

Översyn av läkarnas specialitetsindelning

Förord

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

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

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

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

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Bakgrund</i>	10
Uppdrag	11
Syfte	11
<i>Utredningens arbete</i>	12
Projektorganisation	12
Utgångspunkter för arbetet	12
Arbetsätt	12
Specialitetsbegrepp och indelning	16
<i>Hälso- och sjukvårdens utveckling</i>	18
Sjukdomspanorama och demografisk utveckling	18
Personalförsörjning och rekrytering	19
Vårdens utveckling	20
Vetenskaplig och professionell utveckling	20
<i>Internationella förhållanden</i>	22
<i>Nuvarande specialitetsindelning</i>	24
<i>Problem med nuvarande indelning</i>	27
<i>Förslag till ny indelning</i>	29
Överväganden rörande befintliga specialiteter	29
Nya basspecialiteter med gemensam kunskapsbas	29
Nya basspecialiteter	38
Nya tilläggspecialiteter	40
Övriga förslag	42
Överväganden rörande inkomna förslag till nya specialiteter	43
Förslag på reglering av nya specialiteter	45
Skolhälsovård	45
Äldrepsykiatri	46
Palliativ medicin	47
Vårdhygien	48
<i>Ikraftträdande och övergångsbestämmelser</i>	50
<i>Konsekvensbeskrivning</i>	51
<i>Referenser</i>	52

Sammanfattning

Syftet med offentligrättslig reglering av läkarnas specialiteter är att den ska utgöra en kvalitetsgaranti av specialistkompetens i förhållande till patienter och allmänheten. Avsikten är att kunna garantera viss kunskapsnivå och sådana personliga egenskaper hos yrkesutövaren att denne är förtjänt av medborgarnas förtroende.

Den 1 februari 2009 överlämnade Regeringen ansvaret att dela in och benämna läkarnas specialiteter samt utarbeta målbeskrivningar till Socialstyrelsen. Med anledning av detta har Socialstyrelsen nu genomfört en översyn av specialitetsindelningen. Avsikten har dels varit att uppmärksamma specialiteter som kan ha fått problem med placeringen i den nya specialitetsstrukturen, dels att se över specialitetsstrukturen med avseende på gemensam kunskapsbas och vid behov föreslå en ny modell som bättre tillvaratar befolkningens och hälso- och sjukvårdens behov.

Utredningsarbetet har bedrivits under öppna former med sedvanlig utredningsmetodik med datainsamling och analys. Denna analys har gjorts utifrån fyra övergripande områden eller perspektiv:

- Befolkningsutveckling och sjukdomspanorama
- Vårdens utveckling på området
- Möjlighet till vetenskaplig och professionell utveckling
- Personal- och kompetensförsörjning

Utredningen har utifrån dessa perspektiv identifierat i huvudsak två utvecklingstendenser som sticker ut: fler äldre med ökade vårdbehov och fler barn- och unga med tilltagande psykisk ohälsa.

I Socialstyrelsens undersökningar bedöms efterfrågan på läkare fortfarande överstiga tillgången och detta bedöms framför allt gälla läkare med specialistkompetens. Vårdgivaren har det yttersta ansvaret för hur vården bedrivs. Vårdens utveckling är ett resultat av kulturella betingelser och organisatoriska förutsättningar och kan variera avsevärt mellan olika huvudmän och landsdelar. Vissa trender är dock övergripande oavsett huvudmannaskap och lokala variationer i övrigt. Kortare vårdtider och ökad vårdtyngd i hemmet är exempel på detta. Kunskapsområden utvecklas och metoder för diagnostik och behandling förändras allt snabbare. Det är därför nödvändigt att strukturen för specialitetsindelningen ger möjlighet att anpassa kompetensen efter den vetenskapliga utvecklingen.

I övriga Europa är det vanligt att flera besläktade specialiteter delar en gemensam kunskapsbas, en så kallad common trunk. I synnerhet är detta vanligt då det gäller de kirurgiska och invärtesmedicinska specialiteterna. Det är dock viktigt att påpeka att man i övriga Europa, till skillnad från i Sverige, vanligen har en tidsstyrd och inte målstyrd utbildning.

Utredningen har uppmärksammat ett antal funktionalitetsbrister i den nuvarande specialitetsstrukturen. Det sker en kunskapsinhämtning inom bas-

specialiteten som inte kommer till användning i den kommande yrkesutövningen inom grenspecialiteten. Forskning riskerar att nedprioriteras eftersom forskning under specialiseringstjänstgöring ytterligare ökar utbildningslängden.

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

Specialitetsindelningens struktur ska utformas så att sjukvårdens behov tillgodoses på ett både kvalitativt och resurseffektivt sätt. Vi utgår från vår analys av vårdens utveckling och bristerna med nuvarande system. Det är viktigt att specialitetsindelningen tillgodoser behovet av både bred och djup kompetens. Delar av förslaget innebär därför dels djup genom att specialiteter nyinrättas eller förändras inom nuvarande struktur, dels bredd genom att dessa specialistläkare då har möjlighet att sprida kunskapen inom området till övriga specialiteter. En tydligare definierad gemensam kunskapsbas ger förutsättningar för förbättrad funktionalitet genom att tydligare integrera och samordna specialiteternas gemensamma kunskapsområden.

Utredningen föreslår att:

- samtliga invärtesmedicinska specialiteter, inrättas som basspecialiteter
- de kirurgiska specialiteterna, utom röst- och talrubbingar, inrättas som basspecialiteter
- det inrättas en tydligare gemensam kunskapsbas för specialiteterna kirurgi, urologi, kärlikirurgi, samt plastikkirurgi
- barn- och ungdomskirurgi blir en egen basspecialitet
- det inrättas en tydligare gemensam kunskapsbas för specialiteterna geriatrik, internmedicin, kardiologi, medicinsk gastroenterologi och hepatologi, endokrinologi och diabetologi, medicinska njursjukdomar, lungsjukdomar, hematologi samt allergologi
- det inrättas en tydligare gemensam kunskapsbas för specialiteterna ortopedi och handkirurgi
- specialiteten bild- och funktionsmedicin blir åter basspecialiteterna radiologi och klinisk fysiologi och ges en tydligare gemensam kunskapsbas
- akutsjukvård blir en basspecialitet
- neuroradiologi inrättas som tilläggsspecialitet till basspecialiteterna neurologi, neurokirurgi och radiologi
- nukleärmedicin inrättas som tilläggsspecialitet till basspecialiteterna radiologi, klinisk fysiologi och onkologi
- gynekologisk onkologi inrättas som tilläggsspecialitet till basspecialiteterna obstetrik och gynekologi respektive onkologi

Utredningen lämnar även förslag om att inrätta fyra nya offentligrättsligt reglerade specialiteter. Vid utarbetandet av dessa förslag har tillgänglig information om samhällets behov varit avgörande. Även i detta sammanhang har perspektiv inom barn- och ungdomsområdet respektive äldreområdet särskilt beaktats.

Utredningen föreslår att:

- skolhälsovård införs som tilläggspecialitet till basspecialiteterna barn- och ungdomsmedicin, barn- och ungdomspsykiatri respektive allmänmedicin
- äldrepsykiatri införs som tilläggspecialitet till basspecialiteterna psykiatri respektive geriatrik
- palliativ medicin införs som tilläggspecialitet till samtliga specialiteter med patientnära arbete
- vårdhygien införs som tilläggspecialitet till basspecialiteterna klinisk bakteriologi och virologi respektive infektionsmedicin

Bakgrund

På uppdrag av Regeringen genomförde Socialstyrelsen 2001-2002 en översyn av läkarnas specialistutbildning samt specialitetsindelning. Regeringens direktiv var att översynen skulle ta fram principer för en specialitetsstruktur som i högre grad än den dåvarande utgick från en gemensam kunskapsbas för grupper av specialiteter, med efterföljande möjlighet till subspecialisering. Patientperspektivet skulle vara utgångspunkten för översynen. Översynen [1] presenterades för Regeringen 2003 och kom sedan att ligga till grund för arbetet med att ta fram en ny författning på området. Översynen föreslog en ny specialitetsstruktur med bas- gren- och tilläggsspecialiteter. Denna struktur var analog med Regeringens direktiv och syftade till att åstadkomma en rimlig balans mellan ett generalistperspektiv och ett superspecialiserat perspektiv.

En ny föreskrift och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring [2] med målbeskrivningar kom att träda i kraft den 1 september 2008 och byggde på de förslag som översynen hade lämnat med bland annat bas-, gren- och tilläggsspecialiteter. Den nya specialitetsstrukturen kom att bestå av 57 specialiteter fördelat på 31 basspecialiteter, 24 grenspecialiteter och 2 tilläggsspecialiteter.

Den 1 februari 2009 överlämnade Regeringen ansvaret att dela in och benämna läkarnas specialiteter samt utarbeta målbeskrivningar till Socialstyrelsen. [3] Myndigheten gör bedömningen att tidigare riktlinjer från Regeringen fortfarande gäller.

Av 4 kap. 1 § patientsäkerhetsförordningen [4] framgår att den legitimerade läkare som vill uppnå specialistkompetens ska genomgå vidareutbildning under minst fem år för att förvärva de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som föreskrivits. Specialiseringstjänstgöringen ska fullgöras genom tjänstgöring som läkare under handledning och genom deltagande i kompletterande utbildning (specialiseringstjänstgöring).

Det framgår vidare att Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om indelning och benämning av de specialiteter inom vilka specialistkompetens kan uppnås samt om vad som ska krävas för att få bevis om specialistkompetens.

I SOSFS 2008:17 [2] anges att en legitimerad läkare som vill uppnå kompetens i en gren- eller tilläggsspecialitet i begränsad omfattning kan påbörja fördjupning i den tänkta gren- eller tilläggsspecialiteten inom ramen för specialiseringstjänstgöringen i basspecialiteten.

Uppdrag

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring [2] trädde i kraft den 1 september 2008 och gäller alla som fått svensk läkarlegitimation från och med den 1 juli 2006 och som genomgår sin specialiseringstjänstgöring (ST).

Enligt den 14 § i förordningen med instruktion för Socialstyrelsen [3] ska myndigheten dela in och benämna de specialiteter inom vilka specialistkompetens kan uppnås samt med att avgöra vad som ska krävas för att få bevis om specialistkompetens. Det nationella rådet för specialiseringstjänstgöring ska bistå Socialstyrelsen i detta arbete.

Med anledning av ovanstående fick Ulf Kvist den 1 april 2011 i uppdrag av Socialstyrelsen att se över läkarnas specialitetsindelning.

Syfte

Avsikten har varit att uppmärksamma eventuella specialiteter som kan ha fått problem med placeringen i den nya specialitetsstrukturen och med hänsyn till detta komma med förslag på förändringar. Det huvudsakliga syftet utslöt inte att översynen även kunde leda fram till att något eller några förslag på nya specialiteter presenteras. I projektplanen beskrivs riktlinjerna för arbetet enligt följande:

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

Som ett tilläggsdirektiv till ovan nämnda riktlinjer fick projektgruppen även uppdraget att se över specialitetsstrukturen och de gemensamma kunskapsbaserna, samt att komma med ett förslag på en ny modell som bättre tillvaratar befolkningens och hälso- och sjukvårdens behov. Tilläggsdirektivet kan sammanfattas enligt följande:

- Ta fram ett förslag på ny indelning av specialiteterna med en modell som innefattar en tydligare gemensam kunskapsbas.

Uppdraget har således gällt att studera specialiteter såväl inom som utanför den offentligrättsliga strukturen. Uppgiften har varit att åtgärda funktionalitetsproblemen för de reglerade specialiteterna. Att ta fram ett förslag på en förändrad gemensam kunskapsbas är betydelsefullt för att åtgärda funktionalitetsproblemen. För de icke-reglerade specialiteterna har syftet varit att förhålla sig till om det finns behov av en offentligrättslig reglering.

Utredningens arbete

I detta avsnitt presenteras utredningens organisation, utgångspunkter, arbetssätt och de kriterier utredningen haft att förhålla sig till. Avslutningsvis diskuteras specialitetsbegreppet.

Projektorganisation

Projektgruppen har bestått av projektledaren Ulf Kvist samt projektmedarbetarna Thomas Wiberg, Frida Nobel, Fredrik Walentin, Tobias Lindquist samt Anneli Kastrup som i olika omfattning varit delaktiga i projektet. Uppdragsgivare har varit Anders Printz, avdelningschef på avdelningen för regler och tillstånd.

Utgångspunkter för arbetet

En övergripande och central utgångspunkt för utredningens arbete har varit att hålla antalet reglerade specialiteter på en nivå som speglar samhällets och statens strävan efter en lämplig balans mellan ett generalistperspektiv och ett specialiserat perspektiv, med patientens bästa för ögonen.

Arbetssätt

Utredningsarbetet har bedrivits under öppna former med sedvanlig utredningsmetodik med datainsamling och analys. Arbetet har inneburit att en rad kontakter tagits med olika aktörer. En mycket viktig del i utredningens arbete har utgjorts av de regelbundna mötena som hållits med Det nationella rådet för specialiseringstjänstgöring (ST-rådet), som bistått utredningen i dess arbete.

Specialitetsföreningar

Utredningen har totalt mottagit cirka 120 skrivelser från specialitetsföreningar och andra intressenter. De har gällt offentligt och icke offentligt reglerade specialiteter (för information om vilka specialitetsföreningar som inkommit med skrivelser se bilaga 1). Skrivelserna har framför allt mottagits under pågående utredningsperiod. Ett mindre antal skrivelser hade inkommit innan utredningen påbörjades men tillfördes utredningen då den startade. Det finns en stor variation i antalet skrivelser och mängden material som utredningen erhållit från respektive specialitetsförening som lämnat skriftliga synpunkter.

Specialitetsföreningarna har också haft möjlighet att lämna sina synpunkter muntligen. Femton hearingstillfällen har anordnats och sammanlagt har 62 specialitetsföreningar deltagit. Detta har inkluderat föreningar för både reglerade och icke reglerade specialiteter. Hearingarna har ägt rum från och med slutet av maj 2011 till och med januari 2012. Hearingstillfällena har ägt

rum i två omgångar. Vid den första omgången som ägde rum till och med augusti 2011 inhämtade utredningen framförallt information om specialiteternas funktionalitetsproblem i nuvarande indelning. I den andra omgången som ägde rum till och med januari 2012 inhämtades framför allt information om vilka möjligheter som ansågs föreligga att förändra den gemensamma kunskapsbasen för grupper av specialiteter.

Det nationella rådet för specialiseringstjänstgöring

Det nationella rådet för specialiseringstjänstgöring (ST-rådet) utses av regeringen för en period av två år. Rådet består av en ordförande och sju andra ledamöter. Minst en av ledamöterna ska utses på förslag av Socialstyrelsen, minst en på förslag av Sveriges Kommuner och Landsting, minst en på förslag av Svenska Läkaresällskapet, minst en på förslag av Sveriges läkarförbund och minst en från universitet och högskolor på förslag av Högskoleverket [3].

ST-rådet har till uppgift att bland annat bistå Socialstyrelsen med att dela in och benämna de specialiteter inom vilket specialistkompetens kan uppnås samt att avgöra vad som ska krävas för att få bevis om specialistkompetens.

Utredningen har vid fem tillfällen under pågående utredning träffat ST-rådet för att inhämta synpunkter. Det har vid flera poängterats att en offentlighetsrättslig reglering av specialiteter är av synnerlig vikt som en tydlig varudeklaration till patienter, allmänhet och vårdgivare.

De diskussioner som förts har bland annat gällt vikten av att det finns flexibilitet i specialitetsindelningen som ger möjlighet till både bredd och specialisering och som kan tillgodose behovet av kompetens på små och stora sjukhus samt inom primär- och slutenvård. Ett exempel är betydelsen av att specialitetsindelningen säkerställer länssjukhusens kompetensförsörjning. En förändrad gemensam kunskapsbas enligt det förslag som utredningen presenterar har diskuterats som en lösning för att uppnå ökad flexibilitet. Likaså införandet av flera tilläggsspecialiteter istället för grenspecialiteter.

Behovet av att skapa ett system för regelbunden revidering av indelningen, samt ST-rådet som en möjlig arena för att hantera ett sådant åtagande, har lyfts fram. De olika specialiteterna och deras innehåll ska vara motiverade av sjukvårdens behov. Målen för respektive specialitet ska spegla aktuellt kunskapsläge, sjukdoms- och vårdpanorama samt vara del av basen för utvecklingsarbete inom respektive del av hälso- och sjukvården. Införandet av nya specialiteter ska vägas mot risken med en ökad fragmentering av hälso- och sjukvården. Att göra ett kunskapsområde till en specialitet för att eliminera olika problem knutna till den verksamhet som bedrivs inom området kan inte vara den omedelbara eller enda lösningen. En lösning som omnämnts är att Svenska Läkaresällskapet skulle kunna ta ansvar för att certifiera profilmråden för specialiteter som inte är reglerade. Detta förslag presenterades också i den föregående översynen [1].

Avsaknaden av en sammanhållen syn på läkarnas grundutbildning och allmäntjänstgöring respektive specialiseringstjänstgöring har belysts och lyfts fram som ett område som behöver utvecklas. Med anledning av den pågående utredningen av läkarnas grundutbildning och allmäntjänstgöring anses ett utmärkt tillfälle föreligga för att detta ska kunna ske. Det bedöms

vara av stor vikt att de två utredningarna i den mån det är möjligt beaktar varandras arbete.

Referensgrupp

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

Sveriges Kommuner och landsting

Som ett led i att informera Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om översynen samt för att inhämta synpunkter har utredningen vid två tillfällen (september 2011 och januari 2012) träffat SKL:s hälso- och sjukvårdsdirektörer. Utredningen har också vid ett tillfälle (mars 2012) träffat SKL:s personaldirektörer.

Kontakter inom Socialstyrelsen

Som en del i inhämtandet av relevant data har utredningen haft kontakter med sakkunniga på myndigheten. Socialstyrelsens rapporter, statistik och författningar med bäring för utredningen har vid dessa kontakter belysts ytterligare.

Övriga informationsmöten

Utredningen har vid ett tiotal tillfällen deltagit på informationsmöten med professionen. Förutom att här upplysa om den pågående utredningen har också synpunkter i någon mån kunnat inhämtas.

Bedömning

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

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

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

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

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

Vad definierar en specialitet?

Utredningens definitioner av vad som konstituerar en specialitet grundar sig i de definitioner som fastslogs i översynsutredningen från 2003 [1]:

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

Analysprocesser

Analysprocesserna för de reglerade och icke reglerade specialiteterna har skilt sig något åt. För de icke-reglerade specialiteterna har utredningen i större utsträckning lutat sig mot de ovan nämnda definitionerna av specialitetsbegreppet och en övergripande bedömning har gjorts huruvida det föreligger ett behov av en reglerad specialitet på området.

Reglerade specialiteter

De reglerade specialiteterna har hanterats och bearbetats enligt följande:

- Informationen om funktionalitetsproblem och förslag på förändringar har ställts samman och sorterats.
- Alternativa placeringar av specialiteterna i strukturen har undersökts.
- Socialstyrelsens egen information (statistik och rapporter) inom området har studerats och vägts in.
- En samlad bedömning har gjorts och lagts till grund för de förslag som presenterats.

Icke-reglerade specialiteter

Inkomna data och argument från de icke-reglerade specialiteterna har hantearats och bearbetats enligt följande:

- Informationen för respektive kunskapsområde har sammanställts och sorterats efter de argument och beskrivna konsekvenser av nuvarande struktur som framförts.
- I förekommande fall har Socialstyrelsens egen information (statistik och fakta) inom området studerats och beaktats, liksom uttryck för eventuella behov av en särskild specialitetsordning.
- De definitioner för specialitetsbegreppet som ställts upp har beaktats. Frågan som framför allt har ställts är huruvida kunskapsområdet övergripande speglar patienterna och hälso- och sjukvårdens behov.
- På grundval av ovanstående punkter har ett förslag formulerats.

Specialitetsbegrepp och indelning

Syftet med den offentligrättsliga regleringen av specialiteter presenteras inledningsvis. Därefter följer en beskrivning av specialitetsbegreppet med avsikten att klargöra utredningens ställningstaganden i frågan. Frågan om vad som definierar en medicinsk specialitet knyter i denna utredning an till den föregående utredningens rapport [1].

Medicinska specialiteter och den offentligrättsliga regleringen

Det är av stort värde att regelbundet återkomma till och redogöra för anledningen till varför medicinska specialiteter är offentligrättsligt reglerade. Läkarnas specialistutbildning har varit offentligrättsligt reglerad sedan 1960 och tre större utredningar av specialistutbildningen har genomförts sedan dess. Den senaste genomfördes 2001-2002.

Syftet med den offentligrättsliga regleringen av specialiteter är att den ska utgöra en kvalitetsgaranti i förhållande till patienter och allmänheten. Avsikten är att kunna garantera viss kunskapsnivå och sådana personliga egenskaper hos yrkesutövaren att denne är förtjänt av medborgarnas förtroende.

Den offentligrättsliga regleringen av specialiteter ingår i den särskilda regleringen om behörigheten att utöva yrken inom hälso- och sjukvården som återfinns i patientsäkerhetslagen. Av författningen framgår att den som in-

nehär specialistkompetens åtnjuter ett titelskydd (en skyddad specialistbeteckning). Det innebär att endast den som har specialistkompetens får använda sig av beteckningen specialist [5].

Hälso- och sjukvårdens utveckling

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

Sjukdomspanorama och demografisk utveckling

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

Fler äldre med ökade vårdbehov

Ungefär 1,6 miljoner människor eller över 17 procent av Sveriges befolkning är 65 år eller äldre. Medellivslängden fortsätter att öka för både kvinnor och män. År 2009 var medellivslängden för kvinnor 83,4 år och för män 79,4 år. Svår sjuklighet som påverkar äldres hälsa, funktionsförmåga och livskvalitet har förskjutits upp i åldrarna [6,7,8]. Drygt var femte svensk kommer år 2030 att vara 65 år eller äldre. Sannolikheten för att drabbas av flera sjukdomar samtidigt, så kallad multisjuklighet, ökar med stigande ålder. En ökad multisjuklighet innebär vanligen stora vård- och hjälpbehov från olika huvudmän.

De vanligaste dödsorsakerna bland äldre är hjärt- och kärlsjukdomar samt cancer. Risken att insjukna i stroke eller hjärtinfarkt har minskat totalt sett, men ökat i de högre åldrarna. Insjuknandet i cancer har ökat totalt sett, medan dödligheten har minskat. De vanligaste cancerformerna bland äldre är prostatacancer, bröstcancer, tjock- och ändtarmscancer samt lungcancer. Besvär med ångslan och oro samt sömnbesvär är vanligt förekommande bland äldre. Bland de allra äldsta, 85 år och äldre, rapporterar var tredje kvinna och närmare var femte man att de besväras av ångslan, oro eller ångest. Fler än hälften av båda könen (av samtliga) över 65 år är överviktiga.

Bland de äldsta finns också många underviktiga och ofrivillig viktförlust bland äldre kan vara ett tecken på undernäring eller sjukdom [6,7,8].

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

Ökad psykisk ohälsa hos barn och ungdomar

En annan grupp som lyfts fram i Socialstyrelsens rapporter (se ovan) är barn och ungdomar. Sedan 1990-talet har ungdomsgenerationen haft en sämre hälsoutveckling än övriga åldersgrupper, framför allt när det gäller den psykiska hälsan [6,7,8]. Andelen barn och unga som vårdas för psykisk ohälsa ökar, särskilt då det gäller diagnoser som ångest, depression och neuropsykiatriska tillstånd. Tillgången på vård för barn och unga med diagnostiserad psykisk ohälsa har samtidigt blivit bättre. Andelen barn och unga som får vänta mer än 90 dagar på besök hos barn- och ungdomspsykiatri har sjunkit.

Socialstyrelsens tillsynsrapporter visar dock att det fortfarande är oklart vilken huvudman som har ansvaret för insatser vid psykisk ohälsa hos barn mellan 6 och 18 år och att samverkan mellan olika aktörer brister. Det är ovanligt med gemensamma behandlingsplaner och då samverkan sker är det oftast kring enskilda patienter och sällan på ett organiserat, övergripande plan [6,7,8].

Flera indikatorer pekar på att psykisk ohälsa ökar bland båda könen, men att den är särskilt vanlig bland yngre kvinnor. Andelen självmordsförsök ökar kraftigt bland unga kvinnor, och allt fler unga vårdas på sjukhus för depression eller ångest och för alkoholförgiftning. Under de senaste åren har dödligheten bland unga män ökat något till följd av skador och alkoholrelaterade dödsorsaker [6,7,8].

Personalförsörjning och rekrytering

Tillgången på läkare har fortsatt att öka under perioden 1995-2008 [9]. Majoriteten av alla läkare (71 procent) som är verksamma inom hälso- och sjukvården är specialistutbildade. Andelen har varit stabil under tidigare nämnda period. Tillväxten varierar dock inom olika specialiteter. Exempelvis har antalet specialister i kardiologi per 100 000 invånare ökat med över 90 procent. Även inom allmänmedicin och psykiatri (specialiteter som uppmärksammats på grund av rekryteringssvårigheter) har tillgången ökat under dessa år. Inom psykiatri har antalet specialister per 100 000 invånare ökat med knappt 30 procent, vilket även gäller för specialister inom allmänmedicin, ortopedi samt anestesi och intensivvård [9].

Den högsta läkartätheten år 2008 hade Stockholms sjukvårdsregion. Tillgången på vissa grupper av specialistläkare är relativt jämnt fördelad över landet. Detta gäller till exempel specialister i allmänmedicin, medan tillgången på andra grupper varierar betydligt mer, som till exempel specialister i psykiatri. I Stockholm fanns 34 specialister i psykiatri per 100 000 invånare medan det i norra regionen var 14 per 100 000 invånare och genomsnittet för riket låg på 22. Totalt sett hade Stockholms sjukvårdsregion den högsta tätheten av specialistläkare som arbetar inom hälso- och sjukvården. I denna region fanns 317 läkare med specialistkompetens per 100 000 invånare. Det kan jämföras med 263 läkare med specialistkompetens per 100 000 invånare för hela riket.

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

senaste decenniet har den internationella rörligheten av hälso- och sjukvårdspersonal ökat kraftigt.

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

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

Socialstyrelsen prognos för perioden 2009-2025 visar att antalet läkare under perioden förväntas öka med 5 procent (exklusive nettoinvandring). I det nationella planeringsstödet årsrapport för 2011 bedöms efterfrågan på läkare fortfarande överstiga tillgången och detta bedöms framför allt gälla läkare med specialistkompetens [10].

Vårdens utveckling

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

Socialstyrelsen bedömde i januari 2009 att arbetsmarknaden för specialistläkare var i obalans; efterfrågan var större än tillgången. Som en del i ett lösningsförslag presenterades att personalsammansättningen kan behöva ses över [6]. Det är relativt få arbetsuppgifter i hälso- och sjukvården som juridiskt sett är reserverade för en speciell yrkeskategori. Till exempel är inte rätten att ställa diagnos reglerad i någon författning. Snarare är det möjligheterna att vidta åtgärder utifrån diagnosen som skiljer olika yrkesutövare åt.

Författningsmässigt finns det i dag alltså stora möjligheter för verksamhetschefen att på ett flexibelt och effektivt sätt använda den befintliga personalen för att organisera verksamheten och underlätta arbetet med att uppnå en tillgänglig och säker vård. I detta sammanhang är fördelningen av arbetsuppgifter central [10].

Vetenskaplig och professionell utveckling

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

Kunskapsområden utvecklas och metoder för diagnostik och behandling förändras allt snabbare. Det är därför nödvändigt att strukturen för specialitetsindelningen ger möjlighet att anpassa kompetensen efter den vetenskap-

liga utvecklingen. Med fler basspecialiteter med tydligare gemensam kunskapsbas istället för grenspecialiteter samt fler tilläggspecialiteter, ökar dynamiken i systemet.

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

De förändringar som denna utredning föreslår av den befintliga strukturen och den gemensamma kunskapsbasen för grupper av specialiteter, bedöms gynna en fortsatt positiv vetenskaplig och professionell utveckling.

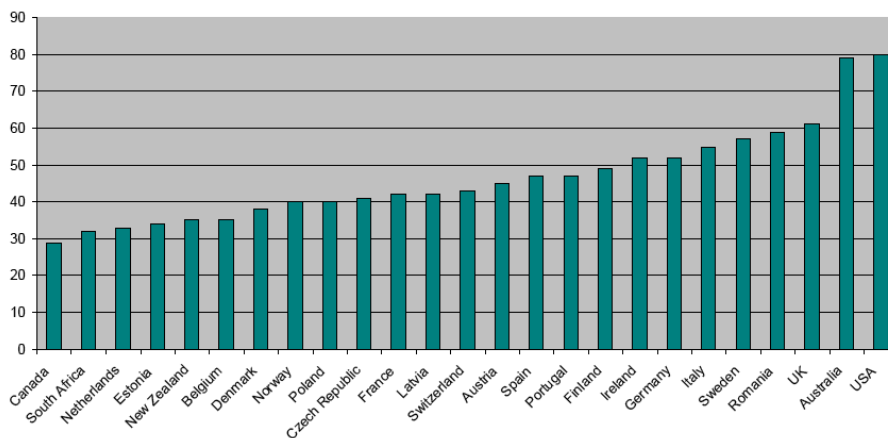
Internationella förhållanden

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

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

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

Bild 1: Antal specialiteter i olika länder



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

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

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

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

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

Nuvarande specialitetsindelning

I avsnittet beskrivs den nuvarande specialitetsindelningen som regleras av Socialstyrelsens föreskrifter om läkarnas specialiseringstjänstgöring [2].

Basspecialiteter

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

Grenspecialiteter

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

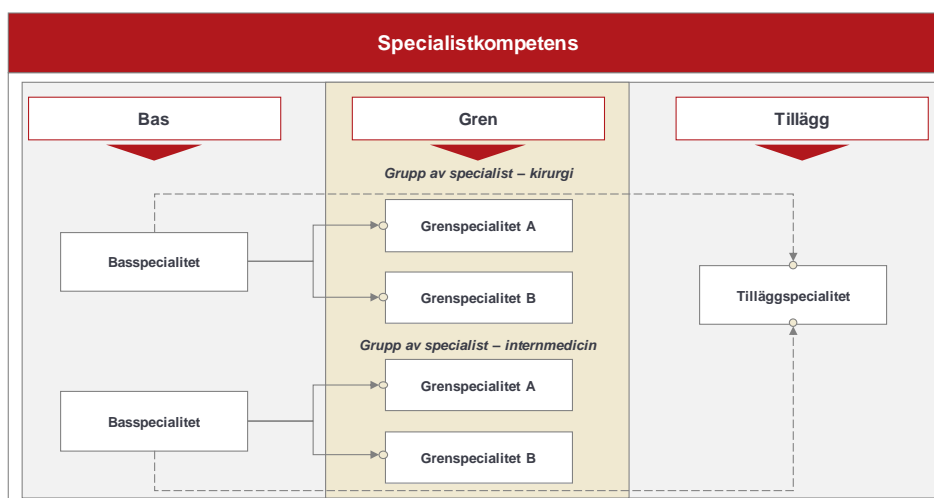
Tilläggspecialiteter

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

Nuvarande struktur

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

Bild 2: Beskrivning av uppbyggnaden av specialitetsstrukturen i SOSFS 2008:17



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

Av författningen framgår att en legitimerad läkare som vill uppnå kompetens i en gren- eller tilläggspecialitet i begränsad omfattning, inom ramen för basspecialiteten, kan påbörja fördjupning i den tänkta gren- eller tilläggspecialiteten [2]. För till exempel specialiteten barn- och ungdomskirurgi, som är en grenspecialitet till kirurgi, kan specialiseringstjänstgöringen i grenspecialiteten till viss del påbörjas under specialiseringstjänstgöringen i kirurgi. Författningen anger inte den exakta omfattningen för detta. En viktig anledning är att man vill undvika en allt för långt driven reglering. Författningen ska ge utrymme för flexibilitet över tid och även ge utrymme för vissa geografiska variationer mellan och inom specialiteter.

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

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

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

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

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

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

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

Problem med nuvarande indelning

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

Kunskap och kompetens kommer inte till användning

Läkaren som genomgår specialiseringstjänstgöring får under utbildningen kunskap och kompetens som inte kommer till användning i den kommande yrkesutövningen. Flera kirurgiska och invärtesmedicinska grenspecialiteter har påpekat att specialiseringstjänstgöringen inom basspecialiteten innebär att kunskap och kompetens som inte är av relevans för den blivande grenspecialisten inhämtas. Inom kärkirurgi står endovaskulär teknik för 70-80 procent av operationerna som en kärkirurg i dag utför och kopplingen till allmänkirurgi har försvagats.

För lite tid åt det egna kompetensområdet

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

Rekrytering försvåras

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

Forskning nedprioriteras

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

Brist på utbildningsplatser

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

Utbildningen blir dyrare?

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

Förslag till ny indelning

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

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

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

I avsnittet presenteras utredningens förslag på förändringar av specialitetsindelningen. Inledningsvis redovisas förslagen som rör de i dag reglerade specialiteterna. Därefter presenteras förslag på reglering av nya specialiteter och vi redogör för varför utredningen inte valt att gå vidare med vissa önskemål.

Överväganden rörande befintliga specialiteter

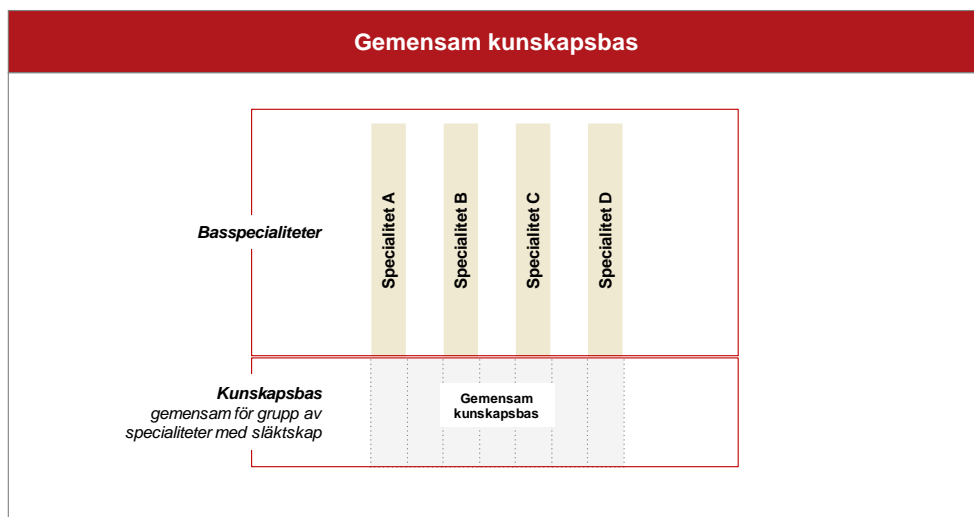
Förslagen som presenteras inbegriper en förändrad gemensam kunskapsbas för grupper av specialiteter med fler basspecialiteter istället för grenspecialiteter, grenspecialiteter som förändras till tilläggspecialiteter och en tilläggspecialitet som görs om till basspecialitet.

Nya basspecialiteter med gemensam kunskapsbas

Utredningen föreslår en förändrad gemensam kunskapsbas för basspecialiteterna kirurgi, internmedicin samt deras tillhörande grenspecialiteter. Även basspecialiteten ortopedi och grenspecialiteten handkirurgi föreslås få en förändrad gemensam kunskapsbas. Förslaget innebär att samtliga specialiteter i dessa kluster blir basspecialiteter. Bild- och funktionsmedicin och grenspecialiteten klinisk fysiologi föreslås också få en förändrad gemensam kun-

skapsbas. För de barnmedicinska specialiteterna och klustret som innehåller öron-, näs- och halsspecialiteter kommer inga förändringar att föreslås.

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



Utredningen gör bedömningen att förslaget ryms inom ramen för den rådande strukturen och den målstyrda specialistutbildningen. Bedömningen är att en förbättrad funktionalitet och flexibilitet skulle uppnås med de föreslagna förändringarna. Den förbättringspotential som utredningen ser är som följer.

Gemensam kunskapsbas med förbättrad funktionalitet

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

Balans i utbildningen

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

Rekryteringen av ST-läkare

Det underlättar rekryteringen av ST-läkare till de nuvarande grenspecialiteterna genom att utbildningen i den gemensamma kunskapsbasen görs mer

ändamålsenlig och utbildningslängden anpassas efter specialiteternas behov. Rekryteringsunderlaget ökar också. På sikt skulle också tillgången på färdiga specialister öka. De nuvarande basspecialiteterna bedöms inte påverkas menligt.

Underlätta möjligheterna att bedriva forskning

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

Det internationella perspektivet

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

Kirurgiska specialiteter

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

Utredningens förslag innebär att barn och ungdomsskirurgi blir en fristående basspecialitet vilket beskrivs närmare på sidan 39. Urologi, plastikkirurgi samt kärlikirurgi föreslås bli basspecialiteter jämte allmänkirurgi med en gemensam kunskapsbas.

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

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

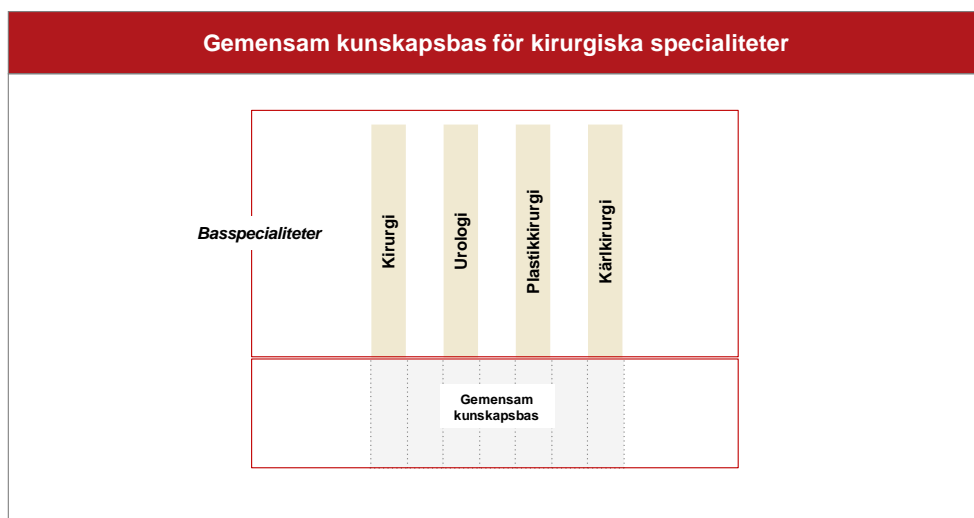
Förutom dessa krav ska arbetet med en förändrad gemensam kunskapsbas också utgå från den nuvarande författningen där de fyra första medicinska delmålen gemensamma för kirurgi och innefattar följande:

1. Att behärska kirurgisk patofysiologi, basalkirurgisk teknik och behandling av sjukdomar i hud och underhud som kan kräva kirurgisk behandling.
2. Att behärska bedömning, diagnostik och initial behandling av akut buksjukdom
3. Att behärska initial handläggning av större och mindre trauma

4. Att behärska basal smärtbehandling, kirurgisk intensivvård och anestesieffekter

Dessa delmål samt de icke medicinska delmålen 13-20 som innefattar bland annat ledarskap, kommunikation, vetenskap och kvalitetsarbete utgör den nuvarande gemensamma kunskapsbasen.

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



Hörsel- och balansrubbningar

Hörsel- och balansrubbningar är idag en grenspecialitet till öron-, näsa, halssjukdomar (ÖNH).

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

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

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

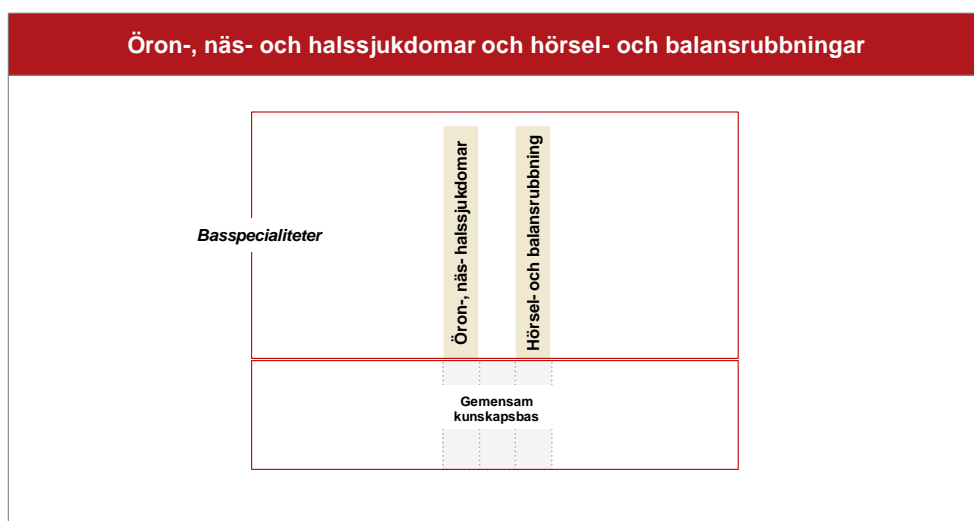
Enligt specialistföreningen leder specialitetens placering som grenspecialitet också till svårigheter att få utbildningsplatser i tillräcklig omfattning

inom basspecialiteten Öron-, näsa, halssjukdomar samt även till rekryteringsvårigheter, i synnerhet av kollegor som inte är kirurgiskt inriktade.

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

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

Bild 6: Förslag på gemensam kunskapsbas för hörsel- och balansrubbningar och öron-, näs- och halssjukdomar.



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

Invärtesmedicinska specialiteter

I den befintliga specialitetsstrukturen är kardiologi, medicinsk gastroenterologi och hepatologi, endokrinologi och diabetologi, medicinska njursjukdomar, lungsjukdomar, hematologi och allergologi grenspecialiteter till basspecialiteten internmedicin. Utredningens förslag innebär att de blir basspecialiteter inom ramen för en förändrad gemensam kunskapsbas. Denna gemensamma kunskapsbas omfattar samtliga invärtesmedicinska specialiteter, alltså utöver de ovan nämnda åtta specialiteterna även basspecialiteten geriatrik.

Enligt författning är de tre första medicinska delmålen gemensamma för specialiteterna. Dessa är:

1. Att kunna handlägga de internmedicinska akuta sjukdomarna och de till internmedicin relaterade sjukdomstillstånden.

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

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

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

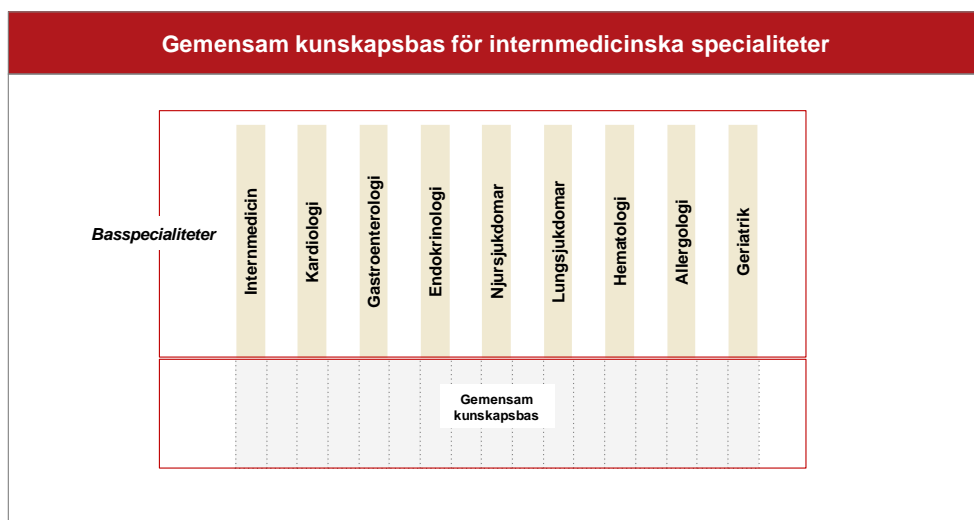
Samtidigt vill utredningen klargöra sin uppfattning att basspecialiteten internmedicin är av mycket stor vikt utifrån behovet av läkare med bred kompetens. Det kan sägas vara särskilt tydligt när det gäller länsdelsjukhus där tillgången på specialister inom en grenspecialitet i det nuvarande invärtesmedicinska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

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

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

Förutom dessa krav ska arbetet med en förändrad gemensam kunskapsbas också utgå från den nuvarande författningens gemensamma delmål.

Bild 7: Förslag på gemensam kunskapsbas för de invärtesmedicinska specialiteterna internmedicin, kardiologi, gastroenterologi, endokrinologi, njursjukdomar, lungsjukdomar, hematologi, allergologi och geriatrik



Ortopedi och handkirurgi

I den nuvarande specialitetsstrukturen är ortopedi en basspecialitet och handkirurgi en grenspecialitet till ortopedi. Utbildningen till handkirurg har därmed blivit förlängd i jämförelse med tidigare då handkirurgi var en basspecialitet.

Genom kravet på basspecialiteten ortopedi är det sannolikt att rekryteringen till specialiteten handkirurgi försvåras. Det kan också finnas risk att det uppstår brist på utbildningsplatser då både blivande handkirurger och blivande ortopeder behöver genomgå samma kirurgiska träning och samma kurser. En längre utbildningsväg bedöms också vara försvårande för forskning under specialiseringstjänstgöringen eftersom en redan lång väg till färdig specialist förlängs ytterligare.

Det finns gemensamma beröringspunkter mellan ortopedi och handkirurgi vilket illustreras av att följande delmål 1-3 samt 12 är gemensamma:

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

Formuleringen för dessa delmål är generella och sannolikt finns mer specifika gemensamma delar för de båda två specialiteterna. Förutom dessa delmål är de icke medicinska delmålen 13-20, som innefattar bland annat le-

darskap, kommunikation, vetenskap och kvalitetsarbete, också gemensamma.

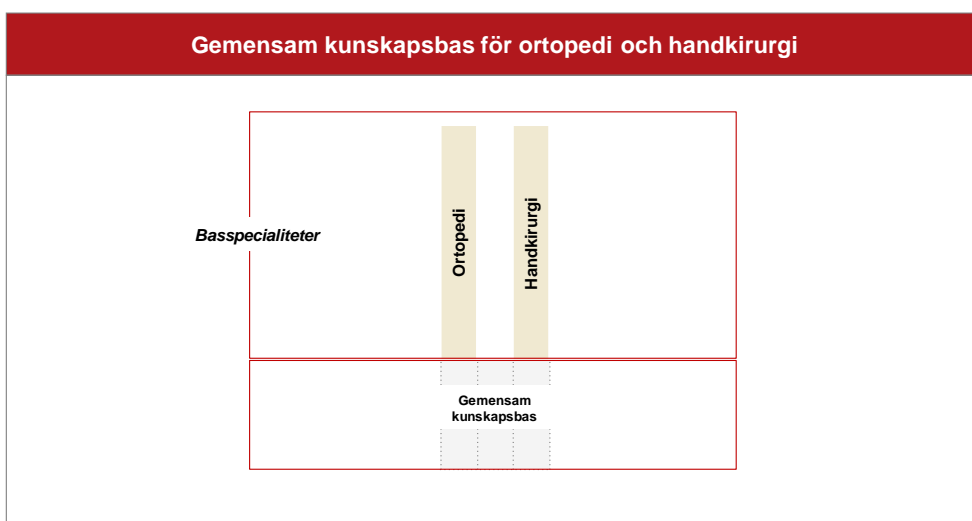
Den blivande handkirurgen skall också uppnå delmål som bland annat innebär kompetens i att handlägga sjukdomar i rygg, höfter, knän, fot och fotled samt tumörer i rörelseorgan. Dessa moment upptar en relativt stor del av utbildningen och av den kliniska tjänstgöringen under specialistutbildningen men ingår inte i arbetet för en handkirurg. Genom att handkirurgi görs om till en basspecialitet kan irrelevanta delar av utbildningen tas bort. Samtidigt bör man ta tillvara de delar som förenar de två specialiteterna. Utredningens bedömning är att dessa delar med fördel kan samlas i en gemensam kunskapsbas.

För att de två specialiteterna ska kunna bli basspecialiteter med en ny gemensam kunskapsbas bedömer utredningen att den gemensamma kunskapsbasen behöver definieras med målsättningen att:

- Underlätta för samordning av utbildningsmoment såsom kurser och tjänstgöringar.
- Underlätta komplettering vid byte mellan specialiteterna.
- Bidra till fortsatt gemensam utveckling och samarbete mellan de två specialiteterna ortopedi och handkirurgi.

Utredningen föreslår att de befintliga gemensamma delmålen vid behov revideras och kompletteras under föreskriftsarbetet för att motsvara den gemensamma kunskapsbasen utifrån dagens kunskapsläge. Liksom för övriga specialiteter bedöms till exempel kunskap inom prevention, vårdhygien, palliativ medicin och handläggning av multisjuka äldre vara relevant.

Bild 8: Förslag på gemensam kunskapsbas för specialiteterna ortopedi och handkirurgi



Utredningens förslag innebär att handkirurgi blir en basspecialitet och att ortopedi kvarstår som en basspecialitet. De två specialiteterna får en ny

gemensam kunskapsbas. Det innebär en ordning jämförbar med de kirurgiska specialiteterna som beskrivits tidigare i kapitlet.

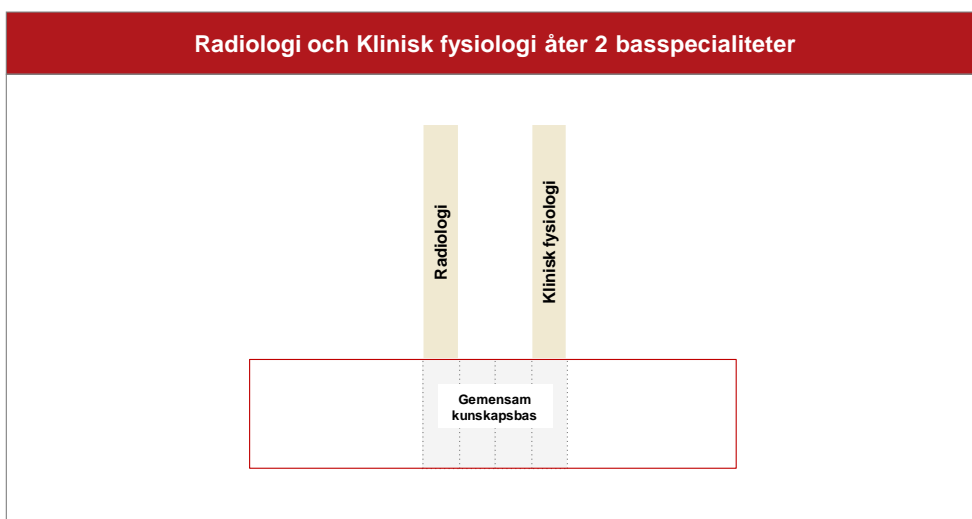
Bild- och funktionsmedicin och klinisk fysiologi

I den nuvarande specialitetsindelningen är bild- och funktionsmedicin (BFM) basspecialitet och klinisk fysiologi grenspecialitet till bild- och funktionsmedicin. De argument som framförts kring funktionalitetsbristerna med denna struktur, överensstämmer till stor del med de generella argument som belysts tidigare i detta kapitel. Det handlar om brister i den gemensamma kunskapsbasen, svårigheter att rekrytera ST-läkare, möjligheter att bedriva forskning och tillgång till utbildningsplatser. Svensk förening för klinisk fysiologi har i sina skrivelser bland annat kartlagt nyrekryteringen av ST-läkare till specialiteten klinisk fysiologi och konstaterar en påtaglig minskning sedan specialiteten förändrades till grenspecialitet.

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

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

Bild 9: Förslag på gemensam kunskapsbas för specialiteterna radiologi och klinisk fysiologi



I de skrivelser som inkommit till Socialstyrelsen i denna fråga framgår att organspecialisternas specialitetsföreningar, såsom Svensk Cardiologisk förening och Svensk Lungmedicinsk Förening, instämmer i ovanstående ar-

gument kring funktionalitetsbrister med klinisk fysiologi som grenspecialitet.

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

Nya basspecialiteter

Akutsjukvård

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

I två rapporter som Socialstyrelsen publicerat belyses brister inom sjukvårdens akutverksamhet. Förslag visar också på olika förbättringsåtgärder och vikten av att detta arbete sker fortlöpande poängteras [11,12]. I samband med utredning av väntetiderna på landets akutmottagningar genomförde Socialstyrelsen 2010 en enkätundersökning och fick in uppgifter från 19 landsting med 66 av landets totalt 74 akutmottagningar. Ur enkäten framkom att antalet besök på dessa akutmottagningar vara cirka 2,5 miljoner per år [11,12]. I utredning framkom vidare att det saknas nationella uppgifter om antalet akutbesök och deras utveckling över tid, men att flera enskilda studier talar för att antalet är stadigt ökande. Befolkningsutvecklingen innebär en allt större andel äldre i befolkningen. Därmed ökar också antalet patienter med flera samtidiga sjukdomar och som är i behov av ett omhändertagande med förhållandevis bred medicinsk kompetens.

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

Eftersom akutsjukvård har sin huvudsakliga gärning på akutmottagningen finns det sannolikt goda förutsättningar för specialiteten att ta en mer aktiv roll i utvecklandet av akutverksamheten och därmed också bland annat gynna patientsäkerhetsarbetet. Utredningen bedömer att möjligheterna att driva en sådan process blir större om akutsjukvård blir en basspecialitet. Specialitetens fokusering på det akuta omhändertagandet kan sannolikt också bidra till att utveckla såväl de kirurgiska som de medicinska specialiteterna.

I diskussioner med bland annat ST-rådet har det framförts att specialitetens placering i strukturen också bör bedömas utifrån hur vårdstrukturen

förändras. I dag har Sverige en utveckling där många landsting strävar efter att det akuta omhändertagandet ska ske utanför akutsjukhusen och mera anpassat till regionala förutsättningar och behov.

Eventuella problem som befaras är att inrättande av akutsjukvård som basspecialitet kan komma att påverka hälso- och sjukvården i hög grad, och att detta bör utredas särskilt. De huvudmän som väljer att införa specialiteten kan ställas inför organisatoriska förändringar som är relativt omfattande bland annat eftersom befintliga jourlinjer kan komma att påverkas.

Utredningen gör dock bedömningen att en förändring från tilläggsspecialitet till basspecialitet skapar bättre förutsättningar för de huvudmän som väljer att införa specialiteten i sin verksamhet. Det bedöms även skapa bättre förutsättningar för att långsiktigt säkra kompetens inom akutsjukvård. Specialistkunnandet om det akuta omhändertagandet är av betydelse för patientsäkerheten, men riskerar att inte utvecklas i nuvarande system då möjligheten till rekrytering av nylegitimerade läkare till specialiteten är liten.

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

Barn- och ungdomskirurgi

I nuvarande specialitetsindelning är barn- och ungdomskirurgi en grenspecialitet till kirurgi. I den föregående utredningen bedömdes den kompetensmässiga närheten till kirurgin vara omfattande nog för denna indelning. Nuvarande utredning vill understryka uppfattningen att det föreligger en tydlig kompetensmässig närhet.

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

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

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

Utredningen anser att barn- och ungdomsperspektivet inom hälso- och sjukvården är viktigt och behöver hållas ihop och att nämnda förändring är ytterligare ett steg i den riktningen. Med tydligare kopplingar till det barn- och ungdomsmedicinska fältet skulle en större dynamik uppnås. Utredning-

en föreslår därför att den nuvarande grenspecialiteten barn- och ungdomskirurgi blir en egen basspecialitet.

Nya tilläggspecialiteter

Neuroradiologi

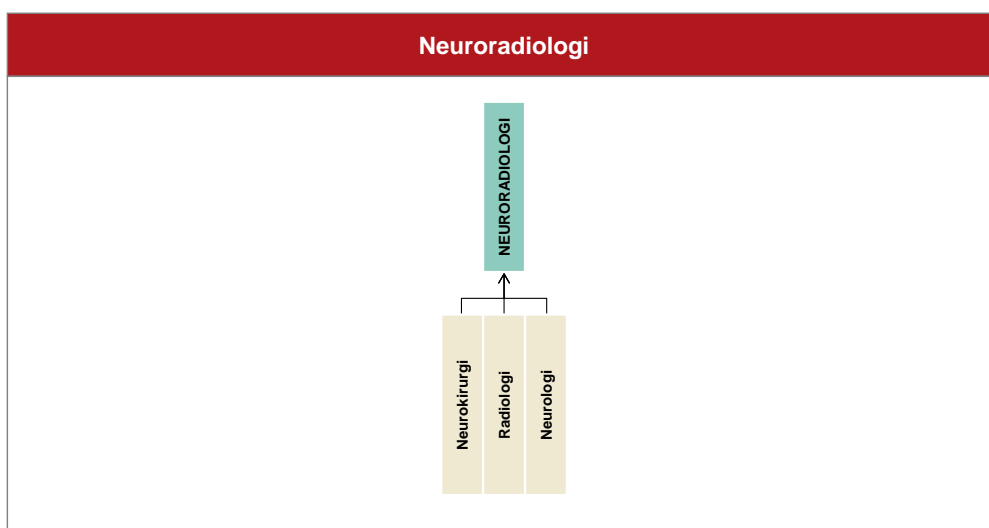
I den befintliga specialitetsindelningen är neuroradiologi en grenspecialitet till basspecialiteten bild- och funktionsmedicin.

Ett förhållandevis nytt behandlingsområde är intraarteriell trombolys och trombektomi vid stroke. Denna behandlingsmetod är under snabb utveckling både internationellt och i Sverige. Det råder samtidigt stor brist på neuroradiologer med kompetens inom interventionell neuroradiologi.

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

Om specialiteten blev en tilläggspecialitet i stället för en grenspecialitet bedömer utredningen att det skulle stärka utvecklingen inom området. Det skulle bli lättare att rekrytera från andra basspecialiteter. Kompetens från flera områden skulle därigenom tillföras specialiteten och kunna utveckla den. Svensk Förening för Neuroradiologi har också framfört sådana synpunkter.

Bild 10: Förslag på att specialiteten neuroradiologi blir en tilläggspecialitet till neurologi, radiologi och neurokirurgi



Utredningen bedömer, utifrån målbeskrivningens krav, det vara lämpligt att basspecialiteterna neurologi, neurokirurgi samt medicinsk radiologi blir möjliga ingångar till specialiteten. Utredningen föreslår att neuroradiologi görs om till en tilläggspecialitet med neurologi, neurokirurgi samt bild- och funktionsmedicin (radiologi) som möjliga ingångar.

Nukleärmedicin

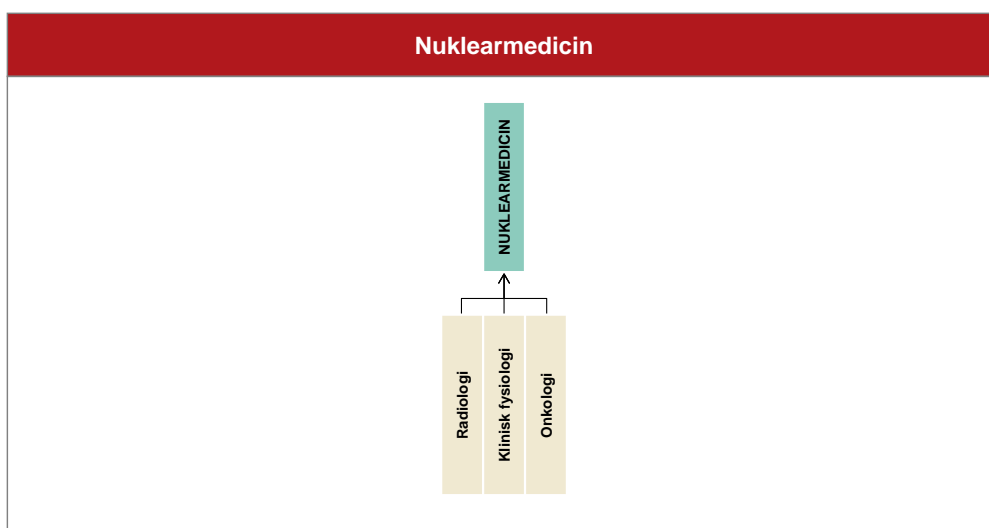
I den befintliga specialitetsindelningen är nukleärmedicin en grenspecialitet till basspecialiteten bild- och funktionsmedicin.

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

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

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

Bild 11: Förslag på att specialiteten nukleärmedicin blir en tilläggspecialitet till radiologi, klinisk fysiologi och onkologi



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

Gynekologisk onkologi

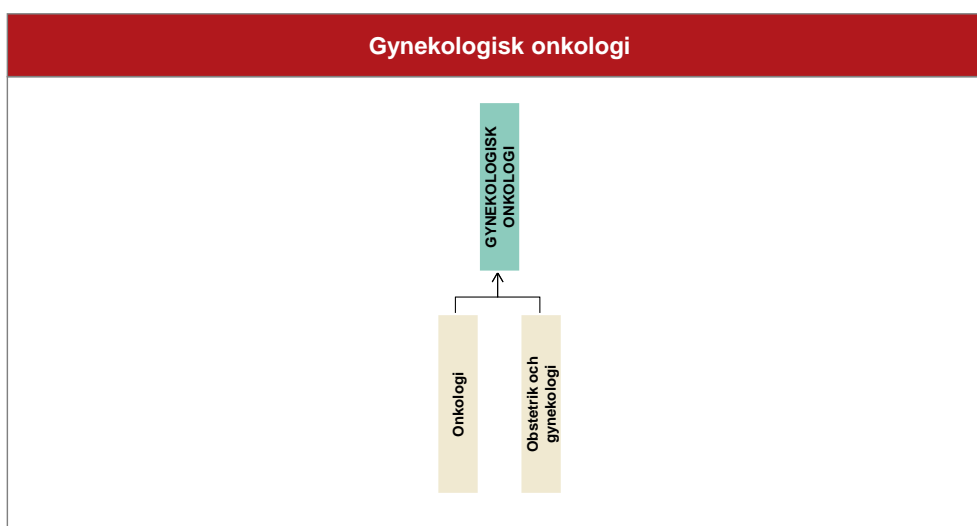
Incidensen av cancersjukdomar förväntas öka mot bakgrund av den demografiska utvecklingen med ökad andel äldre individer i samhället. Det är angeläget att säkra den framtida kompetensen inom cancerområdet.

Historiskt sett har specialistläkare inom gynekologisk onkologi varit gynekologer, vilket även illustreras av de nuvarande specialisternas dubbelspecialisering: 41 av 54 är även gynekologer [9]. Verksamheten gynekologisk onkologi finns på fyra orter i landet; Örebro, Uppsala, Linköping och Umeå.

Inom kompetensområdet gynekologisk onkologi har utvecklingen av kunskapen resulterat bland annat i att antalet insatser per patient ökat. Det handlar exempelvis om fler behandlingslinjer, mer komplicerade behandlingar,

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

Bild 12: Förslag på att specialiteten gynekologisk onkologi blir en tilläggs-specialitet till obstetrik och gynekologi



Det är viktigt att det finns möjlighet för fler läkare att, inom ramen för bibehållen kvalitetsnivå, välja specialiteten gynekologisk onkologi. Socialstyrelsen föreslår därför att specialiteten gynekologisk onkologi blir en tilläggs-specialitet till baspecialiteterna obstetrik och gynekologi respektive onkologi.

Övriga förslag

Arbets- och miljömedicin

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

Det finns inom kompetensområdet för närvarande ca 600 företagsläkare och 60 specialister på klinik [9]. Med företagshälsovård avses en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården skall särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa [13]. Kunskapsområdet innefattar således dels vanliga sjukdomar hos den arbetande befolkningen, dels folkhälsofrågor, försäkringsmedicin, prevention, rehabilitering och missbruk. En stor del av kunskapsområdet innefattar samverkan med myndigheter och arbetsgivare.

Regeringen inrättade den 1 april 2009 en delegation med benämningen Delegationen för kunskapsområdet företagshälsovård (FHV-delegationen). Denna har fram till december 2011 haft som en av sina uppgifter att ”följa införandet av den nya specialiseringstjänstgöringen i arbets- och miljömedicin (SOSFS 2008:17) samt bilda ett forum för utbildningen av företagsläkare med berörda parter under övergångstiden”. Vid en inventering gjord av FHV-delegationen framkom att det kan komma att uppstå brist på specialister i arbets- och miljömedicin. Man inrättade därför en försöksverksamhet med statligt stöd för att säkra återväxten av specialistläkare. Utvecklingen av den planerade försöksverksamheten med specialiseringstjänstgöring i arbets- och miljömedicin fick dock inte den uppslutning från företagshälsovårdens sida som kalkylerats. Trots statligt stöd för ST-tjänster vid företagshälsovård har inte antalet nytillsatta tjänster varit tillräckligt [13].

En diskussion som väckts relativt sent under nuvarande översyn om läkarnas specialitetsindelning, är att åter införa företagshälsovård som en tilläggspecialitet till de invärtesmedicinska specialiteterna, förutom geriatrik, samt till specialiteterna psykiatri, allmänmedicin och neurologi. Vidare kan specialiteten arbets- och miljömedicin kvarstå i nuvarande form. Syftet är att rekrytering av företagsläkare då skulle kunna ske både från specialiteten arbets- och miljömedicin och från tilläggspecialiteten företagshälsovård. Ytterligare ett förslag som väckts är att försöka skapa en gemensam kunskapsbas inom flera specialiteter som har ett tydligt folkhälsoperspektiv såsom allmänmedicin och socialmedicin.

Eftersom ovanstående diskussion väckts sent under innevarande utrednings gång, föreslår Socialstyrelsen att frågan om indelning av specialiteterna arbets- och miljömedicin respektive företagshälsovård beredes särskilt.

Överväganden rörande inkomna förslag till nya specialiteter

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

Ur direktiven för översynen av läkarnas specialitetsindelning:

”Socialstyrelsen har av Regeringen i uppdrag att dela in och benämna läkares specialiteter. Med anledning av detta pågår sedan april 2011 en översyn

av läkarnas specialitetsindelning. Syftet med denna översyn har varit att uppmärksamma eventuella specialiteter som har fått problem med placeringen i den nya specialitetsstrukturen samt att komma med förslag till förändringar, för att uppnå en högre grad av funktionalitet.”

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

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

Utöver skrivelser och muntliga inlägg kring dessa frågor har till översynen också inkommit ett antal önskemål om inrättandet av nya specialiteter. Många goda argument rörande exempelvis rekrytering, forskning, medicinskt teknisk utveckling och förändrade kunskapsmassor har inkommit. Projektgruppen har också i möjligaste mån behandlat dessa önskemål i ljuset av tillgänglig statistik och andra faktauppgifter gällande samhällets behov på respektive område.

En lång rad synpunkter har inkommit skriftligen samt muntligen vid hearingar hos Socialstyrelsen. Med de ramar för tid och resurser projektgruppen arbetat under har den försökt att i största möjliga mån registrera och bearbeta alla synpunkter och fokusera på de uppgifter som givits i direktiven.

Den största och mest genomgripande förändringen blir den som avser gemensamma kunskapsbaser för olika grupper av specialiteter. En hel del arbete har lagts ned på att inhämta synpunkter kring detta, fundera över konsekvenserna, samt arbeta fram förslag på hur de gemensamma kunskapsbaserna kan se ut. Stor vikt har också lagts vid det ursprungliga direktivet, där det uppdrogs åt projektgruppen att finna och åtgärda problem som uppstått för olika specialiteter på grund av nuvarande systems utformning.

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

Däremot har den inte inom ramen för detta uppdrag kunnat väga alla skäl för och emot inrättandet av varje ny specialitet i samtliga fall. Samhällets behov, så som det kunnat identifieras av myndigheten, samt uppdraget att åtgärda brådskande funktionsbrister har varit de viktigaste utgångspunkterna för arbetet. Några nya specialiteter föreslås också, men inrättandet av nya specialiteter har inte varit huvudsyftet med översynen.

En fortlöpande utvärdering av systemet föreslås fortgå i dialog med representanter för professionen, huvudmännen och andra intressenter. Dessutom ser Socialstyrelsen en möjlighet att utveckla systemet med profilmråden, instiftade och skötta av Svenska Läkaresällskapet. Flera specialiteter som inte föreslås bli reglerade i denna översyn skulle möjligen kunna gagnas av att bli sådana profilmråden. Samtliga skrivelser och synpunkter finns regi-

strerade hos Socialstyrelsen inför en fortlöpande utvärdering. Flera av de specialiteter som Socialstyrelsen idag ännu inte beslutat att reglera har framfört många goda argument och myndigheten utesluter inte att dessa kan regleras i framtiden.

De förslag på specialiteter som utredningen väljer att inte nu reglera finns redovisade i bilaga två.

Förslag på reglering av nya specialiteter

Skolhälsovård

I skollagen [14] betonas elevhälsans viktiga roll för att eleverna ska nå kunskapsmålen. Vidare sägs att eleverna ska ha tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator inom elevhälsan. Kompetensen är viktig ur folkhälsoperspektiv och man bör därför kunna mer om folkhälsa än inom många andra medicinska specialiteter. Skolläkare har också hand om komplicerade ställningstaganden kring att inleda eller inte inleda barnneuropsykiatriska utredningar.

I Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovård anges bland annat att barnkompetensen måste stärkas inom skol- och elevhälsovården [15]. Vidare måste barnkompetensen inom hälsovården säkerställas genom tillgång till bred utvecklingspsykologisk, medicinsk och kurativ kompetens. Därutöver anges att det förändrade hälsopanoramats gör att skolhälsovården behöver vara en tydlig aktör i det hälsopreventiva arbete som riktar sig till barn och ungdomar och att för detta krävs bland annat ett aktivt sökande och införlivande av ny kunskap och nya effektiva metoder från skolhälsovårdens sida.

I den föregående översynen av läkarnas specialiseringstjänstgöring togs specialiteten bort ur systemet, bland annat eftersom det ansågs att kompetensområdet var tillgodosett genom andra reglerade specialiteter. Utvecklingen inom kompetensområdet under det senaste decenniet ställer dock idag krav på andra kunskaper än de som finns hos specialiteterna allmänmedicin, barn- och ungdomsmedicin eller barnpsykiatri. Skolhälsovård innefattar en bred kompetens av dels grundläggande medicinska kunskaper, dels pedagogik, arbetsmiljöfrågor, socialmedicin, barnpsykiatri, kunskap om tillväxt, utbildning, endokrinologi, infektioner och vaccinationer samt om hur man agerar som rådgivare åt skolsköterska, rektor och annan personal.

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

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

säkra kvaliteten, men även möjlighet att stimulera till fortsatt kunskapsutveckling och rekrytering.

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

Äldrepsykiatri

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

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

Det är mot bakgrund av den demografiska utvecklingen av stor betydelse att kompetensen inom området äldrepsykiatri är säkrad. I den nationella psykiatrisamordningen [16] anses att landstingen bör tillhandahålla äldrepsykiatrisk specialistkompetens som kan ge vård till patienter samt konsultationer och handledning till andra vård- och stödgivare. Vidare beskrivs att behoven av insatser vid psykisk ohälsa hos äldre kommer att öka. Psykisk ohälsa ses felaktigt som en del av det naturliga åldrandet då risken att få en psykisk sjukdom ökar med åldern. Primärvården har svårt att i tillräcklig utsträckning identifiera psykiska sjukdomar hos äldre och det finns en underbehandling av tillstånd som sannolikt skulle kunna behandlas framgångsrikt. Underdiagnostik och överbehandling är vanliga vid psykisk sjukdom hos äldre. Detta är ett stort och kostnadskrävande folkhälsoproblem.

I den föregående utredningen om läkarnas specialitetsindelning [1], fastslogs att kunskapsområdet äldrepsykiatri var tillgodosett via specialiteterna geriatrik och psykiatri, men efter de knappt tio år som gått har situationen förblivit densamma, trots att kunskapen om äldres psykiska ohälsa ökar.

I en nyligen publicerad rapport från Socialstyrelsen [17] konstateras att psykiskt sjuka äldre inte fick tillgång till specialiserad psykiatrisk öppenvård och slutenvård i samma utsträckning som yngre och därför riskerade att underbehandlas inom vården. Användningen av psykofarmaka är utbredd bland äldre och förde med sig att det inom gruppen äldre är relativt vanligt med olämplig läkemedelsbehandling. Det gäller exempelvis användningen av ångestdämpande läkemedel och sömnmedel. Trots denna överförskrivning var det relativt vanligt att äldre underbehandlades med psykofarmaka.

Den medicinska utvecklingen har i flera viktiga avseenden förbättrat diagnostiken och behandlingsmöjligheterna vid olika psykiska sjukdomstillstånd hos äldre. Detta medför att kunskapsmassan inom området äldrepsyki-

atri har utvecklats till en omfattning som väl motsvarar innehållet i en tilläggspecialitet.

Socialstyrelsen föreslår att specialiteten äldrepsykiatri införs som tilläggs-specialitet till basspecialiteterna psykiatri och geriatrik.

Palliativ medicin

WHO definierar palliativ vård som ett förhållningssätt för att förbättra livskvaliteten för patienten och de närstående genom att förebygga och lindra lidandet genom att tidigt upptäcka, bedöma och behandla smärta och andra fysiska, psykosociala och andliga problem som kan uppkomma i samband med en livshotande sjukdom. [18]. Den palliativa vården bygger på samverkan mellan läkare, sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal, kuratorer och andra yrkeskategorier.

Såväl internationella som svenska studier visar att många människor vill dö i sitt eget hem. Under den senaste femtonårsperioden har det skett en väsentlig förskjutning av dödsplatsen från sjukhus till särskilda boendeformer och det egna hemmet [19]. Vidare är läkarförsörjningen inom primärvården ett problem på flera håll i landet. Vakanta läkartjänster och avsaknad av läkare med kompetens inom området försämrar möjligheterna att ge god palliativ vård.

Möjligheterna att få palliativ vård har ökat över hela landet, både i tätort och i glesbygd [19]. Fortfarande är verksamheterna ojämnt fördelade geografiskt och i många kommuner kan palliativ vård inte ges i hemkommunen. Utbyggnaden av avancerad hemsjukvård har dock påtagligt ökat möjligheterna att få specialiserad palliativ vård framför allt i ordinärt men även i särskilt boende. Tillgången till läkare med kompetens inom palliativ vård är otillräcklig [19]. Säker tillgång till läkare dygnet runt är en förutsättning för palliativ vård av god kvalitet. Detta är både en resurs- och en kompetensfråga. Det räcker inte med att personal som arbetar i palliativ vård har möjlighet till läkarkonsultation. Den läkare som konsulteras måste också ha kunskaper om och vara insatt i den speciella problematik som finns i den palliativa vården. Tillgången på läkare med sådan kompetens motsvarar inte efterfrågan.

Palliativ medicin blev en specialitet i England 1987. Införandet stimulerade utvecklingen av området. England placerades på första plats när The Economist publicerade en rapport över kvalitet på vård i livets slutskede 2010. Specialiteten palliativ medicin finns reglerad även i Kanada och USA, och är på frammarsch internationellt. I Sverige finns redan en definierad läroplan i palliativ medicin samt sedan 2003 också en gemensam nordisk kurs som pågår i sex veckor.

Socialstyrelsen har 2007 gjort en kunskapsöversikt över den pågående forskningen inom palliativ medicin [20]. Särskilt under de senaste 10 åren har intresset för forskning om palliativ vård ökat markant om man ser till antalet avhandlingar. Under 70-talet publicerades i Sverige två avhandlingar, under 80-talet två avhandlingar, under 90-talet 16 avhandlingar och åren 2000-2006 publicerades 22 avhandlingar med relevans för området. Trots den kunskap som vuxit fram under cirka 30 års tid finns ett behov av fortsatt forskning när det gäller döende, död och vård vid livets slut. I slutbetänkan-

det ”Värdig vård vid livet slut” [21] föreslog kommittén att förordna en successiv uppbyggnad av kompetenscentrum där utbildning, forskning och vård kombineras.

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

Socialstyrelsen föreslår att specialiteten palliativ medicin införs som tilläggspecialitet till samtliga specialiteter med patientnära arbete.

Vårdhygien

Hälso- och sjukvårdslagen [22] och tandvårdslagen [23] anger att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard. För att vårdgivare ska kunna erbjuda alla vårddagare en vård med god hygienisk standard behöver det finnas tillgång till vårdhygienisk kompetens.

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

Enligt uppgifter från Smittskyddsinstitutet finns det idag cirka 120 hygiensjuksköterskor och 50 hygienläkare i Sverige. Socialstyrelsen har definierat kompetensen i skriften ”Tillgång till vårdhygienisk kompetens, april 2011”[24]. Ur denna skrift framgår att till uppdraget som hygienläkare anställs läkare, som är specialistutbildade, vanligtvis inom infektionsmedicin eller klinisk bakteriologi eller virologi, och med flera års erfarenhet av kliniskt arbete. Vidare omnämns att det vid nyanställning av både hygiensjuksköterskor och hygienläkare ofta krävs diplom- eller magisterutbildning i vårdhygien och smittskydd vid Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV), eller motsvarande utbildning. Alternativt ska den sökande vara beredd att genomföra en sådan utbildning. Detta är dock ej obligatoriskt eftersom vårdhygien inte är en reglerad specialitet. Ur skrivelser och Socialstyrelsens underlag framgår att området vårdhygien är av stor betydelse för samhället, vården och enskilda individer [25]. Bland annat sägs cirka tio procent av de patienter som ligger inne för akutsjukvård drabbas av en eller flera vårdrelaterade infektioner. Dödsfall i vårdrelaterade infektioner och det ökande problemet med antibiotikaresistens understryker allvaret i detta. En kompletterande utbildning finns etablerad inom ramen för Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap och kan utgöra en grund i att definiera den teoretiska delen av kompetensområdet.

Socialstyrelsen föreslår att specialiteten vårdhygien införs som tilläggs-specialitet till klinisk bakteriologi och virologi respektive infektionsmedicin.

Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Ändringarna i SOFS 2008:17 föreslås träda i kraft den 1 januari 2014. Detta eftersom de äldre bestämmelserna i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1996:27) i enlighet med övergångsbestämmelser i patientsäkerhetsförordningen är tillämpliga på ansökningar inkomna senast den 31 december 2013 och det vore olyckligt att ha tre olika system som är parallellt tillämpliga.

En övergångsbestämmelse till föreskriftsändringen bör införas för att möjliggöra för de som påbörjat specialiseringstjänstgöring att fullgöra denna i enlighet med nu gällande föreskrifter [2]. Tidsgränsen för hur länge dessa övergångsbestämmelser ska gälla bör diskuteras.

Konsekvensbeskrivning

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

Behov av författningsändring

För detta kommer författningsändring av SOSFS 2008:17 med tillhörande målbeskrivningar att behöva genomföras. I Socialstyrelsens uppföljning av ST framkommer ett antal problemområden som försvårar efterlevnaden av gällande författning SOSFS 2008:17 i praktiken [26]. Vid författningsförändringen bör därför slutsatser från denna uppföljning tas i beaktande och regelverket bör utformas på ett tydligt sätt.

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

Utredningen har tydligt visat att den medicinskt vetenskapliga utvecklingen går allt snabbare framåt och att behovet av en mer kontinuerlig och regelbunden översyn av läkarnas specialitetsindelning därför ökar. För att möjliggöra en framtida mer kontinuerlig översyn bör Nationella rådet för specialiseringstjänstgörings uppgifter utvidgas till att omfatta även en sådan regelbunden översyn. Detta förutsätter en ändring i 14 § förordningen (2009:1245) med instruktion för Socialstyrelsen [3].

Konsekvenser gällande arbetsmöjligheter inom EU

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

Konsekvenser för huvudmännen

Den föreslagna specialitetsindelningen förutsätter att huvudmännen anpassar de regler som gäller för karriärgång och löneutveckling. Reglerna i detta avseende förväntas dock skilja sig måttligt jämfört med nuvarande specialitetsförteckning.

Referenser

1. Läkarnas specialistutbildning och strukturen för medicinska specialiteter – En översyn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
2. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring, SOSFS 2008:17 med målbeskrivningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
3. Förordning (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen.
4. Patientsäkerhetsförordning (2010:1369).
5. Patientsäkerhetslag (2010:659).
6. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
7. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
8. Lägesrapport 2011. Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
9. Tillgång på specialistläkare 2008. Stockholm; Socialstyrelsen 2010.
10. NPS Nationellt planeringsstöd, årsrapport 2011. En analys av barnmorskors, sjuksköterskors, läkares, tandhygienisters och tandläkares arbetsmarknad. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
11. Hur tas äldre patienter om hand på akutmottagning? En nationell verksamhetstillsyn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
12. Patientsäkerhet vid akutmottagningar. Rapport från verksamhetstillsyn vid sex akutmottagningar i Södra sjukvårdsregionen. Malmö: Socialstyrelsen; 2005.
13. Framgångsrik företagshälsovård (SOU 2001:63).
14. Skollag (2010:800).
15. Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.

16. Nationell psykiatrisamordning, Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder (SOU 2006:100).
17. Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
18. WHO definition palliative care.
19. Vård i livets slutskede. Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
20. Forskning som speglar vården i livets slutskede. Sammanställning av aktuell forskning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
21. Döden angår oss alla – Värdig vård i livets slut (SOU 2001:6).
22. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).
23. Tandvårdslag (1985:125).
24. Tillgång till vårdhygienisk kompetens. Rekommendation som stöd för vårdgivarnas arbete med att förebygga vårdrelaterade infektioner. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
25. Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Ett kunskapsunderlag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
26. ST i teori och praktiken. En uppföljning av kvaliteten i läkarnas specialiseringstjänstgöring SOSFS 2008:17. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.

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

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

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