste argumenten för en ökad specialisering och därmed alltfler specialiteter. Specialiseringen beskrivs ofta av dess förespråkare som ofrånkomlig och ofta med positiva förtecken i bemärkelsen att den gynnar patienten. Specialisering kan innebära att patienterna behandlas mycket kvalificerat förutsatt att de hamnar på rätt enhet. Men specialisering kan också leda till att patienter flyttas runt och ansvaret för patienten blir oklart. Vården blir med andra ord fragmenterad och patientens behov på helhetssyn åsidosätts.

Det finns en allmänt spridd oro för den framtida personalförsörjningen i hälso- och sjukvården (och vård och omsorg) som bland annat tar sig uttryck i oro för att rekryteringen till olika specialiteter är i farozonen. Med utgångspunkt från befintliga register går det att beskriva hur många läkare som har specialistkompetens och inom vilken specialitet, men det finns inte något heltäckande register som beskriver antalet yrkesverksamma individer inom varje specialitet). Arbete pågår inom Socialstyrelsen för att denna information skall bli tillgänglig under 2003.

Den framtida diskussionen om personalförsörjning bör emellertid vidgas och även inbegripa demografiska förändringar och utveckling av sjuklighet. Den måste också beakta specialitetsstrukturen, kunskapsutveckling som leder till förändringar i hälso- och sjukvårdens struktur och organisation, personalmix, arbetsfördelning mellan olika yrkeskategorier och de ekonomiska förutsättningarna för hälso- och sjukvården.

Läkarnas specialistutbildning har varit offentligt reglerad sedan 1960. Två större utredningar/översyner av specialistutbildningen har genomförts sedan dess – 1965 respektive 1985 – vilka medfört förändringar av såväl utbildning som specialitetsstruktur. Den senare utredningen ledde till den utbildning och specialitetsindelning som gäller i dag.

Utbildningen karaktäriseras av att den är målstyrd och att den sker under handleddd tjänstgöring som läkare under tillsvidareanställning. Minimitid för utbildningen är 5 år. Kvalitetskontrollen åvilar verksamhetschefen som intygar att målen uppnåtts. Specialistbevis utfärdas av Socialstyrelsen med verksamhetschefens intyg som grund. De inriktningar som kan väljas styrs av vilka specialiteter som är författningsmässigt fasställda. Specialitetsstrukturen är uppbyggd enligt enhetsmodellen, dvs. alla specialiteter är (i teorin) basspecialiteter. Specialitetsförteckningen omfattar 62 specialiteter. Vissa av specialiteterna är grupperade efter släktskapsförhållande i förteckningen – opererande specialiteter, invärtesmedicinska specialiteter,

radiologiska specialiteter, laboriemedicinska specialiteter etc. För varje specialitet finns en målbeskrivning som är fastställd av Socialstyrelsen.

Av analysen av nuvarande specialistutbildning framgår att många aktörer är involverade i läkarnas specialistutbildning. Staten sätter ramarna för specialistutbildningen och har ansvaret för utfärdandet av specialistbevis samt finansiering av SK-kurserna. Statens roll vad beträffar genomförandet av utbildningen och kvalitetskontrollen av densamma är mycket begränsad.

Landstingen svarar för finansieringen av ST-tjänsterna, handledarutbildning och inrättandet av studierektorsbefattningar. Kvalitetskontrollen av uppnådd specialistkompetens åvilar verksamhetschefen. Den medicinska professionens intresseorganisationer bidrar på frivillig väg med många kvalitetssäkringsåtgärder. Ansvaret för utbildningen är således splittrat och det finns stora inslag av frivillighet. Det finns därmed en risk för att lokala förutsättningar påverkar specialistutbildningens kvalitet och innehåll i allt för stor utsträckning.

Analysen av målbeskrivningar och specialitetsstrukturen visar att specialiteterna är av mycket olika karaktär. Några är knutna till bestämda organ eller sjukdomar, några till bestämda diagnostiska metoder, några till bestämda behandlingsformer och slutligen några till organisatoriska former av vård.

I den nuvarande strukturen är varje specialitet (i teorin) självständig och har samma ställning författningsmässigt. I praktiken är dock strukturen inte enhetlig. De opererande och invärtesmedicinska specialiteterna anger en gemensam kunskapsbas för samtliga specialiteter inom respektive kategori, men så är inte fallet för de laboriemedicinska eller de psykiatriska specialiteterna. Inom de barnmedicinska och radiologiska specialiteterna anges att specialistkompetens i moderdisciplinen är en förutsättning för att uppnå specialistkompetens i subspecialiteterna inom respektive kategori. För vissa andra specialiteter, t.ex. skolhälsovård, företagshälsovård, smärtlindring och klinisk näringslära, förutsätts specialistkompetens (eller motsvarande kunskaper) i annan specialitet. Oliktigheterna i strukturen får som konsekvens att utbildningstiden för att uppnå specialistkompetens varierar beroende på specialitet.

Under hösten 2001 genomfördes en enkätundersökning riktad till de medicinska fakulteterna, Sveriges läkarförbunds specialitetsföreningar, Svenska Läkaresällskapets sektioner, Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, personaldirektörer i landsting/motsvarande, studierektorer för ST-läkare, Socialstyrelsens medicinska expertgrupper samt Vårdförbundet. Avsikten med enkätundersökningen har varit att utröna hur specialistutbildningen fungerat efter den senaste reformen 1992. Frågeställningarna har specifikt berört de förändringar som infördes 1992: införandet av målbeskrivningar, införandet av tillsvidareanställning för läkare under

specialistutbildning, borttagandet av obligatoriet för SK-kurser, utökningen av antalet specialiteter samt verksamhetschefens dubbla roll som utbildningsansvarig och examinator.

Resultatet från enkätundersökningen visar att införandet av målbeskrivningar och tillsvidareanställning i huvudsak uppfattas positivt. Majoriteten av respondenterna är dock kritisk mot verksamhetschefens dubbla roll som utbildningsansvarig och examinator, och någon typ av extern bedömning och/eller specialistexamen föreslås som komplement.

Kvalitetsbrister i utbildningsplanering, handledning och uppföljning av mål uppmärksammas av många respondenter. SPUR-inspektioner av de utbildande enheterna stöds av en stor andel av respondenterna. Av enkäten framgår också att det finns stor enighet om att utbudet av SK-kurser är för lågt och att resurstilldelningen till SK-kurserna måste öka. Vad gäller antalet specialiteter finns delade uppfattningar, där framför allt landstingen företräder uppfattningen om en alltför långt driven subspecialisering.

Den internationella jämförelsen vad gäller specialistutbildningen av läkare (i EU och Norden) ger följande resultat: att tidsangivna tjänstgöringar inom huvud- respektive sidospecialiteter är normen i alla länder utom Sverige, att teoretiska moment i utbildningen har en större formell tyngd i de flesta andra länder, att diskussioner om ökad bredd i utbildningen, t.ex. genom införandet av en gemensam kunskapsbas ("common trunk") för kategorier av specialiteter, förs i merparten av länderna, samt att Sverige har ett förhållandevis högt antal specialiteter.

Sammanfattningsvis konstaterar Socialstyrelsen att översynen pekar på att statens roll vad beträffar genomförandet av utbildningen och kvalitetskontrollen av den samma är mycket begränsad. Ansvar för utbildningen är splittrat och det finns risk för att lokala förutsättningar påverkar utbildningens kvalitet och innehåll i alltför stor utsträckning.

Socialstyrelsen föreslår dels ett antal åtgärder som syftar till kvalitetsförbättringar av läkarnas specialistutbildning, dels en ny specialitetsstruktur vars grundstenar är basspecialiteter, grenspecialiteter och tilläggsspecialiteter samt en ny specialitetsförteckning.

Åtgärderna inkluderar inrättandet av en rådgivande partsammansatt grupp inom Socialstyrelsen (Nationella rådet för specialistläkarutbildningen), vars syfte är att fördjupa statens och övriga parter engagemang i kvalitetsaspekterna av specialistutbildningen.

För att säkerställa kvaliteten i utbildningen föreslår Socialstyrelsen även följande:

- införandet av fastställda (kvalitets)kriterier för de enheter som utbildar specialister
- förstärkning av sjukvårdshuvudmännens insatser vad gäller handledarutbildning och skapandet av en heltäckande studierektorsfunktion för ST-läkare

- införandet av extern bedömning av de handlingar som utgör underlag för utfärdandet av specialistbevis
- införandet av definierade teoretiska moment i målbeskrivningarna för respektive specialitet
- ett successivt utökat statligt finansieringsstöd till SK-kurserna.

Den nya specialitetsstrukturen med bas- gren- och tilläggsspecialiteter skapar förutsättningar för en rimlig balans mellan ett generalistperspektiv och ett superspecialiserat perspektiv. Förslaget innebär att majoriteten av specialister får en bredare kompetensbas som är bättre anpassad till länsdelssjukhusens och länssjukhusens behov och den stora patientgruppen multisjuka. Införandet av ett påbyggnadssystem med definierade profilområden avser att tillvarata den fortgående kunskapsutvecklingen inom de olika medicinska verksamhetsområdena.

Specialistutbildning som bygger på kombinationen bas- och grenspecialitet leder till en förlängning av studietiden jämfört med dagens situation – den sammantagna utbildningstiden för majoriteten av kombinationer beräknas motsvara 6,5–7,5 års tjänstgöring. Avgörande för utbildningstidens längd är i vilken utsträckning moment i utbildningen inom basspecialiteten kan tillgodoräknas i uppfyllandet av målbeskrivningen för grenspecialiteten.

Förslaget till ny specialitetsstruktur kommer inte att påverka den fria rörligheten för svenska läkare. En bestämmelse bör dock införas i förordningen som anger att specialistkompetens i gren- eller tilläggsspecialitet förutsätter att läkaren innehar relevant basspecialitet då ett sådant villkor också har betydelse för EG-direktivets tillämpning. Om Sverige väljer att anmäla samtliga specialiteter i förteckningen som omfattas av direktivet, kommer svenska läkare att kunna räkna med automatiskt erkännande, så länge den principen kvarstår i direktivet. (Här behandlar dock ministerrådet för närvarande en förändring.) Erkännandet kommer att bli ”dubbelt” för gren- och tilläggsspecialister, dvs. även basspecialiteten kommer att bli föremål för erkännande.

Det är däremot något oklart hur direktivet skall tillämpas när EU-läkare med direktutbildning till en gren- eller tilläggsspecialitet söker ett erkännande i Sverige. Frågan gäller om Sverige (Socialstyrelsen) i den situationen måste ge ett ”dubbelt” erkännande, eller om det är möjligt att begränsa erkännandet till gren- respektive tilläggsspecialiteten i fråga. Det förefaller råda delade meningar om detta, och det kan därför bli nödvändigt att inhämta kommissionens tolkningsbesked i denna fråga.

Bakgrund

Regeringsuppdraget

År 2001 fick Socialstyrelsen regeringens uppdrag att genomföra en översyn av de medicinska specialiteterna. En avrapportering av uppdraget skall ske den 31 januari 2003.

Enligt Socialstyrelsens riktlinjer för uppdraget skall översynen syfta till att ta fram principer för en specialitetsindelning som i högre grad än dagens specialiststruktur utgår från en gemensam kunskapsbas för grupper av specialiteter, med efterföljande möjlighet till subspecialisering. I utformningen av principerna för specialitetsindelningen skall internationella förhållanden beaktas – framför allt förhållandena inom de nordiska länderna och EU-länderna. Kvaliteten i nuvarande utbildningssystem skall följas upp och analyseras, och förslag till förändringar skall läggas vid behov.

Utgångspunkten för översynen skall vara patientperspektivet. I framtandet av principer för ny specialitetsindelning skall demografiska förändringar, förändringar i sjukdomspanorama, strukturella förändringar inom hälso- och sjukvården samt prognoser över läkartillgången beaktas. Dessutom skall den utveckling som skett inom olika medicinska kunskapsområden sedan den senaste översynen vägas in.

Utredningens organisation och arbetssätt

Utredningsarbetet har skett i projektform. En intern styrgrupp, med överdirektör Nina Rehnqvist som ordförande, har lett projektgruppens arbete. En referensgrupp med representanter för berörda intresseorganisationer och brukarorganisationer har kontinuerligt följt utredningsarbetet sedan september 2001 och beretts möjlighet att lämna synpunkter på utredningens förslag. Referensgruppen har haft möjlighet att ta del av samtliga skrivelser om utredningens förslag som inkommit till Socialstyrelsen.

Utredningsarbetet har bedrivits enligt två huvudprinciper:

1. Sedvanlig utredningsmetodik med datainsamling och databearbetning.
2. Utåtriktade aktiviteter i form av informationsinhämtning och informationsförmedling genom deltagande i möten och konferenser med berörda parter.

Datainsamlingen har inriktats dels på utredningsmaterial från tidigare översyner och aktuella utredningar samt material som belyser förhållandena i

Sverige, i Norden och EU-länderna, dels på att genomföra en enkätundersökning rörande det nuvarande utbildningssystemet.

De utåtriktade aktiviteterna har inkluderat möten med följande grupper:

- de invärtesmedicinska specialiteterna
- de opererande specialiteterna
- de barnmedicinska specialiteterna
- akutmakare
- Sveriges läkarförbund – studierektorer
- Sveriges läkarförbunds representantskap
- Svenska Läkaresällskapetets fullmäktige
- landstingsdirektörer
- styrelseordföranden i landstingsstyrelser
- Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF)
- Sjukhusläkarföreningen
- ordförandegruppen för Socialstyrelsens expertgrupper
- Socialstyrelsens handikappnämnd.

Projektgruppen har därutöver inbjudit till ett allmänt informationsmöte för olika brukarorganisationer (patientföreningar och pensionärsorganisationer). Efter önskemål arrangerades ytterligare ett möte med Pensionärernas Riksorganisation och Sveriges Pensionärsförbund. Därutöver arrangerades ett möte med specifik information till Reumatikerförbundet, Astma- och Allergiförbundet samt Hörselskadades Riksförbund. Två möten har arrangerats för överläggningar med företrädare för de laboratoriemedicinska specialiteterna. Projektledningen har även genomfört två överläggningar med Rättsmedicinalverket inklusive företrädare för specialiteterna rättsmedicin och rättspsykiatri.

Därutöver har projektledningen uppvaktats av Svensk Förening för Palliativ Medicin och Svensk Förening för Geriatrik och Gerontologi.

Kontakter har under utredningens gång etablerats med Nasjonalt Råd för Specialistutdanning av Leger og Legefordeling i Norge, Sundhetsstyrelsen i Danmark och Hälso- och Socialministeriet i Finland. Fyra möten med nordiska deltagare har hållits under utredningsperioden, varav två i Sverige.

För att sprida information om utredningen har projektledningen gett massmedia tillgång till utredningens förslag om en ny specialitetsindelning. Dagens Medicin publicerade utredningen första förslag i juni 2002, och Läkartidningen har kontinuerligt publicerat uppdaterade versioner av utredningens förslag under perioden juni till december 2002.

Sveriges läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet skickade i september 2002 ut utredningens preliminära förslag till specialitetsindelning och kvalitetsförbättrande åtgärder för specialistutbildningen till speciali-

tetsföreningar och sektioner med en uppmaning att inkomma med synpunkter till Socialstyrelsen. Socialstyrelsen har mottagit 120 skrivelser från i huvudsak specialitetsföreningar och sektioner. En mindre andel har inkommit från brukarorganisationer och enskilda personer. Astma- och Allergiförbundet initierade i november 2002 en e-postkampanj, vilken resulterade i 350 likalydande skrivelser under november och december månad. Astma- och Allergiföreningen i Uppsala län initierade under samma period en brevkortkampanj med likalydande skrivelse. Ett 80-tal brevkort har inkommit. Styrgrupp och referensgrupp har tagit del av samtliga skrivelser.

Rapportens uppläggning

Rapporten består av två delar. I den första delen (del I) beskrivs samspelet mellan specialistutbildningen, hälso- och sjukvårdens utveckling, demografisk utveckling och sjuklighet samt vetenskaplig och teknologisk utveckling. Därefter följer en redogörelse för tidigare utredningar samt nuvarande specialistutbildning och specialitetsstruktur, och jämförelser görs med specialitetsstrukturer i EU- och EES-länderna. En redovisning av utredningens uppföljning av nuvarande utbildningssystem m.m. samt SYLF:s undersökning av ST-utbildningen följer därefter.

Även de pågående översynerna av specialistutbildningarna i Danmark och Norge och den avslutade översynen i Finland redovisas.

EU-regelverket – det s.k. läkardirektivet – beskrivs, och konsekvenserna av Sveriges medlemskap belyses. Därefter görs en genomgång av de EU-organisationer som har betydelse för specialistutbildningen av läkare och deras roller samt en översikt av de ställningstaganden i specialistutbildningsfrågor som gjorts av Advisory Committee on Medical Training. De viktigaste europeiska läkarorganisationerna och deras roller vad gäller specialistutbildningsfrågor beskrivs, liksom ställningstaganden vad gäller utbildningsfrågor.

I den andra delen (del II) presenteras Socialstyrelsens överväganden och förslag samt en konsekvensbeskrivning.

DEL I

Inledning

Specialistutbildningen av läkare – en integrerad del av hälso- och sjukvården

Specialistutbildningen av läkare är av naturliga skäl starkt integrerad i hälso- och sjukvårdens verksamhet. Det innebär att specialistutbildningen måste sättas in i ett större sammanhang som belyser det samspel som finns mellan specialitetsindelningen, hälso- och sjukvårdens uppdrag och organisation, den vetenskapliga och teknologiska utvecklingen, demografisk utveckling och sjuklighet samt personalförsörjningen i stort. I följande avsnitt beskrivs och analyseras detta samspel.

Specialistutbildningen av läkare sker i form av anställning och tjänstgöring som läkare i klinisk verksamhet inom hälso- och sjukvården. De inriktningar eller specialiteter som kan väljas styrs av vilka specialiteter som är författningsmässigt fastställda/godkända. Den enskilda läkarens val av specialitet begränsas av landstingens tillgång till anställning som ST-läkare inom respektive specialitet. Omfattningen av antalet anställningar skall motsvara det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Utöver de begränsningar som angetts ovan styrs den enskildes val av personligt intresse, etablerade kontakter under allmäntjänstgöring (AT), m.m. Inom vissa specialiteter finns dock uppenbara rekryteringssvårigheter (generellt eller lokalt), vilket innebär att ST-anställningar inte kunnat bemannas. Omvänt kan brist på ST-anställningar leda till att den enskilde läkaren inte kan välja den inriktning som önskas.

Hälso- och sjukvårdens organisation och specialitetsindelningen har historiskt haft starka samband i bemärkelsen att specialitetsindelningen under olika tidsperioder avspeglar sig i hälso- och sjukvårdens organisation. Konkret har detta inneburit att hälso- och sjukvårdens organisation i kliniker och enheter avspeglar specialitetsindelningen. Först under 1990-talets mitt kan ett trenderbrott i denna utveckling observeras (se nedan).

En av förklaringarna till att ett starkt samband uppstått mellan specialitetsindelningen och hälso- och sjukvårdens organisation bör ligga i att det historiskt funnits en koppling mellan etablerandet av en egen specialitet och en ökad resurstilldelning inom detta område. Detta har i sin tur accentuerat en strävan att bli erkänd som en fastställd specialitet.

Den nuvarande specialitetsindelningen med 62 fastställda specialiteter växte fram under en era av utvecklingsoptimism som ledde till en kraftig utbyggnad av hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvård i förändring

I Sverige – liksom i de flesta europeiska länder – har genomförts en rad förändringar inom hälso- och sjukvården under det senaste årtiondet. Förändringsarbetet har involverat såväl hälso- och sjukvårdens finansiering och övergripande struktur som organisationen av vården och vårdinnehållet på lokal nivå. I vissa länder har detta inneburit mera vittgående reformer, i andra fall handlar det om partiella lösningar av specifika problem (WHO 1997). Bidragande faktorer till denna utveckling har varit dels en åldrande befolkning vilket genererar högre nivåer av kronisk sjukdom och handikapp, dels ett ökat utbud av nya behandlingar och medicinsk teknologier samt ökade förväntningar på hälso- och sjukvården bland befolkningen (ibid).

I Sverige fastställdes i början av 1970-talet en hälso- och sjukvårdsstruktur som bygger på tre vårdnivåer: primärvård, länssjukvård och regionsjukvård. Med några få undantag har landstingskommunerna under perioden 1967 till 1990-talets början varit huvudman för all hälso- och sjukvård (inklusive omsorgen om psykiskt utvecklingsstörda) i landet. Den strukturella ramen med tre vårdnivåer har i princip förblivit intakt, trots ett omfattande förändringsarbete under framför allt 1990-talet.

Orsakerna till förändringsarbetet, trenderna i förändringsarbetets inriktning och strategier för genomförande är desamma i Sverige som i övriga Europa. Av de specifika policyinterventionerna som genomförts har några varit mer betydelsefulla än andra. Dit hör de fyra huvudmannaskapsreformerna Ädelreformen, handikappreformen, psykiatrireformen och läkemedelsreformen. I synnerhet Ädelreformen har haft effekter både på primärvårdens och sjukhusvårdens organisation och innehåll. För akutsjukvårdens del har reformen inneburit förkortade medelvårdtider (liktydigt med hög patientomsättning), en minskning av antalet vårdplatser och en ökad vårdtyngd (Socialstyrelsen 1998, 2002).

Vårdplatsminskningen och den ökade vårdtyngden förklaras dock inte enbart av Ädelreformen; en bidragande orsak har varit en förskjutning från slutna till öppna vårdformer, exempelvis dagkirurgi och medicinsk dagvård (se nedan).

För primärvårdens del har Ädelreformen inneburit en gränsdragning mellan de omvårdande och de medicinska insatserna, vilket i sin tur lett till behov av nya samarbetsformer och en ökad vårdtyngd inom äldreomsorgen pga. de korta medelvårdtiderna inom landstingens sjukvård, parallellt med ökade krav på kvalificerade sjukvårdsinsatser både i de särskilda boendeformerna och i eget boende. Ädelreformen, handikappreformen och psykiatrireformen har också lett att gränserna mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst blivit mer otydliga.

Till dessa stora reformer kan adderas de åtgärder som regeringen initierat i den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården (prop.

1999/2000:149). I korthet kan man säga att staten genom denna handlingsplan återigen gör en tydlig markering att landstingens primärvård skall vara basen i hälso- och sjukvården. För att detta skall kunna förverkligas tilldelas kommuner och landsting ett resurstillskott under åren 2001–2004.

Parallellt med de centralstyrda huvudmannaskapsreformerna har ett mycket omfattande förändringsarbete pågått på landstingsnivå under hela 1990-talet. En del av detta förändringsarbete har haft tydliga implikationer för hälso- och sjukvårdens struktur och framför allt för akutsjukhusens organisation och vårdutbud.

Av speciellt intresse i detta sammanhang är det förändringsarbete som rubricerats som samverkan och samordning av sjukvårdsutbudet över tidigare administrativa och professionella gränserna (Bergman 1995). Detta arbete handlar om en omstrukturering av såväl extern som intern organisation av den elektiva och den akuta sjukhusvården. Exempel på denna typ av förändringar är samverkan över landstingsgränser, samverkan mellan sjukhus inom samma landsting, profilering och arbetsfördelning mellan kliniker och sjukhus, centrumbildningar som inkluderar flera specialiteter samt utveckling av närsjukhus med elektiv profil.

För länsdelssjukhusens del har förändringsarbetet lett till en utveckling av konceptet närsjukhus, vilket vanligtvis innebär att dessa sjukhus (dock inte alla) endast erbjuder begränsad akutsjukvård oftast i form av invärtesmedicin och/eller geriatrik. Tolv av länsdelssjukhusen bedriver inte längre akutkirurgisk verksamhet och åtta länsdelssjukhus har flyttat den akuta hjärtinfarkt vården till länssjukhusnivå.

Samverkansformerna mellan primärvård och sjukhus har utvecklats vad gäller bemanning av akutmottagningar på närsjukhusen. Parallellt med denna utveckling sker även aktiviteter där en samverkan mellan primärvård och den primärkommunala vården och omsorgen i högre grad än tidigare eftersträvas.

Ambulanssjukvården har utvecklats både vad gäller personalens kompetens och utrustning, för att vara bättre rustad inför de längre transporter som strukturförändringarna framkallat.

Vad gäller länssjukhusen har förändringsarbetet fokuserat på samverkan över specialitetsgränser och kring arbetsfördelning vad gäller specialistsjukvård vid länssjukhus och regionsjukhus/universitetssjukhus. Samverkan över specialitetsgränser har även uppmärksammats vid universitetssjukhusen; de organisatoriska förändringar som genomförts där har ofta handlat om att sammanföra enskilda kliniker till större organisatoriska enheter (centrumbildningar, divisioner etc.). De gemensamma nämnarna för dessa förändringar har varit att minska gränserna mellan specialiteterna, att göra organisationen kostnadseffektiv och att underlätta för den vård sökande/patienten att hitta rätt i organisationen.

Sjukvårdshuvudmännens strävanden under 1990-talet har således i hög

grad handlat om att motverka en alltför långtgående specialisering och den därmed sammanhängande fragmenteringen av hälso- och sjukvården. Den sjukvårdsstruktur och sjukhusstruktur som är under utveckling med primärvården och närsjukhuset som viktiga komponenter – inte minst för de äldre, multisjuka patienterna som är de stora vårdkonsumenterna – ställer andra krav på fördelningen av specialister i hälso- och sjukvården.

Sjuklighet och demografisk utveckling

Ohälsan och sjukligheten i befolkningen är i hög grad koncentrerad till de höga åldrarna. Enligt Socialstyrelsens patientregister gällde 54 procent av alla mäns vård dagar på sjukhus i Sverige män över 65 år, och 31 procent gällde män över 75 år. För kvinnor var motsvarande andelar 60 respektive 42 procent. Jämför detta med att andelen äldre över 65 år motsvarar cirka 17 procent av befolkningen (Socialstyrelsen 1997).

Sjukdomspanoramat bland de män och kvinnor som får sjukhusvård domineras av hjärt- och kärlsjukdomar. Tumörer är den näst största vårdorsaken för män mellan 61 och 85 år, medan skador är den näst största vårdorsaken för män över 85 år. För kvinnor mellan 65 och 75 år är tumörer den näst största vårdorsaken, medan skador är den näst största orsaken efter 75 års ålder. Skador är här oftast synonymt med höftledsfraktur efter fall.

Den medicinteknologiska utvecklingen har gjort det möjligt att framgångsrikt behandla sjukdomar hos patienter i allt högre åldrar. Detta har medfört att allt fler patienter hinner utveckla flera kroniska sjukdomar under sin levnadstid. Redan i dag finner vi tydliga tecken på att allt fler patienter inom de invärtesmedicinska specialiteterna har besvär från ett flertal organsystem (Svensk Internmedicinsk Förening 2001). Tidigare studier har visat att personer i åldersgruppen 75 år och äldre som vårdas på geriatrisk klinik i Stockholm i stor utsträckning (medelvärde 61 procent) har tre diagnoser registrerade per vårdtillfälle (Gurner och Nydevik 1997).

Befolkningsprognoser visar att antalet äldre över 65 år kommer att öka markant fram till 2020. Den största procentuella ökningen kommer att ske i åldersgruppen 65–74 år, medan ökningen i övriga åldersgrupper av äldre (75–84 respektive 85 eller äldre) kommer att öka med drygt 20 procent.

Den viktigaste slutsatsen av ovanstående resonemang är att det finns ett starkt samband mellan befolkningens åldersstruktur och insatser som gäller vård på sjukhus (och annan vård), och att detta samband kommer att bestå. Åldersstrukturen kommer således även framgent att bestämma sjukligheten, och sjukligheten kommer att avgöra efterfrågan på och behov av sjukhusvård. Den population som vårdas kommer förmodligen också i allt högre utsträckning att vara multisjuka.

Kunskapsutvecklingen och specialisering

Det är en truism att hävda att den vetenskapliga och teknologiska utvecklingen påverkar hälso- och sjukvårdens innehåll och utveckling. Som exempel på detta kan de förändringar som skett vad gäller vårdtider, hälso- och sjukvårdens innehåll och interna organisation tjäna. Dessa förändringar har sin bakgrund i den vetenskapliga och teknologiska utvecklingen, vilken lett till införandet av ambulant diagnostik och behandling.

Kunskapsutvecklingen – vetenskaplig och teknologisk – är ett av de vanligaste argumenten för en ökad specialisering och därmed allt fler specialiteter. Specialiseringen beskrivs ofta av dess förespråkare som ofrånkomlig, och ofta med positiva förtecken i bemärkelsen att den gynnar patienten. Det finns emellertid tecken på att en mera skeptisk hållning till en ständigt ökad specialisering håller på att växa fram. Förespråkare för denna senare hållning pekar bl.a. på att specialisering som formaliseras i organisatoriska enheter och utbildning skapar en tröghet i systemet vad gäller möjligheten att införa nya, och avveckla föråldrade, teorier och metoder (Vallgård 1996).

En specialisering kan innebära att patienterna behandlas mycket kvalificerat *förutsatt* att de hamnar på rätt enhet. Men specialisering kan också leda till att patienten flyttas runt och att ansvaret därmed blir oklart. Vården blir med andra ord fragmenterad och patientens behov på helhetssyn åsidosätts.

Kunskapsutvecklingen behöver inte med automatik leda till en ökad specialisering. Eriksson (1996) har i en analys av forskningens konsekvenser för sjukhusstrukturen förutspått att den medicinska forskningen kommer att leda till ”att traditionella gränser mellan olika medicinska discipliner kommer att upphöra till förmån för centrumbildningar och nätverk som spänner över flera verksamhetsområden vilket leder till ökade krav på samarbete mellan olika kliniska discipliner och ändringar i sjukhusstrukturen och sjukvårdsorganisationen”.

Enligt Eriksson kommer den snabba utvecklingen inom prevention, diagnostik, behandling och kommunikation att skapa förutsättningar för ett samhälle där den allra största delen av hälso- och sjukvården kan skötas lokalt och patientnära oavsett patientens bostadsort vilket kräver färre sjukvårdsinrättningar. Ett mindre antal (10) högspecialiserade och högteknologiska sjukhus kommer enligt denna framtidsvision att fungera som kliniska expertcentrum i ett integrerat nätverk av patientnära vårdenheter.

Informationsteknologisk metodik i form av t.ex. telemedicin, kommer att vara en viktig komponent i denna utveckling. Genom sådan metodik kan stora mängder kvalificerad information förflyttas över långa avstånd och bearbetas och lagras på andra ställen än den genererats. Den önskvärda kompetensen kan således flyttas till patienten, i stället för tvärtom. Exempel på sådan teknologi är teleradiologi, telepatologi och klinisk distanskonsultation som alla har det gemensamt att specialister vid expert-

centrum kan analysera och tolka underlag och ge råd om åtgärder.

Sammanfattningsvis kan man säga att kunskapsutvecklingen å ena sidan ses som en drivkraft för ökad specialisering och används som ett argument för en sådan utveckling, men att den å andra sidan kan användas som drivkraft för en förändring, där traditionella specialitetsgränser upplöses och tvärprofessionella ansatser kommer till användning i både forskning och vårdorganisation.

Personalförsörjning och specialitetsindelning

Den finns en allmänt spridd oro för den framtida personalförsörjningen i hälso- och sjukvården (samt annan vård och omsorg), som bl.a. tar sig uttryck i en oro för att rekryteringen till olika specialiteter är i farozonen. Stora pensionsavgångar förväntas inom många specialiteter. Oron får näring av att det i stor utsträckning saknas information om hur stor volymen av specialister kommer att bli i framtiden.

Med utgångspunkt från befintliga register går det att beskriva hur många läkare som har specialistkompetens och inom vilken specialitet, men det finns inte något heltäckande register som beskriver antalet *yrkesverksamma* personer inom varje specialitet (Socialstyrelsen 2003). Dessutom saknas information om hur många läkare som är under utbildning till specialister inom vilka specialiteter. Avsaknaden av denna information omöjliggör genomförandet av prognoser på nationell nivå. Socialstyrelsen har dock inom ramen för Nationella planeringsstödet (NPS) etablerat ett samarbete med de regionala samverkansnämnderna; ett arbete pågår för att denna information skall bli tillgänglig under 2003.

Den offentliga diskussionen i massmedia om den framtida personalförsörjningen av specialister har vissa gemensamma drag:

- Varje specialitet diskuteras vanligtvis för sig.
- Begrepp som behov, efterfrågan och vakanser definieras och problematiseras inte.
- Rekryteringsbehovet utgår från en oförändrad specialitetsstruktur.
- Rekryteringsbehovet utgår från en oförändrad mix av hälso- och sjukvårdspersonal.
- Rekryteringsbehovet utgår från en oförändrad arbetsfördelning mellan olika yrkeskategorier.

Den framtida diskussionen bör i stället vidgas och även inbegripa demografiska förändringar och utveckling av sjuklighet. Den måste också beakta specialitetsstrukturen, kunskapsutveckling som leder till förändringar i hälso- och sjukvårdens struktur och organisation, personalmix, arbetsfördelning mellan olika yrkeskategorier och de ekonomiska förutsättningarna för hälso- och sjukvården.

Tidigare utredningar och författningsreglering

Under de senaste fem årtiondena har specialistutbildningen för läkare och regleringen av specialistutbildningen helt eller delvis setts över genom offentliga utredningar eller myndighetsinitiativ. I det följande redogörs kortfattat för dessa utredningars uppdrag och förslag samt för författningsändringar av betydelse.

Kvacksalveriutredningen

År 1960 infördes en offentligrättslig reglering av läkares rätt att beteckna sig som specialist inom ett avgränsat medicinskt verksamhetsområde samt en offentlig styrning av läkarna specialistutbildning. Före 1960 hade Sveriges läkarförbund uppgiften att meddela specialistkompetensbevis. (Läkarförbundets regler gällde rätten att annonsera specialitet; reglerna avsåg dock enbart förbundets medlemmar.)

Den offentligrättsliga regleringen tillkom efter *Kvacksalveriutredningen* som 1956 lade fram ett betänkande med bl.a. förslag om ny lag om behörighet att utöva läkaryrket (SOU 1956:29). Riksdagen beslutade 1960 att frågorna om specialistindelning, specialistkompetens och därmed sammanhängande rätt att annonsera sig som specialist, borde regleras av det allmänna (prop.1960:141), trots att Kvacksalveriutredningen hade föreslagit att läkarförbundet även fortsättningsvis borde svara för meddelande av specialistkompetensbevis). I den nya lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket stadgades att villkoren för rätt att tillkännage specialitet skulle fastställas av Medicinalstyrelsen. Lagen ersatte den tidigare lagen om behörighet att utöva läkarkonsten från 1915, vilken saknade bestämmelser om läkares rätt att beteckna sig som specialist.

I de tillämpningsföreskrifter av lagen som utfärdades (SFS 1960:653) specificerades bestämmelser om 28 specialiteter. Där fastställdes även utbildningens art och längd inom respektive specialitet. I kungörelsen fastställdes dessutom att ärenden angående specialistkompetens skulle handläggas av en särskild nämnd – Medicinalstyrelsens nämnd för specialistbehörighet. Nämnden skulle ha fem ledamöter: chefen för Medicinalstyrelsen (ordförande), chefen för styrelsens lag- och utredningsbyrå samt tre ledamöter utsedda av Kungl. Maj:t för högst fyra år, av vilka en utsågs efter förslag av universitetskanslern och två efter förslag från Sveriges läkarförbund.

Vid behov kunde nämnden infordra yttranden från någon medlem av Medicinalstyrelsens vetenskapliga råd, från medicinsk läroanstalt eller från något annat sakkunnigt organ. Nämnden gavs också i uppgift att uppmärksamt följa den medicinska utvecklingen och föreslå erforderliga ändringar beträffande indelningen i specialiteter och kompetenskrav för specialistbehörighet.

Specialist- och Läkarutbildningssakkunnigas förslag

År 1965 uppdrog Kungl. Maj:t åt Medicinalstyrelsen och Universitetskanslerämbetet att gemensamt utreda förutsättningarna för Sveriges anslutning till ett nordiskt avtal om enhetliga regler rörande specialistkompetens för läkare. En arbetsgrupp bildades – Specialist- och Läkarutbildningssakkunniga, och 1967 kom arbetsgruppens betänkande Läkares grundutbildning och vidareutbildning (SOU 1967:51). Betänkandet överlämnades till Socialstyrelsen och Universitetskanslerämbetet, som efter remissbehandling gemensamt överarbetade betänkandet. De båda myndigheternas rapport Läkares grundutbildning och vidareutbildning överlämnades till regeringen i februari 1968. Rapportens förslag ledde till riksdagsbeslut om vidareutbildning och fördelning av läkare m.m. (prop. 1969:35).

Riksdagsbeslutet fastställde att särskilda läkartjänster för läkare under vidareutbildning skulle inrättas (FV-tjänster, där FV står för fortsatt vidareutbildning), att tjänstgöringen i vården skulle kombineras med systematisk undervisning i form av veckolånga heltidskurser med avslutande kunskapskontroll samt att en ny myndighet – Nämnden för läkares vidareutbildning (NLV) – skulle inrättas med ansvar för planeringen och genomförandet av undervisningen och kunskapsproven.

NLV gavs därutöver ansvaret för att meddela specialistbevis. Kungörelsen (1969:422) innehöll en förteckning över 44 specialiteter med angivande av tidsbestämd huvud- och sidoutbildning. Specialitetsstrukturen var uppbyggd av dels basspecialiteter och dels basspecialiteter med grenspecialiteter knutna till bland annat invärtes sjukdomar, kirurgiska sjukdomar och klinisk laboratorieverksamhet. Socialstyrelsen tilldelades ansvaret för godkännandet av sjukhus och andra enheter för specialisttjänstgöringen.

År 1972 gavs Socialstyrelsen – genom en reglering i Sjukvårdskungörelsen (1972:676) – möjlighet att fastställa särskilda behörighetsvillkor för läkartjänster vars verksamhetsområde inte föll inom området för fastställda specialiteter enligt specialitetsförteckningen. Under perioden 1974–1980 utfärdade Socialstyrelsen sådana föreskrifter för 15 behörighetsämnen.

Översynsutredningen

År 1977 tog NLV initiativ till en översyn av vissa specialistutbildningsfrågor (ÖSUT). Denna översynsutredning hade enligt direktiven i uppdrag att behandla bl.a. frågan om en mer ändamålsenlig specialitetsindelning, och man skulle även vidareutveckla tankegångarna på att skapa större sammanhållna block av specialiteter med en successiv differentiering. Utredningen slutfördes dock aldrig, och NLV kom att upphöra efter ett förslag från organisationskommittén för socialstyrelsen som hade till uppgift att göra en översyn av Socialstyrelsens arbetsuppgifter och organisation (se Ds S 1981:5, sid. 14).

En nämnd med beteckningen Socialstyrelsens expertnämnd för läkares vidareutbildning inrättades på Socialstyrelsen, som ersättning för NLV (Socialstyrelsen 1981).

En ny författningsreglering av läkares vidareutbildning infördes 1984 i form av lagen (1984:542) och förordningen (1984:545) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården. Denna förändring tillkom efter förslag från 1981 års behörighetskommitté (SOU 1983:33). I och med detta sammanfördes alla vårdyrken i en sammanhållen författningsstruktur. Författningsregleringen påverkade dock varken utbildningsinnehåll eller specialitetsförteckning.

LSU 85

I januari 1985 beslutade regeringen att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att föreslå bl.a. hur vidareutbildningen efter läkarexamen skulle utformas i framtiden. Utredningen antog namnet utredningen om läkarnas specialistutbildning m.m. (LSU 85). I direktiven till LSU 85 specificerades att utredningen skulle lämna förslag till hur utbildningen av läkare efter läkarexamen skulle utformas. Särskilt angavs att behovet av bred kompetens för den framtida läkaren skulle uppmärksammas, samt att utredaren skulle beakta att ”antalet verksamhetsområden för vilka en formaliserade vidareutbildning föreslås, bör starkt begränsas i förhållande till vad som f.n. gäller” (LSU 85 Dir 1985:2). Antalet specialiteter vid utredningens start var 44, och därutöver fanns 15 s.k. behörighetsämnen som reglerades i Socialstyrelsens föreskrifter.

LSU 85:s betänkande Kompetensutvecklingen efter läkarexamen överlämnades till regeringen i oktober 1987 (SOU 1987:53, SOU 1987:54). LSU 85 innehöll, förutom förslag om reformering av allmäntjänstgöring och läkarfördelningsprogrammet, även ett förslag vad gäller en reformering av specialistutbildningen.

Den tidigare detaljstyrda specialistutbildningen med tidsmässigt fixerade huvud- och sidoutbildningar föreslog ersättas av målbeskrivningar för respektive specialitet. Utbildningen skulle ske i form av praktisk tjänst-

göring och under handledning av en specialistkompetent läkare. De tidigare NLV-kurserna skulle ersättas av specialistkompetenskurser – SK-kurser. Obligatoriet med sex kurser förslogs utgå, och SK-kurserna förslogs att i högre grad än tidigare vara ett hälso- och sjukvårdspolitiskt styrinstrument. Kurserna borde i första hand inriktas på specialiteter som prioriteras på hälso- och sjukvårdspolitiska grunder. Ordningen med visstidsförordnande förslogs upphöra för att ersättas med läkartjänster med tillsvidareförordnande; undervisningssjukhusen var dock undantagna. Kvalitetskontrollen av specialistutbildningen föreslogs åvila klinikchef och handledare.

Utredningen föreslog att Socialstyrelsen även fortsättningsvis skulle utfärda specialistbevis. Underlaget skulle vara ett tjänstgöringsbetyg utfärdat av klinikchefen som klart tog ställning till om läkaren tillägnats sig de färdigheter, kunskaper och förhållningssätt som anges i målbeskrivningen för den sökta specialistkompetensen. Det kan noteras att utredningen förde en relativt ingående diskussion om införandet av en obligatorisk specialistexamen, men man valde att inte föreslå någon sådan.

Utredningen föreslog också en utökning av antalet specialiteter från 44 till 60. Utökningen bestod i princip av att de tidigare behörighetsämnen upphöjdes till specialiteter. Förslag till målbeskrivningar för de 60 specialiteterna presenterades i en huvudbilaga (SOU 1987:54). Arbetet med att ta fram innehållet i de enskilda målbeskrivningarna hade utförts av läkarorganisationernas specialistsammanslutningar på uppdrag av utredningen.

Betänkandet remissbehandlades och resulterade 1989 i en proposition (prop. 1988/89:138). Propositionen gick med ett undantag på utredningens förslag vad gäller specialistutbildningen. Undantaget gällde införandet av läkartjänster med tillsvidareförordnande för specialisttjänstgöringen. Regeringen föreslog att den tidigare ordningen med tidsbegränsade förordnanden skulle bibehållas. Som stöd för den uppfattningen anfördes att utredningen inte tillräckligt hade belyst konsekvenserna av införandet av tillsvidareförordnande – en uppfattning som delades av flera tunga remissinstanser.

Propositionen behandlades i sedvanlig ordning av riksdagens socialutskott. Utskottet arrangerade en utfrågning med berörda parter för att bl.a. få frågan om läkarnas rätt till tillsvidareanställning belyst. I utskottets betänkande anfördes att utskottet funnit att övervägande skäl talar för att läkare under sin specialistutbildning bör ha samma anställningstrygghet som de flesta andra grupper, med undantag för läkartjänster vid undervisningssjukhusen (bet. 1989/90:SoU9). Utskottet tillstyrkte i övrigt regeringens förslag till riktlinjer för läkares specialiseringstjänstgöring (ST).

Regeringen uppmanades att återkomma till riksdagen med ett lagförslag som kunde tillgodose de krav som utskottet framfört, och regeringen återkom 1992 med en ny proposition (prop. 1991/92:61) om vissa läkares anställningsform m.m. I propositionen föreslås att huvudregeln skall vara

att läkare under specialiseringstjänstgöringen skall vara tillsvidareförordnande. Undantag föreslogs dock för tjänst vid undervisningssjukhusen. Förslaget innefattade en ändring hälso- och sjukvårdslagen (1991:1972) där undantaget reglerades men inte huvudregeln. Riksdagen antog förslaget och lagen trädde i kraft 1992.

Riksdagsbeslutet resulterade även i en ändring av förordningen (1991:1325) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m.. Förordningen innehöll bestämmelser om den reformerade specialistutbildningen och en ny specialitetsförteckning med 60 specialiteter. Här angavs också att ST-utbildningen skulle sträcka sig över 5 år, vilket var en anpassning till gällande EG-direktiv. Socialstyrelsen utfärdade föreskrifter om införande av målbeskrivningar (SOSFS 1992:3) samt föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring (SOSFS 1992:4). Den senare föreskriften specificerar chefsöverläkarens (eller motsvarandes) roll vad gäller kvalitetssäkringen av specialiseringstjänstgöringen.

Målbeskrivningar för respektive specialitet fastställdes 1992 för 60 specialiteter (Socialstyrelsen 1992). En revision genomfördes 1995–1996 (Socialstyrelsen 1996), och den redigerade versionen innehöll 2 nya specialiteter (smärtlindring och nukleärmedicin). Revisionen baserades på regeringens beslut samma år (Socialstyrelsen 1996). Målbeskrivningarna utarbetades liksom tidigare i samråd med läkarorganisationernas specialitetsföreningar och sektioner.

Sammanfattning

En offentligrättslig reglering av läkarnas specialistutbildning infördes 1960. Utbildningens art och längd fastställdes för 29 specialiteter. Specialitetsstrukturen var uppbyggd enligt en s.k. enhetsmodell, där alla specialiteter var basspecialiteter med tidsangivna huvud- och sidoutbildningar.

Sedan 1960 har två större utredningar genomförts – 1965 och 1985 – vilka båda har inneburit förändringar i författningsreglering och specialitetsstruktur.

Utredningen 1965 ledde till att särskilda läkartjänster (visstidsförordnande) för läkare under vidareutbildning inrättades och att obligatoriska teoretiska moment infördes. Specialitetsstrukturen, som kom att omfatta 44 specialiteter, var uppbyggd av dels basspecialiteter, dels basspecialiteter med grenspecialiteter knutna till invärtes sjukdomar, kirurgiska sjukdomar, klinisk laboratorieverksamhet, psykiska sjukdomar, radiologi samt öron-, näs- och halssjukdomar. De tidsbestämda huvud- och sidoutbildningar behölls.

Utredningen från 1985 resulterade i att tillsvidareanställning infördes för läkare under specialisttjänstgöringstiden, att obligatoriet för teoretiska moment togs bort, att målbeskrivningar för respektive specialitet ersatte

modellen med tidsangivna huvud- och sidoutbildningar, samt att ansvaret för kvalitetskontrollen kom att åvila klinikchef och handledare. Det senare innebar att specialistbevis utfärdades på intyg av chefsöverläkaren om att målen uppnåtts. Specialitetsstrukturen med grenspecialiteter övergavs, vilket innebar en återgång till enhetsmodellen där alla specialiteter är basspecialiteter.

Specialitetsförteckningen omfattade från början 60 specialiteter, och 2 specialiteter tillkom 1996. Under hela perioden har det varit en myndighetsuppgift att utfärda specialistbevis, även om de organisatoriska formerna varierat.

Nuvarande specialistutbildning och specialitetsstruktur

Vidareutbildning för specialistkompetens

Specialistutbildningen för läkare har flera aktörer – staten, Socialstyrelsen, sjukvårdshuvudmännen (landsting eller motsvarande), den medicinska professionen företrädda av Sveriges läkarförbund och Svenska Läkarsällskapet samt det nytilkomna Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS).

I nedanstående avsnitt redogörs först för den statliga regleringen och Socialstyrelsens författningar på området. Därefter följer en komprimerad översikt av de uppgifter som åvilar sjukvårdshuvudmännen och IPULS, samt de åtgärder och insatser som Sveriges läkarförbund och Svenska Läkarsällskapet initierat och vidmakthåller vad beträffar specialistutbildningen.

Den offentligrättsliga regleringen

De grundläggande bestämmelserna om vidareutbildning för att erhålla specialistkompetens som läkare finns i lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (3 kap. 9 §). I förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område finns närmare bestämmelser om vidareutbildning för att få specialistkompetens. I förordningens 4 kap.1 § specificeras kraven på *minst fem års* vidareutbildning. Specialistkompetensen skall förvärfvas genom *tjänstgöring som läkare under handledning* och genom *deltagande i kompletterande utbildning* (specialiseringstjänstgöring).

Socialstyrelsen har med stöd i förordningen utfärdat allmänna råd och föreskrifter om vilka kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som skall gälla för varje specialistkompetens (målbeskrivningar), inklusive föreskrifter om verksamhetschefens och handledarens ansvar för att det angivna utbildningsmålet uppnås (SOSFS 1996:27). Socialstyrelsen utfärdar specialistbevis efter ansökan som kompletterats med intyg från verksamhetschefen om uppnådd kompetens.

Målbeskrivningarna har utarbetats i samråd mellan Socialstyrelsen och läkarorganisationernas specialitetsföreningar och sektioner, och dessa finns för 62 fastställda specialiteter (Socialstyrelsen 1996). Målbeskrivningarna är uppbyggda enligt en modell med dels en övergripande målbeskrivning

som är till stora delar gemensam och generell, dels preciserade delmål för respektive specialitet.

I. Övergripande målbeskrivning

- profil och verksamhetsområde
- samverkan inom och utom hälso- och sjukvårdssystemet
- kunskaper färdigheter och förhållningssätt
- gemensam kunskapsbas (avser opererande och invärtesmedicinska specialiteter)
- sidoutbildning
- teoretisk utbildning
- kvalitetssäkring.

II. Preciserade delmål

- gemensamma delmål för grupper av specialiteter (t.ex. kirurgiska specialiteter)
- delmål inom specialiteten (gruppering A–C alltefter krav på självständighet).

Innehållet i den övergripande målbeskrivningen är till stora delar gemensamt för samtliga specialiteter men med en anpassning till den aktuella specialiteten när så erfordras. Följande skillnader kan dock noteras:

- En gemensam kunskapsbas finns endast beskriven för de opererande och invärtesmedicinska specialiteterna.
- Sidoutbildning saknas i vissa målbeskrivningar.
- Obligatoriska teoretiska moment finns endast angivna inom de psykiatriska specialiteterna.

De preciserade delmålen innehåller dels delmål som är gemensamma för grupper av specialiteter, dels delmål inom respektive specialitet. För specialiteter som saknar gemensam kunskapsbas finns endast de senare delmålen. Dessa är grupperade från A till C, beroende på graden av självständighet som krävs för de olika momenten.

Enligt förordningen skall ST-läkaren delta i kompletterande utbildning under kompetensutvecklingen till specialist. Till den kompletterande utbildningen hör också deltagande i specialistkompetenskurser (SK-kurser). Det förutsätts att alla ST-läkare deltar i kursmässig utbildning, men något fixerat antal kurser eller kursdagar krävs inte för specialistkompetens.

SK-kurserna finansieras med statliga medel. I samband med en budgetbesparing 1997 minskades dock tilldelningen av medel till SK-kurserna med ca 40 procent, vilket har bidragit till en obalans mellan efterfrågan och utbud. Socialstyrelsen har framtill hösten 2002 ansvarat för den övergripande planeringen och administrationen av SK-kurserna. Denna verksamhet är nu förlagd till IPULS (se nedan).

Sjukvårdshuvudmännens och den medicinska professionens åtaganden och roller

Sjukvårdshuvudmännen ansvarar för inrättandet och finansieringen av ST-anställningar inom de olika specialiteterna (med undantag för specialiteten rättsmedicin). Planeringen av antalet ST-anställningar sker lokalt eller regionalt; någon nationell samordning förekommer inte.

Som arbetsgivare har sjukvårdshuvudmännen skyldighet att tillse att den blivande specialistläkaren har tillgång till handledning. Detta ansvar åvilar verksamhetschefen enligt förordningen. För att skapa förutsättningar för en god handledning har sjukvårdshuvudmännen tagit initiativ till handledarutbildningar. Enligt uppgift från Landstingsförbundet anordnades år 2000 handledarutbildning av 14 landsting/regioner, och ett landsting planerade att starta en sådan (personlig kommunikation). Uppgift saknades från 6 landsting. Hälften av dem som anordnade utbildning använde sig även av andra utbildningsanordnare.

För att samordna och planera specialistutbildningen lokalt och regionalt har sjukvårdshuvudmännen inrättat studierektorsbefattningar. Utformningen av studierektorsfunktionen varierar över landet och inom olika specialiteter (Sveriges läkarförbund 2000). Det saknas för närvarande information om omfattning och utfall av studierektorsfunktionen. Även en författningsreglering av funktionen saknas.

Sveriges läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet gör en rad frivilliga insatser vad gäller utbildningsfrågor. Redogörelsen nedan begränsas dock till övergripande åtgärder som berör specialistutbildningen. En viktig insats i detta sammanhang är det program för kvalitetssäkring av utbildningen som utförs genom inspektioner av utbildande enheter. En annan viktig insats är framtagandet av utbildningsböcker för respektive specialitet. En tredje är bildandet av ett nätverk för studierektorer.

Sveriges läkarförbund tog 1989 initiativet till att utveckla en modell för kvalitetssäkring av struktur och process i specialistutbildningen. Efter utveckling och konsolidering av modellen – vilken bygger på inspektioner av utbildande enheter – permanentades verksamheten 1993 genom bildandet av Sveriges läkarförbunds och Svenska Läkaresällskapets stiftelse för utbildningskvalitet (den s.k. SPUR-stiftelsen). Stiftelsen erbjuder inspektioner mot en avgift som täcker den faktiska kostnaden, dvs. ca 10 000–15 000 kronor (Sveriges läkarförbund och Sverige Läkaresällskap 2001). Inspektionerna är frivilliga och bekostas av den enhet som begär inspektionen. Resultaten från bedömningarna publiceras i Läkartidningen och på förbundets hemsida. Sedan starten har 1 000 enheter inom 35 specialiteter inspekterats (ibid).

En utvärdering av SPUR-inspektionerna genomfördes av Läkarförbundets vidareutbildningsråd under 2002. Den visade att en klar majoritet uppfattar inspektionerna som värdefulla och rättvisande, och man anser att

de bidrar till att öka kvaliteten i utbildningen (Läkartidningen 2002).

Som stöd och vägledning för ST-läkarna har de båda organisationerna för varje specialitet tagit fram Utbildningsbok för ST. Utbildningsboken ger information om dels gällande lagar och föreskrifter samt de fastställda målbeskrivningarna vad gäller specialistutbildningen, dels specialitetens rekommendationer om hur målbeskrivningen skall uppfyllas, i form av en övergripande utbildningsplan. Kvalitetskraven på den utbildande enheten finns angivna, och handledning och studierektorsfunktionen beskrivs i ett avsnitt. Därutöver finns arbetsrättsliga bestämmelser m.m. ST-läkare, verksamhetschefer och handledare kan erhålla utbildningsboken kostnadsfritt.

Sveriges läkarförbund har bildat ett nätverk för verksamma studierektorer och anordnar studierektorskongresser 1–2 gånger årligen. Förbundet har även tagit fram en beskrivning av studierektors roll, ansvar och befogenheter.

Det nybildade IPULS, som ägs av Landstingsförbundet, Svenska Läkaresällskapet och Sveriges läkarförbund gemensamt, har i uppdrag att initiera, kvalitetsgranska, samordna och marknadsföra vidare- och fortbildningsaktiviteter för läkare. Enligt avtal med staten har verksamheten för SK-kurserna överförts från Socialstyrelsen till IPULS under hösten 2002. IPULS har aviserat att ett av institutets mål är att stödja studierektorer i vidareutbildnings- och fortbildningsfrågor, och man söker kontakt specifikt med denna grupp (bland andra).

IPULS har initierat en rad aktiviteter; bl.a. har en arbetsgrupp för granskningskriterier bildats och en kartläggning av kursutbud genomförts under hösten 2002.

Sammanfattning

Många aktörer är involverade i läkarnas specialistutbildning. Staten sätter ramarna för specialistutbildningen och har ansvaret för att utfärda specialistbevis samt för att finansiera SK-kurserna. Däremot har staten en mycket begränsad roll vad gäller genomförandet av utbildningen och kvalitetskontrollen av densamma.

Landstingen svarar för att finansiera ST-anställningarna och inrätta studierektorsbefattningar. Kvalitetskontrollen av uppnådd specialistkompetens åvilar verksamhetschefen. Den medicinska professionens intresseorganisationer bidrar på frivillig väg med många kvalitetssäkringsåtgärder. Ansvaret är således splittrat och det finns stora inslag av frivillighet. Det finns därmed en risk att lokala förutsättningar påverkar specialistutbildningens kvalitet och innehåll i allt för stor utsträckning.

Specialitetsstrukturen

Dagens specialitetsstruktur innehåller 62 specialiteter. Specialiteterna är av mycket olika karaktär, vilket framgår av listan nedan. Några specialiteter är knutna till bestämda organ eller sjukdomar, några till bestämda diagnostiska metoder, några till bestämda behandlingsformer, några till bestämda åldersgrupper och slutligen några till organisatoriska former av vård. Det finns således inte någon bestämd logik i den nuvarande specialitetsstrukturen, utan den kan snarare ses som ett resultat av en rad olika kulturella faktorer som under olika tidsperioder påverkat avgränsningen av de olika specialiteterna.

I listan nedan är vissa specialiteter sorterade i grupper (opererande, invärtesmedicinska, barnmedicinska, radiologiska och psykiatriska specialiteter, kliniska laboratoriespecialiteter samt övriga specialiteter) för att markera ett släktskapsförhållande, vilket också återkommer i målbeskrivningarna på det ena eller andra sättet. Gruppen kliniska laboratoriespecialiteter skiljer sig dock från denna princip i det att målbeskrivningarna inte specificerar någon gemensam kunskapsbas. Vissa specialiteter betecknas som övriga, dvs. tillhör inte till någon grupp av specialiteter.

Specialiteter markerade med kursiv stil återfinns i EG-direktivets förteckning över specialiteter (52).

Specialiteter inom vilka specialistkompetens kan uppnås

Opererande specialiteter (15)

- *Kirurgi*
- *Ortopedi*
- *Urologi*
- *Barn- och ungdomskirurgi*
- *Handkirurgi*
- *Plastikkirurgi*
- *Neurokirurgi*
- *Thoraxkirurgi*
- *Anestesi- och intensivvård*
- *Obstetrik och gynekologi*
- *Gynekologisk onkologi*
- *Öron-, näs- och halssjukdomar*
- *Hörselrubbningar*
- *Röst- och talrubbningar*
- *Ögonsjukdomar*

Invärtesmedicinska specialiteter (11)

- *Internmedicin*
- *Medicinsk gastroenterologi och hepatologi*
- *Kardiologi*
- *Endokrinologi och diabetologi*
- *Medicinska njursjukdomar*
- *Lungsjukdomar*
- *Hematologi*
- *Allergisjukdomar*
- *Reumatologi*
- *Yrkes- och miljömedicin*
- *Geriatrisk*

Barnmedicinska specialiteter (5)

- *Barn- och ungdomsmedicin*
- *Barn- och ungdomsallergi*
- *Barn- och ungdomsneurologi med habilitering*
- *Barn- och ungdomskardiologi*
- *Neonatologi*

Allmänmedicin

Psykiatriska specialiteter (3)

- *Psykiatri*
- *Rättsspsykiatri*
- *Barn- och ungdomspsykiatri*

Radiologiska specialiteter (3)

- *Medicinsk radiologi*
- *Neuroradiologi*
- *Barn- och ungdomsradiologi*

Kliniska laboratoriespecialiteter (13)

- *Transfusionsmedicin*
- *Koagulations- och blödningsrubbningar*
- *Klinisk immunologi*
- *Klinisk bakteriologi*
- *Klinisk virologi*
- *Klinisk fysiologi*
- *Klinisk neurofysiologi*
- *Klinisk kemi*
- *Klinisk farmakologi*

- Klinisk genetik
- *Klinisk patologi*
- Klinisk cytologi
- Rättsmedicin

Övriga specialiteter (11)

- *Socialmedicin*
- Företagshälsovård
- Skolhälsovård
- *Hud- och könssjukdomar*
- *Neurologi*
- *Infektionssjukdomar*
- *Rehabiliteringsmedicin*
- *Onkologi*
- Klinisk näringslära
- *Smärtbehandling*
- *Nukleärmedicin*

De opererande och invärtesmedicinska specialiteterna anger i målbeskrivningarna att det finns en gemensam kunskapsbas inom respektive kategori. Vad gäller de barnmedicinska och radiologiska specialiteterna markeras i målbeskrivningarna för subspecialiteterna att specialistkompetens (eller motsvarande kunskaper) i moderdisciplinerna barn- och ungdomsmedicin respektive medicinsk radiologi är en förutsättning för att uppnå specialistkompetens.

Vad gäller kliniska laboratoriespecialiteter finns ingen gemensam kunskapsbas angiven i målbeskrivningarna. Samma förhållande gäller de psykiatriska specialiteterna.

Den nuvarande specialitetsstrukturen skulle kunna benämnas ”enhetsmodellen”, i det att varje specialitet (i teorin) är självständig och har samma ställning författningsmässigt. I praktiken är strukturen dock inte enhetlig, vilket framgår av ovanstående text. Inom vissa specialiteter utgår målbeskrivningarna från modellen bas- och grenspecialitet, t.ex. inom de barnmedicinska och de radiologiska specialiteterna, medan målbeskrivningarna för de opererande och invärtesmedicinska specialiteterna ger uttryck för en gemensam kunskapsbas (”common trunk”).

Specialistutbildningens längd är enligt förordningen fastställd till minst 5 år. I praktiken varierar utbildningens längd beroende på att vissa specialiteter förutsätter specialistkompetens (eller motsvarande kunskaper) i moderdisciplinen (se ovan) medan andra förutsätter specialistkompetens i annan specialitet, t.ex. smärtlindring.

Inom ramen för översynen har Socialstyrelsen genomfört en stick-

provsundersökning av specialiseringstjänstgöringens förläggning under utbildningstiden för ett urval av specialiteter. Baserat på de senast utfärdade specialistbevisen förefaller specialistutbildningen ske huvudsakligen inom den valda specialiteten medan sidutbildningen tenderar att minska. Denna observation gäller framförallt inom det invärtesmedicinska området – där en gemensam kunskapsbas finns angiven i målbeskrivningarna, vilket i princip förutsätter sidutbildning i någon form, men det gäller även specialiteterna allmänmedicin och psykiatri där krav på sidutbildning finns angivet i målbeskrivningarna. Då materialet är begränsat går det inte att dra några generella slutsatser vad gäller samtliga specialiteter, men underlaget tyder på att specialistutbildningen blivit smalare inom flera ämnesområden.

Undersökningar av nuvarande utbildningssystem

Specialistutbildningen för läkare i sin nuvarande form har funnits i tio år. Någon systematisk utvärdering eller uppföljning har dock inte skett under den perioden.

I detta avsnitt redovisas två undersökningar som delvis belyser nuvarande utbildningssystem och därmed sammanhängande frågor. Avsnittet inleds med en redogörelse för den undersökning som utförts inom ramen för Socialstyrelsens utredningsuppdrag. Därefter följer en redogörelse av en undersökning genomförd av SYLF hösten 2000 (SYLF 2001).

Socialstyrelsens enkätundersökning hösten 2001

Socialstyrelsen inledde en översyn hösten 2001, genom att via ett strukturerat frågeformulär inhämta olika parter/intressenters synpunkter på nuvarande utbildningssystem och förslag till angelägna förändringar. Frågeformuläret sändes till följande intressenter:

- Landstingsförbundet
- Svenska Kommunförbundet
- Personaldirektör i landstingen/motsvarande
- Svenska Läkaresällskapet
- Sveriges läkarförbund
- Studierektorer för ST
- De medicinska fakulteterna
- Socialstyrelsens medicinska expertgrupper
- Vårdförbundet.

Svenska Läkarsällskapet distribuerade frågeformuläret till sällskapets sektioner (62 st.), Sveriges läkarförbund distribuerade frågeformuläret till sina specialitetsföreningar (49 st.) och yrkesföreningar (6 st.) samt till studierektorer med övergripande ansvar för ST. Sammanlagt distribuerades 180 frågeformulär. Synpunkter har inkommit från 107 organisationer, personer eller grupper enligt tabell 1. Specialitetsföreningar och sektioner som representerar en och samma specialitet har i de allra flesta fall lämnat ett gemensamt svar.

Tabell 1. Svarsfrekvens från organisationer som ingått i undersökningen.

Organisation	Inkomna svar
Landstingsförbundet/Svenska Kommunförbundet	1
Medicinska fakulteter	6
Specialitetsföreningar/sektioner	53
Studierektorer ST	23
Landsting	11
Socialstyrelsens expertgrupper	9
Övriga (Vårdförbundet, SYLF, Svenska Överläkarföreningen samt Svenska Distriktsläkarföreningen)	4
Summa	107

I texten nedan sammanfattas synpunkterna från enskilda organisationer eller grupper av organisationer när så är möjligt. Redovisningen följer frågeformulärets frågeställningar med fokus på för- och nackdelar inom följande områden:

- införandet av målbeskrivningar
- införandet av tillsvidareanställning under ST
- borttagandet av obligatoriet för SK-kurser
- ökningen av antalet specialiteter
- verksamhetschefens roll som utbildningsansvarig.

Avslutningsvis redovisas inkomna förslag om nya medicinska specialiteter samt förslag om förändringar av dagens specialitetsstruktur.

De medicinska fakulteterna

Samtliga fakulteter är positiva till *införandet av målbeskrivningar*. Man menar att dessa har lett till en betoning av utbildnings- och tjänstgörings-innehåll, jämfört med tidigare fokus på formella tjänstgöringsplaceringar under viss tid. Samtidigt anför samtliga att det föreligger stora risker med nuvarande system, genom att innehållet i utbildningen kan variera från utbildningsort till utbildningsort till följd av att målbeskrivningarna är alltför övergripande. Därmed ges möjlighet till olika tolkningar av respektive verksamhetschef.

Flera påpekar det negativa i att det är verksamhetschefen som i realiteten avgör när tillräcklig kompetens uppnåtts; framför allt Uppsala och Karolinska Institutet (KI), men även Lund anser att det är nödvändigt att ansvaret för utbildningen skiljs från ansvaret att kontrollera måluppfyllelsen.

Det anses också finnas ett behov av att öka kvalitetssäkringen under utbildningen via systematiska exempelvis SPUR-inspektioner, externa ex-

aminatorer, och/eller införande av specialistexamina.

Antalet specialiteter anses avspegla den medicinska utvecklingen, samtidigt som man varnar för en alltför långt gången specialiseringsgrad till men för ett mera generalistiskt perspektiv. KI ser enbart nackdelar med den utökning av antalet specialiteter som skedde efter LSU 85.

En samstämmighet råder beträffande fördelen med *tillsvidareanställningar av ST-läkare*, samtidigt som problemet med utebliven cirkulation av läkare mellan olika sjukhus och sjukvårdsnivåer lyfts fram. Angelägenheten av vetenskapligt arbete samt vetenskaplig kontakt under utbildningen betonas.

Merparten av fakulteterna är negativa till att obligatoriet för *SK-kurser* tagits bort. Den neddragning av resurser för SK-kurser som skett (och därmed ett minskat kursutbud) anses dock ha varit än mer negativ för specialistutbildningen. Några betonar att den ökade flexibilitet som erhöles i och med nuvarande system beträffande teoretiska moment är positiv. Även om obligatoriska teoretiska moment i specialistläkarutbildningen förordas av fakulteterna önskar man dock ingen återgång till ett bestämt antal SK-kurser inom varje specialitet.

Sammantaget anser man att den nuvarande specialistutbildningen håller en god internationell standard, men farhågor finns för *geografiska variationer i utbildningskvaliteten* och för ett *alltför snävt perspektiv i alltför specialiserade "fackområden"*.

Ett stort *behov av kvalitetssäkring*, dvs. ökade krav jämfört med dagens nivå både vad gäller den enskilde specialisten och utbildningsenheten anses föreligga, liksom behov av drivkrafter för ökad rotation och för fler forskningskontakter. En uppdelning i "basspecialiteter" respektive "sidospecialiteter" skulle enligt fakulteterna kunna vara ett sätt att kombinera kraven på bredd och djup i utbildningen.

Specialitetsföreningar/sektioner

Av de specialitetsföreningar och sektioner som besvarat enkäten anser näst intill alla att det varit en fördel med *införandet av målbeskrivningar*, jämfört med den tidigare modellen med tidsangiven tjänstgöring. Möjligheter har därmed erhöles till en mera flexibel och individualiserad utbildning. Samtidigt påtalar flera av föreningarna att målbeskrivningarna måste ses över med jämna mellanrum för att de inte skall bli föråldrade, och flera av föreningarna har nyligen gjort, eller håller på att göra, förslag till omarbetningar av målbeskrivningarna.

Framför allt betonas behov av målangivelser för sidoutbildningarna, eftersom utbildningen annars kan tendera att bli alltför fokuserad på huvudområdet. Två skäl anföres som orsak till detta problem – dels uppstår ofta ett glapp i handledarfunktionen under sidoutbildningarna, dels kan ekonomiska skäl riskera att korta längden på sidoutbildningen i frånvaro av

”ryggsäckspengar” (dvs. finansiering av sidoutbildningen för ST-läkaren).

Vad gäller *verksamhetschefens roll* som både utbildningsansvarig och examinator framför flera föreningar synpunkter vad gäller riskerna för bristande objektivitet i bedömningen av kompetensnivån vid avslutad specialistutbildning. Några påpekar att intyget om genomgången specialistutbildning bör undertecknas även av handledaren, några anser att studierektor och handledare är bäst skickade att bedöma kompetensnivån, medan andra anser att bedömningen skall ske av extern(a) person(er). Många av föreningarna anser att kompetensnivån bör definieras i genomgången specialistexamen.

Vad gäller *antalet specialiteter* finner de flesta av föreningarna att det medicinska kunskapsinnehållet motiverar ett stort antal specialiteter, samtidigt som det finns en insikt om att nuvarande differentierade system innebär kompetensproblem för jourlinjerna. Konkreta förslag till förändringar återfinns i en del av förslagen, de flesta betonar vikten av just den egna specialiteten.

Alla föreningar är positiva till *tillsvidareanställningsformen av ST-läkare*. Dock pekar flera på önskvärdheten av större cirkulation mellan stora och mindre sjukhus.

Vad gäller *SK-kurser* finns ett stöd från framför allt de mindre specialiteternas sida för att obligatoriet till viss del bör återinföras, men att flexibiliteten gentemot annat kursutbud måste bevakas. De mindre specialiteterna anger att ett återinförande av obligatoriet skulle stärka deras möjligheter till stöd för SK-kurser.

Flera föreningar anordnar ”egna” teoretiska moment som alternativ till Socialstyrelsens SK-kurser. Några anger även ett högkvalitativt kursutbud på nordisk eller europeisk nivå inom sina specialiteter som omistliga delar. Sammanfattningsvis ger föreningarna stöd för ett antal teoretiska moment inom specialistutbildningen, där SK-kurserna, bland andra kurser, spelar stor roll. Många underkänner dimensioneringen av kursutbudet, som i dag uppfattas som alltför låg med hänsyn till antalet ST-tjänster.

Landstingsförbundet

Landstingsförbundet anser att nuvarande system för *målbeskrivningar* är fördelaktigt genom att målen för utbildningen fastslås men inte i detalj anger *hur* man tar sig till dessa mål. Förbundet betonar att det är *verksamhetschefen uppgift*, som en del av det samlade ledningsansvaret, att bedöma om målen uppnåtts.

Förbundet är negativt till nuvarande stora *antal medicinska specialiteter*, och ifrågasätter meningsfullheten i att ha specialiteter med få yrkesutövare, särskilt där den kliniska verksamheten och kontaktytan mot allmänhet och patienter är liten. Översynen bör enligt förbundet försöka analysera vad en specialitet är, och utifrån ett samhälleligt perspektiv av-

göra vilka specialiteter som bör definieras och sanktioneras av samhället.

Tillsvidareanställning av ST-läkare överensstämmer med gängse anställningsform på svensk arbetsmarknad.

Förbundets syn på målbeskrivningarna som styrinstrument innebär även att det kursmässiga stödet i form av *SK-kurser* eller annat bör definieras för varje individ. Man betonar specialistutbildningen som en del av det livslånga lärandet, där specialistkompetens kan efterföljas av profilering av olika slag. Det är viktigt att ha ett utbildningssystem som är flexibelt och som har ett "generalistperspektiv" som bas ("common trunk"-idén är värd att vidareutveckla) efterföljt av specialisering i olika hög grad. Den högspecialiserade vården bör enligt förbundet inte ha några problem med att identifiera vilken ytterligare spjutspetskompetens som behövs och hur den skall utvecklas.

Landstingen

Samtliga landsting (11 st.) som besvarat enkäten anger att det finns fördelar med införandet av målbeskrivningar. Fem av landstingen påpekar dock att systemet med målbeskrivningar inte genomförts fullt ut; tjänstgöringstid används fortfarande som hållpunkt, och ST-läkaren ses som arbetskraft vilket motverkar utbildningsbehovet.

Något landsting anser att det finns ett stort behov av att utbilda handledare, ST-läkare och verksamhetschefer om vad målstyrd utbildning innebär. Det föreligger även en viss risk att verksamhetens egna behov styr specialisttjänstgöringens utformning, exempelvis i form av en alltför tidig subspecialisering.

Majoriteten av landstingen efterlyser någon form av *extern bedömning* av att specialistkompetensnivån uppnåtts, som komplement till *verksamhetschefens* intygande. Den externa bedömningen kan göras av objektiv sakkunnig, t.ex. en studierektor. *Specialistexamen* förordas av drygt hälften av landstingen. Ett landsting efterlyser även en uppföljning av ST-läkarnas kompetensnivå från centralt håll. Något landsting lyfter fram SPUR-inspektioner som en kvalitetshöjande åtgärd.

Vad gäller *borttagandet* av *obligatoriska SK-kurser* är uppfattningarna delade. Å ena sidan framhålls att ett borttagande av obligatoriet ger större frihet att delta i andra teoretiska moment, å andra sidan efterlyser man ett obligatorium för vissa kurser som borde vara gemensamma för alla ST-läkare. Samtliga landsting framhåller dock att utbudet av SK-kurser måste ökas; nuvarande låga utbud leder till att SK-kurserna ofta kommer för sent i utbildningen.

Införandet av tillsvidareanställning uppfattas som positivt av samtliga landsting. Några landsting påpekar dock att tillsvidareanställningen leder till att rörelsen mellan sjukhusnivåer minskar, vilket är negativt ur utbildningssynpunkt.

Vad gäller det *ökade antalet specialiteter* som infördes i samband med LSU-reformen framförs enhälligt att den långt drivna specialiseringen medför problem för verksamheten. Därför förordas ett system med färre och bredare specialiteter. Detta ställningstagande motiveras med kommentarer som att sjukvården blir dyr och ineffektiv med onödiga jourlinjer och internremittering, att vården bli fragmenterad och att alltför stort samordningsansvar därmed faller på primärvården, att "överblickskompetens" saknas, att kostnadsökningen för subspecialiseringen står inte i relation till patientnyttan samt att subspecialisering ger för smal kompetens för bakjoursbemanning inom länssjukvården.

Något landsting efterlyser en ny specialitetsindelning med breda specialiteter som bas, följd av sub- eller vidare specialisering som kan ha karaktären av profilering. Ett annat landsting efterlyser en resultatfokuserad utbildning där uppgiften som skall lösas styr behovet av kompetensutveckling. Fler specialister med generalistkompetens efterlyses för att en basal sjukvård skall kunna garanteras för befolkningen som helhet.

Socialstyrelsens expertgrupper

Samtliga av Socialstyrelsens expertgrupper uttrycker sitt stöd för principen med *målbeskrivningar*, men flertalet uttrycker reservationer för *verksamhetschefens* dubbla roll som både utbildningsansvarig och examinator. Drygt hälften av expertgrupperna förordar *specialistexamen* och/eller någon typ av *extern bedömning* som komplement till verksamhetschefens utlåtande. Någon grupp framhåller att dagens system med målbeskrivningar kräver kontrakt, utbildningsplan och genomförandekontroller för att utbildningen skall vara effektiv. Studierektorerna har en central roll i utbildningsplaneringen. Tre av expertgrupperna framhåller vikten av SPUR-inspektioner för kontroll av kvaliteten på den utbildande enheten.

Några av grupperna tar upp problemen med att genomföra sidoutbildningar, pga. avsaknaden av "ryggsäckspengar" för sådana utbildningar.

Vad gäller borttagandet av obligatoriet för *SK-kurser* anser majoriteten av expertgrupperna att detta är positivt; dock finns röster som förordar ett obligatorium för vissa definierade teoretiska moment. Bristande utbud av, och resurser för, SK-kurser påpekas av i stort sett samtliga grupper.

Majoriteten av expertgrupperna tar upp vikten av att vidmakthålla kompetensen efter att specialistnivån uppnåtts, genom vidareutbildningsaktiviteter som registreras i form av poäng. Någon typ av recertifiering föreslås också av flera.

Några av expertgrupperna (internmedicin, barn- och ungdomsmedicin samt kirurgi) berör *antalet specialiteter* och specialitetsindelningen, där man förordar ett system med relativt få breda basutbildningar efterföljt av ett system med grenspecialiteter. Andra förordar en ökning av antalet specialiteter mot bakgrund av det ständigt växande kunskapsområdet.

Studierektorerna

Tjugofyra svar har inkommit från enskilda studierektorer eller grupper av studierektorer. Vissa av studierektorerna företräder enskilda specialiteter, medan andra företräder grupper av specialiteter som t.ex. ”medicinska verksamhetsområdet” eller ”ickeopererande specialiteter”.

Införandet av *målbeskrivningar* uppfattas som positivt, jämfört med tidigare stipulerad tjänstgöringstid. Studierektorerna framhåller dock behovet av en ökad kvalitet i utbildningen, i form av bättre handledning, ökat samspel med studierektor i utbildningsplaneringen, kontinuerlig återkoppling mellan handledare och ST-läkare under utbildningen, extern bedömning av kompetensnivån samt examinationsförfarande. Man efterlyser också ett förtydligande av studierektors roll och meritvärdering av handledning.

Teoretiska moment under specialistutbildningen framhålls som viktiga, och borttagandet av obligatoriet för *SK-kurser* uppfattas av flertalet som negativt. Det minskade kursutbudet av SK-kurser ses som bekymmersamt, och större resurser för SK-kurser efterlyses.

Införandet av *tillsvidareanställning* uppfattas som positivt. Utbildningsplacering vid både länsdels-, läns- och regionsjukhusnivå förespråkas, medan utbildning vid alltför subspecialiserade enheter vid universitetssjukhus anses som ofördelaktigt vad gäller möjligheten att erhålla det breda perspektivet.

Enligt flertalet studierektorer står sig svensk specialistutbildning väl i ett internationellt perspektiv, men vissa reservationer förekommer. Risken för variationer i kvalitet beroende på utbildningsort påtalas av några; andra påtalar att kunskapen är sämre inom vissa områden, t.ex. akutmedicin och kirurgi, ytterligare andra påtalar sämre kunskaper i att kritiskt granska vetenskapliga artiklar och i att genomföra projektarbete.

Övriga

Nedan redovisas synpunkter från tre yrkesföreningar inom Sveriges läkarförbund – SYLF (Sveriges Yngre Läkares Förening), Svenska Överläkarföreningen, (numera Sjukhusläkarföreningen) och Svenska Distriktsläkarföreningen, samt synpunkter från Vårdförbundet – här representerat av Institutet för biomedicinsk laboratorievetenskap.

SYLF uppfattar införandet av *målstyrning* som positivt jämfört med tidigare system. Målstyrning ger större flexibilitet och större möjligheter till individuell utformning beroende på förkunskaper och intresse. *Verksamhetschefens dubbla roll* som utbildningsansvarig och examinator uppfattas dock som problematisk.

Borttagandet av obligatoriet för *SK-kurser* uppfattas som positivt av SYLF, eftersom obligatoriet hade en tendens att förlänga utbildningen

pga. ett för lågt utbud av kurser. Det positiva med ett obligatorium är att det signalerar vikten av teoretiska moment.

Införandet av *tillsvidareanställning* anses som positivt, eftersom det ger ST-läkaren möjlighet att känna sig delaktig i verksamheten och som en del av läkarkollegiet.

Vad gäller ST-utbildningen anser SYLF att det finns strukturella brister – utbildningen är inte sammanhållen och bristen på SK-kurser omöjliggör matchning av rätt kurs i rätt ST-fas. Studietid borde vävas in i tjänstgöringen. Enligt SYLF har handledningen brister, där mer stöd från handledaren samt kontinuerlig bedömning eller någon form av kontroller av måluppfyllelsen vore önskvärt. Utbildningsplanen kunde med fördel delas upp i perioder.

Ökad kvalitet i utbildningen ger ökad vårdkvalitet. SPUR-inspektioner av utbildande enheter förordas.

SYLF anser att sidoutbildningarna är problematiska, såtillvida att ST-läkaren ofta känner sig utnyttjad. Mål måste finnas även för sidoutbildningarna. Kontakt med huvudhandledare även under sidoutbildningen är viktig.Handledningsfunktionen måste lyftas fram och vara meriterande.

Vad gäller *antalet specialiteter* anser SYLF att det ökande antalet speglar kunskapsutvecklingen men ger smalare kompetens, vilket kan ge problem vid jourbemanning på mindre sjukhus.

Svenska Överläkarföreningen (nuvarande Sjukhusläkarföreningen) ser positivt på *målstyrning*, men för att den skall fungera väl är den beroende av handledning av god kvalitet samt verksamhetschefens omdöme. SPUR-inspektioner framhålls som en kvalitetshöjande åtgärd. Tillsvidareanställning uppfattas som positivt ur ett fackligt perspektiv.

Borttagande av obligatoriet för *SK-kurser* uppfattas som fördelaktigt, i och med att möjligheten ökar för individuell planering. Det låga utbudet av SK-kurser uppfattas däremot som negativt.

Överläkarföreningen anser att dagens specialistutbildning motsvarar patientens krav på kvalitet. Vissa farhågor uttrycks dock för att randutbildningar får mindre utrymme. Bredden på specialistläkarens kompetens bör vara av den omfattningen att specialisten kan upprätthålla första linjens jourssystem. Vad gäller specialitetsindelningen framhåller föreningen att målet bör vara att inte ha alltför stora skillnader inom EU- och EES-länderna.

Svensk Distriktsläkarförening (SDL) uppfattar systemet med *målbeskrivningar* som positivt jämfört med tidigare system med fasta tjänstgöringsperioder. Tillsvidareanställning anses som rimligt. SDL betonar att *SK-kurserna* är viktiga inslag i ST-utbildningen för att ge ett bredare perspektiv; borttagandet av obligatoriet för SK-kurser anses inte som något odelat positivt.

Vad gäller ökningen av *antalet specialiteter* ser SDL ökningen som en konsekvens av den medicinska utvecklingen. Nackdelen med denna ut-

veckling är att problem uppstår vid organisationen av jourverksamheten. Mindre sjukhus har svårt att få bakjournskompetenta läkare som klarar helheten. Subspecialiseringen börjar enligt SDL väl tidigt inom många specialiteter. Ett större inslag av "common trunk" inom närliggande specialiteter vore en tänkbar modell, som skulle bidra till en lösning av jourfrågan på mindre sjukhus.

SDL anser att dagens specialistutbildning för allmänmedicin motsvarar patienten krav på kvalitet. Specialistutbildningen i allmänmedicin står sig också väl i ett internationell perspektiv.

Vårdförbundet (Institutet för biomedicinsk laboratorievetenskap – IBL) har begränsat sitt svar till att kommentera de kliniska laboratoriespecialiteterna. IBL föreslår en minskning av dessa specialiteter genom fusionering. En sådan fusion kan enligt IBL få både positiva och negativa konsekvenser. Å ena sidan kan vi i framtiden få bredare specialister, vilket är av samhällsekoniskt intresse. Å andra sidan kan en förlust av djup kunskap uppkomma. Det senare kan dock kompenseras i viss mån av en effektivisering och optimering av utbildningen.

IBL uttrycker också ett stöd för en allmän minskning av antalet specialiteter.

Inkomna förslag på nya specialiteter och förslag till förändringar inom befintlig nuvarande specialitetsstruktur

Följande nya medicinska specialiteter har föreslagits i enkätundersökningen:

- akutsjukvård
- kärlkirurgi
- äldrepsykiatri
- palliativ medicin
- barnonkologi.

Följande förändringar av befintliga specialiteter och struktur har föreslagits:

- Yrkesmedicin och företagshälsovård läggs samman till ny specialitet med beteckningen arbets- och miljömedicin.
- Socialmedicin, yrkesmedicin, företagshälsovård samt del av infektionssjukdomar läggs samman till ny specialitet med benämningen folkhälsomedicin.
- Preventiv medicin kan vara en gemensam specialitet för flera av dagens specialiteter.
- Audiologi och foniatri läggs samman till ny specialitet med benämningen communication disorders.
- Klinisk fysiologi och nukleärmedicin sammanförs till en specialitet.
- Klinisk patologi och klinisk cytologi sammanförs till en specialitet.

- Internmedicin utgör basspecialitet och övriga invärtesmedicinska specialiteter utgör grenspecialiteter (inklusive geriatrik, neurologi och infektionssjukdomar).
- Laboratoriemedicin utgör basspecialitet med subspecialiteter/profile-ring.

Sammanfattning

Redovisningen visar att respondenterna ser fördelar med införandet av målbeskrivningar – även om en relativt stor grupp uttrycker farhågor för geografiska variationer i utbildningens innehåll. Alla ställer sig positiva till införandet av tillsvidareanställning, även om enstaka röster varnar för minskad rotation mellan sjukhus. Majoriteten uppfattar borttagandet av obligatoriska SK-kurser som fördelaktigt, men här finns respondenter som uppfattar borttagandet av obligatoriet som negativt och som skulle vilja införa vissa obligatoriska kurser. Det råder en stor enighet om att utbudet av SK-kurser är för lågt och att antalet kurser måste öka.

Verksamhetschefens dubbla roll som utbildningsansvarig och examinator får kritik från en klar majoritet. Som komplement föreslås någon typ av extern bedömning och/eller specialistexamen. Kvalitetsbrister i utbildningsplanering, handledning, uppföljning av mål etc. noteras från flera håll. SPUR-inspektioner stöds av en stor andel av respondenterna.

Vad gäller ökningen av antalet specialiteter finns delade uppfattningar, där framför allt landstingen företräder uppfattningen om en alltför långt driven subspecialisering.

ST-läkares syn på specialiseringstjänstgöringen – en SYLF-undersökning

Under hösten 2000 genomförde SYLF en enkätundersökning till ett urval av de medlemmar som haft legitimation två år eller längre (SYLF 2001). Var åttonde medlem (av totalt 3 500) motsvarade ovanstående kriterier, och det slutliga urvalet uppgick till 431 individer. Av dessa har 390 besvarat enkäten, vilket motsvarar 88 procents svarsfrekvens.

I texten nedan redovisas endast de delar av enkäten som berör anställningsförhållanden, kvalitetsfaktorer i specialistutbildningen, finansiering av sidutbildning samt kvalitetsbrister i utbildningen.

I tabell 2 redovisas anställningsförhållanden.

Tabell 2. Respondenternas anställningsform (n=379). Antal och andel (%).

Anställningsform	Antal	Andel (%)
ST tillsvidareanställning	221	58
ST tidsbegränsad anställning	105	28
Vikariat som underläkare	30	8
Annan anställningsform	23	6

Majoriteten av respondenterna har, som framgår av tabellen, en ST-tjänst. Det kan ifrågasättas huruvida de individer som inte innehar en ST-tjänst skall ingå i materialet, men SYLF:s utgångspunkt har varit att redovisa situationen för alla medlemmar som haft legitimation två år eller längre.

I tabell 3 redovisas vissa kvalitetsaspekter i utbildningen. Respondenterna har besvarat frågor om förekomsten av vissa moment, och dessutom värderat dess kvalitet eller efterlevnad.

Tabell 3. Förekomst av kvalitetsmoment i specialistutbildningen. (n=355). Antal och andel (%).

Moment	Förekomst		Positiv värdering	
	antal	andel (%)	antal	andel (%)
Introduktionsprogram	121	33	90	63
ST-kontrakt	278	78	204	74
ST-handledare	354	65	233	70
Struktur på utbildning	231	65	158	62
Ledarskapsutbildning	143	40	105	62

Tolkningen av svaren är något problematisk, eftersom det är oklart hur många individer som formellt är att betrakta som ST-läkare. Utan att övertolka resultatet ger dock svaren ett intryck av att det finns brister vad gäller handledningens kvalitet och utbildningens struktur.

Finansieringen av sidoutbildningen har lösts på varierande sätt, enligt respondenterna. Vanligast är att moderklinik och mottagande klinik delar på kostnaden, tätt följt av att moderkliniken är ensam finansiär. Endast en liten andel av de mottagande klinikerna svarar för finansieringen på egen hand. Även om finansieringsfrågan förefaller att vara löst, så uttrycks på en öppen fråga om kvalitetsbrister i utbildningen ändå ett missnöje med sidoutbildningstjänstgöringen ur utbildningssynpunkt.

Den sammanfattande bedömningen av utbildningens kvalitet visar att 78 procent av respondenterna anser att kvaliteten är relativt god eller mycket god. Stora skillnader förekommer dock, vilka är relaterade till

anställningsförhållandena. Inte helt oväntat är missnöjet störst bland de vikarierande underläkarna.

SYLF-undersökningen har ett antal metodologiska svagheter som hänger samman med urvalsförfarande, internt bortfall och frågekonstruktionen. Trots dessa brister finns det anledning att ta hänsyn till undersökningens resultat vad gäller specialistutbildningens kvalitet. Resultaten ligger även i linje med vad som erfarits i denna utrednings egen enkätundersökning till intressenterna.

Internationella förhållanden med tonvikt på EU och Norden

Inledning

I följande avsnitt redovisas inledningsvis i jämförande syfte antalet medicinska specialiteter i ett urval av andra länder. Därefter följer en genomgång av de delar av EG:s regelverk som har betydelse i för den fria rörligheten av specialistutbildade läkare, samt de europeiska organisationer som har inflytande på specialistläkarutbildningen. Avslutningsvis redovisas nuvarande förhållanden i Norden och de pågående översynerna av de medicinska specialiteterna i Norge och Danmark.

Medicinska specialiteter och specialitetsindelning i andra länder (EU, EES)

Antalet medicinska specialiteter, liksom principerna för specialitetsindelningen, varierar internationellt sett. Antalet specialiteter inom EU-länderna varierar från 29 (Holland) till 104 (Irland). Några länder har endast bas- (eller huvud-) specialiteter, medan andra har bas- och grenspecialiteter. I några länder finns registrerade fackområden som inte har specialiststatus.

De variationer som finns vad gäller specialitetsindelning, antal specialiteter och även specialistläkareutbildningen har delvis sin förklaring i skillnader i utbildningstraditioner och i hälso- och sjukvårdens organisation men i vissa fall har specialitetsutvecklingen påverkats av enskilda personers initiativ och inflytande.

I tabell 4 redovisas antal specialiteter i samtliga EU- och EES-länder samt, för jämförelsens skull, även i USA och Kanada. I den yttre kolumnen redovisas det antal specialiteter som av respektive land anmälts till EU. Antalet anmälda specialiteter varierar mellan 25 och 44.

Tabell 4. Antal erkända specialiteter i respektive EU- och EES-land samt i USA och Kanada.

Länder	Totalt antal specialiteter	Bas-specialiteter	Gren-specialiteter	Antal specialiteter i EG-direktivet
EU				
Belgien	38	28	10	31
Danmark	42	25	17	41
Finland	49	49	0	40
Frankrike	39	36	3	38
Grekland	37	37	0	36
Holland	29	29	0	32
Irland	104	49	55	39
Italien	49	49	0	44
Luxemburg	39	39	0	42
Portugal	45	45	0	37
Spanien	43	43	0	42
Storbritannien	57	57	0	38
Sverige	62	62	0	39
Tyskland	58	41	17	30
Österrike	67	45	22	31
EES				
Norge	43	30	13	41
Island	50	29	21	32
Liechtenstein	39	39	0	39
Schweiz	52	49	3	34
USA	102	36	66	
Kanada	52	29	23	

Källor: Sundhetsministeriet 2000, dir. 93/16 EEG.

EES-avtal, EG-direktiv m.m.

EG:s läkardirektiv

Läkarnas fria rörlighet på den europeiska arbetsmarknaden regleras av det s.k. läkardirektivet (93/16/EEG). Detta direktiv består av en *erkännandedel* och en *samordningsdel*. I en bilaga till direktivet specificeras vilka examensbevis, certifikat och andra kompetensbevis som ömsesidigt skall erkännas. De examensbevis som anges är dels legitimationsnivån, dels bevis på specialistkompetens i ett antal angivna specialiteter.

När det gäller specialistnivån innebär direktivet att länderna skall erkänna varandras bevis om specialistkompetens under förutsättning att den aktuella specialiteten förekommer i mottagarlandet.

I *samordningsdelen* fastställs de minimikrav som måste uppfyllas för att utbildningsbeviset skall godkännas. Bevis om specialistkompetens förutsätter en fullständig genomförd läkarutbildning samt därefter 3–5 års prak-

tisk utbildning inom specialiteten. Specialiteterna är uppdelade i grupper, där kraven på vidareutbildning är respektive minst 3, 4 eller 5 år. Det förutsätts att utbildningen har skett genom betald tjänstgöring som godkänns av medicinalmyndigheterna i respektive land.

I direktivet återfinns för närvarande 52 specialiteter. Av de 52 specialiteterna återfinns 17 i samtliga EU-länder; återstoden av de förtecknade specialiteterna återfinns i minst 2 länder vardera. I förteckningen används läkardirektivets engelska specialitetsbeteckningar.

Nytt läkardirektiv 2001/19

År 2001 kom ett beslut om att utfärda ett nytt läkardirektiv, som medlemsländerna måste tillämpa senast den 1 januari 2003. De största förändringarna är följande:

- Listan på specialiteter i direktivet har flyttats till direktivets bilaga, vilket underlättar ändringar i specialitetsförteckningen. Besluten behöver inte fattas av ministerrådet utan enbart av kommissionen efterhörande av CSOPH (Committee of Senior Officials of Public Health). Det innebär att förändringar av specialitetsförteckningen kan genomföras snabbare.
- Minimitiden för särskild utbildning för allmänpraktik (s.k. Europa-läkare) blir 3 år i stället för nuvarande 2 år.

Förslag att sammanföra läkardirektivet och det generella systemet

Europeiska kommissionen lade i mars 2002 fram ett förslag om att föra samman de tidigare sektoral direktiven (t.ex. läkardirektivet) och det generella systemet i ett gemensamt direktiv. Enligt förslaget skulle endast de 17 specialiteter som är gemensamma för samtliga länder kvarstå. För alla andra specialiteter (som förekommer i minst 2 medlemsländer) skulle det generella systemet användas. Det betyder att mottagarlandet inte längre automatiskt måste godkänna bevis om specialistkompetens utan kan ställa krav på kompletterande utbildning.

Ett annat förslag är att inflyttade läkare måste ha tillräckliga kunskaper i mottagarlandets språk.

Socialstyrelsen har yttrat sig till Utbildningsdepartementet i frågan och avstyrker förslaget att endast 17 specialiteter föreslås få automatiskt godkännande. Vad gäller språkkunskaper stöder Socialstyrelsen förslaget.

Konsekvenser av EU-medlemskap och EES-avtal

Bestämmelserna i EG:s läkardirektiv är tillämpliga för hela EES-området, dvs. för de 15 nuvarande EU-länderna samt Norge, Island, Liechtenstein och Schweiz. Det innebär dels ett godkännande av utbildnings- och ex-

amensbevis för grundläggande utbildning, dels ett godkännande av specialistkompetens. När det gäller specialistkompetensnivån har för Sveriges del 39 av EU:s sammanlagt 52 specialiteter anmälts.

Sverige måste godkänna övriga medlemsländers examensbevis/legitimation, liksom bevis om specialistkompetens, under förutsättning dels att den aktuella specialiteten förekommer i Sverige, dels att den finns redovisad i EG-direktivet respektive EES-avtalet. På motsvarande sätt måste övriga länder godkänna svenska examensbevis samt bevis om specialistkompetens.

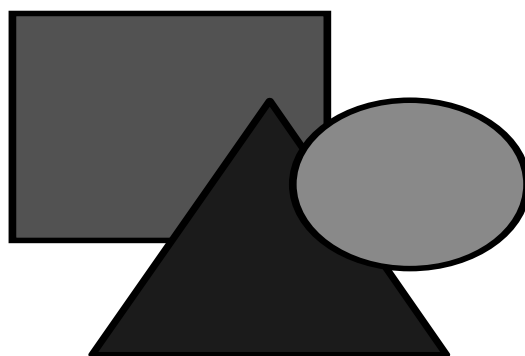
Europeiska organ och organisationer av betydelse för specialistutbildningen

EG-organ

Europeiska kommissionen har sedan läkardirektivets tillkomst 1975 två rådgivande kommittéer till sitt förfogande – dels Advisory Committee on Medical Training (ACMT), dels Committee of Senior Officials on Public Health (CSOPH).

Organisationskartan nedan visar dels de officiella EU-organen (övre delen), dels de europeiska läkarorganisationer som tillvaratar den medicinska professionens intressen. Nedan följer dessutom en kort presentation av EU-organen samt läkarorganisationerna CPME och UEMS.

ACMT har till uppgift att ge rekommendationer och förslag beträffande läkardirektivet. Kommittén består av tre ordinarie ledamöter och tre suppleanter från vart och ett av de 15 EU-länderna. Ledamöterna representerar de medicinska fakulteterna, den medicinska professionen samt den behö-



Figur 1. Organisationskarta över EU-organ samt europeiska läkarorganisationer.
Källa: SNAPS 2002.

riga nationella myndigheten för specialistutbildningen. Förslag finns för närvarande på att ACMT skall avskaffas och ersättas av en kommitté för alla professioner – Committee on the Recognition of Professional Qualification.

ACMT har genomfört fem studier av specialistutbildningen för läkare och har på grundval av dessa sammanställt fyra rapporter; den femte finns endast i form av utkast (ACMT 1979, 1983, 1986, 1996 samt 2001).

Den *första* rapporten granskar flera aspekter av specialistutbildningen, och rekommendationer utfärdas angående den behöriga myndighetens funktion, behovet av urval av läkare till specialistutbildningen samt skälig ersättning under utbildningstiden. I rapporten rekommenderas utbildningen utgå från en gemensam kunskapsbas – ”common trunk” – och går vidare mot allt större specialisering.

I den *andra* rapporten tas konceptet ”common trunk” för närbesläktade specialiteter upp på nytt och vidareutvecklas, och fördelarna med att gruppera om olika specialiteter efter deras faktiska ämnesområde påpekas. Utbildningens längd för olika specialiteter granskas. I rapporten rekommenderas också att både universitetssjukhus och andra sjukhus används för utbildningen. Därutöver föreslås kriterier som behörig myndighet kan använda för godkännande av utbildningsinstitutioner och för att säkerställa utbildningens kvalitet.

Den *tredje* rapporten belyser på nytt frågor som tagits upp i de två första rapporterna, bl.a. följande:

- urvalsmetoder för antagning
- detaljerade uppgifter om utbildningsprogram, inkl. områden som teoretisk och praktisk undervisning
- metoderna att kontrollera de blivande specialisternas framsteg under utbildningsperioden
- formen för slutbedömning
- beviljande av specialistbehörighet.

Inga nya rekommendationer läggs fram, utan i stället tas vissa rekommendationer från de två tidigare rapporterna upp på nytt – bl.a. rekommendationen om ”common trunk”.

Den *fjärde* rapporten föreslår en revision av läkardirektivet. Förslaget innehåller en förteckning med 75 specialitetsbeteckningar, varav 21 finns i alla medlemsstater och 54 i 2 eller flera medlemsstater. Förslaget har ännu inte blivit föremål för beslut.

Rapporten innehåller också ett förslag om en utbyggnad av direktivets artikel 24, vilken innebär krav på ett strukturerat utbildningsprogram, användandet av ”common trunk” när det är tillämpligt samt att utbildningen skall vara koordinerad, handledd och reglerad av en nationell myndighet.

Den *femte* rapporten (utkast) innehåller ett förslag till en ny bilaga till

läkardirektivet, med de 75 specialiteterna som tas upp i den fjärde rapporten. Förslaget är inte behandlat.

CSOPH

Committee of Senior Officials on Public Health (CSOPH leds direkt av kommissionen. Kommittén består av en delegat och en suppleant från ministerier respektive nationella myndigheter i vart och en av de 15 medlemsländerna. CSOPH har en central roll som rådgivare till kommissionen. Framtiden för CSOPH är dock oviss enligt kommissionens nya förslag till direktiv.

CPME (Comité Permanent des Médecins Européen)

CPME (även Standing Committee of European Doctors) fungerar som paraplyorganisation för den medicinska professionens olika europeiska organisationer. I denna egenskap intar CPME oftast rollen som kontaktorgan för myndigheter och beslutsorgan inom EU. Medlemmar i organisationen är läkarförbunden (motsvarande) i respektive land inom EU. Andra europeiska läkarförbund är observatörer.

UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes)

Specialistläkarorganisationen UEMS (även European Union of Medical Specialists) bildades 1958 och arbetar främst med en harmonisering av medlemsstaternas specialistutbildning samt fortbildning. Ordinarie medlemmar i UEMS är samtliga EU-länder samt Norge, Schweiz och Island.

UEMS har 34 specialistsektioner, vilka representerar de ”större” specialiteterna inom EU.

Sveriges läkarförbund har genom sitt medlemskap i UEMS haft möjlighet att påverka harmoniseringsarbetet beträffande specialistutbildning och arbetet med fortbildningsfrågor.

UEMS publicerar dokument och policyskrifter med anknytning till specialist- och fortbildning av läkare. Bland annat har UEMS gett ut rekommendationer för specialistläkarutbildningen som anger följande:

- Specifika krav på utbildande enhet, både vad gäller klinisk bredd och patientmaterial; ofta anges krav på interna auditsystem samt i många fall att den utbildande enheten skall externgranskas för att ges ”status” som utbildande enhet.
- Specifika krav på utbildande handledare (lärare) vad gäller kompetens, och i en del fall även vad gäller den seniora läkarstaben (”teaching infrastructure”) i stort vid enheten.
- Specifika krav på erfarenheter för den individ som utbildas, inklusive samtalsmetodik (”sufficient linguistic ability to communicate with pa-

tients”); ofta anges även behov av loggbok för individen under utbildningstiden (UEMS 1997, 1999).

Gemensamt för de flesta av rekommendationerna är en längre utbildningsperiod än den svenska miniminivån om 5 år; merparten av utbildningarna föreslås till 6 år (UEMS 1996).

Nordiska översyner av specialistläkarutbildningen

Finland

I Finland initierades en översyn av de medicinska specialiteterna under 1995 med medverkan från universitetens medicinska fakulteter, Social- och hälsovårdsministeriet, Rättsskyddscentralen för hälsovården samt Undervisningsministeriet. Fram till denna översyn hade Finland totalt 92 medicinska specialiteter uppdelade på bas- och grenspecialiteter. Grenspecialitet kunde erhållas efter två års utbildning efter basspecialiteten. Utbildningstiden för att erhålla av basspecialitet var totalt sex år, varav de två första åren innefattade allmän utbildning och de fyra efterföljande åren träning inom specialiteten.

Ansvaret för specialistläkarutbildning i Finland åvilar universiteten och dess medicinska fakulteter.

Utgångspunkterna för översynen var följande:

- Den hittillsvarande grenspecialiseringen (efter erhållandet av basspecialitet) på två år ansågs inte fylla gällande EU-krav om tillräcklig utbildningstid och kompetens.
- Det fanns önskemål om bredare kompetenser inom specialistläkarsystemet för att bättre motsvara sjukvårdens krav.
- Det behövdes en bättre struktur för utbildningen.
- Insatserna för handledning under specialiseringstjänstgöringen behövde förstärkas.

Uppgiften innefattade även att ge förslag om en arbetsfördelning mellan universiteten och de medicinska fakulteterna kring specialistläkarutbildningen, samt att ge ett förslag till ny förordning om de medicinska specialiteterna. Översynen har skett i flera steg, med remissomgångar till berörda parter.

Översynen resulterade i en ny förordning (Finlands författningssamling 1998:678) där antalet medicinska specialiteter har minskat från 92 till 49. Utbildningen sker i utbildningsprogram, där två eller flera utbildningsprogram kan ha en gemensam stomme (”common trunk”) när detta är motiverat, mot bakgrund av kunskapsinnehåll och de färdigheter som behövs

inom respektive specialitet.

Utbildningstiden kortades från tidigare 6 års basspecialitetsträning och 2 års grenspecialitetsträning, till totalt 5 eller 6 år beroende på specialitet. Gemensamt för alla specialistläkarutbildningar infördes även ett krav på att minst ett halvår skall fullgöras inom primärvården. Utbildningen avslutas med en obligatorisk specialistläkarexamen som anordnas av universitetet.

Under hösten 2002 avser man att göra en förändring vad gäller specialistläkarutbildningen, där kravet på tjänstgöring inom primärvården ökas till 9 månader. Därtill förordnas att hälften av tiden för specialistläkarutbildningen skall fullgöras i tjänstgöring utanför universitetssjukhus (Personlig kommunikation 2002).

Dessa förändringar har dock inte inneburit att staten avsatt ytterligare resurser för specialistläkarutbildningen.

Danmark

Efter beslut av Sundhetsministeriet tillskapades i juli 1998 Speciallegekommissionen, som har haft följande uppdrag:

- att göra en översyn av de medicinska specialiteterna för att bl.a. tillskapa en optimal specialitetsstruktur med hänsyn till sjukvårdens krav
- att inom översynen ta särskild hänsyn till den medicinska utvecklingen och de strukturella förändringar som skett och sker inom sjukvården, och därvid särskilt beakta behoven av en ökad funktionell samordning
- att lägga förslag om utbildningskraven för de föreslagna medicinska specialiteterna, och därvid även värdera specialiteter som bör vara föremål för statlig reglering respektive specialområden som bör vara intresseområden/expertområden utan statlig reglering
- att även beakta direktiv från EU och nordiska konventioner kring medicinska specialiteter, och därvid vara uppmärksam på direktivet om en ökande andel ”common trunk” (ACMT 1996)
- att lägga förslag om förändringar i utbildningssystemet i syfte att säkra effektivitet och kvalitet i vidareutbildningen till specialistläkare, och särskilt beakta möjligheterna till mer av decentraliserad förankring av utbildningen, samt även mer av decentraliserad administration av utbildningen.

Speciallegekommissionen lämnade sitt betänkande i maj 2000 (Sundhetsministeriet 2000), vilket innehöll förslag uppdelade på flera delområden:

- Kvalitetsförbättringar av specialistläkarutbildningen, inklusive inspektioner av utbildningsenheter.
- Mål för specialistläkarutbildningen.

- Struktur för utbildningen, uppdelat på turnusutbildning (totalt 18 månader, varav 6 månader i primärvård), introduktionsutbildning (1 år) och huvudutbildning (4–6 år, den senare tiden för internmedicinska och kirurgiska specialiteter).
- Målbeskrivningar för varje specialitet om kompetensområdet, vilka fastställs av Sundhetsministeriet.

När det gäller indelningen av medicinska specialiteter föreslås att tidigare 25 basspecialiteter och 17 grenspecialiteter förändras till totalt 37 medicinska specialiteter, varav 9 ingår i gruppen internmedicinska specialiteter med betydande bredd inom internmedicinen, och 5 ingår i gruppen kirurgiska specialiteter med motsvarande bredd inom kirurgi.

Kommissionen föreslår även att nationella, regionala och amtsvisa råd bör upprättas för att organisera och styra specialistläkarutbildningen; på regional nivå bör därtill inrättas även en klinisk-pedagogisk utvecklingsfunktion för att stödja den kliniska utbildningen

Beträffande teoretisk utbildning föreslås totalt 22 veckors teoretisk utbildning under specialistläkarutbildningen, varav 12 veckors forskningsutbildning, 4 veckors tvärfacklig utbildning i läkarrollens olika dimensioner (kommunikation, ledarskap, administration, samarbete och pedagogik) samt 6 veckors ämnesspecifika kurser.

Speciallegekommissionens olika förslag är nu under genomförande. Ett nationellt råd för specialistläkarutbildningen har etablerats, liksom de regionala och amtsvisa råden för specialistläkarutbildningen. Framtagandet av målbeskrivningar per specialitet är för närvarande i slutskedet. Beskrivning av "common trunk"-innehåll inom invärtesmedicin respektive kirurgi pågår. Introduktion av de teoretiska kurserna förbereds. Start av den förändrade specialistläkarutbildningen beräknas ske den 1 januari 2004.

Tiden för specialistläkarutbildning i Danmark är med nuvarande system 13–15 år, varför en mera sammanhållen "blockutbildning" föreslås av kommissionen.

Förändringarna betyder sammantaget ett behov av stort resurstillskott (ca 115 miljoner kronor per år) från statens sida, främst vad gäller de föreslagna teoretiska momenten och rådsfunktionerna på olika nivåer.

Norge

Norska Stortinget beslutade 1997 på förslag från Sosial- og Helsedepartementet om en översyn av den norska specialistläkarutbildningen, mot bakgrund av rekryteringsproblemen till specialistläkarbefattningar, fördelningsproblem geografiskt vad gäller specialistläkare, kvalitets- och effektivitetsproblem kring specialistläkarutbildningen och strukturproblem med nuvarande specialitetsområden.

För denna översyn tillskapades ett nationellt råd för specialistläkarut-

bildning fr.o.m. den 1 januari 1999, som har arbetat och arbetar med fyra delperspektiv:

- specialistutbildning inom sjukhusbaserade specialiteter
- genomgång av specialitetsstrukturen
- efterutbildning av specialister
- specialistutbildning i primärmedicinska specialiteter.

Den första delrapporten ”Utdanning av leger i sykehusbaserte spesialiteter” (Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling 2001) behandlar övergripande mål för specialistutbildningen, insatser för att öka kvalitet och effektivitet i utbildningen, samt utbildningens dimensionering, organisation och finansiering.

Bland förslagen till kvalitetsförbättringar finns en förstärkt handledningsfunktion, en utökad akademisk träning med fördjupningsuppgifter/projektarbeten, bättre samordning av huvud- och sidoutbildningar samt tydligare krav på utbildande enhet. Rapporten ger även förslag om dimensionering av utbildningspositioner och föreslår ett större statligt finansieringsåtagande för läkartjänster under utbildningstiden.

Sammantaget omfattar detta statliga finansieringsåtagande för utbildningstjänster ca 300 miljoner kronor, och de föreslagna kvalitetsinsatserna i övrigt, framför allt från universitetens sida kostnadsberäknas till ca 60 miljoner kronor årligen.

Den andra delrapporten ”Efterutdanning av legespecialister”, (Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling 2002) behandlar organisationen av läkares formella efterutbildning motsvarande 8–15 utbildningsdagar per år utanför arbetsplatsen. Formellt recertifieringsförfarande avvisas. Förslaget innebär en ambitionsökning jämfört med nuvarande situation och med en sammantagen merkostnad på ca 125 miljoner kronor.

För närvarande pågår även en värdering av specialitetsstrukturen stegvis inom det nationella rådets ram.

I Norge finns för närvarande 43 godkända medicinska specialiteter, uppdelade på 30 huvudspecialiteter och 13 grenspecialiteter.

Sammanfattande synpunkter efter en internationell jämförelse

Utredningen konstaterar följande efter en genomgång av förhållandena kring specialistläkarutbildning inom EU och Norden:

- Sverige är det enda land där specialistläkarutbildningen inte styrs av tidsangivna tjänstgöringar inom huvud- respektive sidospecialiteter.
- Sverige har de lägsta formella kraven kring specialistutbildningen.

- Teoretiska moment ges en annan formell tyngd inom specialistläkarutbildningen i de flesta andra länderna.
- Diskussioner om fler gemensamma delar mellan specialiteterna i specialistutbildningen, dvs. en ambition av ökad bredd i utbildningen, förs i merparten av länderna.
- Sverige har ett förhållandevis högt antal medicinska specialiteter jämfört med övriga EU.

Gemensamt för den pågående utvecklingen kring specialistläkarutbildningen i de nordiska länderna verkar vara att de aktuella översynerna bl.a. utgått från en oro för specialistläkarutbildningens kvalitet, dvs. ett fokus på kvalitetssäkring. Därtill understryks behovet av en bredd i de medicinska kompetensområdena för att dessa bättre skall svara upp mot sjukvårdens krav, vilket även resulterat i förslag om färre medicinska specialiteter – framför allt i Finland, men även i Danmark.

Obligatorisk specialistläkarexamen finns i Finland och anordnas där i universitetens regi. I Norge och Danmark finns inget krav på motsvarande examination.

Till skillnad från situationen i de övriga nordiska länderna är statens engagemang för specialistläkarutbildningen i Sverige lågt. Till viss del kan detta förklaras av att dimensionering av specialistutbildningstjänster och prioritering mellan olika specialiteter vad gäller dimensionering av utbildningspositioner för enskilda specialiteter åvilar sjukvårdshuvudmännen. Kvalitetssäkringsfrågor för specialistläkarutbildningen har i hög grad bearbetats av Sveriges läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet, förutom av sjukvårdshuvudmännen.

Sammanfattning – del I

Sedan införandet av en offentligrättslig reglering av läkarnas specialistutbildning 1960 har två större utredningar/översyner av specialistutbildningen genomförts, 1965 och 1985, vilka har inneburit förändringar i såväl utbildningen som specialitetsstrukturen.

Den senare av dessa båda utredningar ledde till den utbildning och specialitetsindelning som gäller i dag. Utbildningen karaktäriseras av att den är målstyrd och sker under tillsvidareanställning som läkare. Minimitid för utbildningen är fem år. Kvalitetskontrollen åvilar verksamhetschefen som intygar att målen uppnåtts. Specialistbevis utfärdas av Socialstyrelsen med intyget som grund.

Specialitetsstrukturen är uppbyggd enligt enhetsmodellen, dvs. alla specialiteter är (i teorin) basspecialiteter. Specialitetsföreteckningen omfattar 62 specialiteter.

Beskrivning och analys av den nuvarande specialistutbildningen visar att många aktörer är involverade i läkarnas specialistutbildning. Staten sätter ramarna för specialistutbildningen och har ansvaret för att utfärda specialistbevis samt för att finansiera SK-kurserna. Staten har dock en mycket begränsad roll vad beträffar genomförandet av utbildningen och kvalitetskontrollen av densamma. Landstingen svarar för finansieringen av ST-tjänsterna, handledarutbildning och inrättandet av studierektorsbefattningar. Kvalitetskontrollen av uppnådd specialistkompetens åvilar verksamhetschefen. Den medicinska professionens intresseorganisationer bidrar på frivillig väg med många kvalitetssäkringsåtgärder.

Ansvaret för utbildningen är således splittrat och det finns stora inslag av frivillighet. Det finns därmed en risk att lokala förutsättningar påverkar specialistutbildningens kvalitet och innehåll i allt för stor utsträckning.

Analysen av målbeskrivningar och specialitetsstrukturen visar att specialiteterna är av mycket olika karaktär. Några är knutna till bestämda organ eller sjukdomar, några till bestämda diagnostiska metoder, några till bestämda behandlingsformer och slutligen några till organisatoriska former av vård. Den nuvarande strukturen har benämnt enhetsmodellen, i det att varje specialitet (i teorin) är självständig och har samma ställning författningsmässigt. I praktiken är dock strukturen inte enhetlig. De opererande och invärtesmedicinska specialiteterna anger en gemensam kunskapsbas för samtliga specialiteter inom respektive kategori, men så är inte fallet för de laboratoriemedicinska eller de psykiatriska specialiteterna. Inom de barnmedicinska och radiologiska specialiteterna anges att speci-

alistkompetens i moderdisciplinen är en förutsättning för att uppnå specialistkompetens i subspecialiteterna inom respektive kategori. För vissa andra specialiteter, t.ex. skolhälsovård, företagshälsovård, smärtlindring och klinisk näringslära, förutsätts specialistkompetens (eller motsvarande kunskaper) i annan specialitet.

Olikheterna i strukturen får som konsekvens att utbildningstiden för att uppnå specialistkompetens varierar beroende på specialitet.

Från den genomförda enkätundersökningen inom denna översyns ram framkommer huvudsakligen positiva omdömen om införandet av målbeskrivningar och tillsvidareanställning. Majoriteten av respondenterna är dock kritiska mot verksamhetschefens dubbla roll som utbildningsansvarig och examinerare, och föreslår någon typ av extern bedömning och/eller specialistexamen som komplement. Kvalitetsbrister i utbildningsplanering, handledning, uppföljning av mål uppmärksammas av många respondenter. SPUR-inspektioner av de utbildande enheterna stöds av en stor andel av respondenterna.

Av enkäten framgår också att det finns stor enighet om att utbudet av SK-kurser är för lågt och att resurstilldelningen till SK-kurserna måste öka. Vad gäller antalet specialiteter finns delade uppfattningar, där framför allt landstingen företräder uppfattningen om en alltför långt driven subspecialisering.

De redovisade resultaten från SYLF-enkäten till ST-läkare ligger helt i linje med vad som sagt ovan, vad gäller kvalitetsaspekter av utbildningen.

Den internationella jämförelsen vad gäller specialistutbildningen av läkare (i EU och Norden) visar följande:

- Tidsangivna tjänstgöringar inom huvud- respektive sidospecialiteter är normen i alla länder utom Sverige.
- Teoretiska moment i utbildningen har en annan formell tyngd i de flesta andra länder.
- Diskussioner om en ökad bredd i utbildningen, t.ex. genom införandet av en gemensam kunskapsbas ("common trunk") för kategorier av specialiteter, förs i merparten av länderna.
- Sverige har ett förhållandevis högt antal specialiteter.

DEL II

Vad är en medicinsk specialitet?

I rapportens första del konstateras att en medicinsk specialitet konceptuellt inte är en homogen entitet. Det finns inte några fastställda – begreppsliga eller andra – kriterier för vad som utgör en medicinsk specialitet eller vad som avgränsar en specialitet mot en annan. De nuvarande medicinska specialiteternas mycket olika karaktär är en illustration av detta. Det faktum att andra länder har valt formalisera andra specialiteter än Sverige belyser samma fenomen, liksom även det varierande antalet specialiteter i olika länder.

Ett vanligt antagande vid försök att definiera vad som konstituerar en medicinsk specialitet är att en specialitet består av ett specifikt medicinsk kunskapsområde som inte finns representerat inom någon annan specialitet. (Det vanligaste argumentet för att införa en ny specialitet bygger på ett sådant antagande.)

Vid närmare granskning håller emellertid inte detta antagande. Det finns organspecialiteter som har tydligt avgränsade och specifika kunskapsområden, som t.ex. specialiteten ögonsjukdomar; därmed inte sagt att specialiteten ögonsjukdomar inte delar vissa kunskaper med andra specialiteter. Andra organspecialiteter, exempelvis kardiologi, har ett kunskapsområde som är gemensamt med andra invärtesmedicinska specialiteter och ett organspecifikt kunskapsområde. Tillsammans konstituerar kombinationen av dessa båda kunskapsområden specialiteten kardiologi. Samtliga organ- och sjukdomsspecialiteter inom den invärtesmedicinska specialitetsgruppen är i dag uppbyggda enligt den konstruktionen. Samma konstruktion återfinns även för de opererande specialiteterna.

Av ovanstående resonemang framgår att vissa specialiteter innehåller enbart eller en mycket stor andel specifik kunskap som inte återfinns i andra specialiteter, medan andra är uppbyggda av en kombination av – för en grupp specialiteter – gemensam kunskap och specifik kunskap.

Det finns emellertid andra specialiteter som snarare är uppbyggda enbart på gemensam kunskap, t.ex. allmänmedicin, där det specifika ligger i kombinationen av kunskaper och kontexten.

Därutöver är det möjligt att identifiera specialiteter som en specifik kunskapsmassa men som förutsätter specialistkompetens (eller motsvarande kunskaper) i annan specialitet, exempelvis klinisk näringslära och smärtlindring. Med andra ord, specialiteten utgörs av en annan specialitet samt en specifik kunskapsmassa.

Sammanfattningsvis kan man säga att det är möjligt att identifiera

minst fem typer eller kategorier av specialiteter i Sverige, där extremvarianten å den ena sidan är en specialitet som innehåller i huvudsak en kunskapsmassa som delas av andra och där extremvarianten å den andra sidan är en specialitet som i princip består i huvudsak av specifik eller unik kunskap som inte delas av någon annan specialitet. Däremellan finns specialiteter med olika grader av delad kunskap och specifik kunskap.

Mot bakgrund av ovanstående resonemang infinner sig naturligt frågan om varför vissa kunskapsområden får ställning som medicinsk specialitet men inte andra. Det finns ju en rad medicinska verksamhetsområden som innehåller specifik kunskap men som inte är medicinska specialiteter.

Den danska socialmedicinaren Vallgård, som analyserat specialiseringen inom sjukhusväsendet (i Danmark) ur ett historiskt och komparativt perspektiv, hävdar att specialiseringen är kulturell konstruktion, dvs. att den bestäms av samhällsfaktorer av olika slag. Vallgård menar följande:

"Att säga att specialiseringen är en kulturell konstruktion är inte detsamma som att säga att den inte är funktionell eller rationell. Den kan vara rationell till några mål och inte till andra. Det finns olika rationaliteter i olika länder och olika rationaliteter bakom olika specialiteter. Men det finns inte någon i sig 'naturlig' eller 'saklig rationell' uppdelning" (Vallgård 1996).

Varför en offentlighetsrättslig reglering av medicinska specialiteter?

En offentlighetsrättslig reglering av medicinska specialiteter har tillkommit som en kvalitetsgaranti i förhållande till patienter och allmänheten. Den offentlighetsrättsliga regleringen berör inte frågan om vad som konstituerar en medicinsk specialitet, och den fastställda specialitetsförteckningen skall snarare ses som ett utslag av rådande uppfattningar vid en viss tidpunkt.

Den som innehar specialistkompetens åtnjuter ett titelskydd (en skyddad specialistbeteckning), vilket innebär att endast den som har specialistkompetens få använda sig av beteckningen specialist. Den som innehar specialistkompetens kan dock (i teorin) anställas inom alla typer av klinisk verksamhet. Enda undantaget är primärvården (anställning som allmänläkare) där läkaren måste vara specialistkompetent inom allmänmedicin.

Specialistkompetens är en förutsättning för självständig verksamhet som läkare enligt förordningen (1998:1518) om behörighet till vissa anställningar inom hälso- och sjukvården. Detta är uttryckligen reglerat vad avser landstingens hälso- och sjukvård men gäller i praktiken även privatpraktiserande läkare inom ramen för sjukförsäkringen.

Socialstyrelsen har inom uppdragets ram övervägt utformningen av den offentlighetsrättsliga regleringen av medicinska specialiteter. Mot bakgrund av att syftet med regleringen är att den skall utgöra en kvalitetsgaranti i

förhållande till patienter och allmänhet föreslår Socialstyrelsen att samhället fortsättningsvis endast skall reglera medicinska specialiteter för den sjukvårdande verksamheten.

Utredningens kriterier för specialitets- avgränsning och specialitetsstruktur

Utredningens fokus är hälso- och sjukvårdens perspektiv samt patientens behov av en välutbildad specialist. Specialistutbildningen av läkare avser den sjukvårdande verksamhetens behov. Socialstyrelsen är väl införstådd med den kliniska forskningens problem, dvs. dess svårigheter att rekrytera till forskarutbildning samt att kombinera aktiv klinisk verksamhet med forskning, men dessa frågeställningar ligger utanför utredningens uppdrag.

I avsaknad av definitioner av vad som konstituerar en medicinsk specialitet och vad som avgränsar en medicinsk specialitet från en annan, har Socialstyrelsen formulerat några vägledande principer för utarbetandet av ny specialitetsstruktur enligt följande:

- En medicinsk specialitet bör vara kunskapsmässigt sammanhållen och (i viss mån) avgränsbar från andra specialiteter – eller ingå i en grupp av specialiteter som bygger på släktskapsförhållande – samt bestå av en gemensam kunskapsbas och ett specifikt kunskapsområde.
- En medicinsk specialitet bör vara av rimlig storlek och spegla ett rimligt stort specifikt kunskapsområde.
- En medicinsk specialitet bör avspegla patienternas och hälso- och sjukvårdens behov.

Socialstyrelsens överväganden och förslag

I följande avsnitt redovisas dels Socialstyrelsens förslag om kvalitets-säkringsåtgärder rörande specialistutbildningen för läkare, dels utredningens förslag till ny specialitetsindelning och ny specialitetsförteckning.

Kvalitetssäkringsåtgärder av specialistutbildningen ur ett myndighetsperspektiv

Förslag

- Inom Socialstyrelsen inrättas en rådgivande partssammansatt grupp (Nationella rådet för specialistläkarutbildningen) med företrädare för Socialstyrelsen, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges läkarförbund, landstingen och de privata vårdgivarna.
- Socialstyrelsen skall i samråd med gruppen:
 - utarbeta och fastställa målbeskrivningar
 - bedöma enskilda läkares kompetens i förhållande till fastställd målbeskrivning enligt utredningens förslag
 - stödja sjukvårdshuvudmännen i att uppnå hög kvalitet i specialistläkarutbildningen
 - främja utbildning av handledare och stödja studierektorsfunktionen samt följa upp kvaliteten i specialistutbildningen
 - besluta om de medicinska specialiteternas antal och benämningar.

Socialstyrelsen har konstaterat att staten har en mycket begränsad roll vad gäller genomförandet av läkarnas specialistutbildning och kvalitetskontrollen av densamma. Mot bakgrund av de synpunkter som inkommit via utredningens enkätundersökning, och via andra källor rörande kvalitetsaspekter, föreslår därför utredningen en rad åtgärder som tillsammans skall skapa förutsättningar för ett fördjupat statligt engagemang i specialistutbildningen.

Basen för det ökade engagemanget består av att det inom Socialstyrel-

sen inrättas ett nationellt råd för specialistläkarutbildningen.

Utifrån den föreslagna konstruktionen av det nationella rådet bildas ett naturligt forum för de aktörer som är involverade i specialistutbildningen.

Förslag

- Socialstyrelsen skall i samråd med det nationella rådet fastställa kriterier för utbildande enheter, för att säkerställa att verksamheten har den bredd och inriktning som behövs för att erbjuda specialistutbildning av hög kvalitet. Socialstyrelsen får uppdra åt SPUR-stiftelsen att genomföra inspektioner. Huvudmannen förslås betala för sådana inspektioner.

Förutsättningarna för att ge en komplett specialistutbildning av hög kvalitet varierar mellan utbildande enheter beroende på skiftande patientunderlag, läkarbemanning, standard på utrustning och lokaler m.m. Enheternas intresse och engagemang och förmåga att utbilda läkare varierar, enligt vad undersökning erfarit.

Inspektioner av utbildande enheter rekommenderas av både ACMT och UEMS. Inspektionerna enligt ACMT:s rekommendationer skall omfatta dels sjukhuset (bibliotek, teknisk utrustning m.m.), dels utbildningsenheten vad gäller den medicinska verksamhetens bredd och intensitet samt lärares/handledares och kollegers kvalifikationer. UEMS betonar att evaluering bör ske av bl.a. följande komponenter: handledaren, utbildningssjukhuset-/enheten, utbildningsprocessen, handledningen, utbildningsprogrammet, samt ST-läkarens framsteg.

SPUR-inspektioner stöds av specialitetsföreningar och sektioner. De erfarenheter som finns i Sverige vad gäller frivilliga SPUR-inspektioner är positiva.

Förslag

- Sjukvårdshuvudmännens insatser vad gäller handledarutbildning måste förstärkas. Alla ST-läkare skall ha handledare med handledarutbildning under såväl huvud- som sidoutbildning.
- Sjukvårdshuvudmännen bör fortlöpande värdera behovet av studierektorsbefattningar för att skapa en heltäckande studierektorsfunktion som ger stöd till verksamhetschefer, handledare och ST-läkare under utbildningen. Studierektorsfunktionen bör tydliggöras men även fortsättningsvis ha olika organisatoriska baser.

Enligt förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, skall specialistkompetens förvärfvas genom tjänstgöring som läkare under handledning. ST-läkaren har således rätt till handledning under sin specialiseringstjänstgöring. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1996:27) om målbeskrivningar skall handledaren ha relevant specialistkompetens och den pedagogiska färdighet som krävs för en god handledning.

Som framgår av utredningens del 1 har kritik riktats mot handledningens kvalitet liksom mot frånvaron av handledning under sidoutbildningar.

Formaliserad handledarutbildning finns i dag främst i sjukvårdshuvudmännens regi, men ännu inte i den omfattning som svarar mot behovet av handledarinsatser.

Studierektorsfunktionen är inte författningsreglerad men utgör en viktig förutsättning för att den övergripande planeringen av specialistutbildningen skall fungera.

Förslag

- Socialstyrelsen skall utfärda specialistbevis efter ansökan från den enskilde läkaren. Ansökan skall kompletteras med sökandens utbildningsplan, beskrivning av genomgången utbildning samt intyg från verksamhetschef och handledare, vilka bekräftar att målen för specialiseringstjänstgöringen uppnåtts.
- Innan specialistbevis utfärdas skall externa bedömare som företräder den sökta specialiteten yttra sig över de inkomna handlingarna. De externa bedömarna utses av Socialstyrelsen i samråd med Nationella rådet, efter förslag från specialitetsföreningar och sektioner.

Enligt nuvarande lagstiftning skall en legitimerad läkare som genomgått föreskriven vidareutbildning få specialistkompetens efter ansökan hos Socialstyrelsen. Ansökan kompletteras med intyg från verksamhetschefen som visar att ST-läkaren har tillägnat sig de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som anges i fastställd målbeskrivning.

Socialstyrelsens förslag baseras på den kritik av eller uttryckta farhågor inför nuvarande förfarande som framkommit i utredningens första del 1. Någon typ av extern bedömning av specialistkompetensen förordas av ett stort antal respondenter i undersökningens enkät. Införandet av en obligatorisk specialistexamen framförs som ett annat alternativ till förändring av nuvarande förfaringsätt.

För att underlätta bedömningen av ansökan om specialistbevis bör en strukturerad mall tas fram för hur utbildningsplan respektive fullgörandet av utbildning skall redovisas. Mallen bör ge utrymme för en redovisning

av både praktiska och teoretiska moment samt, i förekommande fall, ytterligare merit som styrker uppfyllandet av målbeskrivningen. Lämpligen kan Nationella rådet få i uppdrag att ta fram en sådan mall.

Den externa bedömningen av ansökningshandlingarna skall göras av företrädare för den sökta specialiteten. För att ansökningsförfarandet inte skall förlängas bör klara rutiner utarbetas för handläggningen av den externa bedömningen.

Utredningen har värderat de förslag om en obligatorisk specialistexamen som framkommit i enkätundersökningen men finner i stället fördelar med att införa en extern bedömning och ett fylligare ansökningsunderlag. Den form av specialistexamen som tillämpas i dag är en frivillig examen som sker inom vissa specialiteter i specialitetsföreningarnas/sektionernas regi. Den innefattar såväl teoretiska som praktiska moment. Ambitionerna i dessa examina är förvisso höga, men en examen kan enligt utredningens bedömning svårtligen täcka in alla de kunskaper och erfarenheter som avses inom respektive specialitets målbeskrivning.

En fortlöpande uppföljning av kompetens under specialiseringstjänstgöringen, med återkoppling till den som genomgår utbildningen, torde enligt utredningens bedömning vara mer heltäckande än ett examinationsförfarande vid slutet av specialiseringstjänstgöringen.

Även kostnaden för införandet av obligatorisk specialistexamen talar, enligt utredningens bedömning, emot en sådan åtgärd. Beräknat utifrån en examensmodell som används av Svensk Internmedicinsk Förening skulle ett examinationsförfarande innebära ett årligt ekonomiskt åtagande på ca 15 miljoner kronor, under förutsättning att antalet examinander kan optimeras vid varje examenstillfälle. Ett heltäckande system av specialistexamen för samtliga specialiteter, med ett rimligt antal examenstillfällen per år inom varje specialitet, skulle motsvara betydligt högre årliga kostnader, sannolikt närmare 30 miljoner kronor. Utredningen bedömer i ett samhällsligt perspektiv att en ökad ekonomisk statlig satsning på SK-kurser bör ges högre prioritet.

Förslag

- Erforderliga teoretiska moment som förutsätts tillägnas under specialiseringstjänstgöringen bör definieras i målbeskrivningarna för respektive specialitet.
- Statens stöd till SK-kurser bör successivt ökas under den närmaste femårsperioden.

Enligt förordningen skall ST-läkaren under sin specialiseringstjänstgöring delta i kompletterande utbildning. Till kompletterande utbildning hör ock-

så deltagande i SK-kurser. Det förutsätts att alla ST-läkare deltar i kursmässig utbildning, men något fixerat antal kurser eller kursdagar krävs inte för specialistkompetens (undantaget är psykiatri).

Utredningen har konstaterat att teoretiska moment ges liten tyngd inom den svenska specialistutbildningen, jämfört med förhållandena i de nordiska länderna och i de flesta EU-länder. Före LSU-reformen fanns dock obligatoriska teoretiska moment i form av ett bestämt antal SK-kurser.

Utredningen föreslår att de teoretiska momenten förtydligas i målbeskrivningarna för respektive specialitet, genom att det anges vilka teoretiska moment som är viktiga för specialiteten (se exempelvis Utbildningsboken för specialiteten kirurgi. Sveriges Läkarförbund 2002). I ansökan om specialistbevis måste sökanden kunna redogöra för hur kunskaperna motsvarande i de definierade teoretiska momenten inhämtats, exempelvis genom SK-kurser eller på annat vis.

Det finns i dag en obalans mellan kursutbud av SK-kurser och utbildningskapaciteten (antal ST-tjänster). Den stora ökningen av antalet annonserade ST-tjänster som skett under slutet av 1990-talet har inte motsvarats av en utökning av antalet SK-kurser.

Obalansen mellan utbud och efterfrågan av SK-kurser får flera konsekvenser. En reell risk är att ST-läkaren inte antas till någon SK-kurs under specialiseringstjänstgöringen. En annan risk är att ST-läkaren antas till kurser som är avsedda för ett tidigt skede av utbildningen först i det avslutande skedet av utbildningen.

SK-kursverksamheten har sedan hösten 2002 överförs till IPULS. De ekonomiska resurserna för SK-kurserna är dock oförändrade. Tillkomsten av IPULS bör emellertid ge möjligheter till ett ökat kursutbud för läkares vidare- och fortbildning. IPULS kommer att kvalitetsgranska, samordna och marknadsföra utbildningsaktiviteter, vilket på sikt kommer att underlätta för den sökande att hitta fler lämpliga kurser.

Med hänsyn till den rådande obalansen mellan kursutbud och sökande föreslår Socialstyrelsen att staten ökar de ekonomiska resurserna för SK-kurser de närmaste åren med ytterligare 14 miljoner kronor för 2004, och att man för 2005 och framåt säkerställer en erforderlig dimensionering av SK-kurser för att uppnå ökad kvalitet i specialistutbildningen. I denna satsning bör även ingå ett större utbud av SK-kurser kring läkares olika roller som medicinsk expert, akademiker, kommunikatör, ledare/administratör och hälsofrämjare. Statligt finansierade SK-kurser bör i första hand täcka de teoretiska moment som anges i målbeskrivningarna.

Struktur för indelning av de medicinska specialiteterna

Förslag

- De medicinska specialiteterna indelas i basspecialiteter, grenspecialiteter samt tilläggsspecialiteter. Som komplement till den formella specialitetsindelningen föreslås att profilområden konstitueras. Socialstyrelsen ger Svenska Läkaresällskapet i uppdrag att definiera ämnesinnehåll och kompetenskrav samt att meddela kompetensbevis för profilområdena.

I avsikt att uppnå en rimlig balans mellan ett generalistperspektiv och ett superspecialiserat perspektiv förordar Socialstyrelsen en struktur för de sjukvårdande medicinska specialiteterna som ger en bredare kompetens för majoriteten av specialiteter. Förslaget innebär en bredare kompetensbas som bättre än tidigare motsvarar länsdels- och länssjukvårdens behov. Ett påbyggnadssystem i form av definierade profilområden – vilket redan i dag existerar vid universitetssjukhusen – svarar mot den fortgående medicinska utvecklingen.

I nedanstående text förtydligas innebörden i specialitetsstrukturen samt utbildningstider.

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.

Tilläggsspecialiteter

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

Profilområden

Ämnesinnehåll och kompetenskrav (målbeskrivningar) definieras av Svenska Läkaresällskapet på uppdrag av Nationella rådet för specialistläkarutbildningen. Profilområden kräver således inget myndighetsgodkännande.

Den föreslagna strukturen finns delvis representerad i den praktiska tillämpningen av dagens system. Exempel på basspecialiteter i dagens system är medicinsk radiologi, barn- och ungdomsmedicin, internmedicin och allmänmedicin. Exempel på grenspecialiteter som dagens system tillämpas i praktiken är neuroradiologi och neonatologi. Exempel på tillläggsspecialiteter är smärtlindring och klinisk nutrition. Exempel på profilområden är colo-rektal kirurgi, kärlkirurgi, skullbaskirurgi, transplanteringskirurgi, brännskadevård och interventionell radiologi, även om definierade målbeskrivningar inte förekommer.

Kompetensnivån för bas-, gren-, och tillläggsspecialiteter förutsätts, i likhet med dagens system, definieras i målbeskrivningar för respektive specialitet. Den individuella utbildningsplanen för att erhålla specialistbevis inom gren- respektive tillläggsspecialitet kan variera beroende på vilka erfarenheter/kunskaper som erhållits under basspecialitetens specialiseringstjänstgöring.

Utbildningstiden för kombinationen bas–grenspecialitet innebär en förlängning av studietiden jämfört med dagens situation; den sammantagna utbildningstiden kommer att motsvara cirka 6,5–7,5 års tjänstgöring. Avgörande för utbildningstidens längd är i vilken utsträckning moment i utbildningen i basspecialiteten kan tillgodoräknas i uppfyllandet av målbeskrivningen för grenspecialiteten vilket illustreras i figur 2.

Specialitetsförteckningen baserat på förslaget om basspecialiteter, grenspecialiteter och tillläggsspecialiteter framgår av tabell 5.

Tabell 5. *Specialitetsförteckning.*

Basspecialiteter	Grenspecialiteter
Kirurgiska specialiteter	
Kirurgi	Urologi Barn- och ungdomskirurgi Plastikkirurgi Kärlkirurgi
Thoraxkirurgi	
Ortopedi	Handkirurgi
Anestesi Intensivvård	
Obstetrik & gynekologi	
Öron-, näs- och halssjukdomar	Hörsel- och talrubbningar
Ögonsjukdomar	

Basspecialiteter**Grenspecialiteter****Invärtesmedicinska specialiteter**

Internmedicin

Kardiologi
Medicinsk gastroenterologi och
hepatologi
Endokrinologi och diabetologi
Medicinska njursjukdomar
Lungsjukdomar
Hematologi
Allergologi
Reumatologi
Geriatrisk

Barnmedicinska specialiteter

Barn- och ungdomsmedicin

Barn- och ungdomsallergologi
Barn- och ungdomsneurologi med
habilitering
Neonatologi
Barnonkologi
Barnkardiologi

Psykiatriska specialiteter

Psykiatri

Barn- och ungdomspsykiatri

Rättspsykiatri

Bild- och funktionsmedicinska specialiteter

Bild- och funktionsmedicin

Neuroradiologi
Nukleärmedicin

Laboratoriemedicinska specialiteter

Klinisk immunologi & transfusionsmedicin

Klinisk bakteriologi och virologi

Klinisk kemi

Klinisk farmakologi

Klinisk patologi

Rättsmedicin

Neurospecialiteter

Neurologi

Neurokirurgi

Klinisk neurofysiologi

Rehabiliteringsmedicin

Enskilda basspecialiteter

Allmänmedicin

Onkologi

Infektionsmedicin

Klinisk genetik

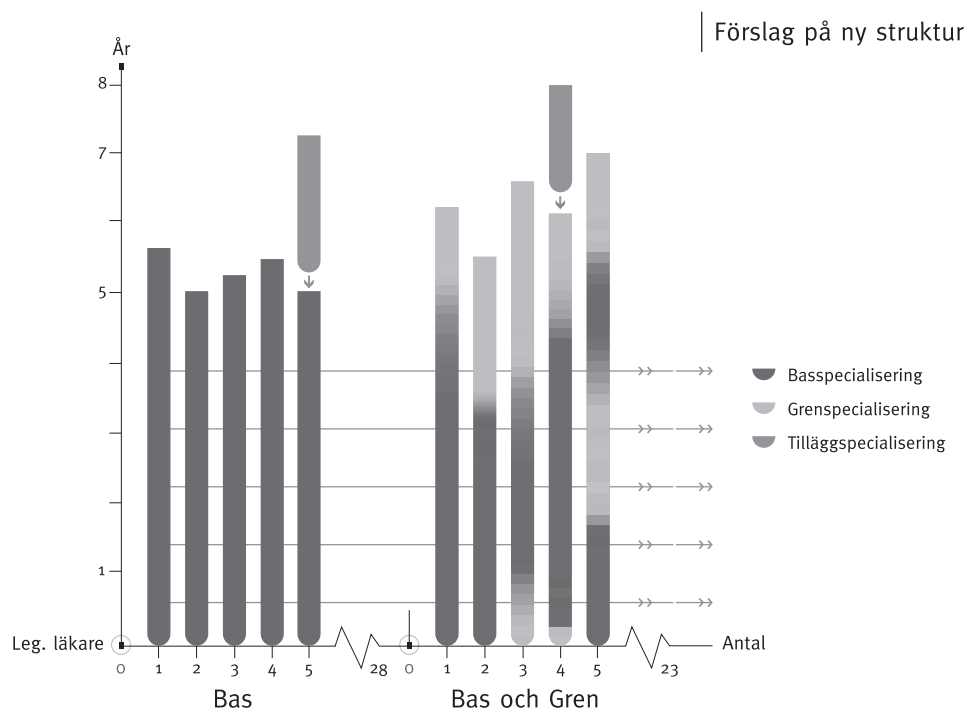
Arbets- och miljömedicin

Hud- och könssjukdomar

Tilläggspecialiteter

Smärtlindring

Akutsjukvård



Figur 2. Schematisk illustration av förslag till struktur och estimerad utbildningstid.

Socialstyrelsen överväganden rörande befintliga specialiteter

Inom ramen för denna översyn har befintliga specialiteters ställning värderats. Socialstyrelsens ställningstagande baseras på en bedömning av det medicinska kompetensområdets innehåll och avgränsningar gentemot andra kompetensområden. Bedömningen innefattar således ingen prioritering av enskilda sjukdomsgrupper eller diagnoser, inte heller ställningstaganden i dimensioneringsfrågor för olika medicinska specialiteter. En sådan prioritering ligger naturligt hos sjukvårdshuvudmännen.

Ett fokus på kompetensområdets innehåll och avgränsningar mot andra specialiteter innebär att antalet specialister inom ett befintligt specialitetsområde inte har varit utslagsgivande för specialitetens vara eller inte vara. Små specialiteter kan innefatta specifik kompetens som inte återfinns i närliggande specialiteter, och därmed utgöra en fortsatt bas för en medicinsk specialitet, medan specialiteter med ett större antal specialister kan ha utvecklats mot större samhörighet/överlappning med andra specialiteters kompetensområden.

Nedan följer en redovisning av Socialstyrelsens motiveringar. Endast de specialiteter som på något sätt berörs av den nya specialitetsindelningen ingår i redovisningen.

Opererande specialiteter

Urologi, plastikkirurgi och handkirurgi

I förslaget till ny struktur av de kirurgiska specialiteterna finns urologi, barn- och ungdomskirurgi, kärlkirurgi och plastikkirurgi som grenspecialiteter, med kirurgi som basspecialitet. Svensk Urologisk Förening har framfört krav på att urologi blir en basspecialitet. Motsvarande krav har även framförts från Svensk Plastikkirurgisk Förening.

Även om utredningen kan dela uppfattningen om att urologin på ett regionsjukhus är tydligt avgränsbar mot exempelvis kirurgin, finns inom länssjukvården och länsdelssjukvården betydande överlappande kompetenser mellan specialiteterna. Vid en prövning av kompetensmässig närhet, alternativt avstånd mellan specialiteterna, gör utredningen bedömningen att närheten till kirurgin är större för urologi, plastikkirurgi, kärlkirurgi och barn- och ungdomskirurgi jämfört med för exempelvis thoraxkirurgi, vilket motiverar den föreslagna strukturen.

Handkirurgi föreslås som en grenspecialitet till ortopedin, även om översynen är medveten om att handkirurgin inte enbart har verksamheter som berör det ortopediska området. Möjligheter bör dock även finnas att förvärva grenspecialitet i handkirurgi med kirurgi som basspecialitet.

Kirurgrådet anger i en särskild skrivelse behoven av ”common trunk” motsvarande 2 år för specialiteter i närhet av allmän kirurgi. I och med förslagen om en ökad flexibilitet i målbeskrivningen för kirurgi och ortopedi (ovan), med större möjligheter till profilering även inom basutbildningens ram, anser utredningen att Kirurgrådets synpunkter i stort är beaktade. Denna ”common trunk” för de föreslagna grenspecialiteterna innebär en ökning av utbildningstiden totalt, för erhållandet av bas- och grenspecialiteten.

Gynekologisk onkologi

Den specifika kompetensbas som förutsätts för en medicinsk specialitet bedöms ha minskat kraftigt för gynekologisk onkologi under de senaste åren. Den tidigare operativa delen av specialiteten har överförs till gynekologin sedan många år. Förutom de förändringar som skett beträffande den operativa verksamheten har under de senaste åren även gemensamma behandlingsmodaliteter med övrig onkologi utvecklats – exempelvis brachyterapi och läkemedelsterapi som är gemensam för flera tumörtyper.

Socialstyrelsen har gjort bedömningen att en samverkan mellan specialiteterna gynekologi och onkologi i framtiden borgar för den bästa vården av patienter med gynekologisk cancersjukdom.

Flera skrivelser från berörda ämnesföreträdare och patientorganisationer samt från Svensk Onkologisk Förening har inkommit, där argument framförts till förmån för en bibehållen medicinsk specialitet. Den argumentation som tillställts utredningen motsäger dock inte det förhållandet

att kompetensbasen för gynekologisk onkologi har minskat kraftigt sedan föregående prövning av de medicinska specialiteterna. Därtill saknas specialiteten inom EU-området.

Socialstyrelsen föreslår mot den bakgrunden att gynekologisk onkologi avförs från specialitetsförteckningen.

Hörselrubbningar (audiologi) och röst- och talrubbningar (foniatri)

Hörselrubbningar samt röst- och talrubbningar är specialiteter som i dag är s.k. regionspecialiteter, vars upptagningsområde till stor del består av det egna landstinget. Utanför universitetssjukhuslandstingen svarar öron-, näs- och halsspecialiteten (ÖNH) för de audiologiska och. foniatriska verksamheterna.

Svensk Medicinsk Audiologisk Förening betonar i sitt yttrande specialitetens särställning gentemot ÖNH-specialiteten och framhåller att kompetensområdet har en tyngdpunkt inom teknisk vetenskap och beteendevetenskap. Föreningen väcker även tanken på en gemensam specialitet med foniatri, med benämningen ”communication disorders”, vilken finns i ett fåtal EU-länder.

Vad gäller audiologi har utredningens gjort bedömningen att kompetensområdet i dag till vissa delar är överlappande med ÖNH-specialiteten. Avancerad hörselfrämjande kirurgi bedrivs både av ÖNH-specialister och av audiologer. Läkarinsatserna vid sjukvårdshuvudmännens enheter för hörselvård utförs av specialister inom audiologi, alternativt ÖNH-specialister med tillägg av audiologisk kompetens.

Utredningen finner mot den bakgrunden inga skäl att behålla audiologin som basspecialitet.

Svensk Foniatrisk Förening framhåller specialitetens unika kompetens och dess betydelse för kunskapsutvecklingen kring röst-, tal- och sväljstörningar, och att svensk foniatri är världsledande inom röstforskningsområdet. Utredningen har värderat foniatriens närhet till laryngologin inom ÖNH-specialiteten och finner överlappningar framför allt vad gäller området sväljningsrubbningar. Målbeskrivningarna för audiologi respektive foniatri innehåller till vissa delar en överlappande kompetens för dessa specialiteter. Förslaget om att sammanföra audiologi och foniatri till en specialitet har värderats.

Socialstyrelsen förslår mot bakgrund av vad som anförts ovan att audiologi och foniatri sammanförs till en gemensam medicinsk specialitet med benämningen hörsel- och talrubbningar, med ställning som grenspecialitet till ÖNH-specialiteten.

Invärtesmedicinska specialiteter

Yrkes- och miljömedicin samt företagshälsovård

Yrkes- och miljömedicin finns i dagens specialitetsförteckning tillhörande

invärtesmedicinska specialiteter, medan företagshälsovård inte ingår i någon grupp specialiteter.

Förslag finns från Svensk Yrkes- och Miljömedicinsk Förening och Svenska Företagsläkarföreningen om att specialiteterna läggs samman till ny specialitet med benämningen arbets- och miljömedicin. Socialstyrelsen tillstyrker förslaget, samtidigt som den kliniska förankringen inom internmedicin och/eller annan bred klinisk specialitet bör tillgodoses vid omarbeting av målbeskrivningarna.

Allergisjukdomar

Allergisjukdomar utgör i dag en specialitet inom den invärtesmedicinska specialitetsgruppen. I målbeskrivningen specificeras den gemensamma kunskapsbasen, vilken är densamma för samtliga invärtesmedicinska specialiteter. Därutöver finns en mycket kortfattad beskrivning av det specifika kunskapsområdet allergisjukdomar.

Diagnostik och behandling av allergisjukdomar utgör en stor och betydelsefull del av hälso- och sjukvården. De faktiska sjukvårdsinsatserna sker dock inom en rad av medicinska specialiteter. För de respiratoriska allergiska sjukdomarna finns en tydlig koppling till den lungmedicinska specialiteten. Kunskap om allergisjukdomar betraktas som naturliga kompetensområden även inom specialiteterna öron- näsa halssjukdomar, hud- och könssjukdomar, ögonsjukdomar, allmänmedicin och invärtes medicin (inklusive barn- och ungdomsmedicin, se nedan), samt inom laboratoriemedicinen vad gäller diagnostisk verksamhet. Internationellt finns kopplingar specialitetsmässigt mellan allergologi och klinisk immunologi.

Allergimottagningar är i hög grad knutna till lungmedicinska enheter eller till fristående allergicentrum i samverkan med lungmedicin och andra specialitetsföreträdare med allergologisk profil. Socialstyrelsen har mot den bakgrunden övervägt ett förslag att specialiteten lungsjukdomar ges tilläggsbeteckningen ”med allergologi”. Svenska Föreningen för Allergologi och Svensk Specialitetsförening för Allergisjukdomar anser dock att kompetensområdet allergologi även fortsättningsvis bör vara sammanhållet som självständig grenspecialitet till internmedicin. Detta stöds även av Svensk Lungmedicinsk Förening, Sektionen för Arbets- och miljömedicin, och företrädare för primärvården.

Efter ytterligare överväganden föreslår Socialstyrelsen därför att allergologi utgör en grenspecialitet till internmedicin.

Reumatologi

Företrädare för specialiteten reumatologi och patientorganisationer förordar att reumatologin bör vara en basspecialitet, dels till följd av vad man anser vara specialitetens bristande koppling till internmedicinen jämfört med kopplingen till exempelvis ortopedi, dels med hänvisning till den kraftigt ökade kunskapsmängden inom det egna kompetensområdet.

Utredningen har noggrant prövat närheten respektive avståndet mellan reumatologin och internmedicinen, på samma sätt som nedan diskuteras vad gäller infektionssjukdomar. Det är dock Socialstyrelsens bedömning att reumatologin har större gemensam del med internmedicin än vad infektionssjukdomar har.

En likartad bedömning görs även i de nu gällande målbeskrivningarna, där det internmedicinska innehållet i den reumatologiska specialiteten motsvarar cirka 2 års internmedicin, medan exempelvis motsvarande andel internmedicin för infektionsspecialiteten utgör cirka 1 år. Samtidigt noteras att verksamhetschefer inom reumatologin på senare år har utfärdat intyg om specialistkompetens med en betydligt mindre andel internmedicin.

Socialstyrelsen vidhåller sin bedömning att reumatologikompetens bör innefatta en betydande andel internmedicinsk kompetens, i högre grad än vad som bör gälla för infektionsmedicinen. En granskning av de vanligaste reumatologiska diagnoserna i Socialstyrelsens patientregister visar att förekomsten av ”internmedicinska” bidiagnoser är vanligt förekommande hos patienter med reumatologisk sjukdom. Därtill kan anföras att många nya behandlingar mot inflammatoriska sjukdomar är under utveckling, där insatserna görs i akut skede av sjukdomen. Många av de läkemedel som utvecklas inom området bedöms, förutom att ha hög effekt, även innefatta allvarliga biverkningar. Även för dessas tidiga upptäckt är en bred kompetens inom internmedicin av värde.

Geriatrisk

Även geriatrik ges i nuvarande målbeskrivning en tydlig koppling till internmedicinen. Utvecklingen sedan den senaste översynen talar för att den kopplingen förstärkts, och i en betydande omfattning har detta även inneburit en organisatorisk sammanläggning mellan tidigare självständiga kliniker inom geriatrik och internmedicin till gemensamma kliniker.

Mot bakgrund av denna utveckling förordas geriatrik som en grenspecialitet, med internmedicin som basspecialitet.

Neurologi

Inom utredningen har även diskuterats specialiteten neurologis eventuella inplacering som internmedicinsk grenspecialitet. Det lagda förslaget innebär dock att neurologin kvarstår som neurospecialitet, vilket även innebär att en betydande del av specialitetstjänstgöringen i neurologi även fortsättningsvis förutsätts ske vid regionsjukhusen. Närheten mellan invärtesmedicin och neurologi bör dock tydligare markeras i den kommande revisionen av målbeskrivningarna.

Barnmedicinska specialiteter

Barn- och ungdomsallergologi

Diagnostik och behandling av allergisjukdomar hos barn och ungdom har blivit en allt viktigare och större del av basspecialiteten barn- och ungdomsmedicin. Från ämnesföreträdare och patientföreningar betonas dock angelägenheten av en särskild kompetensbas för de mest komplicerade och svårbehandlade allergiska tillstånden, och att denna kompetens utgör ett betydande stöd för kunskapsförmedling till allmän pediatriker och till primärvården.

Efter värdering av de argument som framförts föreslår Socialstyrelsen att barn- och ungdomsallergologi bibehålls som medicinsk specialitet i form av grenspecialitet till barn- och ungdomsmedicin.

Psykiatriska specialiteter

Rättspsykiatri

Rättspsykiatri föreslås bibehållas som medicinsk specialitet i form av grenspecialitet till basspecialiteten psykiatri, trots sin litenhet som medicinsk specialitet. Detta beror bl.a. på dess särställning gentemot rättsväsendet.

Radiologiska specialiteter

Medicinsk radiologi

Som framgår av överväganden kring klinisk fysiologi som medicinsk specialitet, anser Socialstyrelsen att en ny basspecialitet bör etableras med benämningen bild- och funktionsmedicin, för att sammanföra den i dag splittrade bild- och funktionsdiagnostiken mellan medicinsk radiologi, nukleärmedicin och delar av nuvarande klinisk fysiologi.

Termen radiologi är därtill enbart egentlig för den befintliga medicinska radiologin, som i dag till betydande delar använder sig av ”icke-radiologiska” undersökningsmetoder. (I övrigt, se diskussionen under klinisk fysiologi.)

Barn- och ungdomsradiologi

Barn- och ungdomsradiologi återfinns i dagens förteckning inom radiologiska specialiteter och utgör en av två (sub-)specialiteter till specialiteten medicinsk radiologi.

Socialstyrelsen anser dock inte att det finns skäl att särbehandla barn- och ungdomsradiologin jämfört med många andra delar av den medicinska radiologin, vilka är likvärdiga eller större än barn- och ungdomsradiologin vad gäller omfattning och/eller specialiseringsgrad. Socialstyrelsen föreslår därför att barn- och ungdomsradiologi avförs från specialitetsförteckningen.

Kliniska laboratoriespecialiteter

Klinisk fysiologi

Svensk Förening för Klinisk Fysiologi föreslår i ett yttrande till utredningen att specialiteten klinisk fysiologi i första hand bibehålls utan förändring. I andra hand föreslår man att den läggs samman med nukleärmedicin till ny, gemensam specialitet, och i tredje hand diskuteras sambanden mellan olika bilddiagnostiska specialiteter. Inom EU finns specialiteten i två länder, Danmark och Finland, och enbart i kombination med nukleärmedicin.

En nyligen gjord verksamhetsöversikt i Svensk Förening för Klinisk Fysiologis regi utvisar att cirka 40 procent av produktionstiden vid en klinisk fysiologisk avdelning utgörs av elektrofysiologiska undersökningar av hjärtat samt lungfunktionsundersökningar. Ultraljudsundersökningar av hjärta, ben och halskärl motsvarar cirka 30 procent. Resterande undersökningar innefattar urodynamik, nukleärmedicin och klinisk neurofysiologi, varav det senare med neurofysiologisk konsult som läkaransvarig.

Elektrofysiologiska undersökningar och ultraljudsundersökningar av hjärta är i dag ett kompetensområde som finns inom såväl kardiologin (vuxen och barn) som inom internmedicinmedicinen (till vissa delar). Det är Socialstyrelsens bedömning att den elektrofysiologiska diagnostiken av hjärtfunktion kommer att få en allt större roll inom den kardiologiska specialiteten.

Kompetensområdet urodynamiska undersökningar finns representerat bl.a. inom urologi, gynekologi och barnkirurgi. Lungfunktionsdiagnostik och diagnostik av sjukdomar perifer kârl finns representerat även inom lungmedicin respektive kirurgi.

Nukleärmedicin finns i dag med organisatorisk koppling till endera klinisk fysiologi eller radiologi, alternativt till annan enhet. Även inom radiologin sker en utveckling av dynamiska metoder inom bl.a. ultraljud samt teknikerna för datortomografi och magnetröntgen, vilket sammantaget talar för en framtida utveckling mot en integrerad bilddiagnostisk medicinsk specialitet.

Socialstyrelsen bedömer att de kompetensområden som i dag finns representerade inom klinisk fysiologi och radiologi bör integreras, för en fortsatt god utveckling av bild- och funktionsdiagnostiken. Diskussioner i den riktningen har de senaste åren även förts mellan företrädare för specialitetsföreningarna för klinisk fysiologi respektive radiologi.

Socialstyrelsen föreslår därför att medicinsk radiologi och klinisk fysiologi sammanförs till en ny basspecialitet med benämningen bild- och funktionsmedicin, med nukleärmedicin som grenspecialitet jämte neuro-radiologin.

Från Svensk Förening för Klinisk Fysiologi har framförts önskemål att behålla klinisk fysiologi som basspecialitet jämte basspecialiteten bild-

och funktionsmedicin, alternativt att den förstnämnda skall vara en grenspecialitet till den senare. Det sistnämnda alternativet stöds av Svensk Förening för Medicinsk Radiologi, som även önskar att specialiteten barn- och ungdomsradiologi bibehålls i form av grenspecialitet. Svenska Radiologförbundet och Svensk förening för nukleärmedicin har instämt i förslaget om klinisk fysiologi som grenspecialitet.

Socialstyrelsen anser dock, till skillnad från specialitetsföreträdarna, att klinisk fysiologisk och radiologisk kompetens bör sammanföras i den föreslagna basspecialiteten bild- och funktionsmedicin för att skapa bästa möjliga verkningsgrad av en integrering av de båda kompetensområdena. Att behålla klinisk fysiologi i form av grenspecialitet riskerar den föreslagna integrationen.

Klinisk neurofysiologi

Klinisk neurofysiologi är en relativt liten specialitet, men med betydande konsultationsåtaganden från regionsjukhusens sida gentemot länssjukhusen. Kompetensområdet klinisk neurofysiologi innebär diagnostisk färdighet kring elektrofysiologisk neurodiagnostik och är sedan lång tid tillbaka tydligt åtskilt från kompetenser inom klinisk fysiologi.

En uppenbar närhet finns däremot mellan neurologi och klinisk neurofysiologi, men Socialstyrelsen bedömer ändå att neurofysiologins kompetensområde är så specifikt att dess nuvarande ställning som medicinsk specialitet föreslås bestå.

Övriga laboratoriemedicinska specialiteter

Dagens specialitetsförteckning upptar 13 laboratoriemedicinska specialiteter, varav 10 enbart förekommer vid universitetssjukhusen. Jämfört med andra länder har Sverige den största differentieringsgraden vad gäller laboratoriemedicinska specialiteter.

Klinisk patologi och klinisk cytologi

För morfologisk diagnostik föreslås att specialiteterna klinisk patologi och klinisk cytologi sammanförs till en specialitet med benämningen klinisk patologi, eftersom verksamhetsområdena i praktiken är starkt integrerade med varandra. Mot detta invänder dock Svensk förening för klinisk cytologi, som framhåller att den kliniska cytologin innefattar specifik kompetens som inte delas av klinisk patologi.

Av målbeskrivningarna för respektive kompetensområde framgår att den specifika utbildningsdelen inom cytologi motsvarar cirka 1 års tjänstgöring inom klinisk cytologi, med huvuddelen av utbildningen bestående av klinisk patologi. Socialstyrelsen finner således en betydande överlappning av kompetensområdena, och står fast vid förslaget om en sammanläggning av dessa specialiteter.

Den metodologiska utvecklingen inom det laboratoriemedicinska om-

rådet i övrigt har konvergerat den senaste tioårsperioden, och i ett framtidsperspektiv med ett allt större genomslag av molekylärbiologiska tekniker bedöms denna utveckling accelerera.

Andra områden, som t.ex. kvalitetssäkring, ackreditering, provflöden och provhantering, visar också på en ökad gemenskap mellan specialiteterna än vad som motsvaras av dagens uppdelning – oaktat att kunskapsområdet laboriemedicin totalt sett har ökat och att laboriemedicinska kunskaper inom exempelvis blödning/koagulation skapat en ökad integration mellan klinisk medicin och laboriemedicin.

Stora problem finns dock kring framtida laboriemedicinsk läkarförsörjning, speciellt inom klinisk bakteriologi och klinisk kemi samt inom klinisk patologi. Detta gäller framför allt länssjukvården. Socialstyrelsen ifrågasätter möjligheterna att i framtiden bemanna dagens laboriemedicinska struktur på länssjukhusnivå, och förordar i stället en generell laboriemedicinsk basspecialitet, med innehåll av klinisk kemi, klinisk bakteriologi/virologi och transfusionsmedicin/klinisk immunologi, och med grenspecialiteter motsvarande dagens specialitetsindelning men där transfusionsmedicin och klinisk immunologi respektive klinisk bakteriologi och klinisk virologi sammanförs till en specialitet vardera.

Diskussioner med specialitetsföreträdare inom den laboriemedicinska gruppen visar att det finns olika uppfattningar i frågan om en ny basspecialitet. Givet motsättningarna mellan specialiteterna gör Socialstyrelsen dock bedömningen att det i dagsläget inte är konstruktivt att introducera en ny basspecialitet.

Klinisk farmakologi

Utvecklingen inom klinisk farmakologi de senaste åren har inneburit en tyngdpunktsförskjutning – från den laboriemedicinska verksamheten mot en tydligare konsultfunktion gentemot de kliniska specialiteterna vad gäller läkemedelsanvändning. Socialstyrelsen bedömer, i likhet med Svensk Förening för Klinisk Farmakologi, att denna utveckling ytterligare kommer att förstärkas i framtiden, inte minst till följd av en ökad fokusering på ändamålsenlig läkemedelsanvändning. Därför bör det övervägas om inte klinisk farmakologi i framtiden har större samhörighet med exempelvis invärtesmedicinska specialiteter, och att specialistutbildning inom klinisk farmakologi även bör innefatta en ökad klinisk kompetens.

Klinisk farmakologi föreslås dock tills vidare att ingå i gruppen laboriemedicinska specialiteter, även om utvecklingen i än högre grad kommer att innebära en allt mindre knytning till den laboriemedicinska specialitetsgruppen.

Klinisk genetik

Även klinisk genetik tillhörighet till de laboriemedicinska specialiteterna har övervägts av Socialstyrelsen. Klinisk genetik omfattar en stor del

laboratoriediagnostisk verksamhet baserad på morfologiska och molekylärbiologiska metoder, vilket talar för en fortsatt knytning till den laboratoriemedicinska specialitetsgruppen. Därutöver innefattar klinisk genetik även direkt patientverksamhet med genetisk rådgivning, traditionellt inom pediatriken.

I takt med ökade kunskaper om genetiska mekanismer för flera sjukdomar och sjukdomsgrupper har denna verksamhet ökat i omfattning. För framtiden förutses att denna verksamhet ytterligare ökar gentemot patienter och befolkningen, vilket talar för att klinisk genetik bör vara en egen basspecialitet.

Klinisk virologi, klinisk bakteriologi, klinisk immunologi, transfusionsmedicin

Specialiteterna klinisk virologi respektive transfusionsmedicin saknas i andra länder. Närheten mellan bakteriologi och virologi är stor, på samma sätt som närheten mellan klinisk immunologi och transfusionsmedicin. Vanligen är även dessa verksamheter numera samorganiserade vid universitetssjukhusen, vilket ytterligare understryker närheten mellan verksamheterna.

Socialstyrelsen föreslår mot den bakgrunden att klinisk virologi och klinisk bakteriologi sammanförs till en specialitet, och att klinisk immunologi och transfusionsmedicin på samma sätt utgör en gemensam specialitet.

Blödnings- och koagulationssjukdomar

Vad gäller specialiteten blödnings- och koagulationssjukdomar konstaterar utredningen att denna verksamhet i dag i hög grad är integrerad i hematologi och klinisk kemi.

Mot denna bakgrund har Socialstyrelsen gjort bedömningen att inga skäl föreligger att behålla detta kompetensområde som medicinsk specialitet.

Rättsmedicin

Vid överläggningar med Rättsmedicinalverket har konstaterats att specialistutbildningen inom rättsmedicin vid en jämförelse med klinisk patologi uppvisar likartat kompetensområde vad gäller obduktionsteknik och histopatologi, men att det finns skillnader vad gäller icke sjukdomsgenererade förändringar. Rättsmedicin har därtill en särställning gentemot rättsväsendet som motiverar att rättsmedicinen bibehålls som medicinsk specialitet.

Vid en översyn av målbeskrivningarna inom rättsmedicin och klinisk patologi bör dock en ”common trunk” nyttjas i betydligt större omfattning än som sker i dag.

Övriga specialiteter

Socialmedicin

Som tidigare framhållits har Socialstyrelsen gjort bedömningen att det regelverk som finns kring specialistutbildning och specialistkompetens endast skall reglera medicinska specialiteter ur hälso- och sjukvårdens perspektiv, vars verksamhet berör enskilda patienter och anhöriga. Mot bakgrund av detta ställningstagande föreslås att socialmedicin avförs från specialitetsförteckningen.

Av motsvarande skäl har översynen inte behandlat framställningar vad gäller folkhälsovetenskap ("public health") eller samhällsmedicin som eventuella specialiteter, och därmed inte heller analyserat den preventiva medicinens roll. Kompetens inom socialmedicin, folkhälsovetenskap och samhällsmedicin är emellertid viktig för hälso- och sjukvårdens uppföljning planering och utveckling och Socialstyrelsen avser att utreda denna fråga i särskild ordning.

Företagshälsovård

Socialstyrelsen stöder det förslag som gemensamt lämnats av Svensk Yrkes- och Miljömedicinsk Förening och Svenska Företagsläkarföreningen, om en gemensam medicinsk specialitet med benämningen arbets- och miljömedicin.

Skolhälsovård

Enligt Socialstyrelsens bedömning skiljer sig specialiteten skolhälsovård inte från barn- och ungdomsmedicinen i den utsträckning att den fortsättningsvis skall ha ställning som medicinsk specialitet, och föreslår därför att skolhälsovård avförs från specialitetsförteckningen.

Infektionssjukdomar

I en särskild skrivelse har Svenska Infektionsläkarföreningen m.fl. uppmärksammat Socialstyrelsen på de enligt skrivelsen negativa konsekvenser ett inplacering av specialiteten infektionssjukdomar som grenspecialitet till internmedicin skulle få.

Socialstyrelsens bedömning är att det finns betydande närhet mellan specialiteterna internmedicin och infektionssjukdomar, men att infektionssjukdomar även har viktiga interaktioner med andra specialiteter och en särställning i uppgifter kring epidemiövervakning och smittskyddsfrågor. Närheten mellan infektionssjukdomar, klinisk bakteriologi och virologi bör som hittills få genomslag i målbeskrivningarna för respektive specialitet. Socialstyrelsen utgår ifrån att kompetens för smittskydd respektive hygienfrågor även framledes innebär ett samarbete mellan dessa specialiteter.

Beträffande tankar om klinisk bakteriologi och virologi som specialitet

utanför den laboratoriemedicinska gruppen hänvisas till överväganden ovan vad gäller laboratoriemedicin.

Mot bakgrund av ovanstående föreslås att infektionssjukdomar förtecknas som basspecialitet. Den kompetensmässiga närheten mellan infektionssjukdomar och internmedicin bör dock föranleda överväganden om en utökad andel internmedicin i specialiteten infektionssjukdomar, vilket bör beaktas vid en revidering av målbeskrivningen.

Rehabiliteringsmedicin

Den rehabiliteringsmedicinska verksamheten har något olika tyngdpunkter i det nationella perspektivet (skallskaderehabilitering, spinalvård, smärtenheter, ortopedisk rehabilitering, strokerehabilitering etc.). Efter överväganden och yttranden från Svensk Förening för Rehabilitering och Fysikalisk Medicin, Svensk Neurologisk Förening, Svensk Neurokirurgisk Förening och Svensk Förening för Klinisk Neurofysiologi föreslås rehabiliteringsmedicin med en tydlig "neuroprofil" kvarstå som medicinsk specialitet inom gruppen neurospecialiteter. Kommande översyn av målbeskrivningar förutsätts innefatta en "common trunk" inom neurospecialiteterna.

Klinisk näringslära

Kompetens i klinisk näringslära är en viktig komponent inom många medicinska specialiteter. Specialistkompetens i klinisk näringslära förutsätter dock enligt målbeskrivningarna specialistkompetens (eller motsvarande kunskaper) i annan specialitet.

Enligt utredningens bedömning innehåller klinisk näringslära inte den specifika, från andra skilda, kompetens som en självständig medicinsk specialitet förutsätts ha. Socialstyrelsen föreslår därför att klinisk näringslära avförs från specialitetsförteckningen.

Nukleärmedicin

Se klinisk fysiologi.

Smärtlindring

Smärtlindring är ett viktigt, med dock till vissa delar försummat, kompetensområde som finns inom många medicinska specialiteter. Tillkomsten av smärtlindring som en medicinsk specialitet torde ha sin förklaring i en ambition att öka fokus på behovet av en samlad smärtdiagnostik och smärtbehandling, snarare än att smärtlindring skulle utgöra ett separerat kompetensområde avgränsat från andra specialiteter. Multidisciplinära smärtnotagningar har vuxit fram med betydande patientverksamheter.

Socialstyrelsen har i sina överväganden beaktat särskild skrivelse från Svenska Läkares Algologiska Förening och föreslår att smärtlindring får ställning som tilläggspecialitet, vilket innebär att den kan adderas till flera basspecialiteter.

Socialstyrelsen föreslår att de nuvarande medicinska specialiteter som föreslås utgå ur specialitetsförteckning prövas inom ramen för det föreslagna uppdraget till Svenska Läkarsällskapet om inrättande av profilområden. Motsvarande prövning bör även ske av de förslag till nya medicinska specialiteter, som inte föreslås ingå i förteckningen av medicinska specialiteter.

Socialstyrelsens överväganden angående inkomna förslag till nya specialiteter

Akutsjukvård

Vid flera av landets akutmottagningar – dock främst vid storsjukhusen – har olika utvecklingsaktiviteter inletts där läkare med intresse för akutsjukvård anställningsmässigt har knutits till akutmottagningen, och där de verkar enligt ursprunglig amerikansk modell som ”emergency room doctors”. Vid en del sjukhus har denna utvecklingsverksamhet inletts genom att specialister i internmedicin, kirurgi och ortopedi tjänstgör på akutmottagningen. På andra håll anställs yngre läkare som under handledning tränas för akutsjukvårdsinsatser.

Förslag har inkommit om att en ny medicinsk specialitet med benämningen akutsjukvård bör etableras. En arbetsgrupp inom Svensk Akutmedicinsk Förening har utarbetat ett förslag på kompetensinnehåll i denna tänkta specialitet, och Socialstyrelsen har tagit del av förslaget. Det föreslagna kompetensområdet avser täcka hela bredden av akutsjukvård vid sjukhus.

Svensk Förening för Internmedicin har i ett särskilt yttrande anført att den invärtesmedicinska specialiteten även inrymmer ansvaret för invärtesmedicinska insatser vid akutmottagningarna och avstyrker därmed att akutsjukvård skulle bli en medicinsk specialitet.

Efter en värdering av argumenten för och emot akutsjukvård som ny medicinsk specialitet förordar Socialstyrelsen att akutsjukvård blir en tilläggsspecialitet i specialitetsförteckningen. Samtidigt utgår Socialstyrelsen ifrån att de startade utvecklingsaktiviteterna fortsätter, samtidigt som en fortsatt dialog bör ske mellan akutsjukvårdsföreträdare via Svensk Akutmedicinsk Förening och Svensk Förening för Internmedicin för att överbrygga de skilda uppfattningar som redovisas i dagsläget. Därutöver bör Nationella rådet för specialistläkarutbildning fortlöpande följa utvecklingen och ta ställning till huruvida akutsjukvård eventuellt bör bli en framtida basspecialitet.

Kärlkirurgi

Specialiteten finns företrädd i merparten av EU-länderna. Samtidigt pågår, vilket påpekats av Svensk Kirurgisk Förening, en snabb utveckling mot

interventionella tekniker där den öppna kärllkurgin i snabb takt ersätts av kateterburna interventioner.

Kärllkurgins ställning har diskuterats inom pågående översyner i Danmark respektive Norge, där man avser att behålla kärllkurgi som grenspecialitet inom den kirurgiska specialitetsgruppen. Mot bakgrund av kärllkurgins status inom EU och inom de nordiska länderna föreslår Socialstyrelsen att kärllkurgi även i Sverige får ställning som grenspecialitet till basspecialiteten kirurgi. Utvecklingen på interventionssidan bör bli föremål för en uppföljning inom Nationella rådets ram.

Palliativ medicin

Förslaget från Svensk Förening för Palliativ Medicin om en ny specialitet för palliativ medicin lyfter fram ett viktigt kompetensområde som berör många kliniska specialiteter.

Kompetensområdet bör uppmärksammas i högre grad än vad som nu anförs vara fallet, men det innefattar enligt utredningens bedömning inte en så avgränsad kompetens att det motiverar en ställning som medicinsk specialitet. Ur Socialstyrelsens perspektiv bör palliativ medicin vara en samlad kunskapsresurs för en förbättrad och fördjupad insikt kring palliativ medicin för berörda medicinska specialiteter.

Äldrepsykiatri

Svensk Förening för Äldrepsykiatri har i en skrivelse uppmärksammat Socialstyrelsen på behovet av en ny medicinsk specialitet benämnd äldrepsykiatri. I skrivelsen anförs att äldrepsykiatri i dag är ett försummat område som inte ingår som en naturlig del av vare sig psykiatri eller geriatriken.

Socialstyrelsen delar föreningens syn på att området bör uppmärksammas, men bedömer med tanke på att den stora patientgruppen med demenssjukdomar i dag är en stor del av geriatrisk respektive psykiatrisk vård, att kompetensområdet snarare bör integreras med psykiatri respektive geriatrik, i stället för att renodlas som en ny medicinsk specialitet.

Barnonkologi

Svenska Barnläkarföreningen har föreslagit att barnonkologi bör tas upp som egen medicinsk specialitet i form av grenspecialitet inom barn- och ungdomsmedicinska specialitetsgruppen. Som skäl för detta anförs att det handlar om ett tydligt avgränsbart kompetensområde, som till volym är jämförbart och till viss del större än andra barnmedicinska specialiteter.

Socialstyrelsen föreslår att barnonkologi blir en grenspecialitet med barn- och ungdomsmedicin som basspecialitet.

Övergångsbestämmelser

Förslag

- Övergångsbestämmelser införs, vilka innebär att den som påbörjat sin ST-anställning före ikraftträdandet av beslut om ny specialistindelning fullgör sin utbildning i enlighet med tidigare regler.

I samband med specialistläkarreformen 1991 infördes övergångsbestämmelser i förordningen 1984:545 om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. (SFS 1991:1325) Övergångsbestämmelserna avfattades enligt följande:

”Förordningen (1991:1325) träder i kraft den januari 1992.

En läkare som fått legitimation före ikraftträdandet har rätt att få bevis om specialistkompetens enligt äldre bestämmelser om ansökan om detta görs senast den 31 december 1998. Detsamma gäller för läkare som före ikraftträdandet har fått obegränsad auktorisation som läkare i Danmark, Finland, Island eller Norge.”

Övergångsbestämmelser borde i princip även nu kunna utformas på liknande sätt. Tidsgränsen för hur länge de äldre bestämmelserna skall gälla bör diskuteras.

Konsekvensbeskrivning

Socialstyrelsens förslag berör två aspekter av läkarnas specialistutbildning – dels insatser för kvalitetssäkring, dels struktur för de medicinska specialiteterna samt ny specialitetsförteckning.

I följande text redovisas de ekonomiska konsekvenserna av förslaget att öka resurstillskottet till SK-kurser, följt av en redovisning av det behov av författningsförändringar som förslaget ger upphov till samt konsekvenser för huvudmännen.

Kostnader för ökat statligt stöd till SK-kurser

Målsättningen för 2004 bör vara att återgå till den volym av SK-kurser som förelåg i mitten av 1990-talet. Kostnaden för ett ökat kursutbud med ytterligare cirka 130 SK-kurser beräknas motsvara 14 miljoner kronor, baserat på den genomsnittliga kostnaden för SK-kurser under 2002. Förslaget innebär således en ökad kostnad för staten.

Dimensioneringen för 2005 och senare bör diskuteras fortlöpande av de inblandade parterna.

Behov av författningsändringar

Behovet av författningsändringar till följd av förslagen i denna utredning är måttligt. I förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område finns en bestämmelse (4 kap. 1§2 st.) enligt vilken regeringen fastställer inom vilka specialiteter specialistkompetens kan uppnås. Denna bestämmelse bör ändras till ett bemyndigande för Socialstyrelsen att besluta om vilka bas-, gren- och tilläggspecialiteter som skall finnas i förteckningen.

Ett sådant bemyndigande har stöd i 8 kap. 17 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Det kan även vara ändamålsenligt att införa en bestämmelse i förordningen som anger att specialistkompetens i gren- eller tilläggspecialitet förutsätter att läkaren innehar relevant baspecialitet. Detta villkor har också betydelse för EG-direktivets tillämpning. Om Sverige väljer att anmäla samtliga specialiteter i förteckningen som omfattas av direktivet, kommer svenska läkare att kunna räkna med automatiskt erkännande, så länge den principen kvarstår i direktivet. (Här behandlar dock minister-

rådet för närvarande en förändring.)

Erkännandet kommer att bli ”dubbelt” för gren- och tilläggsspecialister, dvs. även basspecialiteten kommer att bli föremål för erkännande.

Det är däremot något oklart hur direktivet skall tillämpas när EU-läkare med direktutbildning till en gren- eller tilläggsspecialitet söker ett erkännande i Sverige. Frågan gäller om Sverige (Socialstyrelsen) i den situationen måste ge ett ”dubbelt” erkännande, eller om det är möjligt att begränsa erkännandet till gren- respektive tilläggsspecialiteten i fråga. Det förefaller råda delade meningar om detta, och det kan därför bli nödvändigt att inhämta kommissionens tolkningsbesked i denna fråga. Ett ändringsförslag lades fram av ACMT redan 1996 som skulle klargöra rätten för värdlandet att begränsa erkännandet, men ingen åtgärd har vidtagits av kommissionen på denna punkt.

Det finns anledning att överväga en tilläggsbestämmelse i förordningen, 7 kap. 5 § sista stycket, med innebörden att Socialstyrelsen endast erkänner gren- eller tilläggsspecialiteter när den sökande är direktutbildad efter en viss tidpunkt när övergångstiden med två parallella system löpt ut. Till dess synes dock inga problem att föreligga, eftersom det gamla ST-systemet finns kvar och kan tillämpas.

Konsekvenser för huvudmännen

Den föreslagna strukturen för specialistutbildning förutsätter att huvudmännen anpassar de regler som gäller för karriärgång och löneutveckling.

Referenser

- Advisory Committee on Medical Training (1978) Report and Recommendations on General
- Problems of Specialist Training. Europeiska kommissionen, Bryssel 1979.
- Advisory Committee on Medical Training (1982) Second Report and Recommendations on the Training of Specialists. Europeiska kommissionen, Bryssel 1983.
- Advisory Committee on Medical Training (1986) Third Report and Recommendations on the Conditions for Specialist Training. Europeiska kommissionen, Bryssel 1986.
- Advisory Committee on Medical Training (1996) Fourth Report and Recommendations on Conditions for Specialist Training. Europeiska kommissionen, Bryssel 1997.
- Bergman S-E. (1995) Landstingsförbundets strukturprogram för hälso- och sjukvården. Stockholm.
- Direktiv 93/16/EEG – ”Läkardirektivet”. (Rådets direktiv 93/16/EEG av den 5 april 1993 med senare ändringar om underlättande av läkares fria rörlighet och ömsesidigt erkännande av deras utbildnings-, examens- och andra behörighetsbevis.)
- Eriksson H. (1996) Forskning i frontlinjen. Konsekvenser för sjukhusfunktionen och sjukhusstrukturen. I Sygehusvaesenet mod år 2000. DIKE. Köpenhamn, 1996.
- Finlands författningssamling (1988) Nr 678 – Förordning om specialläkarexamen. Helsingfors 1988.
- Gurner U. & Nydevik I. (1997) Äldre med komplex sjukdomsbild och omfattande slutenvårdskonsumtion. Rapport 1997:10. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Stockholm 1997.
- Ds S 1981:5. Ansvars- och uppgiftsfördelning m.m. för läkarnas vidareutbildning. Förslag från organisationskommittén för Socialstyrelsen. Socialdepartementet. Stockholm 1981.
- LSU 85. Direktiv 1985:2.
- Läkartidningen (2002) Chefer positiva till inspektion av ST-utbildningar. Läkartidningen nr 35, 2002. Volym 99.
- Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (2000) Utdanning av leger i sykehusbaserte spesialiteter. Oslo 2000.
- Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (2001) Bakgrunnsdokumentasjon for vurdering av spesialiteten indremedisin med grenspesialiteter og reumatologi. Oslo 2001.
- Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (2001) Bør en formalisere saerskilte kompetanseområder eller fagområder i norsk medicin? Notat från NR. Oslo 2001.

Regeringens proposition 1956:29 om rätt att utöva läkekonsten. Riksdagen. Stockholm.

Regeringens proposition 1969:35 om vidareutbildning och fördelning av läkare m.m. Riksdagen. Stockholm.

Regeringens proposition 1979/80:6 om Socialstyrelsens arbetsuppgifter och organisation. Riksdagen. Stockholm.

Regeringens proposition 1988/89:138 om riktlinjer för specialiseringstjänstgöring för läkare m.m. Riksdagen. Stockholm.

Regeringens proposition 1991/92:61 om vissa läkares anställningsform m.m. Riksdagen. Stockholm.

Regeringens proposition 1999/2000:149. Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Riksdagen, Stockholm.

Socialstyrelsen (1981) Instruktion för Socialstyrelsens expertnämnd för läkares vidareutbildning (NLV). Dnr 3110-475/81. Stockholm.

Socialstyrelsen & Universitetskanslerämbetet (1968) Läkares grundutbildning och vidareutbildning. Förslag av Socialstyrelsen och Universitetskanslerämbetet på grundval av en utredning inom ämbetsverken (SOU 1967:51). Stockholm 1968.

Socialstyrelsen (1992) Läkares specialiseringstjänstgöring. Målbeskrivningar 1992.

Socialstyrelsen (1996) Läkarnas specialiseringstjänstgöring. Målbeskrivningar 1996.

Socialstyrelsen (1997) Folkhälsorapport 1997. Epidemiologiskt centrum, Socialstyrelsen. Stockholm.

Socialstyrelsen (2002) Vårdens värde. Vad får vi för pengarna i vård och omsorg? Socialstyrelsen. Stockholm.

Socialstyrelsen (2003) NPS 2003 – Hälso- och sjukvårdens tillgång på läkare och sjuksköterskor samt en problematisering av respektive grupps arbetsmarknad. Socialstyrelsen. Stockholm.

Socialutskottets betänkande 1989/90:SoU9. Specialiseringstjänstgöring för läkare. Stockholm.

SFS 1915:362. Lag om behörighet att utöva läkarkonsten.

SFS 1960:408. Lag om behörighet att utöva läkaryrket.

SFS 1960:653. Kungl. Maj:ts kungörelse med tillämpningsföreskrifter till lagen om behörighet att utöva läkaryrket.

SFS 1969:422. Kungl. Maj:ts kungörelse med tillämpningsföreskrifter om behörighet att utöva läkaryrket.

SFS 1972:676. Sjukvårdskungörelsen.

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen.

SFS 1984:542. Lag om behörighet att utöva yrke i hälso- och sjukvården.

SFS 1991:1972. Lag om ändring av hälso- och sjukvårdslagen.

SFS 1991:1325. Förordning om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m.

SFS 1998:531. Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

SFS 1998:1513. Förordning om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

SNAPS (2002) Läkares vidareutbildning i de nordiska länderna. Samnordisk Arbetsgrupp för Prognos- och Specialistutbildningsfrågor. Oslo 2002.

SOSFS 1969:38. Socialstyrelsens cirkulär med föreskrifter angående vidareutbildningen för läkare. Socialstyrelsens författningssamling. Stockholm.

- SOSFS 1992:3. Socialstyrelsens föreskrifter om målbeskrivningar för specialiteter inom ramen för läkarnas specialiseringstjänstgöring. Socialstyrelsens författningssamling. Stockholm.
- SOSFS 1992:4. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring m.m. Socialstyrelsens författningssamling. Stockholm.
- SOSFS:1996:26. Socialstyrelsens föreskrifter om målbeskrivningar för specialiteter inom ramen för läkarnas specialiseringstjänstgöring. Socialstyrelsens författningssamling. Stockholm.
- SOSFS 1996:27. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring m.m. Socialstyrelsens författningssamling. Stockholm.
- SOU 1956:29. Lag om rätt att utöva läkekonsten. Förslag avgivet av Kvacksalverriutredningen. Inrikesdepartementet. Stockholm 1956.
- SOU 1967:51. Läkares grundutbildning och vidareutbildning. Betänkande av sakkunniga tillkallade av Medicinalstyrelsen och Universitetskanslersämbetet. Stockholm 1967.
- SOU 1987:53. Kompetensutvecklingen efter läkarexamen. Betänkande av utredningen om läkarnas specialistutbildning, LSU 85. Stockholm 1987.
- SOU 1987:54. Kompetensutvecklingen efter läkarexamen. Målbeskrivningar. Huvudbilaga till betänkande av utredningen om läkarnas specialistutbildning, LSU 85. Stockholm 1987.
- Sundhetsministeriet (2000) Fremtidens speciallaege. Betenkning fra Speciallaegekommisionen, nr 1384. Köpenhamn 2000.
- Sveriges läkarförbund (2000) Studierektorsorganisationen.
- Sveriges läkarförbund & Sveriges Läkarsällskap (2001) Utveckling av kvaliteten i läkares specialiseringstjänstgöring. SPUR-verksamheten.
- SYLF (2001) ST-rapport 2001 – 380 ST-läkares syn på sin specialiseringstjänstgöring. Stockholm.
- UEMS (1996) UEMS Policy Proposal for Classification and Training Duration of Specialties registered in Doctors Directive. Bryssel 1996.
- UEMS (1997) Charter on Visitation of Training Centers. Bryssel 1997.
- UEMS (1999) Position paper of UEMS on Assessment of Training. Bryssel 1999.
- Vallgård S. (1996) Specialiseringen inom sjukhusväsendet i ett komparativt och historiskt perspektiv. I Sygehusvaesenet mod år 2000. DIKE, Köpenhamn 1996.
- WHO (1997) European Health Care Reform. Analysis of current strategies. (Red.) R.B. Saltman & J. Figueras. WHO Regional Publications, European Series, No 72. Copenhagen 1997.