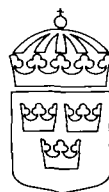


Regeringens proposition

1988/89:138

om riktlinjer för specialiseringstjänstgöring för
läkare m.m.



Prop.
1988/89:138

Regeringen förelägger riksdagen vad som har tagits upp i bifogade utdrag ur regeringsprotokollet den 21 mars 1989 för de åtgärder och de ändamål som framgår av föredragandens hemställan.

På regeringens vägnar

Bengt Göransson

Sven Hultström

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen behandlas frågor om läkares vidareutbildning efter läkarexamen och läggs fram förslag om riktlinjer för läkares specialiseringstjänstgöring. Läkarnas allmäntjänstgöring (AT) avses i högre grad än för närvarande bli en tillämpad del av utbildningen, under vilken läkarna får en praktisk klinisk träning och introduktion i arbetslivet. Samtidigt skall AT innebära en traditionell läkartjänstgöring under handledning. AT-perioden skall avslutas med ett sammanhållet kunskapsprov.

AT skall, liksom för närvarande, fullgöras på särskild tjänst för allmän tjänstgöring på s.k. blockförordnande. AT-perioden skall omfatta 21 månader fördelade på tre sexmånaderstjänstgöringar och en tremånaderstjänstgöring.

Nuvarande ordning för specialistutbildning av läkare som bygger på tidsmässigt fixerade huvud- och sidoutbildningar föreslås ersatt av ett utbildningssystem som utgår från målbeskrivningar för respektive specialitet. I målbeskrivningarna skall anges de kunskaper, färdigheter och förhållnings-sätt som läkaren skall ha tillägnat sig för att han skall anses ha uppnått specialistkompetens.

Den nya ordningen avses bli genomförd fr.o.m. år 1992.

I propositionen redovisas också en modell för en effektivare läkartjänstgöring i landet.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 21 mars 1989

Närvarande: statsråden Göransson, Gradin, Hulterström, Lindqvist, Lönnqvist, Thalén, Engström, Löow, Persson

Föredragande: statsrådet Hulterström

Proposition om riktlinjer för specialiserings- tjänstgöring för läkare m.m.

1 Inledning

Enligt regeringens bemyndigande den 31 januari 1985 tillkallade min företrädare en särskild utredare (landshövdingen Göte Fridh) för att se över läkarnas specialistutbildning m.m. Utredaren antog namnet Utredningen om läkarnas specialistutbildning m.m., LSU 85. Utredningen överlämnade i oktober 1987 betänkandet (SOU 1987:53) Kompetensutvecklingen efter läkarexamen. Med betänkandet följde en huvudbilaga (SOU 1987:54) Målbeskrivningar. Själva betänkandet har remissbehandlats. Till protokollet i detta ärende bör fogas dels utredningens sammanfattning av betänkandet som *bilaga 1*, dels en förteckning över remissinstanserna och en inom socialdepartementet gjord sammanställning över remissyttrandena som *bilaga 2*.

Jag avser nu att ta upp vissa grundläggande frågor om läkares vidareutbildning efter läkarexamen som behandlas i utredningens betänkande.

2 Allmän motivering

2.1 Bakgrund

Riksdagen fattade år 1969 beslut om längden av läkares grundutbildning samt om ett system och en organisation för vidareutbildning av läkare efter läkarexamen (prop. 1969:35, SU 83, rskr. 215). Den ordning som då infördes har bestått i huvudsak oförändrad sedan dess.

Genom riksdagens beslut avkortades grundutbildningen varvid en del av den tidigare praktiska träningen, de s.k. assistentjänstgöringarna, lyftes bort från grundutbildningen och inordnades i sjukvårdsarbetet. Samtidigt underströks att läkarutbildningen – innefattande såväl grundutbildning som vidareutbildning – borde betraktas som en enhet. Vidareutbildningen formaliserades genom det nya systemet.

Grundtanken bakom förändringen var att läkarutbildningen i allmänhet och vidareutbildningen i synnerhet skulle utgöra ett led i sjukvårdsplaneringen och vara ett instrument i denna. Vidareutbildningen skulle utformas med syfte att nå en balanserad utbyggnad av sjukvårdens olika delar. Den skulle anpassas till det framtida sjukvårdsbehovet när det gällde såväl arbetsuppgifternas innehåll och dimensionering som fördelningen av läkare på olika verksamhetsområden.

I enlighet med 1969 års reform av läkarutbildningen omfattar grundutbildningen studier under fem och ett halvt år. Grundutbildningen avslutas med läkarexamen. Vissa förändringar av utbildningens innehåll har skett under senare år.

Utbildningen efter läkarexamen är uppdelad i två delar. Den första delen utgörs av allmäntjänstgöring (AT) under 21 månader. Denna del är lika för alla läkare. Efter genomgången sådan tjänstgöring och godkända kunskapsprov i internmedicin, kirurgi och psykiatri erhålls läkarlegitimation. Den andra delen är fortsatt vidareutbildning (FV) som leder fram till specialistkompetens. Tiden för tjänstgöringen varierar för de olika specialiteterna – från fyra till fem och ett halvt år.

Utbildningen efter läkarexamen utgörs främst av tjänstgöring som läkare i underordnad ställning inom offentlig hälso- och sjukvård. All tjänstgöring förutsätts vara motiverad av ett sjukvårdsbehov och kunna inordnas i hälso- och sjukvårdens organisation.

För närvarande finns mer än 7 000 läkare under utbildning efter läkarexamen. Dessa utgör ungefär 30 % av landets totala läkarkår.

Det är en uppgift för regeringen att bestämma vilka specialiteter som skall finnas samt att ange tjänstgörings- och utbildningskriterier för att uppnå specialistkompetens. Socialstyrelsen har bemyndigats att fastställa behörighetsvillkor för sådana verksamhetsområden som inte omfattas av den fastställda specialitetsförteckningen. I specialistutbildningen ingår utöver den praktiska tjänstgöringen s.k. systematisk undervisning. Denna består av självstudier och särskilda kurser med kunskapsprov. För att få specialistkompetens krävs i flertalet specialiteter att läkaren skall ha gått igenom sex veckolånga kurser (s.k. NLV-kurser).

Ett mål för specialistutbildningen är att ge läkarna de kunskaper, färdigheter och attityder som är nödvändiga för att de självständigt skall kunna utöva läkaryrket inom sina medicinska verksamhetsområden (specialiteter). Därutöver är det nuvarande specialistutbildningssystemet ett instrument för att fördela de nytillekommande läkarna på olika verksamhetsområden så att det på bästa sätt gagnar samhällets såväl kortsiktiga som långsiktiga behov. För sistnämnda ändamål har utvecklats ett system med läkarfördelningsprogram.

Som följd av beslut av riksdagen år 1972 (prop. 1972:104, SoU37, rskr. 286) anpassades läkartjänsterna och reglerna för behörighet m.m. till den nya vidareutbildningen. Inom den offentliga hälso- och sjukvården krävs för behörighet till tjänst för vidareutbildad läkare specialistkompetens eller av socialstyrelsen meddelad behörighet inom det medicinska verksamhetsområde tjänsten avser.

I december 1977 reviderades en överenskommelse från år 1965 mellan de nordiska länderna om en fri arbetsmarknad för läkare. Efter ändringen kan den som har specialistkompetens som läkare i ett nordiskt land även få bevis om sådan kompetens i ett annat nordiskt land, om motsvarande specialitet finns där. Förutsättningen är därvid att läkaren har obegränsad rätt att utöva läkaryrket i det nya landet (legitimation eller motsvarande).

Föreskrifter om vidareutbildningen efter läkarexamen och om tillämpningen av den fria nordiska arbetsmarknaden finns i lagen (1984:542) om

behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. (behörighetslagen) och i förordningen (1984:545) i samma ämne (behörighetsförordningen).

Prop. 1988/89:138

2.2 Behovet av en förändrad vidareutbildning för läkare efter läkarexamen

Huvudlinjerna i nuvarande utbildningssystem lades fast för tjugo år sedan. Systemet är därför präglad av de förhållanden och det synsätt som rådde i slutet av 1960-talet. Tiden därefter har medfört nya förutsättningar i många avseenden som motiverar att den fortsatta vidareutbildningen bör moderniseras. Ny hälso- och sjukvårdslagstiftning har genomförts. Hälso- och sjukvården har fått en delvis ny inriktning och har omstrukturerats mot öppnare vårdformer och förebyggande verksamheter. Stora personalpolitiska förändringar har genomförts.

Trots att antalet legitimerade läkare har ökat under de senaste två decennierna från c:a 10 000 år 1969 till c:a 26 000 år 1989 kvarstår läkarbrist i vissa delar av landet och inom vissa specialiteter. Hittillsvarande styrsystem i form av läkarfördelningsprogram har inte fungerat tillfredsställande särskilt när det gäller den geografiska fördelningen av läkarna.

3 Allmäntjänstgöringen (AT)

3.1 AT – grunden för allmän behörighet att utöva läkaryrket

Min bedömning: AT skall även i fortsättningen vara grunden för en allmän behörighet att utöva läkaryrket och leda fram till legitimation samt rätt att påbörja specialiseringsperioden.

Sambandet mellan grundutbildningen och vidareutbildningen bör stärkas. AT bör i högre grad än för närvarande ses som en utbildningsperiod under vilken läkarna får en praktisk klinisk träning och en introduktion i arbetslivet.

Utredningens bedömning: Överensstämmer med min bedömning.

Remissinstanserna: Samtliga remissinstanser som har uttalat sig i dessa frågor har instämt i utredningens bedömning.

Skälen för min bedömning: Utredningen förutsätter att AT-läkaren i det helt övervägande antalet fall påbörjar sin AT-period omedelbart efter avlagd svensk läkarexamen eller motsvarande utländsk grundutbildning. Även om ett visst uppehåll gjorts för t.ex. forskarutbildning och forskning förutsätts att AT-läkaren har kunskapsstoffet och sina kliniska erfarenheter från grundutbildningen aktuella.

AT bör enligt utredningen även i fortsättningen direkt bygga vidare på grundutbildningen. Den bör därför påbörjas snarast möjligt efter läkarexa-

men. AT bör inriktas på det grundläggande och det gemensamma för flertalet medicinska verksamhetsområden och på de generella basrutiner inom hälso- och sjukvården, som är tillämpbara även inom de medicinska verksamhetsområden som inte ingår i AT.

Utredningen anser att övergripande mål för AT-perioden skall vara att AT-läkaren

- uppnår god förmåga att självständigt utföra basrutinerna i hälso- och sjukvården
- utvecklar goda attityder och värderingar i patientarbetet
- lär känna hälso- och sjukvårdsorganisationen
- får kännedom om angränsande samhällsområden såsom socialtjänsten och den allmänna försäkringen
- skaffar sig kännedom om och utvecklar samarbetsförmågan med andra personalgrupper och
- får en bred grund för framtida specialisering.

Utredningen anser att läkaren liksom i dag bör nå detta mål genom praktisk tjänstgöring på särskilt inrättade läkarbefattningar inom den offentliga vården samt genom egna studier och genom att delta i arbetsgivarens utbildningsutbud.

Tjänstgöringen skall ske under handledning. Inledningsvis måste denna vara omfattande. Efter hand bör dock läkaren alltmer självständigt kunna utföra olika arbetsuppgifter.

Liksom samtliga remissinstanser ställer jag mig bakom utredningens överväganden i denna fråga. Utöver de övergripande målen behövs enligt min mening en mera konkret hållen målbeskrivning för AT. Krav bör ställas på att vissa specificerade kunskaper och färdigheter skall ha uppnåtts under AT innan läkaren kan meddelas legitimation. Denna utgör en garanti från samhällets sida att alla legitimerade läkare har en viss gemensam kunskaps- och färdighetsnivå. Detta innebär att den legitimerade läkaren skall kunna hantera de vanligaste diagnos- och behandlingsmetoderna i vardagssjukvården och klara det basala omhändertagandet i akuta situationer. Målbeskrivningen för AT bör därför ta sikte på att säkerställa att kvalitet i dessa avseenden uppnås och att samtliga läkare har en gemensam bas för att utöva läkaryrket oberoende av var i landet de har fullgjort sin AT.

Jag ämnar föreslå regeringen att uppdra åt socialstyrelsen att inom ramen för sitt övergripande ansvar för hälso- och sjukvårdens kvalitet upprätta en sådan målbeskrivning för AT-perioden.

Jag återkommer i det följande (avsnitt 5.3) till frågan om vikariatsförordnanden m.m. för läkare före och under AT.

3.2 Allmäntjänstgöringsperiodens utformning

Min bedömning: AT:s längd och dess fördelning på verksamhetsområden bör inte ändras. Kravet på att AT skall fullgöras på blockförordnande bör också ligga fast.

Utredningens förslag: Avviker från min bedömning genom att innefatta ytterligare tre månaders obligatorisk tjänstgöring inom valfri specialitet. Förslaget innebär en förlängning av AT till två år.

Remissinstanserna: UHÄ, Landstingsförbundet, HSN och fem sjukvårdshuvudmän anser att de tre ytterligare månaderna liksom hittills inte skall vara obligatoriska. Utredningsförslaget har emellertid också fått instämmande från ett flertal håll.

Skälen för min bedömning: Liksom utredningen och remissinstanserna anser jag att AT i sin nuvarande form har fungerat tillfredsställande. Jag anser också att AT liksom för närvarande bör fullgöras på blockförordnanden på tidsbegränsade tjänster. Detta behövs bl.a. för att säkerställa genomströmningen och fördelningen av AT-tjänstgörande läkare mellan sjukvårdshuvudmännen i landet.

Den förlängning som utredningen har föreslagit av AT-perioden med tre månader är jag i likhet med Landstingsförbundet och flera andra remissinstanser tveksam till. Förlängningen har motiverats inte främst av utbildningsskäl utan bl.a. för att förbättra bemanningen inom vissa bristområden samt för att ge en läkare möjlighet att arbeta inom en ytterligare specialitet innan denne beslutar sig för vilken specialitet han önskar vara verksam inom. Jag har förståelse för sistnämnda synsätt, vilket jag beaktat genom vad som anförs i avsnitt 5.3 om viss möjlighet att få tillfällig behörighet att före legitimationen utöva läkaryrket. Även efter ett mer allmänt genomförande av totalbemanning för läkare torde vissa möjligheter också finnas för legitimerade läkare att under kortare perioder pröva olika specialiteter före val av utbildning. Jag anser i motsats till utredningen att det inte är rätt att försöka lösa vissa bemanningsproblem inom hälso- och sjukvården genom en obligatorisk förlängning av AT-perioden. Jag anser därför att AT-perioden även fortsättningsvis skall omfatta 21 månader varav sex månader inom vardera verksamhetsområdena allmänmedicin, internmedicin och kirurgi samt tre månader inom psykiatrisk vård.

Utredningen har ansett att – liksom i dag – personer som sedan flera år är starkt engagerade i en forskarutbildning och som av forskningsmässiga skäl ej kan avbryta denna skall kunna få sitt AT-förordnande förlängt. Jag instämmer i denna bedömning. Det finns också behov av särskilt utformade block för vissa forskare.

Liksom utredningen anser jag att regeringen bör uppdra åt socialstyrelsen att ta fram och fastställa målbeskrivningen för AT som helhet samt för dess fyra tjänstgöringsperioder. Utarbetandet av denna målbeskrivning bör ske i nära samverkan med företrädare för landstingen och läkarnas organisationer samt de medicinska fakulteterna.

I likhet med utredningen finner jag inte skäl föreligga att införa en systematisk utbildning i form av särskilda kurser under AT-perioden. En sådan bör istället, liksom för närvarande, helt förläggas till specialiseringsperioden. Detta hindrar givetvis inte att huvudmannen anordnar introduktions- eller andra kurser för AT-läkare eller att dessa läkare under AT deltar i andra kurser eller konferenser.

Utredningen föreslår att varje AT-läkare tilldelas en personlig handledare. Denne bör vara en erfaren, specialistkompetent läkare. Jag delar

denna uppfattning och har för avsikt att senare föreslå regeringen att behörighetsförordningen förtydligas med avseende på kravet att AT skall ske under handledning.

Enligt min mening finns det olika sätt att lösa handledarfrågan. I t.ex. Örebro läns landsting provar man en modell med en huvudhandledare för hela AT-perioden. I Norrbottens län landsting finns studierektorer som har till uppgift att svara för att handledningen under AT-perioden fungerar. Det bör närmast bli en fråga för socialstyrelsen att i samverkan med Landstingsförbundet bedöma behovet av riktlinjer för handledningen.

3.3 Kvalitetskontroll

Min bedömning: Ansvaret att utforma och organisera kunskapskontrollen under AT bör handhas av högskolemyndigheterna. Målbeskrivningen för AT bör därvid vara grunden för kunskapskontrollens innehåll. Socialstyrelsen bör liksom för närvarande pröva frågor om legitimation. Vid prövningen bör föreligga tjänstgöringsintyg och bevis om godkänt AT-prov. Även sökandens lämplighet bör provas.

Utredningens förslag: Socialstyrelsen bör ha ansvaret för att utforma och organisera ett sammanhållet AT-prov. Socialstyrelsen skall pröva frågor om legitimation.

Remissinstanserna: Ingen remissinstans har haft någon erinran mot utredningens förslag.

Skälen för min bedömning: AT-perioden leder fram till legitimation som läkare. Legitimation innebär en allmän behörighet att självständigt utöva läkaryrket. Legitimationen utgör ett offentligt bevis på att läkaren har sådana färdigheter, kunskaper och förhållningssätt att hon eller han kan ges detta förtroende. Det är därför angeläget att det före legitimationen görs en reell prövning av läkarens kunskaper, erfarenheter, färdigheter och attityder.

Viss kontroll och lämplighetsprövning utgör läkarexamen, som är förutsättningen för att erhålla förordnande på AT-block. Enligt utbildningsplanen för läkarlinjen, som fastställts av UHÄ, skall vid slutlig bedömning av de prov, som de studerande genomgår, hänsyn tas såväl till grundligheten av den studerandes kunskaper och färdigheter som till den studerandes mogenhet och förmåga till kunskapstillämpning, kritisk analys och självständigt omdöme. Vid bedömning av de studerandes färdigheter skall särskild hänsyn tas till praktisk undersökningsförmåga och förhållningssätt till patienterna.

Hittills har genomgången AT-period främst kontrollerats genom skriftliga prov i medicin, kirurgi och psykiatri. Något särskilt prov i allmänmedicin krävs inte.

Liksom utredningen anser jag att övervägande skäl talar för ett sammanhållet AT-prov som syftar till att pröva måloppfyllelsen för hela AT-perioden. Det bör framför allt inriktas på att pröva det kliniska omdömet i sådana situationer som är vanligt förekommande inom hälso- och sjukvården. Pro-

vet bör liksom hittills kunna genomföras decentraliserat i landet och på flera orter samtidigt. Jag avser att senare återkomma till regeringen med förslag om en bestämmelse i behörighetsförordningen om ett sammanhållet kunskapsprov.

AT-provets allmänna syfte bör vara att kontrollera att läkaren under AT-perioden tillägnat sig de kunskaper, färdigheter och erfarenheter som krävs. Ett förstärkt samband mellan AT och grundutbildningen bör eftersträvas där AT ses som en praktiskt tillämpad del av utbildningen samtidigt som den givetvis skall vara en traditionell läkartjänstgöring under handledning. Detta bör enligt min mening medföra att utbildningsmyndigheterna tar ett ökat ansvar för grundutbildning och AT. Ansvaret för utformning och organisation av kunskapskontrollen under AT bör därför handhas av utbildningsmyndigheterna. Det gäller bl.a. konstruktion och genomförande av AT-prov. Dessa uppgifter bör alltså enligt min mening föras över från socialstyrelsen till dessa myndigheter. Jag avser att fortsätta överläggningarna i denna fråga med chefen för utbildningsdepartementet i samband med att socialstyrelsens planerade nya organisation bereds.

Socialstyrelsens uppgift bör efter en ansvarsförändring innebära en fortlöpande uppföljning och vid behov revidering av målbeskrivningen för AT, genom att styrelsen skall beredas tillfälle att yttra sig över förslag till sammanhållna AT-prov samt över utfallet av proven. Socialstyrelsen beslutar för närvarande i frågor om legitimation av läkare på grundval av dels bevis om läkarexamen dels intyg om genomgången AT och genomförda kunskapsprov. Enligt min mening bör denna ordning bestå. Det kan emellertid finnas skäl att sakprövningen av de legitimationssökandes förutsättningar att erhålla legitimation i fortsättningen blir föremål för en noggrannare prövning än vad som görs i dag. För detta krävs att socialstyrelsen erhåller underlag från ansvariga klinikchefer och utbildningsmyndigheterna för utfärdandet av legitimationen. Socialstyrelsen bör utforma målbeskrivningen för AT på ett sådant sätt att ansvariga klinikchefer och handledare väl vet vad som är minimikrav. Styrelsen bör vidare utforma riktlinjer för vad tjänstgöringsintygen från de olika kliniska momenten bör innehålla. Överläggningar kommer att tas upp med företrädare för sjukvårdshuvudmännen vad gäller det bedömningsunderlag som klinikcheferna kan ge.

I det följande (avsnitt 5) avser jag att återkomma till vissa åtgärder i fråga om AT, i syfte att uppnå ytterligare förbättringar när det gäller fördelningen av läkare till bristområden.

4.1 System med målbeskrivningar för de olika specialiteterna

Mitt förslag: Dagens detaljreglerade system som innebär att specialistkompetens erhålls efter ett visst antal tidsbestämda tjänstgöringar inom olika medicinska verksamhetsområden ersätts av en ordning med målbeskrivningar för de olika specialiteterna. Kompetensutvecklingen sker liksom hittills genom praktiskt arbete som läkare under handledning, med teoretiska studier som komplement.

Utredningens förslag: Överensstämmer i huvudsak med mitt förslag.

Remissinstanserna: De remissinstanser som har uttalat sig i denna fråga har tillstyrkt utredningens förslag.

Skälen för mitt förslag: Liksom utredningen och remissinstanserna anser jag att dagens detaljreglerade system bör ersättas med ett mer flexibelt system byggt på målbeskrivningar för de olika specialiteterna. Klinikchefen/distriktsöverläkaren (i fortsättningen kallad klinikchefen) bör ha ansvaret för att den läkare, som söker erhålla specialistkompetens inom ett verksamhetsområde som företräds av kliniken/enheten, erbjuds sådan tjänstgöring att målbeskrivningens krav kan uppnås.

Utredningens direktiv angav att antalet verksamhetsområden, för vilka en formaliserad vidareutbildning skulle föreslås, borde starkt begränsas i förhållande till vad som för närvarande gäller. Utredningen har emellertid – med utgångspunkt i sin principuppfattning att det är kunskapsmålen för olika verksamhetsområden som bör formaliseras i stället för det sätt på vilket läkaren uppnår dessa mål – identifierat ett 60-tal avgränsbara medicinska kunskapsområden. Med hänvisning till att begreppen specialitet och specialistkompetens har lång tradition inom hälso- och sjukvården har dessa begrepp bibehållits och utredningen har således gett förslag till målbeskrivningar för 60 specialiteter. Dessa har redovisats i en särskild huvudbilaga till betänkandet.

Jag menar i likhet med flertalet remissinstanser, bl.a. Sveriges Läkarförbund, att det arbete som gjorts för att ta fram förslag till målbeskrivningar för samtliga specialiteter har visat, att detta är en framkomlig väg för en förnyelse av specialistutbildningen. Mot bakgrund av att målbeskrivningarna har tagits fram under stark tidspress och att de inte har remissbehandlats anser jag dock i likhet med bl.a. Läkarförbundet att målbeskrivningarna bör ses över ytterligare innan de fastställs. Framförallt bör därvid kunskapsomfånget för de olika specialiteterna göras mera enhetligt och anpassas till vad som är rimliga krav för området i fråga. Jag avser därför att föreslå regeringen att uppdra åt socialstyrelsen att i nära kontakt med Landstingsförbundet, UHÄ samt läkarnas organisationer göra denna översyn innan det nya systemet träder i kraft.

Det är en uppgift för varje sjukvårdshuvudman att planera för vidareutbildningen av de läkare som är anställda hos huvudmannen. För att undvika

dubbelarbete och otillfredsställande utbildningsresultat är det en önskvärd ordning att utformningen av lokala utbildningsprogram sker så att dessa blir gemensamma för det egna sjukvårdsområdet. Eftersom det inom ramen för regionsamarbetet regelmässigt anordnas regionala konferenser specialitetsvis finns redan en bas för att väga samman planeringen inom de olika sjukvårdsregionerna, t.ex. med sikte på regionalt förankrade utbildningsprogram.

Utredningen har särskilt betonat att handledning är viktig under specialiseringstjänstgöringen (ST). Handledningsansvaret är en del av det allmänna arbetsgivaransvaret och ledningsansvaret för en klinikchef/distriktsöverläkare. Liksom remissinstanserna instämmer jag i detta.

4.2 Målet för ST

Mitt förslag: Målet för specialiseringstjänstgöringen skall vara att uppnå förmåga att självständigt och på ett rutinerat sätt kunna handlägga det som är vanligt förekommande inom specialiteten.

Utredningens förslag: Överensstämmer med mitt.

Remissinstanserna: Ingen remissinstans har anmält avvikande mening.

Skälen för mitt förslag: Liksom utredningen och samtliga remissinstanser anser jag att en central innebörd i begreppet specialistkompetens och därmed ett viktigt mål för specialiseringsperioden bör vara att läkaren skall tillägna sig tillräckliga kunskaper, färdigheter och omdömesförmåga för att inom specialiteten självständigt kunna utföra sina arbetsuppgifter – att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt ta hand om patienten på ett sätt som är förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet och som även ger trygghet och säkerhet i vården.

4.3 Den praktiska tjänstgöringen

Min bedömning: Den praktiska tjänstgöringen skall fullgöras under handledning och på ett sådant sätt att läkaren skall kunna uppnå den kompetens som målbeskrivningen anger.

Utredningens förslag: Överensstämmer med min bedömning.

Remissinstanserna: Ingen remissinstans har anmält avvikande mening.

Skälen för min bedömning: Liksom utredningen och remissinstanserna anser jag att den praktiska tjänstgöringen skall fullgöras på ett sådant sätt att läkaren skall kunna uppnå den kompetens som krävs för att målbeskrivningen skall kunna uppfyllas. Tjänstgöringen bör därför främst vara förlagd till den verksamhet för vilken specialiseringen sker. Behovet av kompletterande tjänstgöring bör tillgodoses på ett flexibelt sätt. Läkaren bör ges möjlighet att växla mellan arbetsplatsens funktioner på ett lämpligt sätt och att

delta i intern fortbildning. I de fall som uppnående av den kompetens som anges i målbeskrivningen fordrar tjänstgöring även på annan arbetsplats, skall läkaren beredas möjlighet till detta. Ansvar för att tjänstgöringen blir lämpligt avvägd för den enskilde läkaren åvilar sjukvårdshuvudmannen och klinikchefen.

4.4 Anställningsform

Min bedömning: Specialiseringstjänstgöringen skall liksom hittills fullgöras på tidsbegränsade förordnanden. Någon detaljreglering av tidsperioderna för olika tjänstgöringsavsnitt skall inte göras.

Utredningens förslag: Huvudregeln skall vara att specialiseringstjänstgöringen sker under tillsvidareanställning. Undantag föreslås för undervisningssjukhusen.

Remissinstanserna: Remissopinionen är delad i denna fråga. Landstingsförbundet och Sveriges Läkarförbund stöder utredningens förslag liksom tretton sjukvårdshuvudmän (några med visst förbehåll). HSAN, samverkansnämnden i södra sjukvårdsregionen, Svenska Läkaresällskapet och sex sjukvårdshuvudmän är tveksamma till förslaget. Följande instanser avstyrker utredningens förslag: socialstyrelsen, UHÄ (och en enig fakultetsopinion), kammarrätten i Stockholm, nämnden för undervisningssjukhusens utbyggnad, försvarets sjukvårdsstyrelse, arbetarskyddsstyrelsen, statens handikappråd, Medicinska forskningsrådet, TCO, Handikappförbundens Centralkommitté och sju sjukvårdshuvudmän.

Skälen för min bedömning: Utredningen anser att den nya specialistutbildningen, som bygger på målbeskrivningar och inte på detaljerade tidsmässigt bundna tjänstgöringsavsnitt, medför att skälen för visstidsanställning i princip bortfaller. Utredningen framhåller att det har varit ett krav från läkarnas sida att få motsvarande anställningstrygghet som de flesta andra yrkesgrupper på arbetsmarknaden. Utredningen föreslår därför att tillsvidare förordnande skall ges efter genomgången allmäntjänstgöring, dock med undantag för specialiseringstjänstgöring vid undervisningsenhet.

Liksom flertalet remissinstanser anser jag att utredningen inte har tillräckligt belyst konsekvenserna av förslaget. Vidareutbildningssystemet har i dag två syften: det ena är att garantera läkare specialistutbildning och det andra är att fungera som ett planerings- och fördelningssystem med inriktning på att ge hela landet tillgång till erforderlig läkararbetskraft. Utredningsförslaget tar sikte på enbart det första syftet, att utbilda nya specialister. Jag anser emellertid, i likhet med bl.a. socialstyrelsen, UHÄ och de medicinska fakulteterna, att om tillsvidareförordnanden införs enligt utredningens modell risk finns för att den avtagande rörligheten på läkarnas arbetsmarknad övergår i ren stagnation. Det skulle innebära att en läkare som efter legitimation fått en anställning vid ett visst sjukhus förblir där för lång tid. Därigenom blir inte läkarens kunnande så allsidigt som det skulle kunna vara jämfört med om läkaren successivt byggt på med erfarenheter från flera sjukhus/

vårdenheter. Det sistnämnda måste vara önskvärt för alla läkare och nödvändigt för dem som skall inneha en överordnad ställning.

Ett sätt att vidmakthålla en viss arbetsmarknadsrörlighet bör därför finnas. Jag anser därför att visstidsförordnande för de icke färdigutbildade läkarna bör bibehållas även i fortsättningen. Om det framöver kan visas att incitament för ökad rörlighet kan skapas på annat sätt, exempelvis genom nya löne- och tjänstekonstruktioner, är jag beredd att ompröva min inställning.

Utredningen har föreslagit att visstidsanställning av icke-specialister bör bibehållas vid undervisningssjukhusen. Motiveringen är att utbildningens och forskningens särskilda behov gör det nödvändigt att omsättningen av läkare på sådana sjukhus är relativt hög. Av denna anledning är redan i dag en stor andel av specialisterna vid dessa sjukhus förordnade för viss tid med stöd av lagen (1982:764) om vissa läkartjänster vid enheter inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården som har upplåtits för grundläggande utbildning av läkare, m.m. Vidare har, bl.a. genom ändringar i gällande behörighetsföreskrifter, möjliggjorts att verksamma specialister ute i landet ges möjlighet att för viss tid tjänstgöra vid ett undervisningssjukhus för s.k. kompletterande tjänstgöring. Min uppfattning är att denna ordning bör bibehållas. Liksom Svenska Läkaresällskapet menar jag att det traditionella utbytet mellan universitetskliniker och länssjukvård samt mellan läns- och länsdels-sjukhus har stor betydelse för kunskapsförnyelse, för upprätthållande av en hög och jämn sjukvårdskvalitet och för utbildning och forskning. Det är viktigt att kunskap förmedlas från universitetsklinikerna till länssjukvård och primärvård. Också återföring av erfarenheter i motsatt riktning är angelägen.

Det finns alltså ett motsatsförhållande mellan de unga läkarnas krav på anställningstrygghet i form av tillsvidareförordnande och kravet på hög utbildningskvalitet. Från samhällets synpunkt är det, intill dess att rådande bristsituation och obalans är avvecklad, mest angeläget att garantera kvaliteten i utbildningen.

Av denna anledning förordar jag tidsbegränsade förordnanden under specialiseringstjänstgöringen även i fortsättningen. Längden på dessa bör sättas enhetligt till förslagsvis högst sex år och målbeskrivningarna för respektive specialitet anpassas till denna tidsrymd. Socialstyrelsen bör vid behov medge förlängning av förordnandetiden. Någon detaljreglering av tjänstgöringsperioderna enligt nuvarande modell (se 3 § behörighetsförordningen) skall inte ske.

Hittills har vidareutbildningssystemet, som jag tidigare har framhållit, också varit avsett att tjäna som ett planerings- och fördelningssystem för läkararbetskraften. Trots att olika åtgärder vidtagits under årens lopp för att få till stånd en jämnare fördelning av läkare i landet, är det fortfarande svårt att rekrytera läkare till bristområdena. Riksdagen har uttalat att läkarförsörjningsfrågorna måste övervägas mer samlat och i ett sammanhang så att det blir möjligt att få en helhetsbild av situationen (1986/87:SoU37, rskr.340). Jag kommer därför att i det följande (avsnitt 5) närmare beskriva den nya modell för läkarförsörjning som jag avser att diskutera med företrädare för sjukvårdshuvudmännen.

Min bedömning: Utöver praktisk tjänstgöring under handledning skall läkarna genomgå systematisk utbildning i form av egna studier och deltagande i kurser för att uppnå kraven i en målbeskrivning. Socialstyrelsen skall svara för den övergripande planeringen och administrationen av dessa kurser (SK-kurser). Kurserna bör anordnas som uppdragsutbildning vid de högskolor där läkarutbildning bedrivs.

Utredningens förslag: Överensstämmer i stort med min bedömning.

Remissinstanserna: De remissinstanser som har uttalat sig i frågan är i stort sett positiva till utredningens förslag. Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet accepterar dock inte utredningens förslag att SK-kurserna skall vara ett hälso- och sjukvårdspolitiskt styrinstrument. Förbundet anser vidare att socialstyrelsen och dess ämneexpertgrupper liksom i dag skall ha ansvaret för SK-kurserna och att styrelsen skall bestämma vilka kursledare som skall anlitas och var kurserna skall förläggas.

Skälen för min bedömning: I likhet med utredningen anser jag att läkarna behöver teoretisk utbildning i form av egna studier och deltagande i kurser utöver den praktiska tjänstgöringen för att de skall kunna uppnå kraven i en målbeskrivning och erhålla specialistkompetens. Staten bör, liksom nu, ansvara för kurserna, vilka i enlighet med utredningens förslag bör benämnas specialistkompetenskurser, SK-kurser.

Liksom för närvarande bör socialstyrelsen ansvara för den övergripande planeringen och administrationen av SK-kurserna på så sätt att styrelsen utifrån de av regering och riksdag beslutade ekonomiska ramarna fastställer det totala årliga utbudet av SK-kurser i landet. Jag anser i likhet med utredningen att antalet kurser skall kunna variera för olika områden och i tiden allt efter skiftande behov, dvs. inte som i dag vara fixerade till sex obligatoriska veckor.

Under den senaste tioårsperioden har en medveten hälso- och sjukvårdspolitisk prioritering gjorts genom den stora andelen kurser inom allmänmedicinen.

Enligt min mening bör SK-kurserna i högre grad än för närvarande vara ett stöd för hälso- och sjukvårdspolitiskt förändringsarbete. Exempel på sådant stöd kan vara att förmedla kunskaper och tekniker för ett aktivt förebyggande arbete, tidig och aktiv rehabilitering, möjligheter till samverkan med andra vårdgivare och stödorganisationer – försäkringskassa, arbetsmarknadsinstitutet, handikapporganisationer etc. – men även att bibringa insikter i patientomhändertagande, etiska problem, hälso- och sjukvårdens organisatoriska och administrativa regler liksom i hälsoekonomiska frågor m.m.

Självklart skall SK-kurserna även i fortsättningen i rimlig omfattning stödja utvecklingen av den egentliga specialistutbildningen. Därför kommer en viss del av innehållet i kurserna fortsättningsvis också vara inriktat på sådant teoretiskt och praktiskt kunskapsstoff, som är av betydelse för att specialistkompetens skall kunna uppnås. Denna typ av kurser behövs som kom-

plement till de kunskaper och färdigheter i fråga om diagnostik och behandling av olika sjukdomar som liksom i dag meddelas inom ramen för handledningen i den praktiska tjänstgöringen.

Jag anser att socialstyrelsen även i fortsättningen skall ha det övergripande ansvaret för planeringen och administration av SK-kurserna. Kurserna bör genomföras som uppdragsutbildning vid de högskolor där läkarutbildning bedrivs. Jag avser att återkomma till denna fråga i samband med budgetberedningen av frågor kring socialstyrelsens tillämnade nya organisation.

Föreskrifter om den systematiska utbildningen avses liksom hittills kunna meddelas av socialstyrelsen med stöd av behörighetsförordningen.

4.6 Kvalitetskontrollen

Min bedömning: Kvalitetskontrollen under specialistutbildningen utförs framför allt genom arbetsledare och handledare i det löpande vårdarbetet. Socialstyrelsen skall liksom nu pröva frågor om specialistkompetens. Det bevis om specialistkompetens som socialstyrelsen utfärdar, skall grunda sig på den ansvarige klinikchefens samlade bedömning att målbeskrivningens krav för avsedd specialitet är uppfyllda.

Utredningens förslag: Överensstämmer i stort med min bedömning.

Remissinstanserna: Ingen instans avstyrker utredningens förslag. Följande instanser anser dock att specialistexamen bör vara en obligatorisk avslutning på ST-perioden: åtta sjukvårdshuvudmän, Samverkansnämnden i södra sjukvårdsregionen och Planeringsnämnden för de västsvenska länen.

Skälen för min bedömning: Den viktigaste kvalitetskontrollen sker i det löpande vårdarbetet. Det är av stor vikt att arbetsledare och handledare under olika moment kontinuerligt bildar sig en uppfattning om den blivande specialistens kompetens och stödjer hans/hennes utveckling så att målbeskrivningens krav uppfylls. Det ankommer på klinikchefen att göra den samlade bedömningen om och när målen för specialiseringstjänstgöringen har uppnåtts och dokumentera detta på sätt som socialstyrelsen har anvisat.

Förslaget om målstyrning innebär att den enskilde läkaren får ett större ansvar för sin kompetensutveckling. Stora krav kommer också att ställas på klinikchefens – eller av denne utsedd handledares – engagemang och stöd samt egen kompetens liksom på sjukvårdshuvudmannens vilja och förmåga att skapa goda förutsättningar för en effektiv specialiseringstjänstgöring.

Särskilda åtgärder behöver vidtas så att inte den enskilde klinikchefens uppfattning om hur målbeskrivningen skall tolkas alltför mycket skiljer sig från en ort till en annan. Socialstyrelsen bör därför i sin översyn av målbeskrivningarna inte ange enbart de kunskapsmål som skall uppnås utan även ange de kriterier som bör gälla vid klinikchefens bedömning av den enskildes förmåga. Det är också viktigt att de enskilda klinikcheferna inom varje specialitet eller grupp av närliggande specialiteter får möjlighet att inom regionen gemensamt stämma av sina erfarenheter av det nya systemet med mål-

beskrivningar så att jämförbar kvalitet i specialistutbildningen erhålls. Styrelsen bör också ange på vilket sätt klinikcheferna skall dokumentera att specialistkompetens bedöms ha uppnåtts så att styrelsen har möjlighet att stämma av uppgifterna mot den aktuella målbeskrivningen.

Det är vidare viktigt att målbeskrivningen för specialistkompetens inom ett visst område ger vägledning om behovet av erfarenheter från andra verksamhetsområden.

Liksom flera remissinstanser anser jag att en formaliserad specialistexamen skulle vara värdefull. Några remissinstanser har framfört att en sådan examen borde vara obligatorisk. Svenska Läkaresällskapet har anmält att sällskapet avser att stödja en frivillig specialistexamen. Sällskapet har redan satt i gång ett arbete härför. Jag ser positivt på detta men anser att en diskussion om en obligatorisk specialistexamen bör anstå till dess att erfarenheter erhållits av det nya systemet.

Liksom nu skall socialstyrelsen pröva frågor om specialistkompetens. Ett kompetensbevis skall grunda sig på den ansvarige klinikchefens bedömning att målbeskrivningens krav för den sökta specialiteten är uppfyllda.

4.7 Det nordiska samarbetet m.m.

Min bedömning: Förslaget om en målstyrd specialiseringstjänstgöring är förenligt med intentionerna i överenskommelsen om en gemensam nordisk arbetsmarknad för läkare.

Utredningens bedömning: Överensstämmer med min bedömning.

Remissinstanserna: Ingen remissinstans har haft annan mening.

Skälen för min bedömning: Såväl socialstyrelsen som socialdepartementet har under utredningens gång haft kontakter med hälsomyndigheterna i de övriga nordiska länderna. Därvid har konstaterats att utredningens förslag till framtida system för läkarnas specialistutbildning på ett principiellt sätt avviker från de system som finns i de övriga nordiska länderna. Detta kan innebära vissa problem i tillämpningen av gällande överenskommelse om gemensam nordisk arbetsmarknad. Dessa problem bör kunna lösas i det fortsatta nordiska samarbetet.

Nordiska kontaktorganet för läkares vidareutbildning, tillsatt av generaldirektörerna för hälso- och sjukvårdsmyndigheterna i resp. land, har i en skrivelse till socialdepartementet gett sina synpunkter på förslaget. Sammanfattningsvis anser organet att de principer som utredningen föreslår är genomförbara och att de bygger på utvecklingstendenser som finns i alla de nordiska länderna.

Inom de europeiska gemenskaperna (EG) gäller sedan mitten av 1970-talet direktiv om ömsesidigt godkännande av examensbevis för läkare m.m., omfattande åtgärder som skall underlätta ett faktiskt utövande av rätten att etablera sig m.m. (EöF 75/362, ändrat 1057/81). Vidare finns direktiv om samordning av administrativa och genom lag fastställda bestämmelser om verksamheten som läkare (EöF 75/363).

Genom dessa båda direktiv är medlemsländerna i EG förpliktade att ömsesidigt erkänna dels examensbevis (motsvarande), dels yrkesutövare från medlemsländerna som uppfyller minimikraven på utbildning vad avser längd och innehåll samt tillträdeskraven för utbildning. Direktiven syftar vidare till en samordning av ländernas utbildningssystem. Direktiven är detaljerade. Dels finns föreskrifter om grundutbildningens längd och innehåll, dels finns regler om vad som krävs för att de olika specialistutbildningarna skall accepteras.

I det pågående integrationsarbetet i Sverige görs för närvarande en analys av hur de nuvarande kraven för att få legitimation som läkare respektive specialistkompetens inom olika verksamhetsområden förhåller sig till de minimikrav som gäller inom EG enligt de nämnda direktiven. Enligt de bedömningar som hittills gjorts torde det inte föreligga några problem att uppfylla direktivens minimikrav vad avser den befintliga utbildningen fram till legitimation och ett flertal av specialistutbildningarna.

Vad jag i det föregående har anfört beträffande läkarutbildningen fram till legitimation innebär inga förändringar som kan få konsekvenser när det gäller möjligheterna att närma sig EG-marknaden. Utbildningen därefter och fram till specialistkompetens som läkare föreslås däremot bli förändrad. Det är av vikt att socialstyrelsen i det fortsatta arbetet med att se över och fastställa målbeskrivningarna beaktar att de svenska kraven så långt möjligt utformas så att de uppfyller de krav som gäller eller kan komma att gälla inom EG.

5 Läkarfördelning och planeringsfrågor.

5.1 Det nuvarande planeringssystemet

Genom 1969 års riksdagsbeslut om en reformerad läkarutbildning avsågs att skapa ett system för vidareutbildning av läkare men också ett planeringssystem för fördelning av läkarna.

Läkarplaneringssystemet innebar från början bl.a. att de nya tjänster som sjukvårdshuvudmännen inrättade för läkare skulle anpassas såväl till det förväntade nytillskottet på vidareutbildade läkare som till det framtida behov av läkare inom olika verksamhetsområden som kunde förutses utifrån de vårdpolitiska målsättningarna.

Sedan år 1973 har s.k. läkarfördelningsprogram utarbetats antingen varje eller vartannat år. Förslag till program har tagits fram av socialstyrelsen efter samråd med UHÄ, Landstingsförbundet och Sveriges Läkarförbund. Programmen har sedan fastställts av socialdepartementets sjukvårdsdelegation (fram till år 1982) och fr.o.m. år 1983 av den av regeringen tillsatta hälso- och sjukvårdsberedningen (ombildad år 1988).

Läkarfördelningsprogrammet (LP) har hittills varit ett av de viktigaste planeringsinstrumenten för att fördela läkare på olika verksamhetsområden, vårdformer och sjukvårdsområden. Syftet med dessa program har varit att dels styra tillskottet av nya läkare till olika specialiteter i enlighet med långsiktiga hälso- och sjukvårdspolitiska mål, dels fördela dessa läkare på olika

vårdformer och geografiska områden i landet. Programmet har fungerat både som ett planeringsinstrument avseende läkare under vidareutbildning (AT och FV) och i viss mån som ett ransoneringsinstrument avseende vidareutbildade läkare.

I praktiken har arbetet gått till så under senare år att antalet AT-och FV-block samt tjänster har fördelats på sjukvårdshuvudmännen inom vissa ramar i relation till ett beräknat nettotillskott av nya vidareutbildade läkare. Sjukvårdshuvudmännen har därefter gett synpunkter på fördelningen efter en regional beredning. Socialdepartementets hälso- och sjukvårdsberedning har därefter fattat beslut efter förslag från socialstyrelsen om fördelning av block och tjänster för vidareutbildade läkare på de olika huvudmännen.

I och med att hälso- och sjukvårdslagen trädde i kraft år 1983 slopades tidigare regler om att socialstyrelsen skulle pröva inrättandet av nya läkartjänster för vidareutbildade läkare. I stället gavs sjukvårdshuvudmännen full frihet att inrätta de tjänster för vidareutbildade läkare som de önskade på samma sätt som gällde för andra tjänster. Därmed kom LP:s ransoneringsdel att få en ändrad inriktning. I de senaste programmen har ransoneringsdelen utformats som mer allmänna uttalanden/rekommendationer från hälso- och sjukvårdsberedningen rörande förutsättningarna för att inrätta nya befattningar inom hälso- och sjukvården, baserade på vissa bedömningar som gjorts i programmen. De senaste programmen har i huvudsak varit inriktade på planeringsdelen, dvs. på att ge förslag till fördelning av AT- och FV-block. Som nämnts i det föregående råder dock fortfarande brist på läkare inom vissa verksamhetsområden och landsdelar.

5.2 Skäl att förändra det nuvarande planeringssystemet

I den överenskommelse som träffats mellan staten och Landstingsförbundet om ersättningar från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen för åren 1988 och 1989 (en fortsättning på den s.k. Dagmaröverenskommelsen) slås fast att parterna är överens om att rådande obalans i fördelningen av läkarresurser över landet är ett stort problem. Styrmedel som bättre än de nuvarande skall ge bristlänen förutsättningar att öka sin läkarandel bör därför utvecklas. Parterna är överens om att utarbeta en modell för detta.

Riksdagens socialutskott har i det tidigare nämnda betänkandet (1986/87:SoU37) framhållit att läkarförsörjningsfrågan måste övervägas mera samlat och i ett sammanhang så att det är möjligt att få en helhetsbild av situationen. Enligt utskottets mening borde regeringen göra en samlad översyn av problematiken kring läkarförsörjningen och förutsättningslöst överväga olika tänkbara åtgärder. Det kunskapsmaterial som föreligger borde kunna bilda utgångspunkt för dessa överväganden. Regeringen borde därför så snart det kunde ske återkomma till riksdagen med förslag om åtgärder. Riksdagen har ställt sig bakom denna uppfattning (rskr. 340).

Problemen kring läkarförsörjningen har diskuterats i regeringens hälso- och sjukvårdsberedning. En särskild arbetsgrupp med representanter från socialdepartementet, socialstyrelsen och Landstingsförbundet har haft till uppgift att göra en förutsättningslös analys av tänkbara åtgärder på läkarför-

5.3 Åtgärder beträffande AT för att nå en jämnare läkarfördelning

Min bedömning: Antalet AT-block som fördelas på sjukvårdshuvudmännen av socialstyrelsen bör bättre än för närvarande anpassas till antalet utexaminerade läkare. Möjligheten att få tillfällig behörighet att före avlagd läkarexamen arbeta som läkare på vikariatsförordnande bör i princip avvecklas. För dem som avlagt läkarexamen men inte fått legitimation bör motsvarande möjlighet att utöva läkaryrket utanför AT begränsas i tiden. Dispens att fullgöra AT utanför AT-block bör i princip inte ges.

Skälen för min bedömning: Staten har ett övergripande ansvar för läkarförsörjningen i landet. I detta ansvar ingår dels att vaka över att fastlagda utbildningsmål nås, dels att verka för att alla sjukvårdshuvudmän skall kunna rekrytera läkararbetskraft i relation till sina behov på rimligt lika villkor. Eftersom jag i det föregående (avsnitt 3) närmare utvecklat min ståndpunkt att AT bör ses som en del av grundutbildningen som är nödvändig för att få legitimation och därmed behörighet att utöva läkaryrket är det av utbildningsmässiga skäl önskvärt att begränsa vikariatsmöjligheterna före legitimationen. Eftersom i stort sett samtliga läkare genomgår AT är detta också ett sätt att bättre utnyttja styreffekten av blockfördelningen.

De åtgärder som hittills har tillgripits för att uppnå en godtagbar läkarfördelning i landet har inte fått avsedd effekt. Det nuvarande arbetet med läkarfördelningsprogrammen (LP), vilket har utförts i samarbete mellan socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Sveriges Läkarförbund och UHÄ, har inte varit tillräckligt verkningsfullt och bör därför ses över. De åtgärder som staten nu bör vidta måste enligt min mening vara mer koncentrerade och effektiva.

En lämplig fördelning av AT-block är ett bra sätt att påverka den regionala fördelningen av läkare i landet. Erfarenheten visar att läkare som har flyttat till en viss landsdel tidigt i sitt yrkesliv ofta stannar kvar där.

Landstingsförbundet har i sitt remissyttrande framfört att den styrning av läkarresurserna som en central fördelning av AT-block ger hittills har varit det effektivaste sättet att påverka den regionala fördelningen av läkararbetskraften. Detta instrument måste därför enligt förbundet bibehållas och om möjligt effektiviseras. Förbundet anser liksom utredningen att möjligheten till dispens vid blocktvång bör användas mycket restriktivt. Liksom tidigare bör det åvila landstingen att ärligen inrätta det antal AT-block som svarar mot den svenska läkarutbildningen.

Landstingsförbundet har i flera omgångar rekommenderat åtgärder vid sidan av läkarfördelningssystemet för en mer solidarisk läkarförsörjning. Från år 1987 finns rekommendationer med syfte att halvera andelen vakanta lä-

kartjänster genom att kraftigt begränsa inrättandet av nya tjänster för vidareutbildade läkare. Målsättningen med detta är att få till stånd en jämnare läkarfördelning. En uppföljning år 1987 visade att landstingen hade hörsammat rekommendationerna. En uppföljning av bemanningsläget vid sjukhus och vårdcentraler avses genomföras under senare delen av innevarande år.

Liksom utredningen och en enig remissopinion anser jag att allmäntjänstgöringen även i fortsättningen skall fullgöras på de särskilda AT-block som tilldelas sjukvårdshuvudmännen. Jämfört med arbetsmarknaden i övrigt finns det således en unik möjlighet att påverka den regionala fördelningen av läkararbetskraften direkt efter avlagd läkarexamen.

Jag anser emellertid att det styrinstrument som AT utgör skall utnyttjas till fullo. Antalet AT-block bör under en övergångstid successivt minskas för att effekten skall bli starkare. Tilldelningen av AT-block bör ske med bättre fördelning över landet än för närvarande. Vid fördelningen av AT-blocken bör sjukvårdsområden med undervisningssjukhus få relativt sett färre block än övriga huvudmän. Skälig hänsyn måste givetvis tas till forskarutbildningens behov. Visst behov av särskilt utformade block för vissa typer av forskare kan dock föreligga.

Jag menar att begränsningar i möjligheterna att arbeta som icke legitimerad läkare bör göras. Med nuvarande bestämmelser, som är en följd av bristen på läkare i delar av landet, kan icke legitimerade läkare tjänstgöra år efter år utan att genomgå den prövning som föregår utfärdande av legitimation. Detta bidrar till en sämre kvalitet i vården och är därför inte acceptabelt. Grundprincipen måste vara att patienterna skall tas om hand av legitimerade läkare.

Möjligheten att få dispens från att fullgöra AT genom vikariat, dvs. utanför blockförordnande, bör i princip upphöra och endast få förekomma när synnerliga skäl föreligger t.ex. i samband med forskarutbildning. Likaså bör den dispensgivning, som förekommer beträffande icke legitimerade läkare och till läkarstuderande som önskar arbeta som läkare före sin läkarexamen, begränsas. Jag utvecklar närmare i det följande varför jag anser att en viss begränsad behörighet att vikariera som läkare före legitimationen ändå måste accepteras. Huvudlinjen i framtiden bör emellertid vara att huvudmännen i princip inte förordnar icke legitimerade läkare på andra anställningar än inom AT-block. Avsikten med dessa inskränkningar är, utöver att öka kvalitet och säkerhet för patienterna, att öka genomströmningen i utbildningssystemet fram till legitimationen och samtidigt uppnå en styreffekt. För utländska läkare, som ej har svensk legitimation, får socialstyrelsen göra individuella prövningar.

Vad jag här har redogjort för bör således vara huvudregel. En viss möjlighet att vikariera måste, som jag nyss har påpekat, dock finnas. Vissa sakliga skäl finns för detta. Ett sådant är att läkaren kan behöva visst rådrum inför en eventuell flyttning till annan ort. Det kan, liksom särskilda bemanningsproblem hos sjukvårdshuvudmannen, motivera att huvudmannen på dispens kan vikariatsförordna en icke legitimerad läkare. Samtidigt ges också läkaren tillfälle att pröva på ett verksamhetsområde inför kommande val av specialisering.

Sådana vikariat måste dock begränsas med tanke på intentionerna med en sammanhållen grundutbildning och AT. Efter en kartläggning av de nuva-

rande förhållandena bör en successiv skärpning av reglerna ske. En rimlig ambition skulle kunna vara att efter en övergångsperiod medge behörighet att vikariera före legitimationen under högst 12 månader. Formerna för en sådan temporär behörighet får fastställas av socialstyrelsen. Givetvis kommer det i framtiden att finnas situationer där socialstyrelsen bör ha möjlighet att ge dispens utöver nämnda tid. Vilka skäl som härvid skall kunna beaktas får socialstyrelsen närmare besluta om efter samråd med företrädare för sjukvårdshuvudmännen och läkarnas fackliga organisationer.

5.4 Ytterligare åtgärder för en effektivare läkarförsörjning

Min bedömning: Det nuvarande systemet med läkarfördelningsprogrammen (LP) bör avvecklas. Sjukvårdshuvudmännens bedömning av behovet av läkare inom olika specialiteter – efter det att diskussioner förts inom de olika regionerna – bör i stället utgöra utgångspunkt för en central uppföljning av hur läkararbetskraften fördelar sig över landet och över olika medicinska verksamhetsområden. Resultatet av uppföljningen bör – om det visar sig nödvändigt – kunna få ekonomiska återverkningar i enlighet med överenskommelser mellan staten och sjukvårdshuvudmännen.

Skälen för min bedömning: Utöver de förändringar jag har redovisat för att effektivare utnyttja AT-blockens styreffekt krävs ytterligare åtgärder för att motarbeta den regionala obalansen i läkarfördelningen och även åtgärder beträffande planeringssystemet. Hittills har läkarfördelningen byggt på förslag till fördelning av AT- och FV-block de närmaste två åren, som upprättats av socialstyrelsen och som därefter gått ut på remiss till landstingen. Systemet bygger på centralt tillgänglig kunskap om aktuell och förväntad tillgång på specialister och nationella sjukvårdspolitiska beslut. Svagheten i detta system är att tillräcklig kännedom om lokala förhållanden ofta har saknats och att prognoserna beträffande nettotillskottet av vidareutbildade läkare ofta slagit fel.

Mot denna bakgrund anser jag att det är viktigt att uppgifter om de legitimerade läkarnas yrkesverksamhet samlas in med jämna mellanrum för att socialstyrelsen skall kunna följa utvecklingen i landet. Socialstyrelsen måste veta var i landet läkarna arbetar, inom vilka verksamheter, vilken tjänstgöringsgrad de har etc. Denna information finns delvis i socialstyrelsens register för hälso- och sjukvårdspersonal m.fl. Uppgifterna skulle emellertid kunna kompletteras och förbättras utan alltför stora resursinsatser genom en samordning med de uppgifter som inhämtas till registret för beredskapsändamål.

Socialstyrelsen bör årligen förse huvudmännen med aktuella uppgifter från de nämnda registren. Med dessa som grund bör enligt min mening planeringsprocessen börja i de enskilda sjukvårdsområdena. Därvid förutsätts att varje sjukvårdshuvudman analyserar och sammanställer tillgången och eventuell brist på läkare och det förväntade resultatet av den hos respektive huvudman pågående vidareutbildningen. Inom varje region bör en samman-

vägning göras, förslagsvis genom samverkansnämndernas försorg, i avsikt att pröva lösningar beträffande bemanningsproblemen inom den egna regionen vid såväl brist- som överskottssituationer. Efter denna primära analys bör resultaten tillställas socialstyrelsen.

På den nationella nivån bör socialstyrelsen svara för analys av de regionvis sammanställda uppgifterna och göra en avstämning mot såväl data baserade på de tidigare nämnda registren som de nationellt fastlagda sjukvårdspolitiska riktlinjerna. Styrelsen bör särskilt uppmärksamma om huvudmännens samlade planering leder till obalans eller förvärrade bemanningsproblem inom bristutsatta områden. Vidare bör den centrala analysen visa vilka skillnader i antalet läkare per invånare som finns inom de olika delarna av landet efter det att regionsjukvårdens och undervisningssjukhusens speciella behov beaktats.

Efter samråd med Landstingsförbundet och föredragning i hälso- och sjukvårdsberedningen bör socialstyrelsen gå ut med en redovisning till sjukvårdshuvudmännen om hur huvudmännens egen planering stämmer överens med nationella krav på tillgång till olika slag av specialister i framtiden och på en rimligt balanserad fördelning av läkararbetskraft i landet. Diskussion bör vid behov föras med samverkansnämnderna inom respektive region, särskilt om väsentliga ändringar i planeringen behöver göras. Talar den centralt genomförda analysen för att strategiskt viktiga bristsituationer inte förbättras eller rent av försämrats bör socialstyrelsen ge tydliga rekommendationer till huvudmännen om vilka ändringar som bör göras.

Varje region är stor nog att inom sig svara för utbildningen inom flertalet av de medicinska verksamhetsområden som förekommer. Samtidigt med denna bemanningsplanering ges också möjlighet till samordnad planering även av specialistutbildningen inom regionen.

Det system jag nu beskrivit för läkarfördelning i framtiden bygger till stor del på sjukvårdshuvudmännens solidaritet och gemensamt ansvarstagande även för läkarförsörjning utanför det egna landstingsområdet. Mot bakgrund av riksdagens uttalande om ett samlat grepp över läkarförsörjningen och med hänsyn till vad staten och sjukvårdshuvudmännen antecknat i den senaste Dagmaröverenskommelsen skulle ekonomiska sanktioner kunna diskuteras för fall där den avsedda ordningen inte får avsedd effekt. I första hand bör strävan givetvis, även fortsättningsvis, vara att sjukvårdshuvudmännen utan sådana påtryckningsmedel följer de rekommendationer som socialstyrelsen utfärdar.

Om rekommendationerna inte följs bör emellertid ekonomiska styrmedel kunna prövas. Medlet för staten att åstadkomma en utjämning av läkararbetskraften och rättvisa över landet skulle kunna bestå i att ekonomiska sanktioner vidtas gentemot de sjukvårdshuvudmän som överskrider fastlagda ramar.

För den praktiska tillämpningen av ett sådant system är det nödvändigt att parterna kan acceptera en enkel och hanterlig modell för detta system. Vilka belopp som skall diskuteras i detta sammanhang liksom den tekniska utformningen av systemet måste därför närmare övervägas. Om inte förut redovisade åtgärder räcker kan dessa frågor komma att aktualiseras i kommande förhandlingar mellan staten och sjukvårdshuvudmännen om ersätt-

ningar från sjukförsäkringen.

Tanken med de riktlinjer för fördelning av läkare jag här skisserat för såväl den icke-legitimerade som den legitimerade läkararbetskraften är att uppnå en utjämning av tillgången på läkare främst regionalt och på sjukvårdsområdesnivå. Fördelningen inom det egna området men även i hög grad inom resp. region är en huvudmanfråga. Med de riktlinjer för fördelning av läkararbetskraften och de åtgärder i övrigt jag har redovisat bör enligt min mening en balanserad läkarförsörjning kunna uppnås både regionalt och inom de olika medicinska verksamhetsområdena.

Eftersom det ju ligger i sjukvårdshuvudmännens eget intresse att medverka i denna planering anser jag inte att det för närvarande behövs några föreskrifter från riksdagens eller regeringens sida utöver den bestämmelse om skyldighet att planera hälso- och sjukvården efter befolkningens behov som redan finns i 7 § hälso- och sjukvårdslagen.

6 Genomförande och övergångsbestämmelser

Den föreslagna förändringen av specialistutbildningen bör genomföras 1 januari 1992. De förändringar som rör AT bör genomföras tidigare. De övergångsbestämmelser som behövs kan utfärdas i anslutning till de ändringar som behöver göras i behörighetsförordningen.

7 Hemställan

Med hänvisning till vad jag nu har anfört hemställer jag att regeringen

dels föreslår riksdagen att godkänna de riktlinjer för läkares specialiseringstjänstgöring som jag har angett i det föregående (avsnitt 4.1 och 4.2),

dels bereder riksdagen tillfälle att ta del av vad jag har anfört om läkares allmäntjänstgöring (avsnitt 3 och 5.3), specialiseringstjänstgöring såvitt gäller praktisk tjänstgöring, anställningsform, systematisk utbildning och kvalitetskontroll (avsnitt 4.3–4.6), det nordiska samarbetet (avsnitt 4.7) och ytterligare planeringsåtgärder för fördelning av läkararbetskraften (avsnitt 5.4).

8 Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och beslutar att genom proposition förelägga riksdagen vad föredraganden har anfört för de åtgärder och de ändamål som föredraganden har hemställt om.

Sammanfattning av betänkande SOU (1987:53) av utredningen om läkarnas specialistutbildning – kompetensutvecklingen efter läkarexamen m.m.

Kapitel 1 Inledning

I kapitel 1 ges först en sammanfattning av direktiven till utredningen samt en beskrivning av utredningsarbetets bedrivande. Därefter ges en bakgrundsbeskrivning i form av en historisk återblick och en redogörelse för tidigare utredningar. Som förkortning av utredningens benämning används uttrycket LSU 85.

Kapitel 2 Nuvarande förhållanden

I detta kapitel beskrivs nuvarande ordning för läkarnas grund- och vidareutbildning. Vidare redogörs för det planeringssystem som är kopplat till läkarnas vidareutbildning, det s.k. läkarfördelningsprogrammet. Kapitel 2 avslutas med en redovisning av överenskommelsen om en gemensam nordisk arbetsmarknad för läkare och en jämförelse mellan de nordiska ländernas vidareutbildning.

Kapitel 3 Några utvecklingsdrag inom hälso- och sjukvården åren 1970 – 1985

I kapitlet anges kortfattat några av de utvecklingsdrag inom hälso- och sjukvården åren 1970 – 1985 som är av särskilt intresse för läkarnas framtida vidareutbildning.

Kapitel 4 Utbildningen närmast efter läkarexamen – allmäntjänstgöring (AT) som ger legitimation

I detta kapitel redovisas utredningens överväganden och förslag beträffande utformningen av AT-perioden.

- Inledningsvis slås det fast att AT skall vara grunden för allmän behörighet att utöva läkaryrket och leda fram till legitimation och rätt att påbörja specialiserings-perioden.
- LSU 85 föreslår att AT-perioden skall omfatta två år, fördelade på tre sex-månaders och två tre-månaders-tjänstgöringar. Huvuddelen av AT skall fullgöras inom de tre breda medicinska verksamhetsområdena allmänmedicin, internmedicin och kirurgi. Vidare skall tre månader fullgöras inom den moderna sektoriserade psykiatriska vården. Härutöver föreslås en period om tre månader som får fullgöras inom ett i princip valfritt medicinskt verksamhetsområde.
- Under medicin- eller kirurgitjänstgöringen skall en viss tids tjänstgöring (ca två månader) förläggas till vårdcentral eller motsvarande.

- AT-perioden föreslås inledas med antingen medicin eller kirurgi. Därefter följer psykiatri och allmänmedicin. AT föreslås avslutas med den valfria perioden.
- LSU 85 anser att det övergripande målet för AT-perioden är att AT-läkaren
 - uppnår god förmåga att självständigt utföra basrutinerna i hälso- och sjukvården
 - utvecklar goda attityder och värderingar i patientarbetet
 - lär känna hälso- och sjukvårdsorganisationen
 - får kännedom om angränsande samhällsområden såsom socialtjänsten och den allmänna försäkringen
 - utvecklar kännedom om och samarbetsförmåga med andra personalgrupper
 - får en bred grund för arbetet under specialiseringsperioden
- Det övergripande målet bör enligt utredningen ytterligare konkretiseras och utvecklas i form av målbeskrivningar för AT som helhet och för dess olika tjänstgörings-perioder.
- Utredningen föreslår att AT-provet ges formen av ett sammanhållet prov med syfte att pröva måluppfyllelsen för hela AT-perioden. Det bör framför allt inriktas på att pröva det kliniska omdömet i vanliga, realistiska situationer.
- Godkända AT-tjänstgöringar och godkänt AT-prov tillsammans med den lämplighetprövning i övrigt som socialstyrelsen gör skall leda till legitimation som läkare. Legitimation skall utfärdas av socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen skall utforma målbeskrivningar och AT-prov. Detta arbete skall göras i nära samverkan med företrädare för landstingen och läkarnas organisationer samt de medicinska fakulteterna.
- Det är viktigt med en god handledning under AT. LSU 85 föreslår att varje AT-läkare skall tilldelas en personlig handledare, antingen för hela AT-perioden eller för varje tjänstgöringsdel. Handledare bör vara en erfaren, specialistkompetent läkare.
- LSU 85 bedömer att de nuvarande formerna för AT fungerar förhållandevis väl och anser att allmäntjänstgöring liksom för närvarande skall fullgöras i form av blockförordnande på tidsbegränsade tjänster. Detta är nödvändigt bl.a. för att säkerställa genomströmning under AT-perioden och för att kunna dimensionera och fördela AT-tjänsterna.
- Forskningsinriktade läkare bör få möjlighet att förlänga sitt AT-block, dvs. kunna lägga in perioder för heltidsforskning. AT-tjänstgöringarna bör kunna fördelas ut under en fyra-årsperiod så att två år därav kan användas för heltidsforskning.

Kapitel 5 Den fortsatta kompetensutvecklingen efter legitimation

I kapitlet redovisas utredningens överväganden och förslag beträffande utformningen av specialistutbildningen (ST-perioden).

- Utredningen framhåller att medicinsk kompetens av hög kvalitet i form av bl.a. skickliga läkare är avgörande för en fortsatt framgångsrik utveck-

ling av den svenska hälso- och sjukvården. Kompetensutvecklingen till specialist inom ett medicinskt verksamhetsområde måste i huvudsak ske genom praktiskt arbete under handledning som läkare i vårdorganisationen. Teoretiska studier är ett nödvändigt komplement för att stödja kompetensutvecklingen.

- Specialisering är i huvudsak en naturlig process som uppkommer även utan en formaliserad styrning. Utredningens förslag är därför mera stödjande än styrande. Den enskilde läkaren måste ta ett betydande eget ansvar för sin kompetensutveckling, men det är viktigt att det finns vägledning i form av målbeskrivningar för specialiteterna och möjligheter till kvalitetskontroller under vidareutbildningen till specialist.
- Läkarebefattningar som en läkare innehar under sin specialisering måste vara vårdmässigt motiverade. Kontinuiteten i läkarbemanningen vid vårdenheterna är viktig. Tjänstgöringen bör bl.a. därför vara förlagd till den verksamhet som specialiseringen avser. Behov av kompletterande tjänstgöring skall kunna tillgodoses på ett flexibelt sätt. Dessa utgångspunkter leder till att LSU 85 föreslår en betydande avreglering med stora förenklingar i systemet för specialistutbildningen.
- Utredningen anser att termerna specialitet och specialist bör behållas. Specialiseringsperioden bör benämnas specialiseringstjänstgöring (ST) i analogi med allmäntjänstgöring (AT).
- Målet för ST är att uppnå specialistkompetens. Sådan kompetens innebär förmåga att på ett rutinerat sätt och med självständighet kunna handlägga det som är vanligt förekommande inom specialiteten.
- LSU 85 föreslår att dagens detaljstyrning av specialistutbildningen med tidsmässigt fixerade huvud- och sidoutbildningar ersätts av målbeskrivningar för resp. specialitet. Målbeskrivningen skall ange de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som läkaren skall ha tillägnat sig när han anses ha uppnått specialistkompetens. Målbeskrivningarna bör kunna bli ett verksamt medel för att förnya specialistutbildningen och ge den ett högt kvalitativt innehåll till nytta för såväl patienter, läkare som sjukvårdshuvudmän.
- Huvuduppgiften för utredningen är att utforma utbildningskraven för läkare som skall vara verksamma i primär- och länssjukvård. Utredningen har i samverkan med läkarnas organisationer tagit fram förslag till målbeskrivningar för sådana basspecialiteter. De redovisas i huvudbilaga (SOU 1987:54) till betänkandet. Framdeles bör socialstyrelsen svara för regelbunden revidering av dessa målbeskrivningar. Läkarnas organisationer har även, på begäran av LSU 85, tagit fram förslag till målbeskrivningar för specialiteter som är företrädade inom regionsjukvården och vid större länssjukhus. Även dessa målbeskrivningar redovisas i huvudbilagan till betänkandet. Det bör ankomma på socialstyrelsen att ansvara för revisioner och kompletteringar också då det gäller dessa målbeskrivningar.
- Den praktiska tjänstgöringen för att uppnå specialistkompetens fullgör läkaren på en anställning där han bedömer att han kan få den kompetensen. Efter en allmän introduktion på arbetsplatsen ges läkaren under sin ST möjlighet att växla mellan arbetsplatsens funktioner på lämpligt

sätt och att delta i intern fortbildning. Om den kompetens som anges i målbeskrivningen under en tid fordrar tjänstgöring även på annan arbetsplats, skall läkaren beredas möjlighet till detta.

- Behovet från utbildningssynpunkt av fasta block och tidsbegränsningar av tjänstgöringen i form av visstidsförordnande bortfaller. Utredningen föreslår därför att huvudregeln skall vara tillsvidareförordnande under specialiseringstjänstgöringen, dvs. den på arbetsmarknaden gängse anställningsformen.
- Handledning är viktig under ST. Handledningsansvaret är en del av det allmänna arbetsgivaransvaret och ledningsansvaret för en klinikchef. En handledare måste själv ha relevant specialistkompetens.
- Utöver praktisk tjänstgöring under handledning behövs systematisk utbildning i form av egna studier och deltagande i kurser för att uppnå kraven i en målbeskrivning. Staten bör, liksom nu, genom socialstyrelsen svara för dessa kurser, som benämns SK-kurser (specialistkompetenskurs). Kurserna bör i första hand anvisas för specialiteter som prioriteras ur hälso- och sjukvårdspolitisk synvinkel. De medicinska fakulteterna bör i större utsträckning än hittills svara för det praktiska genomförandet av SK-kurser men möjligheterna att förlägga kurser också utanför universitetsorterna bör tas till vara.
- När det gäller kvalitetskontrollen under specialistutbildningen anser LSU 85 att den viktigaste är den som genom arbetsledare och handledare utförs i det löpande vårdarbetet och som bl.a. avspeglas i tjänstgöringsbetygen.
- Utredningen har också övervägt lämpligheten att införa en kvalitetskontroll i form av specialistexamen som villkor för att erhålla bevis om specialistkompetens. LSU 85 anser att det är mycket värdefullt att läkarnas organisationer erbjuder frivilliga examina, diagnostiska prov och liknande som kan vara stödjande för utvecklingen av den enskilde läkarens kompetens till specialist. Däremot bör inte en formell specialistexamen införas.
- Erforderliga bevis om specialistkompetens bör som hittills utfärdas av socialstyrelsen. LSU 85 har inte till uppgift att pröva om sådant kompetensbevis skall utgöra formellt behörighetskrav för innehav av vissa läkarbefattningar.

Kapitel 6 Särskilda frågor

I detta kapitel anger utredningen vilka författningsändringar som behövs med hänsyn till den utformning av läkarnas allmäntjänstgöring och specialiseringstjänstgöring som föreslagits i kapitel 4 och 5. Vidare redovisas utredningens bedömningar av hur dess förslag påverkar tillämpningen av överenskommen om gemensam nordisk arbetsmarknad för läkare. I kapitlet behandlas även planeringsfrågorna.

- Eftersom utredningens förslag innebär en betydligt minskad detaljreglering av specialistutbildningen föreslås att vissa bestämmelser i behörighetsförordningen upphävs. Målbeskrivning som styrmedel skrivs in i för-

- fattningarna. Vidare föreslås att AT-provet regleras i författning.
- Som en konsekvens av att läkartjänster för specialistutbildningen inte längre behöver vara tidsbegränsade föreslås motsvarande ändringar i hälso- och sjukvårdslagen och i förordningen om behörighet till vissa tjänster inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården och om tillsättning av sådana tjänster.
 - LSU 85 bedömer att utredningens förslag är förenliga med intentionerna i överenskommelsen om gemensam nordisk arbetsmarknad för läkare och utgår från att genomförandefrågorna handläggs inom berörda nordiska samarbetsorgan.
 - Utredningens förslag om ändrad utbildningsordning innebär att det behövs en motsvarande förändring av den planeringsfunktion som är knuten till vidareutbildningssystemet.
 - Utredningen förutsätter att dessa frågor regleras i en förnyad överenskommelse mellan staten och sjukvårdshuvudmännen.
 - Utredningen pekar på olika vägar för upphyggnaden av den framtida planeringsfunktionen och för samhällets styrning av läkarfördelningen.

Kapitel 7 Målbeskrivningar

- Grundläggande för utredningens förslag är att kompetensutvecklingen under specialiseringstjänstgöringen främst skall styras av målbeskrivningar för resp. specialitet som anger kraven på erforderliga färdigheter, kunskaper och förhållningssätt m.m.
- LSU 85 har uppdragit åt Sveriges läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet att gemensamt och i samråd med socialstyrelsens ämnesexpertgrupper ta fram underlag för målbeskrivningar.
- Utredningen redovisar i huvudbilaga (SOU 1987:54) till betänkandet förslag till målbeskrivningar för primärvårdens och länssjukvårdens baspecialiteter liksom för specialiteter inom regionsjukvården och vid större länssjukhus. I denna huvudbilaga finns konkreta förslag till dels gemensamma bestämmelser för specialistutbildningen inom alla specialiteter och dels särskilda bestämmelser för följande specialiteter:

allergologi	handkirurgi
allmänmedicin	hematologi
anestesi och intensivvård	hud- och könssjukvård
arbets- och miljömedicin	hörselrubbnings
barn- och ungdomsallergologi	infektionssjukvård
barn- och ungdomskardiologi	internmedicin
barn- och ungdomskirurgi	kardiologi
barn- och ungdomsmedicin	kirurgi
barn- och ungdomsneurologi med habilitering	klinisk bakteriologi
barn- och ungdomspsykiatri	klinisk cytologi
barn- och ungdomsradiologi	klinisk farmakologi
endokrinologi	klinisk fysiologi
företagshälsovård	klinisk genetik
geriatrik	klinisk immunologi
gynekologisk tumörsjukvård	klinisk kemi
	klinisk neurofysiologi

klinisk näringslära	psykiatri
klinisk patologi	reumatologi
klinisk virologi	rättsmedicin
koagulations- och blödningsrubbningar	rättspsykiatri
kvinnosjukdomar och förlossningar	röst- och talrubbningar
medicinsk lungsjukvård	skolhälsovård
medicinsk mag- och tarmsjukvård	socialmedicin
medicinsk njursjukvård	thoraxkirurgi
medicinsk radiologi	transfusionsmedicin
medicinsk rehabilitering	tumörsjukvård
neurokirurgi	urologi
neurologi	yrkesmedicin
neuroradiologi	ögonsjukvård
ortopedi	öron-, näs- och halssjukvård
plastikkirurgi	

Förteckning över remissinstanserna och sammanställning av remissyttrandena över utredningen om läkarnas specialistutbildning (LSU 85) betänkande (SOU 1987:53) Kompetensutveckling efter läkarexamen

Efter remiss har yttranden över betänkandet avgetts av: *socialstyrelsen, rikskontrollstyrelsen (RRV), statskontoret, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), riksförsäkringsverket (RFV), kammarrätten i Stockholm, universitets- och högskoleämbetet (UHÄ), Nämnden för undervisningssjukhusen utbyggande (NUU), försvarets sjukvårdsstyrelse, arbetarskyddsstyrelsen, statens handikappråd, medicinska forskningsrådet (MFR), samtliga landstingskommuner, Göteborgs kommun, Malmö kommun, Gotlands kommun, Landstingsförbundet, Samverkansnämnden för södra sjukvårdsregionen, Samverkansnämnden för Uppsala/Örebroregionen, Samverkansnämnden för norra sjukvårdsregionen, planeringsnämnden för västsvenska regionen, Svenska läkaresällskapet, Sveriges läkarförbund, Landsorganisationen i Sverige (LO), Tjänstemännens centralorganisation (TCO) Centralorganisationen, SACO/SR, SAF och Handikappförbundens centralkommitté (HCK).*

Dessutom har skrivelser inkommit från arbetsmiljöinstitutet, BRO, Riksförbundet mot reumatism, Malmö allmänna sjukhus, Svensk förening mot neuroradiologi, Synskadades riksförbund, Svenska Diabetesförbundet, kriminalvårdsstyrelsen, RSMH och Nordisk Federation för medicinsk undervisning.

Allmänna synpunkter

Det övervägande antalet remissinstanser ser positivt på utredningens förslag i stort. Meningarna är delade endast när det gäller förslagen om förlängningen av AT-perioden, frivillig specialistexamen, antalet specialiteter samt anställningsform och planeringsfrågor.

Landstingsförbundet ser det som positivt att utbildningssystemet granskats ingående och att utredningen är enig om behovet av ett i grunden ändrat system. Förbundet ställer sig i allt väsentligt bakom utredningens förslag. Det ger goda förutsättningar för en kvalitativ förbättring av läkarnas yrkeskunnande.

Skickliga läkare med hög medicinsk kompetens är av stor betydelse för en fortsatt framgångsrik utveckling av den svenska hälso- och sjukvården. Såväl den enskilde läkaren som arbetsgivaren har ett självklart intresse av en optimal utveckling av läkarens yrkeskunnande. Detta gemensamma intresse är en bra utgångspunkt och en drivkraft som i förening med målstyrning av kunskapsinhämtandet innebär att behovet av detaljreglering i hög grad bortfaller.

Utbildning inom ramen för en anställning medför alltid behov av kompromisser mellan utbildnings- och verksamhetsmässiga krav. I den delen skiljer

sig inte förslaget från nuvarande system. Utredningens förslag innebär emellertid att dessa krav bättre kan förenas genom att målstyrningen ger ökade möjligheter att tillvarata och tillgodose speciella förutsättningar och behov både inom verksamheten och hos den enskilde läkaren. Målstyrningsprincipen medför, i motsats till den nuvarande detaljregleringen, att lokala variationer i uppläggnings- och tjänstgöringen och arbetssättet blir det normala. Denna anpassning till lokala och individuella förutsättningar är konstruktiv och bör kunna ge goda resultat.

Förbundet ser i likhet med LSU perioden före legitimation – allmän tjänstgöringen – i första hand som en utbildningsperiod. Med legitimation, som blir en viktig brytpunkt, följer att läkaren måste bära sitt yrkesansvar enligt tillsynslagen. Detta synsätt svarar också väl mot förslagen i regeringens promemoria om ledningsansvaret i den svenska hälso- och sjukvården.

Utgångspunkten för UHÄ:s yttrande är att läkarnas totala utbildning, innefattande grundutbildning, vidareutbildning och forskarutbildning, skall betraktas som en enhet. Denna princip slogs fast redan vid 1969 års läkarutbildningsreform. UHÄ tvingas emellertid konstatera att utvecklingen gått den rakt motsatta vägen sedan 1969. I dag råder helt olika planerings- och styrsystem för de olika utbildningsnivåerna på grund av att ansvaret är delat på olika departement och myndigheter. Beslut som fattats av den ena nivån kan få icke önskvärda återverkningar på den andra nivån.

Samverkansnämnden i södra sjukvårdsregionen ser utredningens förslag som idéförslag. Mot bakgrund av de stora problem som finns i nuvarande läkarutbildningssystem ställer sig samverkansnämnden positiv till huvuddelen av förslagen till förändring av kompetensutveckling efter läkarexamen. För genomförande fordras mer detaljerade genomgångar av många frågor med anknytning till andra centrala utredningar. Behörighetsfrågorna behöver aktualiseras.

Allmäntjänstgöring – AT

Utredningen slår fast att AT skall vara grunden för allmän behörighet att utöva läkaryrket och leda fram till legitimation och rätt att påbörja specialiseringsperioden. AT-perioden föreslås omfatta två år, fördelade på tre sexmånaders och två tremånaderstjänstgöringar. Huvuddelen av AT skall fullgöras inom de tre breda medicinska verksamhetsområdena allmänmedicin, internmedicin och kirurgi. Vidare skall tre månader fullgöras inom den moderna sektoriserade psykiatriska vården. Härutöver föreslås en period om tre månader som får fullgöras inom ett i princip valfritt medicinskt verksamhetsområde.

Följande instanser instämmer i utredningens förslag: *socialstyrelsen, riksrevisionsverket, MFR, Sörmlands läns landsting, Östergötlands läns landsting, Jönköpings läns landsting, Kronobergs län landsting, Blekinge läns landsting, Kristianstads läns landsting, Malmöhus läns landsting, Älvsborgs läns landsting, Skaraborgs läns landsting, Värmlands läns landsting, Örebro läns landsting, Västmanlands läns landsting, Gävleborgs läns landsting, Jämtlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting, Malmö kommuns sjukvårdsstyrelse, Gotlands kommun, Samverkansnäm-*

Följande instanser avstyrker utredningens förslag eller uttrycker tveksamhet: UHÄ, Landstingsförbundet (avseende förlängning med 3 mån.), Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (avseende förlängning med 3 mån.), Uppsala läns landsting, Hallands läns landsting, Bohuslandstinget, Västernorrlands läns landsting, Göteborgs sjukvårdsstyrelse,

Socialstyrelsen anser att det rekryteringsbefrämjande syftet med AT-förlängningen är vällovligt. Styrelsen pekar på att den valfria perioden också kan förläggas till något av de verksamhetsområden som redan ingår i AT, tex inom psykiatri. Tre månaders tjänstgöring inom psykiatri har bedömts vara väl kort tid för att tillgodogöra sig ämnesområdet på ett adekvat sätt. Möjligheten till totalt 6 månaders tjänstgöring inom psykiatri inom ramen för AT bedöms vara positiv från rekryteringssynpunkt.

Socialstyrelsen anser vidare att det är en fördel att de utbytesmöjligheter som finns i nuvarande system inom ramen för de 21 månaderna utgår. Systemet blir mer enhetligt och lättare att hantera för huvudmännen. Dessutom försvinner problemet att avgöra om den ena eller den andra tjänstgöringen skall tillgodoräknas.

Värmlands läns landsting anser att det finns många goda argument för förlängningen av AT med tre månader obligatorisk "valfri tjänstgöring" sett såväl från AT-läkarens som sjukvårdshuvudmannens horisont. Den eventuella kostnadsökningen för landstingen med anledning av denna förlängning av AT är sannolikt fiktiv, eftersom män - reglerat eller inte - ändå skaffar sig den här "prövotiden".

Möjligen är betydelsen av de tre månadernas valfria tjänstgöring för att undvika "felval" inför specialiseringstjänstgöringen något övervärderad i utredningen. Tre månader är kort tid och ger bara möjlighet att pröva ett enda område.

När det gäller de "valfria" månadernas placering framhålls just valfriheten och möjligheterna att pröva olika verksamhetsområden starkt i utredningen. Samtidigt säger man att huvudmannen självklart måste kunna styra tjänstgöringen till exempelvis "läkarbristspecialiteter". Placeringen skall avgöras i samråd. Sannolikt går det i flertalet fall att lösa frågan om de valfria månaderna i samråd. Utredningen tar dock inte ställning till vems intresse som är överordnat om det kommer till konflikt.

Skulle AT-läkarens önskemål att pröva en viss specialitet eller huvudmannens behov av rekrytering respektive underläkarbemanning väga tyngst? Det är landstingets mening att välmotiverade önskemål från AT-läkaren att pröva viss specialitet inom ramen för AT-blocket bör tillgodoses med hög prioritet. Bemanningsbehov som inte tillgodoses härigenom bör i första hand täckas utanför utbildningssystemet.

Landstingsförbundet är mycket tveksamt till den förlängning med en valfri tremånadersperiod som LSU föreslår eftersom den uttryckligen motiveras av utbildningsskäl. En bättre läkarförsörjning över hela landet bör lösas med andra medel än att i systemet bygga in utnyttjande av icke legitimerade läkare. Möjligheten för den enskilda läkaren att under en tid pröva olika kompetensområden bör kunna tillgodoses på annat sätt.

Svenska läkaresällskapet anser att särskilda arrangemang bör vidtagas för att garantera forskarstuderande möjlighet att genomgå AT-tjänstgöring vid universitetsklinik eller i geografisk närhet till sin forskningsinstitution. Möjlighet till kontakt med forskningsinstitutionen under AT-tjänstgöringen är väsentlig för att forskningen ej onödigtvis skall störas. Forskarstuderande bör också få möjlighet till fortsatt forskning under AT-tjänstgöringen, exempelvis genom förlängd AT-tjänstgöring.

Landstinget i Uppsala län ger uttryck för viss tveksamhet. Förslaget om att AT även fortsättningsvis skall fullgöras på tidsbegränsade blockförordnanden, men förlängas till två år genom inkludering av tre månaders valfri tjänstgöring kan vara positivt för den enskilde läkaren som får en möjlighet att söka sig fram till en för henne/honom lämplig specialitet. Det innebär emellertid en ökad ekonomisk och planeringsmässig belastning för huvudmännen.

Som utredningen framhåller skall den valfria delen vara en möjlighet för AT-läkaren att pröva en disciplin, som han/hon eventuellt vill specialisera sig inom och också möjliggöra för specialiteter med rekryteringssvårigheter att "visa upp sig". Det är därför svårt att förstå logiken i utredningens ställningstagande att den valfria perioden "främst bör fullgöras inom de breda medicinska verksamhetsområden som regelmässigt återfinns inom länssjukvården och primärvården".

Att en AT-period på 24 månader enligt LSU 85 skulle vara fördelaktig ur planeringssynpunkt och att man därmed skulle slippa kvartalsvisa luckor i läkarbemanningen ställer landstinget sig frågande inför. Blocken utannonseras två gånger per år och med en rullande blockplan uppstår inga luckor i läkarbemanningen.

Sveriges läkarförbund pekar på att starka skäl, inte minst sambandet mellan AT och ST, talar för att AT-läkaren bör ges största möjliga valfrihet i fråga om verksamhetsområde. Den valfria tremånadersperioden får således inte utnyttjas av arbetsgivaren för att lösa bemanningsproblem. Förläggningen av den valfria perioden bör fastställas innan AT-läkaren tillträder sitt block och kan därvid användas som rekryteringsinstrument.

UHÄ anser att utredningens förslag att förlänga AT från 21 till 24 månader är vaga och ofullständiga.

Med nuvarande blocksystem för både AT och specialistutbildningen kan i stort sett samtliga läkare som så önskar erhålla specialistutbildning. Övriga läkare har troligen tidigt valt en annan yrkesbana, t.ex. teoretisk forskning.

En förutsättning för en förlängning av AT är enligt UHÄ:s mening att det finns erforderligt tjänstutrymme i sjukvården. Erfarenheter under en stor del av 1980-talet visar emellertid att sjukvårdshuvudmännen hittills har haft svårigheter att anordna tillräckligt många block. På sikt kommer den minskade dimensioneringen av läkarlinjen att innebära en minskad efterfrågan på block. Erfarenheterna hittills visar emellertid att det finns en eftersläpning mellan tiden för läkarexamen och efterfrågan på block. Den volymökning på 14 procent som en förlängning av AT innebär kommer inte att kompenseras av en minskad efterfrågan förrän vid mitten av 90-talet. Det finns alltså risk för att sjukvårdsplaneringen kommer att försvåras av en förlängd AT-period i stället för tvärtom.

Förslaget att förlänga AT till 24 månader bör emellertid också ses i relation till utredningens förslag om att avskaffa blockförordnanden för specialistutbildningen. En förändring av specialistutbildningen som innebär att i stort sett samtliga läkare under specialistutbildning tillsvidareanställs, kommer troligen ganska snart få till effekt att befintligt tjänsteutrymme blockeras och vi får allt fler enbart legitimerade läkare utan specialistkompetens. I så fall är naturligtvis en förlängning av AT motiverad, men skulle totalt sett innebära en sämre utbildad läkarkår. Därmed ifrågasätts även sjukvårdskvalitén.

Om en förlängning skall genomföras i form av tre månaders valfri tjänstgöring, anser UHÄ att den enskilda läkarens egna önskemål om verksamhetsinriktning bör tillgodoses så långt som möjligt.

Hallands läns landsting anser att det är tillräckligt att denna möjlighet finns kvar även i fortsättningen, t.ex. inom radiologin, och att det således inte finns anledning med en obligatorisk förlängning utöver 21 månader av AT-tiden. För övrigt skulle en obligatorisk förlängning utöver med tre månader kosta Hallands läns landsting ca. 2 miljoner kronor årligen.

Hallands läns landsting anser vidare att det är olyckligt att tjänstgöring inom långvårdsmedicin slopas under AT-tjänstgöringen. Landstinget anser att detta är olyckligt med tanke på den åldersstruktur som är att förvänta i befolkningen och som redan givit sig till känna. Det är därför betydelsefullt att läkarna tidigt i sin verksamhet får kännedom om åldrandets sjukdoms- panorama m.m. Motsvarande synpunkt har lämnats av *Älvsborgs läns landsting*, *Örebro läns landsting* och *Göteborgs sjukvårdsstyrelse*.

Det övergripande målet för AT

Utredningen anser att det övergripande målet för AT-perioden är att AT-läkaren

- uppnår god förmåga att självständigt utföra basrutinerna i hälso- och sjukvården
- utvecklar goda attityder och värderingar i patientarbetet
- lär känna hälso- och sjukvårdsorganisationen
- får kännedom om angränsande samhällsområden såsom socialtjänsten och den allmänna försäkringen
- utvecklar kännedom om och samarbetsförmågan med andra personalgrupper
- får en bred grund för arbetet under specialiseringsperioden

Följande instanser instämmer i utredningens förslag: *Socialstyrelsen*, *riksrevisionsverket*, *UHÄ*, *Landstingsförbundet*, *Landstinget i Sörmland*, *Blekinge läns landsting*, *Västernorrlands läns landsting*, *Norrbottnens läns landsting*, *SACO*, *Sveriges läkarförbund*,

Ingen instans avstyrker utredningens förslag:

Socialstyrelsen tillstyrker och anmäler att styrelsen har för avsikt att inom kort tillsätta en arbetsgrupp med uppgift att med utgångspunkt i vad som anförs i betänkandet om AT, mål och delmål, uppläggning och innehåll, utarbeta förslag till sådan målbeskrivning – dvs en ny "AT-handbok". I arbetsgruppen avses ingå förutom företrädare för landstingen, läkarnas organisationer samt de medicinska fakulteterna.

Det övergripande målet bör enligt utredningen ytterligare konkretiseras och utvecklas i form av målbekrivningar för AT som helhet och för dess olika tjänstgöringsperioder.

Följande instanser instämmer i utredningens förslag: *Socialstyrelsen, riksrevisionsverket, UHÄ, Landstingsförbundet, Kristianstads läns landsting, Örebro läns landsting, SACO, Sveriges läkarförbund*

Ingen instans avstyrker utredningen förslag:

UHÄ beklagar att utredningen inte bättre undersökt möjligheterna till undervisning under AT utan endast hänvisar till ST-kurserna. Grundutbildningen är i dag en starkt överbelastad period. Nya krav reses hela tiden på att olika moment skall komma in i grundutbildningen, delvis med rätta. Det finns emellertid vissa frågor som de studerande inte är tillräckligt motiverade eller mogna att lära sig under grundutbildningen och där den praktiska nyttan av kunskaperna blir uppenbara först under AT-perioden. Dit hör just de ämnesområden som utredningen pekar på bl.a. etik, försäkringsmedicin, administrativa och ekonomiska kunskaper. Om de medicinska högskolorna får ansvar för examinationen av AT blir det naturligt att låta dessa ta ansvar även för den kompletterade utbildningen under AT. Det finns flera olika sätt att praktiskt lösa denna utbildningsuppgift. En kan vara att dessa kurser samordnas i landet så att planeringsansvaret finns vid ett universitet, d.v.s. kursplanen blir lika för alla AT-läkare i landet. Genomförandeansvaret fördelas på de sex högskoleorterna. Varje högskola kan sedan själv lägga upp kursens genomförande, t.ex. genom decentraliserad undervisning. Enligt UHÄ:s mening borde en försöksverksamhet med denna form av undervisning i t.ex. administrativ medicin och försäkringsmedicin anordnas snarast. Utbildningen fordrar medverkan från huvudmännen eftersom de är ansvariga för AT-tjänstgöringen och kostnaderna kan då delas mellan staten och huvudmännen. Den exakta finansieringen av utbildningen måste då emellertid övervägas ytterligare.

Läkarförbundet framhåller värdet av gemensamma kursdagar för AT-läkarna inom en region eller ett landsting, där ämnen av såväl medicinsk som administrativ karaktär kan behandlas. Vid denna tidpunkt är läkarna påtagligt motiverade för grundläggande administrativa kunskaper av den typ som utredningen diskuterar, eftersom sådana frågeställningar konkretiseras under den praktiska tjänstgöringen. Det är vidare angeläget att dessa kunskaper bibringas även de läkare, som inte kommer att genomgå specialistutbildning. Kursdagar av detta slag förekommer redan på några håll. Det bör vara en angelägen uppgift för t.ex. en "sammanhållande" studierektor att organisera gemensam undervisning inom sådana områden som utredningen givit exempel på.

Handledning under AT

Utredningen anser att AT-läkaren bör ha en särskilt utsedd handledare för hela perioden.

Följande remissinstanser instämmer: *UHÄ, Uppsala län landstings, Sörm-*

lands läns landsting, Kristianstads läns landsting, Örebro läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting, HCK, SACO, Sveriges läkarförbund.

UHÄ anser att AT-handledarna bör erbjudas handledarutbildning och att särskilda medel bör avsättas för detta ändamål under socialstyrelsens budget för läkares vidareutbildning. Handledarna måste också få stöd av huvudmännen så att tillräcklig tid avsätts för denna uppgift.

Inom *Örebro läns landsting* provas för närvarande en modell med en huvudhandledare för hela AT-perioden. Givetvis måste härutöver någon per klinik/motsvarande ansvara för utbildningens innehåll och kvalitet och för kontroll av inhämtade kunskaper och erfarenheter under respektive tjänstgöringsavsnitt.

När det gäller handledning är detta ett nödvändigt inslag i allmäntjänstgöringen. *Norrbottens läns landsting* har därför infört "studierektorer" som tillsammans med klinkcheferna har att svara för att handledningen fungerar. Landstinget är dock tveksamt till utredningens diskussion om personlig handledare för varje enskild AT-läkare. Det väsentliga måste vara att varje AT-läkare får en fungerande handledning oavsett hur den organiseras.

Enligt *Sveriges läkarförbunds* mening kan det vara svårt att tilldela varje AT-läkare en personlig handledare för hela AT-perioden och det kan också bereda problem under avsnitt inom AT med tjänstgöring på flera enheter (t.ex. kirurgi). En mer realistisk modell är att inom varje sjukvårdsområde/sjukvårdsdistrikt utse en utbildningsintresserad specialistkompetent läkare med övergripande ansvar för AT, förslagsvis benämnd "studierektor". I förbundets ovannämnda rapport finns närmare förslag och preciseringar beträffande en sådan studierektors ansvar och funktion.

Dessutom bör vid varje klinik/vårdcentral där AT fullgörs finnas en särskild handledare ("tutor") gemensam för samtliga vid enheten tjänstgörande AT-läkare. Denna på kliniken/vårdcentralen ansvarige handledare bör dels svara för kontakterna med studierektor, dels ha ett övergripande ansvar för att handledningen på kliniken/vårdcentralen fungerar och att aktuella målbeskrivningar uppfylls.

För att handledningen skall fungera på det sätt som utredningen förutsatt, måste tillräcklig tid avsättas för handledaruppgifterna inom ramen för ordinarie arbetstid. Vidare måste pedagogiska meriter i form av bl.a. handledning uppmärksammas vid tillsättning av tjänster för specialistkompetenta läkare.

Sammanhållet AT-prov och utfärdande av legitimation

Utredningen föreslår att AT-provet ges formen av ett sammanhållet prov med syfte att pröva måluppfyllelsen för hela AT-perioden. Det bör framför allt inriktas på att pröva det kliniska omdömet i vanliga realistiska situationer.

Godkända AT-tjänstgöringar och godkänt AT-prov tillsammans med den lämplighetsprövning i övrigt som socialstyrelsen gör skall leda till legitimation som läkare. Legitimation skall utfärdas av socialstyrelsen.

Följande instanser instämmer i utredningens förslag: *Socialstyrelsen, riks-*

revisionverket, UHÄ, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, Landstingsförbundet, Hallands läns landsting, Örebro läns landsting, Gävleborgs läns landsting, Västerbottens läns landsting, Göteborgs kommun, Sveriges läkarförbund,

Prop. 1988/89:138

Ingen instans avstyrker utredningens förslag:

UHÄ anser dock att högskolan skall svara för AT-provets konstruktion och organisation.

Socialstyrelsen påpekar att när det gäller ej godkänd tjänstgöring skall socialstyrelsen enligt utredningen kunna medge förlängning av tjänstgöringen med tre månader. Sådan förlängning skall endast få ske en gång. Socialstyrelsen utgår ifrån att därmed avses en förlängningsmöjlighet för varje tjänstgöringsperiod i AT. Utredningen har inte berört frågan om vad som skall ske efter en förlängning som ej har godkänts. Socialstyrelsen anser att frågan om tjänstgöringsbedömning, förlängningsmöjligheter, konsekvenser av icke godkända förlängningar mm bör klarläggas närmare. Styrelsen är beredd att vid behov medverka i ett sådant arbete.

Hit hör också enligt styrelsens uppfattning det framlagda förslaget om en sk samlad bedömning av en AT-läkare i slutet av AT-perioden. Detta är en nyhet i förhållande till nuvarande regler. Fråga uppkommer vad som händer om samtliga tjänstgöringsperioder i AT – med eller utan förlängning – har godkänts men den samlade bedömningen skulle utfalla negativt. Även denna och liknande frågor bör ingå i nyss nämnda utredningsarbete.

Beträffande AT-prov föreslår utredningen att föreskrift härom skall tas in i behörighetsförordningen. Detta har hittills inte varit fallet. Härigenom betonas provets betydelse som underlag för legitimation som läkare. Socialstyrelsen anser detta vara positivt.

De nuvarande tre separata AT-proven föreslås ersättas av ett sammanhållet prov i syfte att pröva måluppfyllelsen för "hela AT-perioden" inklusive allmänmedicin. Det torde dock inte vara möjligt att specifikt pröva måluppfyllelsen för de tre s.k. valfria månaderna. Dessa kommer nämligen att kunna inriktas på praktiskt taget samtliga medicinska verksamhetsområden.

Provet avses inriktas på att "pröva det kliniska omdömet i frekventa realistiska situationer". Socialstyrelsen och tidigare nämnden för läkares vidareutbildning har under ett stort antal år via sina provgrupper i kirurgi och medicin och psykiatri svarat för de nuvarande AT-proven. Från dessa provgrupper har viss tveksamhet inför ett sammanhållet AT-prov framförts. Som skäl härför anförs att ett helt sammanhållet prov ej ger klart utslag för de speciella brister som kan föreligga inom något av ämnesområdena. En kompromiss med såväl problem inom varje ämnesområde – och därvid givetvis även inom allmänmedicin – som övergripande frågor skulle kunna vara lösningen. Det har också påpekats att det inte inom någon högskoleutbildning förekommer en sammanlagd prövning av hela det kunskapsområde som inhämtats under flera års tid.

Socialstyrelsen anser dock det vara rimligt att pröva förslaget om ett sammanhållet AT-prov. En bred kunskap om olika examinationsmetoder finns på många håll bland berörda parter. Innehållet i ett samlat kunskapsprov bör bättre kunna testa de kunskaper som krävs i en legitimerad läkares yrkesutövning. Med de tekniska hjälpmedel som i dag och i framtiden står till buds –

datorer, video, telekommunikation m.m. – torde det nu finnas intressanta möjligheter att förnya utformningen av kunskapskontrollen i form av AT-prov. Socialstyrelsen vill dock påpeka risken för tidsutdräkt mellan fullgjort AT och avlagt prov. Denna tidsutdräkt kan komma att uppstå dels av den orsaken att AT-provet kanske inte alltid kan hållas i direkt anslutning till avslutad tjänstgöring, dels – och huvudsakligen – med anledning av den enskilda läkaren eventuella behov av "inläsningstid".

Utredningen anför att ansvaret för att utforma och organisera AT-provet bör läggas på socialstyrelsen i nära samarbete med företrädare för landstingen och läkarnas organisationer samt berörda högskoleenheter. Det är angeläget att understryka att AT-provet bör pröva de kunskaper, färdigheter och förhållningsätt som AT-läkaren tillägnat sig under AT-perioden. Socialstyrelsen kan inte acceptera att AT-provet skall ses som en – som LSU 85 anger – "från grundutbildningen senarelagd sluttentamen" i berörda ämnen. Läkarexamen innehåller godkända tentamina i dessa ämnen. AT-provet skall enligt socialstyrelsens uppfattning testa den praktiska kliniska verksamheten under AT-perioden och inte grundutbildningen, även om dess teoretiska innehåll ligger till grund för provet. Det är därför angeläget att sjukvårdens företrädare aktivt medverkar i provets utformning.

Socialstyrelsen vill i detta sammanhang påpeka att nuvarande regler inte hindrar huvudmännen att *för forskare och forskarstuderande* i praktiken förlänga AT-block i form av t.ex. formell halvtidstjänstgöring i syfte att lägga in perioder av forskning. Socialstyrelsen anser det emellertid tillfredsställande att utredningen har understrukt vikten av att underlätta för AT-läkare att förena tjänstgöring och forskning. Det ankommer därvid främst på sjukvårdshuvudmännen att finna praktiska former för detta inom ramen för anställningsförhållandet.

Enligt *statskontorets* uppfattning talar övervägande skäl för att legitimation och bevis om specialistbehörighet bör utfärdas av berörda högskolor på delegation av socialstyrelsen. För sökande med utländsk utbildning bör dessa frågor koncentreras till en av dessa högskolor. En sådan förändring medför att ett ökat ansvarstagande läggs på berörda utbildningsenheter att bedöma den sökandes lämplighet för yrket.

På socialstyrelsen ankommer att föra ett aktuellt register över samtliga inom hälso- och sjukvårdens tjänsgörande läkare. En förändrad uppgiftsfördelning mellan socialstyrelsen och utbildningsmyndigheterna när det gäller meddelande av legitimation och specialistbehörighet medför krav på att uppgift om vem som legitimerats respektive erhållit specialistbevis meddelas till socialstyrelsen av respektive utbildningsmyndighet. Merarbetet för högskolorna till följd av denna uppgift torde vara försumbart.

Ansvarsnämnden pekar på att det är väsentligt att endast personer med goda kunskaper och utan alltför stora brister i personligheten betros med legitimation som läkare. Nämnden vill här peka på personer som gjort sig skyldiga till grov misshandel, grova narkotikabrott och personer med långvariga allvarliga missbruksproblem. Ansvarsnämnden har erfarenhet av sådana fall, där det borde ha uppmärksammats redan under den teoretiska utbildningen och i varje fall under AT att vederbörande inte var lämplig som läkare. Sådana personer bör naturligtvis avskiljas från fortsatt utbildning

inom läkaryrket. Ansvarsnämnden har visserligen möjligheter att återkalla legitimation, men då har ofta redan stor skada skett.

Landstingsförbundet understryker socialstyrelsens yttersta ansvar för att legitimation enbart utfärdas till för läkaryrket lämpliga personer. Staten bör också på sikt verka för nya lösningar när det gäller avskiljande av olämpliga läkarstuderande. Avskiljande bör kunna ske, förutom på nuvarande grunder, också p.g.a bristande omdöme eller personlig olämplighet för läkaryrket. Tillträdesreglerna till läkarutbildning torde framledes behöva ändras, så att de vid sidan av betyg även omfattar en lämplighetsbedömning. Ett eventuellt avskiljande bör ske så tidigt som möjligt under utbildningen.

Till grund för socialstyrelsens legitimering av läkaren ligger klinikchefens intyg om godkänd allmäntjänstgöring samt resultatet av AT-provet. Klinikchefen får följaktligen ett stort ansvar för kontroll av den blivande läkarens kunskaper och bedömning av den personliga lämpligheten. Klinikchefens godkännande av AT-läkaren måste innefatta en välgrundad bedömning av läkarens faktiska förutsättningar för yrket. Dessa krav medför sannolikt att klinikchefen behöver stöd i fullgörandet av sin uppgift. Här bör staten ha en aktiv roll exempelvis genom att samordna seminarier/konferenser där klinikchefer kan träffas och stämma av sina erfarenheter.

Uppsala läns landsting anser att avskiljandefrågan är mycket svår eftersom det rör sig om personer med 7,5 års studier bakom sig och den behöver övervägas mer ingående än vad som framgår av betänkandet. Det är naturligtvis önskvärt att för läkaryrket olämpliga studenter avskiljs mycket tidigt från fortsatta studier och de medicinska fakulteterna bör här ges ett betydligt större ansvar än i dag. Man får dock räkna med att det även fortsättningsvis kommer att vara aktuellt att avskilja personer så sent som under AT. Det kan emellertid knappast vara rimligt att AT-läkare, vars tjänstgöring underkänts också efter förlängning tre månader, automatiskt skall vara avstängd från möjligheten att erhålla legitimation utan prövning i annan instans än av hans handledare och berörda klinikchefer. Orsaken till ett misslyckande kan exempelvis vara av övergående natur (sjukdom, sociala förhållanden). Ett överklagande av ett beslut om underkännande bör kunna göras till socialstyrelsen, som kan ge tillfälle till ytterligare prövning.

Kristianstads läns landsting vill betona de svårigheter som kan uppstå för handledare och klinikchef inför avskiljandebeslut. Det vore värdefullt med närmare preciseringar av förutsättningarna för avskiljande. För handläggning av avskiljandefrågor kan särskilda lokala handledar- och klinikchefskollegier tillskapas.

Även *Örebro läns landsting* anser att det är väsentligt att möjligheter finns att avskilja en läkare vars AT-tjänstgöring – efter maximal förlängning om föreslagna tre månader – inte kunnat godkännas av handledaren och berörda klinikchefer.

Sveriges läkarförbund ställer sig bakom utredningens förslag att ersätta dagens tre separata skriftliga AT-prov med ett sammanhållet AT-prov. Provet bör vara av rimlig omfattning och syfta till att pröva AT-läkarens förmåga att bedöma vardagliga kliniska situationer inom AT:s obligatoriska avsnitt. Problemet skall således inte användas för att testa AT-läkarens "bokkunskaper". Utredningens synsätt, att AT-provet delvis blir en från grundutbild-

ningen senarelagd "sluttentamen" i medicin, kirurgi, allmänmedicin m.m. är därför enligt förbundets mening felaktigt. Sjukvårdens företrädare bör ha ett avgörande inflytande på AT-provets utformning, och socialstyrelsen bör även fortsättningsvis ansvara för organisationen av AT-prov.

Enligt utredningen skall kvalitetskontrollen under AT förutom genom prov ske i form av tjänstgöringsintyg. Det är angeläget att bedömningen av AT-läkaren blir så korrekt som möjligt. Inte minst är detta av stor vikt, när tjänstgöring inte godkänns.

Liksom utredningen anser förbundet, att det är mycket viktigt att studerande som är uppenbart olämpliga att vara läkare avskiljs så tidigt som möjligt, d.v.s. redan under grundutbildningen.

Såsom framhålls i betänkandet är möjligheterna att under vidareutbildningen avskilja en olämplig läkare rätt begränsade. Förbundet delar utredningens uppfattning att ett samlat AT-prov med syfte att pröva måluppfyllelsen för hela AT-perioden ger goda möjligheter att bedöma läkarens kliniska omdöme. Som utredningen påpekar vilar det därtill ett tungt ansvar på berörd chef att avgöra om en AT-läkare kan få sin tjänstgöring godkänd eller ej. Utredningen är därför inne på tanken att en samlad bedömning av en AT-läkare bör kunna göras av t.ex. handledaren tillsammans med berörda klinikchefer.

Mycket av problemet med underkännande i dag är att det är en enskild klinkchef/motsv. som har att fatta beslut. Dessutom kan flera tjänstgöringsavsnitt vara svaga utan att för den skull den enskilde klinikchefen finner anledning att underkänna AT-läkaren. Dessa problem skulle kunna lösas genom att det pålämplig nivå inom landstinget inrättas en eller flera AT-nämnder. En sådan nämnd kunde ha samma geografiska verksamhetsområde som studierektorn. Nämnden skulle förslagvis bestå av studierektor, berörda klinkchefer/motsv. samt representant för sjukvårdshuvudmannen (t.ex. personalchef) och läkarförbundet (lokal läkarförening).

Nämndens uppgift skulle bli att godkänna resp. underkänna hela tjänstgöringen och inte enstaka avsnitt. När det blir aktuellt att underkänna en person görs detta således av nämnden och inte av enskild klinikchef. Nämnden avger sedan ett samlat yttrande över hela tjänstgöringen till socialstyrelsen.

Socialstyrelsen skall utforma målbeskrivningar och AT-prov

Utredningen anser att socialstyrelsen skall utforma målbeskrivningar och AT-prov. Detta arbete skall göras i nära samverkan med landstingen och läkarnas organisationer samt de medicinska fakulteterna.

Följande instanser instämmer i utredningens förslag: *Socialstyrelsen, rikskontrollstyrelsen, revisionsverket, statskontoret,*

UHÄ anser att högskolan skall ansvara för AT-provens konstruktion och organisation.

Ingen instans avstyrker utredningens förslag.

Statskontoret delar uppfattningen att målbeskrivning för AT-perioden och AT-provets innehåll bör utformas av socialstyrelsen i egenskap av expertmyndighet för hälso- och sjukvården i samverkan med företrädare för sjukvårdshuvudmännen, läkarnas organisationer och de medicinska fakulteterna.

Ett förstärkt samband mellan AT och grundutbildningen där AT snarare ses som den kliniska delen av utbildningen än som traditionell tjänstgöring och som bedrivs under handledning bör emellertid enligt statskontorets uppfattning medföra ett ökat ansvarstagande för utbildningsmyndigheterna även för AT. Det administrativa och organisatoriska ansvaret för kunskapskontrollen under AT bör således så långt möjligt förläggas till de högskolor där läkarutbildning bedrivs. Det gäller t.ex. konstruktion och genomförande av AT-prov och frågor om godkännande av AT-tjänstgöring eller annan tjänstgöring likvärdig med denna. Dessa uppgifter bör således enligt statskontorets uppfattning överföras från socialstyrelsen till utbildningsmyndigheterna.

AT-block

Utredningen bedömer att de nuvarande formerna för AT fungerat förhållandevis väl och anser att AT liksom för närvarande skall fullgöras i form av blockförordnande på tidsbegränsade tjänster. Detta är nödvändigt bl.a. för att säkerställa genomströmningen och fördela AT-tjänsterna.

Följande instanser instämmer i utredningens förslag. *socialstyrelsen, UHÄ, riksrevisionverket, NUU, Landstingsförbundet, landstinget i Sörmlands län, Västmanlands läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Norrbottens läns landsting, Samverkansnämnden i norra sjukvårdsregionen,*

Ingen instans har anmält avvikande mening.

Statskontoret menar att frågan om dispens från AT-block kan ur samhällssynpunkt ses ur två synvinklar. Ur utbildningssynpunkt är frågan om vikariatstjänstgöringen kan anses ge lika gott utbildningsinnehåll som genomgång av AT-block under handledning. Ur hälso- och sjukvårdspolitisk synpunkt är frågan snarast förknippad med fördelningspolitiska utgångspunkter d.v.s. frågan om de små sjukhusens och framför allt norrlandslänens möjlighet att erhålla läkare i tillräcklig omfattning.

Enligt statskontorets mening kommer de utbildningsmässiga aspekterna att väga allt tyngre genom den uttalade målsättningen att knyta AT-tjänstgöringen närmare den teoretiska grundutbildningen. Skäl talar för att frågor om dispens från kravet på att allmäntjänstgöring skall genomgå på AT-block bör handläggas av utbildningsmyndigheterna. De hälso- och sjukvårdspolitiska fördelningsaspekterna bör tillgodoses genom att regeringen vid beslut om antal AT-block per sjukvårdsområde anger ett visst intervall inom vilket antalet påbörjade AT-block tillåts variera.

Ovan har endast berörts uppgifts- och ansvarsfördelning för allmäntjänstgöringen inom den statliga sektorn. Sjukvårdshuvudmännen har emellertid ett betydande ansvar för genomförandet av AT. På landstingen bör ankomma att inrätta de av regeringen föreslagna AT-blocken, att anställa läkare på dessa samt att i enlighet med LSU:s förslag tillhandahålla personliga handledare till anställda AT-läkare i erforderlig omfattning.

Liksom utredningen konstaterar *MFR* att det är angeläget att så långt möjligt tillmötesgå forskningens intresse att tidigt rekrytera yngre forskare och inte onödigtvis avbryta pågående forskning under AT-perioden. Man anvisar två viktiga förutsättningar för att uppnå nämnda målsättning. Den ena

är att läkare anmälda till forskarutbildning skall kunna erhålla AT-tjänst i geografisk närhet av sin forskarinstitution. Den andra förutsättningen är att sådana läkare också skall kunna få ett förlängt AT-block d.v.s. att under AT-perioden kunna lägga in perioder för heltidsforskning.

Utredningens rekommendationer i detta avseende är särskilt angelägna då i åtminstone ett fall den lokale huvudmannen kraftigt begränsat antalet AT-tjänster vid ett undervisningssjukhus. Ett motiv säga ha varit att sådan AT-tjänstgöring skulle ha ett mindre utbildningsvärde. Riktigheten i detta argument kan betvivlas. Dess eventuella betydelse torde i varje fall kunna undanröjas om, som utredningen föreslår, varje AT-läkare tilldelas en personlig handledare, antingen för hela AT-perioden eller för varje tjänstgöringsdel.

UHÄ tillstyrker förslaget att AT i regel skall fullgöras på blockförordnanden men att möjlighet att erhålla dispens måste få finnas. När detta gäller skäl för dispens från blockförordnande anser UHÄ att dessa bör, förutom sociala, också vara pågående forskarutbildning. Visserligen bör dispensgivningen vara restriktiv för att den sjukvårdsplanering som ligger i blocken inte skall störas alltför mycket. Denna roll skall ända inte överdrivas och skall också vägas mot sjukvårdens behov att snabbt få igenom läkarna i utbildningssystemet och öka antalet legitimerade läkare. Eftersom så många läkare vid tiden för AT redan är så geografiskt bundna innebär blocktvånget att många med enbart läkarexamen tjänstgör på vikariat för att slippa flytta från hemorten och för att meritera sig för AT-block i det egna landstinget. Medicine studerandes förbund har kartlagt väntetiderna för AT-block och kunnat konstatera att inom flera landsting krävs minst ett års – ofta betydligt mer – vikariat som läkare innan ett önskat AT-block kan erhållas. Trots detta har tillsättningsfrekvensen för inrättade AT-block varit mycket hög under hela 1980-talet. Allt detta måste beaktas när blocktvångets effektivitet diskuteras.

UHÄ vill starkt betona nödvändigheten av att särregler för forskarstuderandes AT införes. Detta gäller framför allt de som redan före läkarexamen har påbörjat en forskarutbildning inom ett prekliniskt ämnesområde. Därför bör särskilda AT-block inrättas vid universitetssorterna med möjlighet till deltidstjänstgöring och förlängning.

När de nuvarande reglerna för AT och principerna för dispensgivning från block fastställdes bortsåg man helt från att läkarutbildningen också har till mål att utbilda akademiska lärare och forskare.

Läkarutbildningens dimensionering har skurits ned med sammanlagt 180 platser samtidigt som den prekliniska forskningen totalt sett ökar i omfattning. För att inte de prekliniska institutionerna återigen skall drabbas av rekryteringsproblem måste även yttre hinder undanröjas. Enligt UHÄ:s mening måste de forkarstuderande garanteras AT-block på universitetssorten om det behövs för att forskarverksamheten inte skall störas. Förutom särskilda forskar AT-block bör dessa forskare i undantagsfall även få möjlighet till dispens från blocktvånget.

Kompetensutveckling genom praktisk tjänstgöring

Utredningen framhåller att medicinsk kompetens av hög kvalitet i form av bl.a. skickliga läkare är avgörande för en fortsatt framgångsrik utveckling av den svenska hälso- och sjukvården. Kompetensutvecklingen till specialist inom ett medicinskt verksamhetsområde måste i huvudsak ske genom praktiskt arbete under handledning som läkare i vårdorganisationen. Teoretiska studier är ett nödvändigt komplement för att stödja kompetensutvecklingen. Specialisering är i huvudsak en naturlig process som uppkommer även utan en formaliserad styrning. Utredningens förslag är därför mera stödjande än styrande. Den enskilde läkaren måste ta ett betydande eget ansvar för sin kompetensutveckling, men det är viktigt att det finns vägledning i form av målbeskrivningar för specialiteterna och möjligheter till kvalitetskontroller under vidareutbildningen till specialist.

Ingen instans avstyrker utredningens förslag.

Specialiseringen skall vara vårdmässigt motiverad m.m.

Läkarbefattningar som en läkare innehar under sin specialisering måste vara vårdmässigt motiverade. Kontinuiteten i läkarbemanningen vid vårdenheterna är viktig. Tjänstgöringen bör bl.a. därför vara förlagd till den verksamhet som specialiseringen avser. Behov av kompletterande tjänstgöring skall kunna tillgodoses på ett flexibelt sätt. Dessa utgångspunkter leder till att LSU 85 föreslår en betydande avreglering med stora förenklingar i systemet för specialistutbildningen. Utredningen anser att termerna specialitet och specialist bör behållas. Specialiseringsperioden bör benämnas specialiseringstjänstgöring (ST) i analogi med allmäntjänstgöring (AT).

Ingen instans avstyrker utredningens förslag.

Målet för ST

Målet för ST är att uppnå specialistkompetens. Sådan kompetens innebär förmåga att på ett rutinerat sätt och med självständighet kunna handlägga det som är vanligt förekommande inom specialiteten.

Följande instanser instämmer i utredningens förslag: *socialstyrelsen, riksrevisionsverket, Sörmlands läns landsting, Örebro läns landsting, Norrbottens läns landsting, Sveriges läkarförbund, SACO,*

Ingen instans avstyrker utredningens förslag:

Målbeskrivningar

Utredningen föreslår att dagens detaljstyrning av specialistutbildningen med tidsmässigt fixerade huvud- och sidoutbildningar ersätts av målbeskrivningar för resp. specialitet. Målbeskrivningen skall ange de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som läkaren skall ha tillägnat sig när han anses

ha uppnått specialistkompetens. Målbeskrivningarna bör kunna bli ett verkamt medel för att förnya specialistutbildningen och ge den ett högt kvalitativt innehåll till nytta för såväl patienter, läkare som sjukvårdshuvudmän.

Följande instanser uttalar sig för utredningens förslag: *socialstyrelsen, riksrevisionsverket, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, försvarets sjukvårdsstyrelse, arbetarskyddstyrelsen, Landstingsförbundet, Uppsala länslandsting, Jönköpings läns landsting, Kronobergs läns landsting, Bohuslandstinget, Värmlands läns landsting, Örebro läns landsting, Västmanlands läns landsting, Kopparbergs läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Västerbotten läns landsting, Malmö kommun, Gotlands kommun, Samverkansnämnden i södra sjukvårdsregionen, Västsvenska planeringsnämnden, Svenska läkaresällskapet, LO, TCO, SACO, Sveriges läkarförbund,*

Ingen instans avstyrker utredningens förslag:

Socialstyrelsen tillstyrker utredningens förslag men pekar på att det närmare bör övervägas vad som skall ske med den enskilde läkare, som efter maximitiden sju år inte bedöms uppfylla målbeskrivningens krav. Utredningen har inte diskuterat konsekvenserna när en sådan situation inträffar. Även de fall där målbeskrivningen uppfylls efter kortare tid än minimitiden bör beaktas.

Socialstyrelsen betonar att de framtagna målbeskrivningarna bör betraktas som preliminära. De måste bli föremål för detaljerad genomgång och bearbetning innan de kan ligga till grund för den nya vidareutbildningen.

Från styrelsens ämnesexpertgrupper har en rad synpunkter på de enskilda målbeskrivningarna framförts, dels med i möjligaste mån beakta vad som framförts från respektive ämnesexpertgrupp. Målbeskrivningarna måste efter fastställande ligga till grund för konkreta tjänstgöringsprogram på lokal nivå med hänsyn till regionala, lokala och individuella förhållanden.

Statskontoret finner det naturligt att socialstyrelsen som högsta expertmyndighet för hälso- och sjukvården ansvarar för utarbetande och successiva revideringar av de föreslagna målbeskrivningarna för specialiserings tjänstgöringen på samma sätt som gäller för allmäntjänstgöringen.

Innehållet i målbeskrivningarna blir i hög grad avgörande för den enskilde huvudmannens möjligheter att bidra till att den anställda läkaren inom rimlig tid når specialistkompetens. Det är nödvändigt att de krav som målbeskrivningarna uppställer begränsas till att omfatta det basala kunnandet inom varje kunskapsområde. Liksom i dag skall det i princip vara möjligt att fullgöra specialistutbildningen inom ett landsting.

Landstingsförbundet framhåller att LSU:s underlag för målbeskrivningar har kritiserats i vissa delar bl.a. från professionella utgångspunkter. Det har hävdats att kompetenskraven i vissa fall är för höga och att målbeskrivningarna är oklara. Förbundsstyrelsen ser det som en mycket viktig uppgift för socialstyrelsen att göra en noggrann genomgång och överarbetning av målbeskrivningarna innan de fastställs.

Förbundet vill understryka att läkarens kompetensutveckling är en kontinuerlig process. Den upphör inte vid uppnådd specialistkompetens. För många läkare kommer ytterligare fördjupningar att bli aktuella, exempelvis genom tjänstgöring vid regionsjukhus. Sådana arrangemang bör, liksom i dag, planeras och genomföras av landstingen i samråd med regionsjukhusen

och respektive läkare. Detta är en betydelsefull del i ett regionalt samarbete, som torde komma att utvecklas ytterligare.

Det är Landstingsförbundets uppfattning, att staten har en viktig uppgift när det gäller det medicinska-vetenskapliga innehållet i de olika specialiteternas målbeskrivningar. Socialstyrelsen måste driva detta arbete och se till att målbeskrivningarna står i samklang med hälsopolitiska mål och riktlinjer och att de sinsemellan är väl avvägda. Inom ramen för socialstyrelsens tillsynsfunktion ställs krav på aktiv medverkan vid introduktion av nya tekniker och metoder i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen får därmed en viktig funktion när det gäller att revidera målbeskrivningarna i takt med utvecklingen och att ur dessa utränga gamla metoder och synsätt.

Jönköpings läns landsting anser att det skall framgå tydligt av målbeskrivningen om regiontjänstgöring erfordras inom någon specialitet. En fortsatt utveckling bör ske av formerna för kompletterande utbildning vid region-sjukhus för färdiga specialister. I sydöstra regionen är detta reglerat enligt beslut i samverkansnämnden.

Läkarutbildningen måste enligt *Örebro läns landstings* uppfattning utvecklas både utifrån kunskapsutvecklingen inom medicinen och de hälsopolitiska målsättningarna, vilka bör styras av de behov som finns i befolkningen.

Det första syftet, att anpassa till utvecklingen i medicinen, torde fyllas genom den form som utredningen valt med av specialistorganisationerna själva utformade målformuleringar.

Det andra syftet, att anpassa utbildningen till hälsopolitiken, har fallit mindre väl ut.

Som exempel på att den hälso- och sjukvårdspolitiska helhetssyn, som man säger skall prägla hälso- och sjukvården (bl.a. enligt HS-90 och hälso- och sjukvårdslagen), saknas i målbeskrivningarna, är att man inte lyckats beskriva någon basutbildning i samhällsmedicin.

Landstinget anser också att målbeskrivningarna behöver omarbetas med hänsyn till föregiven hälso- och sjukvårdspolitisk helhetssyn. Utskottet menar i enlighet med utredningen, att en detaljreglering i kvantitativa termer har spelat ut sin roll. Däremot vore anvisningar om erforderliga respektive önskvärda tjänstgöringsplaceringar, utöver vid "moderkliniken" – eventuellt med angivna maximi- och minimitider – ett gott stöd för ST-läkare och handledare i tjänstgöringsplaneringen.

Landstinget vill också understryka utredningens påpekande att målbeskrivningarna näste revideras successivt i enlighet med samhällsutvecklingen och förändringar i hälsopolitikens utformning samt den medicinska utvecklingen inom respektive specialitet.

Samverkansnämnden i Norra Sjukvårdsregionen framhäver att sedan 1985 gäller inom norra regionen särskilda riktlinjer för FV-läkare från de övriga regionlandstingen som önskar tjänstgöra vid regionsjukhuset i Umeå. Trots att det omfattar ett tjugotal utrymmen per år, har det visat sig svårt att kunna bereda plats åt alla läkare som behövt tjänstgöringen.

Även inom ramen för regionens försöksverksamhet med kompletterande tjänstgöring för specialistkompetenta läkare har bristen på tjänstgöringsutrymme visat sig vara ett stort hinder för att kunna tillgodose de behov som

redovisas från läkare ute i regionen.

Prop. 1988/89:138

Utifrån dessa erfarenheter är det inte så självklart, som utredningen tycks mena, att det med det nya systemet skall bli lättare att få breddnings- eller fördjupningstjänstgöring vid annan vårdenhet. När det gäller utbyte över landstingsgränserna, vill nämnden därför understryka vikten av regional samverkan även i det nya systemet för kompetensutveckling.

Praktisk tjänstgöring

Utredningen framhåller att den praktiska tjänstgöringen för att uppnå specialistkompetens fullgör läkaren på en anställning där han bedömer att han kan få den kompetensen. Efter en allmän introduktion på arbetsplatsen ges läkaren under sin ST-möjlighet att växla mellan arbetsplatsens funktioner på lämpligt sätt och att delta i intern fortbildning. Om den kompetens som anges i målbeskrivningen under en tid fordrar tjänstgöring även på annan arbetsplats, skall läkaren beredas möjlighet till detta.

Ingen instans uttrycker annan mening.

Uppsala läns landsting pekar på att den enskilde läkaren kommer att få ett större ansvar för sin kompetensutveckling, men stora krav kommer också att ställas på klinikchefens/handledarens engagemang, stöd och egen kompetens. Handledarens kompetens och uppfattning om hur utbildningen skall bedrivas med stöd av målbeskrivningen blir sålunda avgörande för utbildningens kvalitet och man kan fråga sig om en adekvat kompetens finns på alla kliniker och vårdcentraler. De detaljerade regler som f.n. gäller beträffande var tjänstgöringarna får göras föreslås nämligen utgå. För att erhålla specialistkompetens förutsätts läkaren söka arbete där han "bedömer att han kan få den". Det är därför viktigt att socialstyrelsen på något sätt markerar vilka krav som skall ställas på utbildningsplatser, inte minst för att upprätthålla en kvalitetssäkring.

Som stöd för såväl huvudmannen som för ST-läkaren vore det värdefullt om målbeskrivningarna gav anvisning om vilka erfarenheter som måste inhämtas genom viss aktiv handledd "sidotjänstgöring" respektive vad som är önskvärt. Annars finns en uppenbar risk för att bl.a. bemanningsbehov på såväl avsändande som mottagande klinik/motsvarande kan komma att prioriteras före berättigade krav på utbildningens innehåll och kvalitet.

En risk är att mottagande klinik prioriterar den ST-läkare man själv har störst nytta av. En annan risk är att avsändande klinik/motsvarande till följd av bemanningsproblem ogärna släpper iväg sin ST-läkare.

Det finns också en risk för att olika handledare och ST-läkare utifrån specialitetsspecifika aspekter väljer bort vissa verksamhetsområden som i ett helhetsperspektiv är viktiga för varje läkare.

Anställningsform

Behovet från utbildningssynpunkt av fasta block och tidbegränsningar av tjänstgöringen i form av visstidsförordnande bortfaller. Utredningen föreslår därför att huvudregeln skall vara tillsvidareförordnande under specialiseringstjänstgöringen, d.v.s. den på arbetsmarknaden gängse anställningsformen.

I ett särskilt yttrande har representanterna för socialdepartementet, utbildningsdepartementet och socialstyrelsen framfört att utredningen inte har analyserat hur den föreslagna specialistutbildningen skall kunna fungera som instrument för att påverka den framtida fördelningen av läkarna på olika verksamhetsfält och geografiska områden. Vidare anser reservanterna att förslaget om tillsvidareförordnande kan leda till försämrad genomströmning i specialistutbildningen och sämre kvalitet i utbildningen.

Följande instanser instämmer i utredningens förslag: *Landstingsförbundet, landstinget i Uppsala län* (med visst förbehåll), *Jönköpings läns landsting* (med visst förbehåll), *Blekinge läns landsting*, *Malmöhus läns landsting* (med visst förbehåll), *Älvsborgs läns landsting*, *Skaraborgs läns landsting*, *landstinget i Värmland*, *Gävleborgs läns landsting* (med visst förbehåll), *Örebro läns landsting* (med stor tvekan), *Västernorrlands läns landsting*, *Västerbottens läns landsting*, *Norrbottnens läns landsting*, *Göteborgs sjukvårdsstyrelse*, *Sveriges läkarförbund*.

Följande instanser avstyrker utredningens förslag: *socialstyrelsen*, *UHÄ*, *Kammarrätten i Stockholm*, *NUU*, *Försvarets sjukvårdsstyrelse*, *Arbetskyddstyrelsen*, *Statens handikappråd*, *MFR*, *Stockholms läns landsting*, *Kristianstads läns landsting*, *Bohuslandstinget*, *Västmanlands läns landsting*, *Jämtlands läns landsting*, *Sjukvårdsstyrelsen i Malmö kommun*, *Gotlands kommun*, *TCO*, *HCK*,

Följande instanser är tveksamma: *hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd*, *Hallands läns landsting*, *landstinget i Sörmland*, *landstinget i Östergötland*, *Kronobergs läns landsting*, *Kalmar läns landsting*, *Kopparbergs läns landsting*, *Samverkansnämnden i södra sjukvårdsregionen*, *Svenska läkaresällskapet*,

Landstingsförbundet ser tillsvidareanställning som en naturlig utveckling anpassad till de förutsättningar som gäller för andra personalgrupper. Att en nylegitimerad läkare redan från början "hör hemma" på en arbetsplats öppnar möjligheter för långsiktig planering både för den enskilda läkaren och för arbetsgivaren. Detta bör ge fördelar i form av större engagemang i vårdarbetet och bättre kontinuitet. Arbetsgivaren och den enskilde läkaren får ett gemensamt intresse; en kompetensutveckling så att den yngre läkaren så snabbt som möjligt bidrar till klinikens behov av läkarkunnande. Denna förändring blir därmed en viktig del i förslaget bärande idé.

Förbundet tillstyrker förslaget om tillsvidareförordnande trots att det ställer stora krav på landstingen. Sammantaget bör dock systemet ge huvudmännen bättre förutsättningar att skapa en effektiv vårdorganisation. Styrelsen anser också att systemet bör kunna främja en mer rättvis läkarfördelning. Genom att erbjuda goda villkor för ST med möjligheter till varierad och individuellt upplagd tjänstgöring bör glesbyggslandstingen ha goda förutsättningar att tidigt i läkarens karriär erbjuda en attraktiv anställning. En utvecklad regional samverkan kan därvid utgöra ett betydelsefullt instrument.

LSU:s förslag ställer stora krav på anställningsförfarandet. Provtjänstgöring vid anställningens början kan antas bli vanligt förekommande åtminstone under en övergångsperiod. Anställningar av icke-specialister bör formellt knytas till hela landstinget för att medge större flexibilitet. Administrativt måste landstingen utveckla och anpassa sina budget- och styrningsinstru-

ment så att tjänstgöringar smidigt kan planeras in på berörda enheter. Tjänstekonstruktioner och avtalsregler måste ses över.

Det blir också viktigt att huvudmännen skaffar sig framförhållning och bedömer sitt rekryteringsbehov av läkare med olika kunskaper utifrån vad den framtida verksamhetens inriktning och omfattning kräver.

Förbundet anser liksom LSU att undantag från tillsvidareanställning bör göras vid undervisningssjukhusen för att få till stånd en snabb spridning av nya kunskaper och forskningsrön.

Sveriges läkarförbund anser att ett normalt anställningsskydd på läkarområdet mycket väl kan förenas med den rörlighet mellan universitetssjukhus och andra sjukhus som är nödvändig för en hög utbildnings- och sjukvårdskvalitet. Ett tillsättningsförfarande på överordnade tjänster som premierar klinisk, vetenskaplig och pedagogisk skicklighet i förening med attraktiva villkor för sådana tjänster kommer även fortsättningsvis att stimulera läkare att byta tjänstgöringsort. Farhågorna att en ändrad anställningsform skulle medföra minskad rörlighet synes bottna i en felaktig föreställning om innebörden av lagen om anställningsskydd. LAS reglerar ju främst problem vid övertalighet (uppsägning, omplacering m.m.), medan rörligheten i stället regleras av kollektivavtal om anställning, förflyttningsskyldighet m.m.

Enligt utredningen skall tillsvidareförordnande under specialiserings-tjänstgöringen vara huvudregel. De möjligheter till undantag från denna regel som utredningen anvisar, när det gäller läkaranställningar vid s.k. upplåtna enheter, kan förbundet godta som ett kompromissförslag. Läkarförbundet är övertygat om att anställningstryggheten kan utvidgas till att omfatta även undervisningssjukhusen, sedan erfarenheter vunnits av den förändrade anställningsformen. Förbundet vill också understryka, att utredningens förslag beträffande undervisningssjukhusen innebär möjlighet att tillsvidareförordna läkare under specialistutbildning i vissa regionspecialiteter, där det är uppenbart att läkarna även i fortsättningen endast kan tjänstgöra inom regionsjukvården.

Norrbottnens läns landsting kommenterar det särskilda yttrandet. Ett av motiven är att det saknas analys av hur det nya förslaget om tillsvidareanställning skulle fungera som instrument för geografisk och verksamhetsmässig styrning. Landstinget konstaterar att om analys saknas så är det i alla fall inte fallet med nuvarande system. Nuvarande system för vidareutbildningen har inte visat sig leda till den styrning av läkarna som förutsattes vid tillskapandet. Detta gäller såväl geografisk som specialitetsvis. Det enda som resulterat i någon form av geografisk form av geografisk styrning har varit allmäntjänstgöringen. Tyvärr har dock effekterna reducerats kraftigt genom en alltför generös dispensgivning och genom att unga läkare föredragit att vikariera långa tider i väntan på AT-block i attraktiva delar av landet. Sedan systemet infördes på 70-talet är de FV-läkare som kommit till Norrbotten utan att först ha fullgjort AT i länet lätt räknade.

Norrbottnens läns landsting tror till skillnad från de centrala statliga experterna att sjukvårdshuvudmännen nu är mogna att själva styra läkarna in på de verksamhetsområden som krävs för hälso- och sjukvården i de olika landstingen. Norrbottens läns landsting är berett att ta detta ansvar.

Uppsala läns landsting har viss förståelse för den åsikt som framförts i det särskilda yttrandet, att tillsvidareanställning vid ST riskerar att leda till en

minskad genomströmning. Samhällsutvecklingen har dock inneburit sådana effekter, vars innebörd ej kan negligeras i utbildningsplaneringen. Landstinget tillstyrker utredningens förslag. Ett beslut om tillsvidareförordnande av ST-läkare kan också kombineras med vissa restriktioner, såsom provanställning för att utröna om läkaren valt rätt specialitet.

ST-läkaren bör vidare anställas "i landstinget" och ej på bestämd arbetsplats. Det är annars stor risk att utbildningstjänsterna snabbt tamponeras av ST-läkare och förhindrar en genomströmning.

Utredningens förslag att regeringen får föreskriva att läkare som tjänstgör vid universitetssjukhus skall förordnas på viss tid med hänsyn till utbildningens och forskningens intresse tillstyrkes.

Jönköpings läns landsting menar att det är mycket viktigt att tillsvidareanställning skall avse hela landstinget som arbetsställe. Utbildning i t.ex. barnmedicin sker på klinik, men flera av de utbildade specialisterna måste räkna med att få anställning i öppen vård på andra orter i landstingsområdet.

Kronobergs läns landsting anför att ett av utredningens mera kontroversiella inslag är tillsvidareförordnandet av läkaren som genomgår specialistutbildningen. Här finns olika meningar i landstinget. Förslaget att undanta dem som genomgår utbildningen vid universitetssjukhus är ej bra. Det ger olika tjänstekonstruktioner; två system kommer att löpa parallellt. Resultatet kan bli att tillsvidaretjänsterna i landsorten blir blockerade, och att en viss önskvärd, och kvalitetshöjande, rotation mellan tjänsterna upphör eller minskar. Hur skall läkare med kompetens i framtiden kunna söka sig ut till länssjukhusen om det inte finns några tjänster där? Hur skall man kunna utbilda de läkare som har gått färdigt sin ST-utbildning "på landet" men ej vill utbilda sig vidare, skall man på något sätt tvinga in dem på universitetssjukhusen?

Landstinget inser, att tillsvidareförordnande är ett arbetsrättsligt krav som ur rättvisesynpunkt inte kan förbigås. Men med hänsyn till att detta är tjänstgöring som ingår i en utbildning bör särskilda regler kunna gälla. Om tillsvidareförordnande införs är det viktigt att tilläggsregler skapas, såsom t.ex. provtjänstgöring innan läkaren antas till ett definitivt anställningsförhållande.

Malmöhus läns landsting accepterar för sin del förslaget om tillsvidareförordnande såvitt gäller enheter som ej upplåtits för grundläggande utbildning av läkare. Då sådana förordnanden dock kan medföra problem ur såväl utbildnings- som läkarfördelningsynpunkt anser landstinget att anställningsformerna för ST-läkarna bör göras sådana att anställningen sker hos berörd sjukvårdshuvudman och ej vid specifik sjukvårdsenhet. På sikt bör anställning vid sjukvårdsregion kunna övervägas.

Gävleborgs läns landsting påpekar att ett garanterat tillsvidareförordnande direkt vid starten av ST-utbildningen kan innebära vissa negativa effekter som måste undanröjas.

Ett tillsvidareförordnande vid ST får inte medföra att den nödvändiga rotationen på specialistläkartjänsterna hämmas. En viss omsättning av specialistkompetenta läkare anses vara nödvändig i syfte att stimulera den medicinska utvecklingen och ett kontinuerligt kompetensförhöjande på kliniker. Därför är det viktigt att kliniker även i det föreslagna nya systemet

fortsättningsvis fritt skall kunna anställa mest lämpliga färdigutbildade specialister vid behov.

Prop. 1988/89:138

Landstinget anser att ett tillsvidareförordnande skall utgå från sjukvårdsmässigt motiverade rekryteringsbehov och avse anställning i landstingsområdet. Tillsvidareförordnande får absolut ej begränsas till att gälla enbart aktuell moderklinik. Vidare är det också viktigt att arbetsmarknadens regler i övrigt, t.ex. möjligheter till omplacering, får genomslag om tillsvidareförordnande vid ST tillämpas.

I syfte att undaröja eventuella onödiga problem föreslår *Gävleborgs läns landsting* att en form av provanställning införs att gälla förslagsvis de två första åren av specialisttjänstgöringen. Detta torde vara till både för ST-läkarens som arbetgivarens fördel.

Landstinget anser dock att tillsvidareförordnanden helt skall undantas specialisttjänstgöring på regions- och universitetssjukhus. Detta på grund av de uppenbara svårigheterna därmed att erhålla kompletterande tjänstgöring vid regionsjukhusen för läkare med anställning vid läns- och länsdelssjukhus om tjänsteutrymmet vid regionjukhusen låses fast av tillsvidareförordnade ST-läkare.

Dessutom föreligger en fara för en mer orättvis fördelning av vissa specialistläkare inom regionen. Regionsjukhusen skulle mycket troligt snabbt fylla alla lediga tjänster med påföljande tröghet i genomströmningen av fler läkare genom systemet.

Svenska läkaresällskapet har stor förståelse för behovet av anställningstrygghet motsvarande den som gäller för de flesta andra grupper i samhället. Sällskapet finner dock, att förslaget med tillsvidareanställning kan ha nackdelar framför allt för kvaliteten i sjukvården. Enligt Sällskapets bestämda uppfattning har det traditionella utbytet mellan universitetskliniker och länsjukvård samt mellan läns- och länsdelssjukhus varit av synnerligen stor betydelse för kunskapsförnyelse och därigenom upprätthållandet av en hög och jämn sjukvårdskvalitet vid landets alla sjukhus och för forskningsverksamheten vid universitetsklinikerna. Detta utbyte har försvärats av olika faktorer. Sällskapet anser det väsentligt, att möjligheterna till sådant utbyte ej ytterligare försämrats.

Sällskapet finner det i stället angeläget, att det traditionella utbytet mellan universitetskliniker och länsjukvård stärks. Utveckling och forskning men även den kontinuerliga omvärderingen och utmönstringen av rutiner betjänas av tjänstgöring på universitetsnivå för de inom länsjukvården verkamma. Återföring till universitetsklinikerna av kunskap från länsjukvård och distriktssjukvård, där de stora patientgrupperna utreds och behandlas, är också av betydelse för forskningen. Inte minst mot bakgrund av den ekonomiska situation som råder för svensk sjukvård torde kravet på utbyte få ökad aktualitet.

Utredningen har ej tillfredställande belyst de potentiella negativa effekterna för detta utbyte av de föreslagna förändringarna i förordnandeform. Med hänsyn till dessa osäkerheter kan Läkaresällskapet ej ställa sig bakom det liggande förslaget. Detta ställningstagande innebär icke, att Sällskapet ansluter sig till reservanternas syn på tidsbegränsade förordnanden som planeringsinstrument. Sällskapet anser att hittillsvarande erfarenheter av styr-

ningseffekten med tidsbegränsade förordnanden varit tveksamma.

Älvsborgs läns landsting anser att, tillsvidareförordnanden i stället för visstidsförordnanden innebär både för- och nackdelar. Fördelar är att läkarna erhåller samma anställningstrygghet som övriga sjukvårdsanställda och att man förmodligen uppnår en förbättrad kontinuitet i vården. De mest framträdande nackdelarna, som de statliga representanterna i utredningen framhållit i sitt särskilda yttrande, torde vara att genomströmningen försvåras, och förhindrar ett behövligt tillskott av specialistutbildade läkare, vilket främst kommer att negativt påverka rekryteringen till de minst attraktiva tjänsterna. Huvudmännen torde emellertid ha stora möjligheter att motverka dessa negativa konsekvenser genom att i samband med kommande avtalsförhandlingar hårt driva frågan om betydande löneskillnader mellan underläkare – såväl färdiga specialister som läkare under specialistutbildning – och läkare, som uppehåller tjänster för färdigutbildade läkare.

Härutöver kan huvudmännen vid tecknandet av anställningsavtal beakta möjligheterna till anställning inom berörd driftsnämnds hela ansvarsområde med möjlighet att omplacera färdigutbildad läkare till den ort eller den klinik inom aktuellt medicinskt verksamhetsområde och inom nämndens geografiska ansvarsområde där arbetsinsatsen bäst behövs.

Utredningens förslag om att de nuvarande hindren för s.k. dubbelspecialisering skall undanröjas bedömer landstinget som positivt, då läkarna dels beredes möjlighet att under pågående specialistutbildning ändra utbildningsinriktning och dels kan bredda sina kunskaper och erfarenheter på ett för sjukvården positivt sätt.

Landstinget anser trots de påtalade negativa konsekvenserna att fördelarna överväger och tillstyrker därför utredningens förslag om tillsvidareanställning för ST-läkare utanför universitetssjukhusen.

Värmlands läns landsting menar att regionsjukvårdshuvudmannen måste ta på sig att för övriga landstings räknig erbjuda *dels* viss speciell utbildning för ST-läkare hos dessa landsting (exempelvis speciell barnanestesi- och intensivvård) *dels* specialisttjänstgöring inom de specialiteter, som är under utveckling inom länssjukvården (för närvarande exempelvis reumatologi). Exempel på endera eller båda slag av utbildningsbehov finns inom alla de breda länssjukvårdsspecialiteterna. För vissa specialiteter, är det också angeläget från utbildningssynpunkt att ST-läkarna på regionsjukhuset kan få del av sin utbildningsperiod på kringliggande landstings länssjukhuskliniker. I specialiteter med särskild begränsad tillgång på färdiga specialister kan man inom regionen också behöva komma överens om tempot för inrättandet av attraktiva överordnande tjänster om den "solidariska" läkarförsörjningen skall fungera. För att säkerställa såväl utbildningens kvalitet som bredd borde som princip gälla att ST-utbildningen som regel skall ske inom såväl regionssjukvård som länssjukvård. Detta understryker behovet av samverkan inom regionen vad gäller planering och utbildningsdimensionering.

Örebro läns landsting anser att det finns tänkbara fördelar med tillsvidareförordnanden men även uppenbara risker i ett sådant system, risker som gäller såväl utbildningsdimensionering som utbildningskvalitet. Om man väljer att vidhålla förslaget med tillsvidareförordnanden, måste frågor kring sådana förordnandens konstruktion och eventuella menliga inverknings på

utbildningen penetreras och lösas.

En fördel med tillsvidareförordnanden skulle kunna vara att man får till stånd en faktisk spridning av läkarresurser till bristområden, i första hand geografiskt, i andra hand – beroende på konstruktionen – till bristspecialiteter. Redan välförsedda områden kan inte binda sig för fler tillsvidareförordnade läkare.

Situationen är något annorlunda i dag, när man kan ha en något överdimensionerad utbildning av solidaritetskäl gentemot andra landsting i regionen respektive gentemot landet, samtidigt som man har en liten säkerhetsmarginal gentemot den egna verksamheten. Ur det perspektivet kan tillsvidareförordnanden ses om ett hot mot utbildningsdimensioneringen. Möjligen kan man tänka sig att den marginella tendes till "överutbildning" i förhållande till planerade FV-befattningar, som kan finnas inom ett fåtal specialiteter, på sina håll i dag svarar mot ett bemanningsbehov "på underläkarnivå" vid respektive kliniker, och att detta vid en övergång till nya utbildningsformer skulle förvandlas till utrymme för tillsvidareförordnade läkare. Därefter skulle emellertid inget utbildningsutrymme finnas vid sådana välbemannade kliniker.

Regionsjukhusen har överlag lättare att rekrytera till sina verksamheter än övriga sjukhus. Detsamma torde gälla välrenommerade kliniker vid centralt belägna länssjukhus. Med krav på tillsvidareförordnanden skulle snart utbildningsmöjligheterna vid sådana kliniker vara uttömda. Detta är ett hot mot utbildningskvaliteten, eftersom dessa större kliniker har en både djupare och mer varierad verksamhet än vad man kan ha exempelvis vid ett litet länsdelssjukhus. Det finns alltså en risk för att man utbildar ett "A-lag" vid och för de större sjukhusen, medan man utbildar ett "B-lag" med en grundare erfarenhet av det specifika verksamhetsområdet vid de mindre sjukhusen.

Utredningen innehåller ett förslag att universitetskliniker skall undantas från kravet att tillsvidareanställa. Möjligen bör regionsjukhusen undantas generellt. Det kan emellertid finnas vissa problem att få två parallella system att fungera tillsammans. Några anvisningar om hur ett system med tidsbegränsade förordnanden vid universitetssjukhus skall fungera finns inte heller i utredningen.

Små sjukhus erbjuder givetvis speciella utbildningsvärden i det faktum att en god helhetssyn bättre befrämjas vid det lilla sjukhuset, där det är lättare att se patienten i sitt sammanhang och i det faktum att läkaren måste klara ett större sjukdomsspektrum utan tillgång till de övriga specialister och den avancerade utrustning som finns vid ett större sjukhus. Men dessa utbildningsvärden kan inte ersätta det djup och de utvecklingsmöjligheter i specialiteten som ett större sjukhus erbjuder. Här finns en risk för att man minskar utbytbarheten mellan läkare inom samma specialitet utbildade på olika typer av sjukhus. Man minskar möjligheterna till rörlighet på läkararbetsmarknaden. Önskvärt vore att alla läkare finge erfarenhet från såväl litet som större sjukhus.

Tanken att man skall få till stånd en bättre spridning av läkarresurser genom att utbildning erbjuds endast där man också har bemannings- och rekryteringsbehov motverkas också av det faktum att "bristkliniker" ofta också

saknar adekvata handledningsmöjligheter. "Smala" specialiteter kommer också att få svårigheter att utvecklas där de inte redan är representerade.

Det finns också den risken med tillsvidareförordnanden att man blir restriktivare när det gäller att anställa ST-läkare. Det handlar inte längre om en utbildnings- och ömsesidig "prövotid" utan om att få rätt man på rätt plats. Det kan möjligen leda till att vikariatsförordnandena ökar i syfte att inte "köpa grisen i säcken".

"Provtjänstgöring" kan vara ett annat sätt att erbjuda ömsesidiga möjligheter att hitta rätt plats för rätt person. Det ligger i arbetsgivarens intresse att ha möjlighet att skydda sig mot att anställa fel person på fel plats. Arbetsgivaren har mycket små möjligheter att gardera sig mot det, eftersom anställningen påbörjas före utbildningen.

En del av de här farhågorna kan bemötas beroende på hur man löser frågan om tillsvidareförordnandets konstruktion. Skall anställningen avse kliniken/vårdcentralen eller sjukhuset/förvaltningsområdet är det risker som anges ovan uppenbara.

Skall anställningen avse landstinget med möjlighet att förlägga utbildningstjänstgöring respektive erbjuda placering efter fullgjord ST i enlighet med landstingets behov och möjligheter vid olika sjukhus. ("planerade personalrörlighet"), så undanröjs en del av de risker som beskrivits.

En ST-läkare som blivit specialist skall inte kunna kräva högre befattning. Ett sådant system bör leda till viss omsättning på ST-platserna.

Det förefaller väsentligt att anställningskontraktet omfattar ömsesidiga garantier för tjänstgöringen också vid området – landstingets (och regionens?) – stora sjukhus (dagens utbildningsbestämmelser omfattar ju också föreskrifter om viss tjänstgöring på kategori 1 – sjukhus). Kvaliteten i utbildningen måste garanteras om man skall kunna ha några förutsättningar till rörlighet på läkararbetsmarknaden.

Landstinget anser att ett system utan tillsvidareförordnanden under utbildningstiden förefaller enklare att tillämpa. Landstinget motsätter sig dock inte förslaget under förutsättning att eventuella hot mot utbildningsdimensionering och utbildningskvalitet kan undanröjas. Möjligen behöver man överväga om inte regionsjukhusen överlag bör undantas från kravet att tillsvidareanställa – detta för att inte låsa utbildningsutrymme vid sjukhus med speciella utbildningsvärden. Detta förutsätter dock att två parallella förordnandesystem kan fås att fungera tillsammans.

Tillsvidareförordnande fr.o.m. ST-tjänstgöringens början kan enligt Örebro läns landstings mening utgöra ett hot mot beredvilligheten att åta sig utbildning. Man vill på olika sätt försäkra sig om att inte anställa "fel person". Man kan inte heller anställa om inte den egna kliniken rekryterings- och bemanningsbehov är 100-procentig och säkerställt för en längre tid. De större sjukhusen som har lätt att rekrytera kommer snart att ha fyllt sina egna rekryteringsbehov med specialistkompetenta läkare. Därmed finns inget utbildningsutrymme vid kliniker med ett brett och varierat verksamhetsinnehåll och andra för den större kliniken specifika utbildningsvärden. Det finns således risk för en utveckling av "A-lag" och "B-lag" med avseende på djup i kunskap och erfarenhet inom den egna specialiteten. Tillsvidareförordnanden kan alltså också utgöra hot mot kvaliteten

Landstinget motsätter sig dock inte förslagen om tillsvidareförordnanden – eventuellt med vissa undantag – under förutsättning att utbildningsdimensionering i enlighet med faktiska utbildningsbehov samt god utbildningskvalitet kan garanteras. Frågan om tillsvidareförordnande väcker en rad följdfrågor som inte tagits upp i utredningen. Landstinget förordar att tillsvidareanställningen avser "underläkaranställning" inom landstinget med garantier för utbildning motsvarande målbeskrivningen för avsedd specialitet.

Kopparbergs läns landsting menar att det finns således skäl, som talar såväl mot som för tillsvidareanställning. Under förutsättning att tillsvidareförordnandet är knutet till landstinget och inte till en viss klinik – så att tjänstgöring efter ST-perioden kan erbjudas inom hela landstinget – och en väl fungerande regional samplanering med utbildningsåtaganden huvudmännen emellan, tillstyrker förvaltningsutskottet tillsvidareförordnanden. Regional samplanering borde kunna ge erforderligt underlag för den långsiktiga inriktningen av specialistutbildningens omfattning och hindra att den geografiska fördelningen av läkare försämrats.

Utredningen anger inte hur läkare, som inte får ST-tjänst efter legitimation, skall hanteras, ej heller om det i det föreslagna systemet är möjligt att via vikariat nå specialistkompetens. Detta bör klargöras, liksom vilka regler som skall gälla vid övergången från nuvarande system till ett nytt.

Stockholms läns landsting anser att anställning under specialiseringstjänstgöring bör tidsbegränsas för att garantera att det kontinuerligt finns tillgång till tjänster för läkare, som önskar skaffa sig specialistkompetens.

Jämtlands läns landstings uppfattning är att nuvarande blocksystem med visstidsförordnanden innebärande en styrning från socialstyrelsen, medverkar till att läkarresurserna fördelas till olika verksamhetsfält och geografiska områden. Utredningens förslag om tillsvidareförordnanden för läkare efter legitimation kan minska möjligheterna till central styrning samt kan medföra en minskad genomströmning.

Västerbottens läns landsting anser att för att reducera den genomströmningens problematik som finns vid undervisningskliniker bör visstidsförordnanden bibehållas för ST-tjänster (underläkarställningar) vid undervisningsjukhusen. Tillsvidareförordnanden för motsvarande tjänster i primärvården samt läns- och länsdelsvården kan ur rekryterings- och bemanningssynpunkt vara värdefullt. Tillsvidareanställning kan om så erfordras knytas till landstingsområde och ej till sjukvårdsdistrikt.

Malmö kommun anser att den tradition av stort utbyte mellan länssjukvård och undervisningssjukhus som präglat svensk sjukvård har varit av stort värde för upprätthållande av såväl forskning/utbildning som jämn och hög kvalitet i sjukvården över landet och att detta utbyte fortsatt bör värnas. Förslaget om tillsvidareförordnande inom länssjukvården och samtidigt tidsbegränsade förordnande vid undervisningskliniker innebär enligt styrelsens uppfattning risker för ett minskat utbyte mellan de två nivåerna. Styrelsen har förståelse för önskemålen om trygghet i anställningen men anser det olyckligt med skilda principer för olika sjukhuskategorier. Det är styrelsens uppfattning att frågan om tillsvidareförordnande resp. tidsbegränsade för-

ordnanden måste analyseras djupare vad beträffar konsekvenser för läkarutbytet innan beslut i denna fråga tages.

Samverkansnämnden i södra sjukvårdsregionen anmäler att det finns olika uppfattningar om utredningens förslag till tjänstekonstruktion. Vissa landsting befarar att tillsvidareantällning kan skapa slutna system för läns- respektive regionsjukvård. Slutenhet gagnar inte sjukvården eller kvaliteten i sjukvården.

Vid särskild LSU-konferens med representanter från landstingen i södra sjukvårdsregionen ansåg man att olika tjänstekonstruktioner för länssjukvården och regionsjukvården är olyckligt. Man förordade likartade anställningsformer.

Om tillsvidareförordnande tillämpas blir urvals- och anställningsprocessen mycket viktig i de olika landstingen. Större uppmärksamhet på läkarrekryteringsfrågorna blir nödvändigt liksom sammanhängande personalpolitiska frågeställningar som personutveckling och personalavveckling. Former för provanställning kan bli aktuella. Detta kan dock inte ses som en nackdel vare sig för den enskilde eller för huvudmannen.

En alternativ utformning för att motverka ett slutet system vore att göra regionen till bas för anställning och tjänstgöring. Under ST-tiden kan tjänstgöring förläggas till olika huvudmän.

Planeringsnämnden för västsvenska regionen menar att det nuvarande blocksystemet ger genom sin konstruktion en "överutbildning" av FV-läkare vid regionsjukhusen som skall komma övriga huvudmän tillgodo. Det är därför enligt planeringsnämnden av grundläggande betydelse för sjukvården att utbildningssystemet i framtiden tillgodoser att regionsjukhuset kan utbilda specialistkompetenta läkare i sådan omfattning att man dels tillgodoser de egna behovet, dels kan tillgodose länssjukvårdens behov av specialister inom medicinska verksamhetsområden som är under uppbyggnad på länssjukvården, dels att man kan tillgodose länssjukvårdens behov av utbildning vid regionsjukhuset som del av specialistutbildningen. På motsvarande sätt måste länssjukhusen kunna tillgodose att ST-läkarna vid regionsjukhusen kan få viss del av sin utbildning förlagd till länssjukvården. En högkvalitativ specialistutbildning kräver därför enligt planeringsnämnden ett väl fungerande samspel mellan vårdnivåerna. Detta förutsätter i sin tur ett ökat samarbete inom alla medicinska specialiteter.

TCO anser att förslaget om tillsvidareförordnande av läkare under specialistutbildningen kan leda till minskad genomströmning och ökade geografiska obalanser. Mot bakgrund av att statsmakterna enligt hälso- och sjukvårdslagen har det övergripande ansvaret för en lika och rättvis sjukvårdsfördelning över hela landet anser TCO det angeläget att staten alltjämnt skall ha ett avgörande inflytande över läkarfördelningen.

Enligt *societalstyrelsens* uppfattning är det angeläget att genomströmning av läkare i utbildningssystemet sker så att försörjningen med specialistkompetenta läkare kan garanteras. Detta gäller i fråga om såväl geografisk fördelning som fördelning på olika medicinska verksamhetsområden.

Om tillsvidareförordnanden införs enligt utredningens modell finns risk för en stagnation i utbildningssystemet och därmed successivt minskade möjligheter till specialiseringstjänstgöring för tillkommande nylegitimerade lä-

kare. Vidareutbildningssystemets roll som ett planeringsinstrument äventyras därvid. Socialstyrelsen anser därför att det måste finnas garantier för genomströmning i utbildningssystemet. Om inte genomströmningen blir tillräcklig försvåras försörjningen med specialister. Det kan dessutom leda till att allt fler läkare utan specialistkompetens söker sina utkomstmöjligheter utanför den offentliga hälso- och sjukvården. Detta kan innebära icke önskvärda kompetensskillnader mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård.

Socialstyrelsen har givetvis förståelse för det krav på anställningstrygghet för de unga läkarna som förslaget om tillsvidareförordnande innebär. Socialstyrelsen konstaterar också att det finns ett motsatsförhållande mellan detta krav och kravet på genomströmning i specialiseringssystemet för att tillgodose en tillfredsställande försörjning med specialister i hälso- och sjukvården. Från samhällets synpunkt och utifrån den roll som socialstyrelsen har som tillsynsmyndighet över hälso- och sjukvården har styrelsen i valet mellan dessa två ståndpunkter funnit det mer angeläget att genomströmningen i utbildningssystemet och därmed möjligheterna att uppfylla kraven i målbeskrivningarna tillgodoses.

Socialstyrelsen kan som en tänkbar kompromisslösning se möjligheten att läkarna förordnas tillsvidare på tjänst för specialiseringstjänstgöring inom ett landstingsområde och ej enbart på en tjänst vid ett visst sjukhus (motsvarande). För vissa mindre landstingsområden kan regional samverkan vara erforderlig för att läkaren skall kunna beredas möjlighet att nå specialistkompetens enligt målbeskrivning. I en sådan lösning bör sjukvårdshuvudmännen dels kunna garantera att läkarna får den utbildning som fastställts i aktuell målbeskrivning, dels ta ansvar för att ett tillräckligt antal specialister utbildas i enlighet med de övergripande centrala riktlinjer för läkarförsörjningen som LSU skisserat i annat sammanhang. Socialstyrelsen förutsätter att dessa riktlinjer blir föremål för närmare överväganden inom ramen för den översyn av läkarplaneringssystemet som aktualiserats i annan ordning.

UHÄ avstyrker förslaget och anför: LSU:s förslag för den praktiska tjänstgöringen bygger på att läkaren själv söker sig till en anställning där han bedömer att hans behov för en viss specialitet kan tillgodoses. Detta förutsätter att tjänster för specialistutbildning inrättas, men endast om det enskilda landstinget anser att det är sjukvårdsmässigt motiverat för egen del. Detta skiljer sig från dagen system med en blockfördelning som utgår från hela landets behov av olika slag av specialister. Visserligen inrättas inte heller i dag FV-block om de inte är sjukvårdsmässigt motiverade men i botten ligger en långsiktig planering på riksnivå. Även om dagens blockplanering inte är helt tillfredsställande som styrinstrument för den kvantitativa och den regionala planering bör statsmakterna inte helt släppa sitt planeringsansvar för sjukvården, vilket LSU:s förslag synes innebära.

UHÄ instämmer i LSU:s uppfattning att dagens detaljstyrning av blocken och reglerna för huvud- och sidoutbildningar är för stela och bör ersättas med målbeskrivningar för respektive specialitet.

UHÄ tillstyrker däremot inte förslaget att samtliga läkare under sin specialistutbildning skall tillsvidareförordnas. UHÄ instämmer här helt med de statliga reservanterna i utredningen vilkas uppfattning också stöds av en enig högskoleopinion.

En viktig orsak till att svensk sjukvård även på små enheter har en god standard är det förhållandet att många läkare skaffar sig en forskarutbildning och specialistkompetens vid universitetsklinik för att sedan fortsätta sin verksamhet inom länssjukvården. En förutsättning för detta har varit att utbildningstjänster utlysts och tillsatts i fri konkurrens. Visstidsförordnanden ger möjlighet till en rotation på läkartjänsterna totalt sett. Detta är önskvärt av utbildningsskäl inte bara vid universitetssjukhusen utan vid alla sjukvårdsinrättningar. I avsnittet om ST-kurserna redovisar LSU att det föreligger regionala och sjukvårdsmässiga olikheter mellan olika sjukvårdsenheter. Dessa olikheter leder till att de nyblivna specialisternas erfarenheter kan variera. Dessa förhållanden åberopar LSU som argument för att motivera de s.k. NLV-kursernas existens. UHÄ anser att de än bättre belyser fördelarna för den enskilde läkarens kompetensutveckling som finns i ett tjänstgöringsystem som uppmuntrar rotation.

En minskad genomströmning på dessa slag av tjänster kan i förlängningen innebära att fler läkare inte kan erhålla specialistkompetens på grund av att tjänstetrymme saknas. Därmed sänks totalt sett kvaliteten i sjukvården. För läkare som efter specialistkompetens inte kan få förnyad anställning är möjligheterna till fortsatt läkarverksamhet både inom och utom landet större än för läkare med enbart legitimation.

Kammarrätten anser lika med vad som anförs i det särskilda yttrande som fogats vid betänkandet att ett system med tillsvidareförordnanden medför risk för att genomströmningen minskar på tjänsterna för specialiserings-tjänstgöring. Detta kan i sin tur leda till att tillgången på utbildningsplatser för specialistutbildning blir otillräcklig och att det uppstår brist på läkare med specialistkompetens. *Kammarrätten* finner därför övervägande skäl tala för att den nuvarande ordningen med tidsbestämda förordnanden bibehålls.

NUU delar den uppfattning som förts fram i ett särskilt yttrande av representanter för socialdepartementet, utbildningsdepartementet och socialstyrelsen där de framhållit att det är viktigt att slå vakt om möjligheterna att använda vidareutbildningssystemet som ett instrument i planeringen av hälso- och sjukvårdens framtida utveckling och av den framtida fördelningen av läkarna på olika verksamhetsfält och geografiska områden.

NUU vill erinra om att riksdagens socialutskott nyligen framhållit (SoU 1987/88:22 s 13-15), att utskottet flera gånger tvingats konstatera att det – trots att olika åtgärder vidtagits under årens lopp för att få till stånd en jämnare fördelning av vårdresurserna, särskilt i fråga om läkartillgången – fortfarande är svårt att rekrytera läkare till bristområdena. Det råder därför enligt utskottet fortfarande en både verksamhetsmässig och geografisk snedfördelning av resurserna. Utskottet erinrade också om sitt tidigare (SoU 1986/87:37) uttalande att läkarförsörjningsfrågorna måste övervägas mer samlat och i ett sammanhang så att det blir möjligt att få en helhetsbild av situationen. Utskottet anförde då också bl.a. att regeringen borde göra en samlad översyn av problematiken kring läkarförsörjningsfrågan och förut-sättningslöst överväga olika tänkbara åtgärder. Detta har riksdagen också gett regeringen till känna (RD 1986/76:135-136, rskr 3340).

I det remitterade betänkandet finns flera uttalanden som tyder på att ut-

redningen inte ser lika allvarligt på dagens läkarförsörjningsproblem som riksdagens socialutskott. Detta torde ha bidragit till att utredningen lagt fram förslag till förändringar av nuvarande vidareutbildningssystem som på ett avgörande sätt minskar statsmakternas nuvarande möjligheter att vidta åtgärder för att åstadkomma en bättre verksamhetsmässig och geografisk fördelning av resurserna. Enligt NUU:s mening är det inte förenligt med statens övergripande ansvar för hälso- och sjukvårdens utveckling att avhända sig nuvarande styrmedel utan att det först klargjorts hur styrningen i stället skall kunna ske på ett ändamålsenligt sätt.

Mot den redovisade bakgrunden kan NUU inte biträda utredningens förslag vad gäller specialistutbildningen. NUU anser att dessa frågor bör övervägas ytterligare som en del av den samlade översyn av läkarförsörjningsfrågan som riksdagen önskat.

Försvarets sjukvårdsstyrelse delar inte uppfattningen att den fortsatta kompetensutvecklingen efter legitimation skall ske under anställningsformen tillsvidareförordnande. Härvidlag delar styrelsen uppfattningen i det särskilda yttrandet som bifogats utredningen. Anställningar efter ST-utbildning bör självklart vara tillsvidareförordnanden.

Arbetskyddsstyrelsen anser att det torde bli svårt att, som utredningen förslår, inrätta underordnade tillsvidaretjänster med möjlighet till allsidig utbildning. Den försöksverksamhet med specialistutbildning för företagsläkare som 1976 års företagshälsovårdsutredning initierade, och som företagshälsovårdsdelegationen utvärderat, pekar bl.a. på svårigheter att finansiera och etablera utbildningsplatser, organisera handledning och kompetensbedömning.

Styrelsen konstaterar att många problem återstår att lösa innan specialistutbildning för företagsläkare kan bli en realitet.

Handikapprådet anser att utredningens förslag om tillsvidareförordnande för läkare med legitimation under deras specialistutbildning snarare riskerar att minska genomströmningen i utbildningssystemet. Även det centrala inflytandet försämras.

Statsmakternas styrning av läkarfördelningen, både geografiskt och till olika specialiteter måste emellertid säkras för att motverka regionala och sociala skillnader i tillgången på primärvårds- och länssjukvårdsnivå och hög-specialiserade verksamheter på regionnivå ska få sitt behov av läkare tillgodosett. Statens handikappråd anser att staten även i framtiden bör ha inflytande över läkarresursernas fördelning.

Det ligger i den lokale huvudmannens intresse att så långt möjligt tillförsäkra sig kvalificerad personal. Möjligheterna att förverkliga en sådan strävan motverkas emellertid av en rad faktorer som tenderar att skapa en minskad rörlighet på arbetsmarknaden. Att genom tillsvidareförordnanden på ST-tjänster ytterligare stärka dessa krafter och tendensen till en intern lokal rekrytering måste anses vara ett olyckligt och onödigt risktagande. MFR vill därför starkt understryka önskvärldheten att tidsbegränsa också ST-tjänstgöringarna inom läns- och primärvård.

Östergötlands läns landsting är inte kategorisk motståndare till att tillsvidareanställa läkarna fr.o.m. ST-perioden. Innan det slutgiltiga beslutet tas bör vi emellertid få kunskaper om hur systemet för rekrytering av ST-lä-

karna, d.v.s. efter sjukvårdsmässigt behov hos huvudmannen och inte efter ett centralt planeringsunderlag, slår i verkligheten. Landstinget anser därför att under de första fem till tio åren, efter beslut om det nya ST-systemet, tillsvidareförordnanden, inte skall ges. När erfarenhet av detta system vunnits kan frågan tas upp till förnyad prövning. Prop. 1988/89:138

Sörmlands läns landsting är tveksamt till att tillsvidareförordnande är en bra reform. Det skulle hellre förordna en provtjänstgöring på 1-2 år och därefter tillsvidareförordnande inom landstinget, ej vid en specifik klinik. Orsaken till tveksamheten är en befärad stagnation vid vissa klinker och svårigheter att rekrytera ST-läkare till andra ej "populära" kliniker.

Vid regionsjukhusen måste det finnas ett tillräckligt stort tjänsteutrymme så att de ST-läkare från läns- och länsdelssjukhusen verkligen får komplettera sin utbildning med tjänstgöring vid regionsjukhus. Detta ställer stora krav även på planering av ST-utbildningen inom regionen.

Kristianstad läns landsting avstyrker förslaget om tillsvidareanställning. Tillsvidareförordnandet innebär att anställningen hos huvudmannen inte upphör i samband med att specialistbevis erhållits. Det sjukvårdsbehov som ST-läkaren bestridit kvarstår och utgör underlag för fortsatt verksamhet vid sjukhuset. Nytt utrymme för ST-anställning uppkommer först när någon specialistbefattning vid kliniken blir vakant eller när f.d. ST-läkaren begär avsked. Vid attraktiva sjukhus kan detta leda till att tillgängligt tjänsteutrymme ganska snart fyllts av egenproducerade specialister. Det kan bli mycket svårt att skapa utrymme för rekrytering av specialister utifrån, t.ex. sådana som efter fullgjord ST-tjänstgöring med forskningmeriter tvingats lämna sina tidsbegränsade förordnanden vid regionsjukhus. En konsekvens kan bli att ST-tjänstgöringen lokalt kan komma att minska kraftigt och förläggas till större sjukhus eller andra större arbetsplatser.

Tidsbegränsade förordnanden innebär att nyblivna specialister efter ca. sju år tvingas söka annan anställning där sådan finnes. Det kan leda till att vissa sjukhus i stor utsträckning kommer att utbilda specialister för bristområdenas behov. Alternativet tidsbegränsat förordnande om sju år med möjlighet till förlängning i särskilda fall förordas.

Hallands läns landsting hyser stor tveksamhet till förslaget om tillsvidareanställning av ST-läkarna. Enligt landstinget kan nämligen konsekvenserna av detta bli att de färdigutbildade läkarna stannar kvar på kliniken och därmed hämmar rörligheten på läkartjänsterna och, i sin förlängning, mottagandet av nya ST-läkare.

En ST-tjänst ska enligt utredningen vara vårdmässigt motiverad för att inrättas. Detta kan beträffande "moderkliniken" vara okomplicerat men problemet vad avser finansieringen av "randutbildningstiden" kräver ett principiellt ställningstagande i landstinget. Detta måste noggrant penetreras inför ett eventuellt genomförande av LSU 85.

För övrigt förutsätter utredningen att huvudmannen bereder läkaren under ST-möjligheter att tjänstgöra på annan enhet än den han är "anställd" på för att få den utbildning som överensstämmer med målbeskrivningen. Tjänstgöringen kan vara inom den egna huvudmannens verksamhet men också hos annan huvudman. Detta kommer att ställa stora krav på planeringen, speciellt hos regionsjukvårdshuvudmannen. För det enskilda lands-

tingets del är det ur bemanningssynpunkt angeläget att sådan tjänstgöring inte sker i slutet av utbildningen.

Bohuslandstinget anser att beträffande anställningsförhållanden för ST-läkare bör grundregeln vara visstidsanställning. Möjlighet måste finnas att förlänga tjänstgöringstiden om man inte klarar utbildningen inom tiden.

Motiv för fortsatt visstidsanställning är att det ur utbildningssynpunkt är en fördel att tjänstgöra vid olika sjukhus. Om man går över till tillsvidareanställning finns risk att tjänsterna på attraktiva sjukhus och vårdcentraler snabbt blockeras. Möjligheterna att anställa nya ST-läkare upphör. ST-läkare kan enbart anställas där rekryteringsbehovet är stort. På dessa ställen är möjligheterna till handledning oftast begränsade och kvalitén i utbildningen utarmas.

Västmanlands läns landsting tillstyrker ej utredningens förslag om tillsvidareanställning under specialisttjänstgöringen. Landstingets synpunkter överensstämmer med de statliga representanternas förslag om tidsbegränsade förordnanden med motivering att praktiska svårigheter uppstår vid anställningsformen med tillsvidareanställning och farhågor finns att den nödvändiga genomströmningen i systemet äventyras.

En enligt *sjukvårdsstyrelsens i Gotlands kommun* mening helt onödigt komplicerande faktor är förslaget om tillsvidareanställning för ST-läkarna. Styrelsen kan inte finna, att utredningen givit tillräckliga skäl för att den anställningsformen här skulle vara lämplig eller ens nödvändig. Fortfarande måste anses att ST-tjänsterna som sådana är utbildningstjänster, som behövs för utbildning under normalfallet högst sju år, medan däremot tjänsterna/innehavarna inte undantagslöst kan antas svara mot ett permanent behov i sjukvården. Sjukvårdsstyrelsen vill därför starkt ifrågasätta förslaget om tillsvidareförordnande.

HCK motsätter sig *LSU:s* förslag om att läkarna under sin specialiserings-tjänstgöring skall kunna tillsvidareförordnas av landstingen. Det innebär ett hot mot genomströmningen av läkare genom systemet för att uppnå specialistkompetens. En genomströmning är en förutsättning för att alla legitimerade läkare skall kunna få möjlighet att genomgå specialistutbildning, dels att tjänstgöringsplatserna skall kunna fördelas på olika specialiteter och regioner i enlighet med nationella hälso- och sjukvårdspolitiska riktlinjer. *HCK* anser i likhet med representanterna för socialdepartementet, utbildningsdepartementet och socialstyrelsen att det är angeläget att se specialiseringstjänstgöringens roll inte bara som ett kvalitativt planeringsinstrument utan även som ett kvantitativt fördelningssystem.

Handledning under ST

Utredningen framhåller att handledning är viktig under ST. Handledningsansvaret är en del av det allmänna arbetsgivaransvaret och ledningsansvaret för en klinikchef. En handledare måste själv ha relevant specialistkompetens.

Följande instanser instämmer i utredningens förslag: *socialstyrelsen, rikskommissionsverket, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, Försvarets sjukvårdsstyrelse, Sörmland läns landsting, Kronobergs-, Värmlands-, Örebro- och*

Socialstyrelsen har under ett antal år bidragit med medel till handledarkurser för distriktsläkare för att stärka dem i rollen som handledare för AT- och FV-läkarna.

Västmanlands läns landsting menar att det ej framgår hur handledarrollen skall utformas, ej heller de resurser som erfordras i form av tid, utbildning och pengar. De särskilda insatser som här åsyftas behöver landstingen stå rustade inför, dessutom torde en markering av de krav som bör ställas på utbildningsplatser utformas i enlighet med nationella hälso- och sjukvårdspolitiska riktlinjer.

Gävleborgs läns landsting vill betona vikten av god kvalitet i specialistutbildningen och är därför beredd att aktivt stödja detta bl.a. genom att åta sig vissa merkostnader vad gäller stöd till handledar- och examinatinsrollen kommer att kräva extra stöd och resurser för att garantera utbildning av bra kvalitet. Detta kommer medföra betydande merkostnader varför förvaltningsutskottet anser att statsmedel bör utgå till denna funktion eftersom det även är i statsmakternas intresse att värna om en hög och jämn utbildningskvalitet på läkarutbildningen i hela landet.

Ingen instans uttrycker annan mening.

SK-kurser

Utöver praktisk tjänstgöring under handledning behövs systematisk utbildning i form av egna studier och deltagande i kurser för att uppnå kraven i en målbeskrivning. Staten bör, liksom nu, genom *socialstyrelsen* svara för dessa kurser, som benämns SK-kurser (specialistkompetenskurs). Kurserna bör i första hand anvisas för specialiteter som prioriteras ur hälso- och sjukvårdspolitisk synvinkel. De medicinska fakulteterna bör i större utsträckning än hittills svara för det praktiska genomförandet av SK-kurser med möjligheterna att förlägga kurser också utanför universitetsorterna bör tas till vara.

Följande instanser instämmer i utredningens förslag: *socialstyrelsen, riksrevisionsverket, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, UHÅ, statskontoret (delvis), Landstingsförbundet, Uppsala läns landsting, Östergötlands läns landsting, Jönköpings läns landsting, Kristianstads läns landsting, Kronobergs läns landsting, Örebro läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Göteborgs sjukvårdsstyrelse, Samverkansnämnden i södra sjukvårdsregionen, Samverkansnämnden i Uppsala-, örebro-regionen, Svenska läkaresällskapet.*

Sveriges läkarförbund har invändningar mot förslaget.

Socialstyrelsen har intet att erinra mot förslaget att kraven på formell teoretisk undervisning i form av SK-kurser kan komma att variera beroende på förhållandena. Denna variation överensstämmer med principen om målstyrd utbildning. Dagens FV-läkare betraktar emellertid i stor utsträckning kravet om sex NLV-kurser som en rättighet för samtliga. Det torde därför komma att krävas ett nytt synsätt för att ett varierat kurskrav skall vinna gehör bland läkare under vidareutbildning.

Utredningen poängterar att de kursansvariga myndigheterna bör ta till-

vara möjligheterna att i ökad utsträckning arrangera gemensamma nordiska kurser med roterande ansvar härför mellan länderna. Socialstyrelsen har nyligen, med anledning av en förfrågan från NKLIV (Nordiska Kontaktorganet för Läkare Vidarutbildning), påbörjat en kartläggning av ämnesexpertgruppernas intresse av gemensamma nordiska utbildningsaktiviteter inom respektive specialitet. Det preliminära resultatet visar att ett ökat nordiskt samarbete anses angeläget, särskilt inom små specialiteter med relativt få läkare under utbildning.

Ansvar för SK-kurserna föreslås även framledes vila på socialstyrelsen. Styrelsen finner det rimligt att fördelningen av SK-kurserna skall styras från såväl kompetensbetingade som hälso- och sjukvårdspolitiska utgångspunkter. Det är angeläget att kursverksamhetens innehåll överensstämmer med de av samhället fastställda riktlinjerna så som de kommer till uttryck i t.ex. hälso- och sjukvårdspolitiska propositioner och policyskrifter. Utredningen föreslår att staten även fortsättningsvis skall svara för finansieringen av kursverksamheten på samma grunder som för närvarande. Socialstyrelsen tolkar detta uttalande som att den finansiella ramen för kursverksamheten i det nya systemet skall vara i princip oförändrad jämfört med dagens.

De nuvarande NLV-kurserna administreras av socialstyrelsen och genomförs av enskilda kursledare som i avtal med socialstyrelsen åtar sig att genomföra en viss kurs. Utredningen föreslår nu att de medicinska fakulteterna i "större utsträckning än hittills" skall engageras vid SK-kursernas "praktiska genomförande". Formen här för föreslås vara uppdragsutbildning.

Socialstyrelsen har inget att erinra mot att de medicinska fakulteterna engageras vad gäller det praktiska genomförandet så länge det övergripande ansvaret för planeringen och kursfördelningen vilar på socialstyrelsen. Den nuvarande praktiska administrationen med regionala RLV-kanslier i huvudmännens regi har emellertid enligt socialstyrelsens uppfattning fungerat smidigt och bra. Hur de medicinska fakulteterna och därmed högskoleorganisationen ställer sig till att överta dessa arbetsuppgifter får lösas i ett senare sammanhang.

Hur socialstyrelsens planering av kursutbud skall genomföras och presenteras för presumtiva kursdeltagare har inte närmare berörts av utredningen. Vissa dimensioneringsproblem torde uppstå då kurskravet för de enskilda läkarna kommer att variera såväl till antal och innehåll som till planering i tiden. Eventuellt kan någon form av preliminär individuell kursplanering anmälas till socialstyrelsen under läkarens första ST-år för att utgöra underlag för kursplaneringen. Planeringsaspekten i det föreslagna flexibla systemet beträffande den kursbundna utbildningen får socialstyrelsen i samråd med övriga parter närmare utreda om utbildningsreformen förverkligas.

Socialstyrelsen bör enligt *statskontorets* uppfattning ansvara för precisering av innehållet i SK-kurserna. De hittillsvarande NLV-kurserna under läkarens vidareutbildning har till stor del varit inriktade på relativt smala områden inom respektive specialitet. Det kan t.ex. ha rört sig om kurser i särskilda tekniker eller diagnostik och behandling av jämförelsevis sällsynta sjukdomar m.m. Till inte oväsentlig del torde kursernas innehåll ha varit beroende av kursledarens intresseriktning och profilering vid den klinik dit kursen förlagts.

Enligt statskontorets mening är det väsentligt att de föreslagna SK-kurserna verkligen ges det hälso- och sjukvårdspolitiska innehåll och den inriktning som LSU förespråkar. Det kan t.ex. gälla kunskaper och tekniker för ett aktivt förebyggande arbete, tidig och aktiv rehabilitering, möjligheter till samverkan med andra vårdgivare och stödorganisationer – försäkringskassa, AMI, handikapporganisationer etc. – men även insikter i patientomhändertagande, etiska problem, hälso- och sjukvårdens organisatoriska och administrativa regler, arbetsledning, budgetuppföljning och hälsoekonomiska frågor m.m. Kunskaper och färdigheter när det gäller tekniska frågor inom respektive specialitet och när det gäller diagnostik och behandling av olika sjukdomar bör enligt statskontoret mening i första hand meddelas inom ramen för handledningen inom specialiteten och av berörda specialistföreningar etc.

Statskontoret förordar till skillnad från LSU att ett antal kurser görs obligatoriska och att dessa avslutas med obligatorisk kunskapskontroll. Administrationen och ett praktiska genomförandet av kurserna och kunskapskontrollen bör enligt statskontorets mening vara en fråga för de högskolor som bedriver läkarutbildning.

Landstingsförbundet delar utredningens uppfattning att staten liksom hittills skall ha en aktiv roll i specialistutbildningen genom att planera och genomföra teoretiska kurser för läkare. Huvudsyftet med dessa kurser bör även framdeles vara att komplettera den praktiska tjänstgöringen. Kursverksamhetens uppläggning, inriktning och fördelning på ämnesområden bör göras mer flexibel än i dag och bättre anpassas till aktuella behov.

Det blir klinikchefen som intygar att läkaren uppfyller kraven för specialistkompetens. Självklart innebär detta att klinikchefen måste i sitt intygande ta vederbörlig hänsyn till de bedömningar som andra arbetsledare och handledare har gjort. Klinikcheferna behöver ökat stöd vid fullgörandet av sin uppgift. Även här bör socialstyrelsen ha en aktiv roll. Genom att exempelvis anordna seminarier för klinikcheferna kan dessa få ett forum för diskussion och erfarenhetsutbyte. Också pedagogiska kunskaper måste förmedlas eftersom kraven på handledning från de yngre läkarnas sida torde skärpas med utredningens förslag. För att säkra en jämn kvalitet bör också frågan om en mer formaliserad examination ytterligare övervägas.

Uppläggning av specialistutbildningen kommer framdeles att variera mellan olika orter. Det är angeläget att både statens teoretiska kurser för ST-läkare och ev. seminarieverksamhet för klinikchefer tillvaratar det bästa i denna variation och förmedlar det till så många som möjligt.

Samverkansnämnden i södra sjukvårdsregionen anser att kurserna kan regionaliseras. Detta får dock inte hindra att några kurser planeras och genomförs utanför den egna regionen t.ex. i form av rikskurser.

Kursutbudet behöver diskuteras från både ett medicinskt och ett huvudmannaperspektiv. Även i denna fråga kan mycket av det grundläggande beredningsarbetet ske i de regionala medicinska konferenserna. Sättet och förhållningssättet för att bestämma antal SK-kurser och kursernas innehåll behöver utvecklas i samarbete med medicinska fakulteten och huvudmännen. Samverkansnämnden förutsätter att dessa diskussioner kan förs mellan socialstyrelsen, de medicinska fakulteterna och huvudmännen. Nuvarande system är

klart otillfredsställande ur huvudmännens synpunkt.

Under senare delen av ST-tjänstgöringen bör vissa fördjupningsavsnitt kunna erbjudas vid regionsjukhus. Kompletterande utbildning efter specialistkompetens förutsätts ske vid regionsjukhus liksom efterutbildning.

Sörmlands läns landsting menar att det är oklart vem som ansvarar för att SK-kurserna blir utförda och för den innehållsmässiga kvalitén. Eftersom SK-kurserna skall vara ett hälso- och sjukvårdspolitiskt instrument måste de olika SK-kurserna vara planlagda flera år i förväg. Detta gäller särskilt de udda specialitéerna så att inte ST-läkare hindras slutföra sin utbildning p.g.a. att det saknas SK-kurser. Ett sätt att avhjälpa denna risk är att det samnordiska samarbetet utvecklas. Så skulle vissa specialiteter kunna erbjudas SK-kurser som är samnordiska för att få ihop ett tillräckligt stort antal deltagare.

Svenska läkaresällskapet vill starkt understryka den stora betydelsen som kurser har för säkerställande av en jämn nationell kvalitet i sjukvården. Kurserna har utgjort kunskapskälla men också gett stimulans inte enbart för individen utan ofta för hela den klinik, där han arbetar. Sällskapet anser, att SK-kurserna fortsatt bör vara obligatoriska men hälsar samtidigt med tillfredsställelse ökad flexibilitet med acceptans av exempelvis internationella kurser. Detta blir av särskild betydelse för mindre discipliner, där Sverige eller Norden ej ger adekvat underlag för kursutbud. SK-kurser skall enligt Sällskapets bestämda uppfattning ses väsentligen som en kompetenshöjande faktor. Sällskapet motsätter sig, att kursutbudet skulle användas primärt som hälso- och sjukvårdspolitiskt styrinstrument.

UHÄ tillstyrker att de nuvarande kurserna under ST bör finnas kvar som statligt åtagande och att de medicinska fakulteterna och linjenämnderna för läkarlinjen i större utsträckning än hittills engageras i denna verksamhet.

Enligt UHÄ:s mening bör de medicinska fakulteterna i samråd med specialistföreningarna helt överta ansvaret för denna utbildning. I realiteten finns redan inom de flesta ämnesområden en stark akademisk förankring. Därför bör medel för verksamheten föras över från socialstyrelsen till de medicinska fakulteterna t.ex. i form av uppdrag från socialstyrelsen eller genom att hela vidareutbildningsanslaget förs över till UHÄ. Någon form av riksplanering måste alltså finnas liksom ämnesexperter som representerar olika vårdnivåer. Detta är särskilt viktigt för området allmänmedicin som alljämnt befinner sig i ett uppbyggnadsskede i högskolan.

UHÄ förordar alltså att det samlade ansvaret för läkarnas teoretiska utbildning skall åvila högskolan, i fråga om både grundutbildning, vidareutbildning och forskarutbildning.

Samverkansnämnden i Norra sjukvårdsregionen anser att sjukvårdshuvudmännens roll när det gäller att ge uttryck för sina ståndpunkter i sammanhanget förbisätts av utredningen. Det är väsentligt att även landstingen genom såväl Landstingsförbundet som socialstyrelsen kan framföra sina synpunkter som underlag för målbeskrivningarna, inte minst när det gäller de hälso- och sjukvårdspolitiska prioriteringarna.

Sveriges läkurförbund kan inte acceptera utredningens förslag att SK-kurserna skall vara ett hälso- och sjukvårdspolitiskt styrinstrument och i första hand inriktas på specialiteter som prioriteras på hälso- och sjukvårdspolitiska grunder.

Förbundet anser, att kursverksamhetens syfte måste vara att utjämna de skillnader som bl.a. uppkommer genom att specialiseringstjänstgöringen fullgörs på olika orter och vid vårdenheter av olika storlek och karaktär. För att uppnå en jämn och hög kvalitet på blivande specialister bör alla specialiteter garanteras samma omfattning som i dag gäller för den systematiska undervisning. Därutöver bör variationer kunna förekomma både mellan specialiteter och individer.

Socialstyrelsen och ämnesexpertgrupperna bör liksom i dag ha ansvaret för SK-kurserna. Det bör stå socialstyrelsen fritt att avgöra vilka kursledare som skall anlitas och var kurserna skall förläggas.

Kvalitetskontroll

När det gäller kvalitetskontrollen under specialistutbildningen anser LSU 85 att den viktigaste är den som genom arbetsledare och handledare utförs i det löpande vårdarbetet och som bl.a. avspeglas i tjänstgöringsbetygen.

Följande instanser instämmer i utredningens förslag: *socialstyrelsen, riksrevisionsverket, Försvarets sjukvårdsstyrelse, MFR, Örebro läns landsting, Svenska läkaresällskapet,*

Ingen instans avstyrker utredningens förslag.

Kammarrätten i Stockholm anför att i betänkandet behandlas visserligen frågan om hur den som visar sig olämplig skall kunna skiljas från vidare utbildning, men någon klar lösning på problemet redovisas inte. Motsvarande fråga uppkommer för övrigt även i fråga om den som visserligen inte visat sig olämplig men som inte förmår att inom rimlig tid få specialistkompetens. Dessa frågor måste klarläggas under det fortsatta lagstiftningsarbetet. Saken har samband med vilken anställningsform som de läkare får som går under specialistutbildning.

Försvarets sjukvårdsstyrelse framhåller att det förutom berörda handledare och klinikchefer också bör finnas representanter för sjukhusadministrationen, förslagsvis personalchefen, och eventuellt representanter för personalen med vid bedömningen, inte minst därför att AT-tjänstgöringen ofta följs av en fortsatt tjänstgöring på sjukhuset.

MFR sympatiserar i stort sett med utredningens syn på kvalitetskontroll för erhållande av såväl legitimation efter AT-tjänstgöringen som specialistkompetens. En frivillig specialistkompetensexamen synes vara ett övergångsstadium för att så småningom pröva en obligatorisk examen i analogi med vad som finns i många andra länder, bland annat i Finland. Utfallet av den frivilliga specialistexamen kommer sannolikt att bli en vägledning för ett sådant beslut.

MFR hälsar med tillfredsställelse att forskningsinsatser och doktorsavhandling kan vägas in i bedömning av kompetens för specialitet.

Landstinget Kronoberg ser det positivt och kvalitetshöjande att behovet och betydelsen av handledning framhålls. Handledningen innebär en kvalitetskontroll. Landstinget är dock tveksamt till att den som ger utbildningen, d.v.s. klinikchefen, också skall godkänna när ST-läkaren är färdig. Det är i och för sig bra att det läggs ett större ansvar både på den ansvarige klinikchefen och på underläkaren själv. Men klinikchefens utökade makt innebär

också risker. Andra och kompletterande möjligheter till bedömning av underläkaren bör undersökas. En möjlighet är tentamen i varje ämne i specialistutbildningen, en annan att det finns en "studierektor" som tillsammans med klinikchefen gör bedömningen.

Hallands läns landsting pekar på att intyget om att läkaren inhämtat nödvändiga kunskaper och färdigheter skall utfärdas av klinikchefen och grundar sig på en flerårig löpande kvalitetskontroll. Trots denna kontroll finns i systemet inbyggd en risk för exempelvis ett visst mått av godtycke. Det finns också inbyggt tänkbara konflikter mellan klinikchef – handledare – ST-läkare.

Förvaltningsutskottet föreslår därför att utredningen beaktar dessa tänkbara situationer och skapar ett regelverk för övergripande hantering av uppenbara meningsskiljaktigheter.

Örebro läns landsting menar att kvalitetskontrollen i utbildningen – såväl den teoretiska som den praktiska – är av stor vikt. Att SK-kuserna förknippas med kunskapskontroll bör vara självklart. Handledare av praktisk tjänstgöring måste också ges instrument för att kontrollera att uppsatta mål uppnås. Ett sådant instrument kan vara att man kräver självständigt uppsatsarbete av ST-läkaren, baserat på hans praktisk erfarenhet under ST-tjänstgöringen och teoretiska studier.

I många andra högskoleutbildningar använder man ett större uppsatsarbete som en form att i slutfasen redovisa kunskapsinhämtandet både när det gäller metod och innehåll. Denna form av kunskapskontroll är undervärderad i den medicinska utbildningen. I varje fall inom några områden, t.ex. det samhällsmedicinska, kan det vara en utmärkt form och borde mer aktivt visas fram i förslaget som en möjlighet.

Enligt *Svenska läkaresällskapet*s uppfattning är det viktigt, att klinikchefen får centralt stöd beträffande principer för bedömning samt att det klart framgår av betyget, vilket samråd som skett med övriga handledare.

Sällskapet finner det också angeläget, att arrangemang vidtages för att tillförsäkra möjligheter till extern överprövning. Respektive ämnesexpertgrupper bör härvidlag ha en naturlig roll.

Specialistexamen

Utredningen har övervägt lämpligheten att införa en kvalitetskontroll i form av specialistexamen som villkor för att erhålla bevis om specialistkompetens. LSU 85 anser att det är mycket värdefullt att läkarnas organisationer erbjuder frivilliga examina, diagnostiska prov och liknande som kan vara stödjande för utvecklingen av den enskilda läkarens kompetens till specialist. Däremot bör inte en formell specialistexamen införas.

Följande instanser instämmer i utredningens förslag: *socialstyrelsen, rikskontrollstyrelsen, Försvarets sjukvårdsstyrelse, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, Blekinge läns landsting, Örebro läns landsting, Kopparbergs läns landsting, Svenska läkaresällskapet, Sveriges läkarförbund,*

Följande instanser anser att examination bör bli obligatorisk avslutning på ST-perioden: *Östergötlands läns landsting, Malmöhus läns landsting, Hallands läns landsting, Bohuslänstinget, Älvsborgs läns landsting, Västman-*

länslans landsting, Gävleborgs läns landsting, Malmö kommun, Samverkansnämnden i södra sjukvårdsregionen, Planeringsnämnden för de västsvenska länen, Prop. 1988/89:138

Ingen instans avstyrker utredningens förslag till specialistexamen – bara frågan om den skall vara frivillig eller obligatorisk diskuteras.

Det logiska slutet för en målstyrd utbildning vore en specialistexamen. Socialstyrelsen accepterar dock utredningens slutsats att nackdelarna överväger fördelarna vad gäller en avslutande specialistexamen. Med nuvarande behörighetsregler skulle de arbetsrättsliga problemen vid ett underkännande i specialistexamen bli besvärande. Alternativet frivilliga examinationer i specialistföreningarnas regi har styrelsens stöd. En sådan frivillig examination bör ge goda erfarenheter för framtiden inför ett eventuellt införande av en officiell specialistexamen. Det är styrelsens uppfattning att frivilliga examinationer i längden kommer att ha ett sådant meritvärde att den kommer att betraktas som ett nödvändigt komplement till det av socialstyrelsen utfärdade specialistbeviset.

Östergötlands läns landsting anser att tillsynsmyndigheten, gärna i samråd med specialistföreningarna, skall stå för någon form av obligatorisk examination. Härigenom kan samhället få dels en kontroll av hur kompetensen utvecklas under ST och att den håller en internationellt accepterad hög nivå, dels även en direkt möjlighet att driva på förändringen inom utbildningen. Risken för godtycke minimeras också.

Läkarsällskapet anser, att kvalitetskontroll är av central betydelse för uppehållande av hög standard inom sjukvården. Sällskapet avser att på olika sätt stödja denna verksamhet.

Svenska läkareförbundet delar utredningens uppfattning att krav på obligatorisk specialistexamen inte bör uppställas för närvarande. Det är nödvändigt att målbeskrivningar och tjänstgöringsprogram varit i funktion under en tid för att möjliggöra en bedömning av standarden på specialistkompetensen. Sedan erfarenheter vunnits av de frivilliga examina som redan finns eller planeras, kan frågan möjligen aktualiseras på nytt.

Enligt förbundets mening bör en kontroll av medicinsk kvalitet inte enbart inskränka sig till kontroll av den enskilde läkaren. Kontrollen bör också avse klinikernas/vårdcentralernas utbildningsvärde med avseende på t.ex. klinikens bemanning, patientunderlag, bibliotek m.m. I likhet med vad som redan gäller i bl.a. Danmark och Norge bör en fortlöpande värdering göras av de kliniker/vårdcentraler som utbildar specialister. En sådan värdering bör kunna göras av socialstyrelsen och dess ämnesexpertgrupper.

Enligt statskontorets mening kan det föreslagna mycket fria systemet – med en relativt vid målbeskrivning såväl vad gäller specialiseringstjänstgöringens tidsmässiga omfattning som dess innehåll, utan obligatoriska kursmoment och utan kunskapskontroll – komma att innebära en betydande risk för stor variation i kunskaper och inriktning på läkare som utbildat sig inom en och samma specialitet beroende på valet av tjänstgöringsort, tillgång på handledare etc. Förhållandena torde skilja sig markant mellan t.ex. ett mindre landsortssjukhus och ett större rikt differentierat länssjukhus när det t. ex. gäller kirurgins omfattning och inriktning. Inom specialiteter där skilda vetenskapliga skolor gör sig gällande t.ex. psykiatrin kan det föreslagna sy-

stemet medföra än en tydligare polarisering mellan skilda synsätt än vad som nu är fallet. Prop. 1988/89:138

Statskontoret förordar mot denna bakgrund att former skapas för att konkretisera och precisera de av LSU föreslagna målbeskrivningarna t.ex. genom ett utvecklingsarbete inom varje region. Viss utbytestjänstgöring mellan olika kliniker inom regionen bör kunna diskuteras för att minska riskerna för att läkaren under specialiseringstjänstgöringen erhåller en alltför ensidig eller begränsad bild av en verksamhet.

Möjligheterna till införande av en obligatorisk kunskapskontroll i slutet av specialiseringstjänstgöringen kan också övervägas. Införs en sådan kan eventuellt de särskilda kunskapskontrollerna i anslutning till ovan nämnda SK-kurser utgå och ersättas av intyg om att kurserna genomgåts. Såväl administrationen kring och genomförandet av en avslutande kunskapskontroll bör handhas av berörda högskolor. Socialstyrelsen bör däremot som expertmyndighet i samråd med företrädare för den medicinska professionen svara för precisering av innehållet i kunskapsskontrollen.

Värmlands läns landsting vill peka på att det ännu är oklart vilken betydelse som frivilliga prövningar och examinationer skall tillmätas som vissa specialistföreningar har påbörjat. Det är därför angeläget att genom statens försorg säkerställa en hög och jämn kompetensnivå. En enskild klinikchefs/handledares bedömning bör inte enbart ligga till grund när frågan om uppnådd specialistkompetens skall avgöras. En ST-läkare bör som alternativ även kunna genomgå en neutral bedömning i form av en samlad examination.

En viktig aspekt i kvalitetskontrollen är frågan hur ett eventuellt avskiljande av en ST-läkare från fortsatt tjänstgöring skall hanteras. Maximitiden för utbildningen kan vara uppnådd och andra utbildningsåtgärder vidtagna men målbeskrivningen kan enligt klinikchef/handledare trots det inte uppfyllas.

Enligt Malmöhus läns landstings mening är det angeläget – särskilt av kvalitativa skäl – att den slutliga bedömningen av den kompetens som den enskilde läkaren förväntas ha uppnått genom sin specialiseringstjänstgöring sker inte enbart av arbetsledare och handledare vid den egna sjukvårdsenheten. Vikten av ytterligare bedömning av kompetensen synes uppenbar varför landstinget vill förordna någon ytterligare typ av kvalitetskontroll förlagd utanför den klinik där specialisttjänstgöringen fullgjorts. Förslagsvis bör detta kunna ske genom att ST-läkaren ges någon eller några månaders avslutande tjänstgöring vid exempelvis respektive regionklinik eller i andra hand länsjukhus där specialisttjänstgöring kan fullgöras. Någon form av formaliserad specialistexamen bör enligt landstinget inarbetas i utbildningssystemet.

Hallands läns landsting anser att det är betydelsefullt att alla läkare erhåller samma grundläggande examination varför någon typ av formell specialistexamen bör göras obligatorisk.

Utredningen har enligt egen uppgift ingående diskuterat för- och nackdelar med en formaliserad specialistexamen. Man har valt att inte föreslå en sådan utan i stället stödja tankarna och sätta stort värde på att enskilda specialistföreningar engagerar sig i frivilliga prövningar och examinationer. Häri

ligger en motsättning som kan få praktiska konsekvenser. Hur kommer man i framtiden bedöma värdet av den frivilliga examinationen? Kommer det att utbildas en praxis att man måste ha denna examen för att få en högre tjänst? Prop. 1988/89:138

Malmö kommun har med beklagande konstaterat att utredningen icke dragit full konsekvens av sitt arbete genom att ej föreslå obligatorisk examination. Uppehållande av kvalitetskrav framtvingar sådan obligatorisk examination. Det nu föreliggande förslaget om att specialistkompetens godkänns av en person lämnar enligt styrelsens uppfattning alltför stort utrymme för osäkerhet och variationer för enskilda läkare under specialistutbildningen liksom vad beträffar skillnader i kompetensnivå vid de skilda utbildningsmöjligheter som föreligger inom den enskilda specialiteten.

Nordisk arbetsmarknad

Utredningen bedömer att förslagen är förenliga med intentionerna i överenskommelsen om gemensam nordisk arbetsmarknad för läkare och utgår från att genomförandefrågorna handläggs inom berörda nordiska samarbetsorgan.

Under remisstiden har *socialstyrelsen* under hand haft vissa kontakter med hälsomyndigheterna i de övriga nordiska länderna. Styrelsen kan därvid konstatera att LSU 85:s förslag till framtida system för läkarnas specialistutbildning på ett principiellt sätt avviker från de system som finns i övriga nordiska länder. Med hänsyn till gällande överenskommelse om gemensam nordisk arbetsmarknad kan detta innebära vissa problem i det nordiska samarbetet. Av de underhandskontakter som styrelsen har haft har det dock framgått att dessa problem borde gå att lösa i den praktiska tillämpningen av överenskommelsen. Ett nytt svenskt system för läkarnas specialistutbildning får – trots principiella skillnader – inte bli något hinder för fortsatt gemensam nordisk arbetsmarknad för läkare. Socialstyrelsen utgår från att samråd med de övriga nordiska länderna sker innan definitivt beslut tas om en förändrad vidareutbildning.

Kammarrätten i Stockholm menar att en särskild fördel med förslaget är att det synes ägnat att underlätta för svenska läkare att tjänstgöra i annat nordiskt land (bet. s 89 f). Det är angeläget att möjligheterna till ett allt mer vidgat samarbete på området de nordiska länderna emellan tas till vara.

Det är enligt *Sveriges läkarförbunds* mening ytterst angeläget att överenskommelsen om gemensam nordisk arbetsmarknad kan upprätthållas.

Vilka konsekvenser en specialistutbildningsreform enligt den modell som föreslås kommer att få för den fria rörligheten på den nordiska läkararbetsmarknaden är svårt att bedöma i nuläget. Ett mycket positivt drag i det svenska förslaget i förhållande till de övriga nordiska länderna är att dubbel-specialisering möjliggörs, något som är regel inom många medicinska verksamhetsområden i Norge, Finland och Island, och i praktiken också i Danmark.

I Norge, Danmark och Finland arbetas f.n. med målbeskrivningar och tjänstgöringsprogram ("genomförandeplaner"). I dessa länder har man dock valt att parallellt bibehålla detaljbestämmelser i form av bl.a. tidsangivelser för tjänstgöringsavsnittet samt uppdelning i huvud- och sidoutbildning. Vi-

dare lägger man stor vikt vid kvalitetskontrollen när det gäller utbildningsenheter. Krav finns också på att tjänstgöringarna måste förläggas till olika kategorier av sjukhus. I Finland har t.ex. kravet på tjänstgöring vid kategori 1-sjukhus höjts från 2 till 3 år. Andra utmärkande drag för utvecklingen på specialistutbildningsområdet i de övriga nordiska länderna är skärpta krav på handledning, utbildning av handledare samt krav på fler obligatoriska kurser ("NLV-kurser").

Det är uppenbart att en avreglerad specialistutbildning i Sverige måste arbeta med mycket höga kvalitetskrav, om svensk specialistutbildning även i fortsättningen skall erkännas som likvärdig med den i de nordiska grannländerna.

Planeringsfrågor

Utredningens förslag om ändrad utbildningsordning innebär att det behövs en motsvarande förändring av den planeringsfunktion som är knuten till vidareutbildningssystemet.

Följande instanser instämmer i utredningens förslag: *Landstingsförbundet, Hallands läns landsting, Värmlands läns landsting, Gävleborgs läns landsting, Sveriges läkarförbund/SACO,*

Följande instanser avstyrker utredningens förslag: *riksrevisionsverket, statskontoret, UHÄ, NUU, Samverkansnämnden i Norra sjukvårdsregionen, Samverkansnämnden i Uppsala-Örebroregionen,*

Samverkansnämnden i Uppsala – Örebroregionen anser att utredningen är mycket vag när det gäller planeringsfunktionen och konkreta förslag om hur den övergripande planeringen skall ske framledes.

I och med att systemet med FV-block föreslås upphöra bortfaller de centrala myndigheternas direkta inflytande över fördelningen av specialistläkare såväl geografiskt som specialitetsvis. På AT-nivån kvarstår enligt utredningen styrmöjligheterna i och med att dimensionering och fördelning även fortsättningsvis föreslås ske efter beslut av hälso- och sjukvårdsberedningen (HISB).

Inom Uppsala/Örebroregionen bedrivs sedan några år tillbaka ett samarbete som i första hand avser FV-blocken. Den gemensamma insatsen syftar till att öka kunskapen om de egna läkarbehoven inom olika specialiteter och att förbättra samarbetet mellan landstingen i regionen i denna fråga.

Ett annat syfte är att förbättra beslutsunderlaget så att bättre överensstämmelse mellan de enskilda landstingens prognoser och socialstyrelsens slutgiltiga fördelning av FV-blocken kan uppnås.

Inom Uppsala/Örebroregionen finns i dag kunskaper och erfarenheter av läkarplanering som motsvarar ett ökat regionalt planeringsansvar. Förutsättningen är dock ett utökat och förbättrat samarbete mellan de centrala myndigheterna och regionen/landstingen. Uppsala/Örebroregionen föreslår därför att ett konkret planeringsprogram upprättas, vari ingår regelbundna avstämningar mellan berörda nivåer vad avser grunddata och prognosernas tillförlitlighet.

Det hittillsvarande planeringsarbetet har i huvudsak inriktats på tidsperspektivet 2 – 3 år. Enligt Uppsala/Örebroregionens uppfattning är det ange-

läget att också förändringar i det mer långsiktiga perspektivet analyseras och att de politiska målsättningarna följs upp samt att förändringar häri föranleder omprövning av utbildningsbehoven. Uppsala/Örebroregionens landsting bidrar gärna till att en sådan arbetsordning kommer till stånd.

Landstingsförbundet anser att den styrning av läkarresurserna som en central fördelning av AT-block ger har hittills varit det effektivaste sättet att påverka den regionala fördelningen av läkararbetskraften. Detta instrument måste därför bibehållas och, enligt förbundsstyrelsens uppfattning, om möjligt effektiviseras. Förbundet anser liksom LSU att möjligheten till dispens från blocktvånget bör användas mycket restriktivt. Liksom tidigare bör det åvila landstingen att årligen inrätta det antal AT-block som svarar mot den svenska läkarutbildningen. Landstingen bör också ansvara för att AT-läkarna får adekvat handledning.

Vid sidan av läkarfördelningssystemet har *Landstingsförbundet* i flera omgångar rekommenderat åtgärder för en mer solidarisk läkarförsörjning. För åren 1987 och 1988 finns rekommendationer med målsättningen att halvera antalet vakanta läkartjänster genom att inrättandet av nya läkartjänster kraftigt skall begränsas. En uppföljning av 1987 års verksamhet visar att landstingen sammantaget hörsammat rekommendationerna. Variationerna i läkartillgången är dock fortfarande stora.

En rättvis fördelning av läkarresurserna över landet är av avgörande betydelse för möjligheterna att ge en god vård på lika villkor till hela befolkningen. Intensifierade insatser blir nödvändiga för att detta mål skall kunna uppnås.

I den överenskommelse som träffats mellan staten och *Landstingsförbundet* om ersättningar från sjukförsäkring till sjukvårdshuvudmännen för åren 1988 och 1989 (en fortsättning på den s.k. Dagmar-överenskommelsen) slås fast att parterna är överens om att snedfördelningen av läkarresurser över landet är ett stort problem. Styrmedel som bättre än det nuvarande skall ge bristlänen förutsättningar att öka sin läkarandel bör därför utvecklas. Parterna är överens att gemensamt utarbeta en modell för detta.

Socialutskottet har i ett betänkande (SoU 1986/87:37) framhållit att läkarförsörjningsfrågan "nu måste övervägas mera samlad och i ett sammanhang så att det är möjligt att få en helhetsbild av situationen. Enligt utskottets mening bör därför regeringen göra en samlad översyn av problematiken kring läkarförsörjningen och förutsättningslöst överväga olika tänkbara åtgärder. Det omfattande kunskapsmaterial som föreligger bör kunna bilda utgångspunkt för dessa överväganden. Regeringen bör därför så snart det kan ske återkomma till riksdagen med förslag om åtgärder". Riksdagen har anslutit sig till denna uppfattning.

Ett åtgärdsprogram för en uppföljning av läkarförsörjningsfrågan har utarbetats av socialdepartementet i samråd med socialstyrelsen och *Landstingsförbundet*. Detta har redovisats och godtagits av HSB. En särskild arbetsgrupp under socialdepartementets ledning skall i enlighet med Dagmar-överenskommelsen nu utforma ett förslag till ny modell för att uppnå en bättre fördelning av läkare över landet.

Förbundet anser att ett nytt planeringssystem för läkarefördelningen måste utformas och är beredd att överväga nya styrmedel som ersätter de

hitillsvarande. Nya vägar måste sökas vid sidan av utbildningssystemet. Ett undantag utgör fördelningen av AT-block. Förbundet bedömer att den centrala tilldelningen av AT-block även fortsättningsvis kommer att vara ett viktigt instrument för att åstadkomma en mer rättvis läkarfördelning.

Förbundet avvisar med detta reservanternas argumentering i den PM som tillställts remissinstanserna.

När det gäller planeringen av läkarresurser till olika medicinska verksamhetsområden kommer en stor del av ansvaret att vila på de enskilda sjukvårdshuvudmännen. Till stöd för sin planering kan landstingen använda bl.a. de bedömningar som socialstyrelsen skall göra rörande den framtida medicinska utvecklingen.

Därutöver kommer en utvecklad regional samordning att krävas för att antalet specialister skall motsvara de samlade behoven. Förbundet kan i stort ställa sig bakom den beskrivning LSU redovisar om socialstyrelsens roll när det gäller att ta fram ett bra planeringsunderlag. Det innebär bl.a. att socialstyrelsen måste bidra med analyser av och prongoser för läkrabemanningen i landet och fördelningen på olika verksamhetsområden.

Enligt *Sveriges läkarförbunds* mening bör man nu införa ett system, där landstingen själva får ansvaret att bedöma sitt läkarbehov. Det långsiktiga läkarbehovet kan med fördel planeras gemensamt mellan landstingen i en region.

Förbundet delar utredningens uppfattning att den föreslagna fördelningen av AT-block är ett tillräckligt styrmedel. I övrigt bör positiva stimulansåtgärder av det slag som i övrigt förekommer på arbetsmarknaden användas för att rekrytera läkare.

Värmlands läns landsting påpekar att förslaget med målbeskrivningar i stället för tidsbegränsade tjänstgöringsavsnitt torde komma att innebära en ökad planeringsinsats huvudmännen sinsemellan där samverkansnämnderna förväntats få en roll.

På områden där specialistutbildningen i huvudsak sker vid regionsjukhus eller motsvarande kommer en solidaritet att erfordras mellan huvudmännen. För att Värmland även framgent skall kunna erhålla läkare inom "små" specialiteter måste en viss överutbildning ske, en utbildning utöver vad regionlandstingen själva behöver. Här kommer samverkansnämnderna i form av regionorgan att i planeringssammanhang inta en viktig position.

Malmöhus läns landsting anser att om tillsvidareanställning accepteras för läkarna fr.o.m. ST-perioden medför detta att krav måste resas på ett annorlunda planeringssystem för läkararbetskraften. Det är utskottets uppfattning att planeringsfrågorna behandlats alltför översiktligt i betänkandet. Hur den framtida fördelningen av läkartjänster skall ske bör enligt utskottets mening diskuteras ytterligare och förhandlas på central nivå mellan staten och sjukvårdshuvudmännens företrädare varavid regional anknytning möjligen kan bli aktuell. Denna viktiga fråga måste ytterligare utredas på central nivå.

Hallands läns landsting har ingen erinran mot de tankar som framförs. Emellertid bör även de enskilda huvudmännen och de regionala samverkansnämndernas roll lyftas fram. Planeringsinsatserna hos de enskilda huvudmännen och samverkansnämnderna är en viktig del i de centrala myndigheternas underlag. Den aktiva roll som huvudmännen och samverkans-

nämnderna härvidlag kan spela har en avgörande betydelse för de centrala instansernas möjligheter att utarbeta adekvata styrinstrument. I utredningen påtalas också det vetenskapliga rådets roll i att bedöma den medicinska utvecklingen på sikt. Denna bedömning kompletterad med politiska överväganden och aktuella planer från huvudmän och samverkansnämnder och med aktuella uppgifter om läkarsituationen, åldersfördelning, pensionsavgångar m.m. bör innebära ett bättre planeringsunderlag än som finns i dag.

Ett genomförande av LSU 85 kommer att kräva betydligt större samordningsinsatser än som erfordras med dagens utbildningssystem. Detta gäller såväl centralt, regionalt, de enskilda landstingen som respektive basenhet.

När det gäller utbildningens dimensionering, både geografiskt och inom olika specialistområden, har utredningen ganska kortfattat föreslagit former för central styrning av läkarutbildningen. Landstinget anser att det funnits skäl att något tydligare diskutera hur dimensioneringen skall styras.

Inga förslag ges till hur specialisttjänstgöringen skall kunna planeras på landstingsnivå för att samtidigt kunna svara mot rekryterings-/utbildnings- och bemanningsbehov samt handledningsmöjligheter. Inte heller belyser utredningen hur tillsvidareförordnanden skall kunna konstrueras för att inte få en konserverande effekt, en låsning i utbildningssystemet. Ej heller belyses hur man skall kunna få en utbytbarhet mellan läkare inom samma verksamhetsområde men utbildade vid sjukvårdsinrättningar med olika bredd och djup i sin verksamhet och olika avstånd till aktuell forskning och pågående utvecklingsarbete. Den föreslagna utformningen ger ju mycket vida ramar för individuell uppläggning av olika personers utbildningsinnehåll fram till specialistkompetens inom visst verksamhetsområde.

Örebro läns landsting framhäver att i en situation där man kan befara att ett utbildningssystem med krav på tillsvidareförordnanden kommer att minska tjänstgöringsutrymmet för fortsatt vidareutbildning i form av specialiseringstjänstgöring, är det sannolikt än viktigare än i dag att man centralt i landet håller uppsikt över egentliga behov av läkararbetskraft och att man bibehåller någon form av styrning regionvis för att få tillstånd erforderlig utbildning. Risken är annars stor att möjligheter att kortsiktigt täcka aktuella bemanningsbehov prioriteras före en mera långsiktig utbildningsplanering.

Samverkansnämnden i Norra sjukvårdsregionen anser inte att planerings- och styrningsformerna för allmän- och specialisttjänstgöringen fått en tillfredställande behandling i utredningen. Både i analyser och slutsatser finns uppenbara brister. Grundutbildningens dimensionering och dess avgörande betydelse för läkarförsörjningen berörs överhuvudtaget inte av utredningen. Det är i dag helt uppenbart att en totalt utökad grundutbildning i landet, med 20 nya platser till Umeå i en första etapp, är en grundläggande förutsättning för att få tillräckligt många läkare till AT-och ST-tjänstgöringarna, särskilt i norrlandslänen.

RRV anser att utredningens överväganden och förslag rörande läkarplaneringen inte är tillräckligt underbyggda. Bl.a. saknas en analys av hur den föreslagna specialistutbildningen skall kunna fungera som ett centralt styrinstrument i syfte att åstadkomma en ändamålsenlig fördelning av läkarna på olika medicinska verksamhetsområden och landstingsområden.

RRV har i revisionsrapporten Personal- och utbildningsplaneringen i hälso- och sjukvården (RRV dnr 1984:235), granskat vissa förhållanden av betydelse för läkarnas vidareutbildning. Inom ramen för nämnda revision framhåller RRV nödvändigheten av en effektivt fungerande läkarplanering på central nivå. RRV vill härvid peka på att specialistutbildningen inte bara är ett kvalitativt planeringsinstrument utan fungerar också som ett kvantitativt fördelningsinstrument. Detta i syfte att uppnå en balanserad läkarförsörjning inom olika delar av landet.

Enligt statskontorets uppfattning är det väsentligt att samtliga läkarstuderande efter fullgjord teoretisk utbildning ges möjlighet att fortsätta sin utbildning fram till legitimation. Såvitt statskontoret erfarit föreligger problem när det gäller inrättande av de fastställda blocken i så motto att vissa sjukvårdshuvudmän inrättar färre block för allmäntjänstgöring än som förutsatts. Enligt statskontorets uppfattning bör HSB bevara sin karaktär av forum för överläggningar mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. Däremot bör HSB inte fatta formella beslut av vare sig politisk eller förvaltningsmässig karaktär. Det av socialstyrelsen i samråd med Landstingsförbundet och Sveriges läkarförbund framlagda förslaget till fördelning av AT-block bör därför fastställas av regeringen. En sådan ordning kan komma att bidra till en bättre följsamhet till AT-förslaget från sjukvårdshuvudmännen.

UHÄ pekar på att inom högskolan är ansvaret för utbildningarnas innehåll i hög grad decentraliserat. Även inom vidareutbildningen föreslås nu en ökad decentralisering till sjukvårdshuvudmännen och till läkarnas organisationer. Ett sådant målstyrt system som den totala läkarutbildningen nu blir måste enligt UHÄ:s mening följas upp och succesivt utvärderas gentemot de mål som statsmakterna fastställt för verksamheten.

UHÄ har i nuvarande ansvarsfördelning planerings- och utvärderingsansvar för läkarnas grundutbildning och forskarutbildning. Socialstyrelsen övertog 1981 planeringsansvaret för läkarnas vidareutbildning från Nämnden för läkares vidareutbildning, NLV. Denna nämnd betraktas som en utbildningsmyndighet och bl.a. UHÄ och de medicinska fakulteterna fanns företrädare i nämnden. 1981 inordnades NLV i socialstyrelsens uppgifter och NLV blev en rådgivande nämnd.

Enligt UHÄ:s mening bör det nu övervägas om inte ett nytt organ kunde inrättas som har till uppgift att följa utvecklingen inom hela läkarutbildningen utifrån de mål som statsmakterna har ställt upp för respektive område och att bevaka samordningen mellan de olika nivåerna. Denna nämnd, som lämpligen kan knytas som en expertnämnd åt hälso- och sjukvårdsberedningen, bör utses av regeringen och företräda både socialdepartementets och utbildningsdepartementets verksamhetsområde. Representerar för såväl läkarnas organisationer som sjukvården måste också få inflytande. Nämnden måste garanteras tillräckliga resurser för att kunna göra nödvändiga utvärderingar och kunna knyta till sig nödvändig expertis.

Överenskommelse om planeringsfunktion

Utredningen förutsätter att dessa frågor regleras i en förnyad överenskommelse mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. Utredningen pekar på

olika vägar för uppbyggnaden av den framtida planeringsfunktionen och för samhällets styrning av läkarfördelningen.

Blekinge läns landsting instämmer i utredningens förslag och anser att det är positivt att varje landsting själva tar ansvar för sin långsiktiga planering och dimensionering, vilket bör ge goda möjligheter till en lokal anpassning till varierande förutsättningar.

Statskontoret anser att även om läkartillgången generellt sett är betydligt bättre nu än tidigare kvarstår under överskådlig tid samhällets behov av att kunna påverka den geografiska fördelningen av läkare. Det är också enligt statskontorets mening nödvändigt av såväl samhällsekonomiska skäl som av kvalitets skäl att staten har möjlighet att genom läkarfördelningen påverka läkarkårens framtida inriktning och grad av specialisering. En möjlig väg kan vara att regeringen på förslag av socialstyrelsen fastställer antalet platser för specialiseringstjänstgöring per region. Fördelningen inom regionen får därefter ske genom interna överenskommelser och beslut av de i regionen ingående sjukvårdshuvudmännen.

Socialstyrelsens förslag bör tas fram efter dialog med företrädare för respektive region och i samråd med centrala organ i enlighet med hittillsvarande principer. Oavsett hur planerings- och fördelningsfrågorna löses i detalj torde en planering och fördelning på den nivå som motsvarar LSU:s förslag till specialisering vara realistisk. Ambitionen när det gäller planering och fördelning bör därför inskränkas till vad som kan betecknas som huvudinriktningar eller basspecialiteter.

När det gäller specialistutbildningen anser ansvarsnämnden att utredningen inte skapat några garantier för en jämn läkarfördelning i landet. Utredningen har i alltför hög grad förlitat sig på effekter av information och rekommendationer från nationell nivå samt på ett solidariskt uppträdande av sjukvårdshuvudmännen. Erfarenheterna hittills av ett sådant system borde ha gett utredningen anledning att närmare överväga vilka medel som bör kunna användas från statlig sida för att målet enligt 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall kunna uppfyllas, nämligen en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Nämnden anser således att planeringssystemet inom hälso- och sjukvården bör ses över ytterligare. Då bör enligt nämndens mening även ekonomiska styrmedel övervägas.

Göteborgs kommun berör planeringsaspekterna på riksnivå med HSB och socialstyrelsen som viktiga planeringsinstanser. De tankar som framförts finns inget i och för sig att erinra emot. Emellertid bör även de enskilda huvudmännen och de regionala samverkansnämndernas roll lyftas fram. Planeringsinsatserna hos de enskilda huvudmännen och samverkansnämnderna är en viktig del i de centrala myndigheternas underlag. Den aktiva roll som huvudmännen och samverkansnämnderna härvidlag kan spela har en avgörande betydelse för de centrala instansernas möjligheter att utarbeta adekvata styrinstrument. I utredningen påtalas också det vetenskapliga rådets roll i att bedöma den medicinska utvecklingen på sikt. Denna bedömning kompletterad med politiska överväganden och aktuella planer från huvudmän och samverkansnämnder och med aktuella uppgifter om läkarsituationen, åldersfördelning, pensionsavgångar m.m. bör innebära ett bättre planeringsunderlag än i dag.

För regionsjukhusets vidkommande får de närliggande planeringsfrågorna stor betydelse. Frågorna kan i stort delas upp i tre huvuddelar.

- utbildningsplanering för den enskilde läkaren meddennes meriter och aktuell målbeskrivning som grund
- en övergripande planering av samtliga ST-läkares behov av tjänstgöringar inom andra specialiteter för att uppnå specialistkompetens
- regional behovsplanering av tjänstgöringar på regionsjukhuset

För den enskilda kliniken på regionsjukhuset måste hänsyn tas till såväl

- tjänstgöringar för egna och för regionens ST-läkare
- fortbildning efter specialistkompetens med regionen som upptagningsområde
- forskarutbildningen

Som framgår av ovanstående intar planeringsfrågorna en ur administrativ synunkt framskjuten plats i det nya systemet. Det gäller såväl centralt, regionalt som decentralt.

De enskilda landstingen inom en region kan inte var för sig planera för sin läkarförsörjning. Ett regionalt samarbete både specialistvis och övergripande måste etableras. Göteborgs sjukvårdsstyrelse, som inom sig rymmer ett universitetssjukhus, stödjer dessa strävanden.

Kostnader

Riksrevisionsverket noterar att utredningen ej redovisar några kostnadsberäkningar kring de framlagda förslagen. Kostnader för olika intressenter lämnas således obeaktade. Utredningen har därvid inte analyserat förslagets ekonomiska effekter för staten och sjukvårdshuvudmännen. Enligt RRV:s bedömning kommer sannolikt en förlängning av allmäntjänstgöringen från nuvarande 21 månader till 24 månader att innebära ökade kostnader. Vidare redovisas inte kostnader för framtäggande och revidering av målbeskrivningar för olika medicinska specialiteter.

Landstingsförbundet anser att förslagets genomförande innebär ett ökat ansvar och ökade kostnader för huvudmännen. Bl.a. betonas klinikchefens/motsv. roll i specialistutbildningen. Kraven på kompetent och pedagogisk handledning till läkarna ökar. Det lokala planeringsarbetet kan, åtminstone inledningsvis, bli betydande. Förbundsstyrelsen anser att landstingen bör vara beredda att ta på sig ett ökat ansvar, både för det inledande planeringsarbetet och för att systemet skall fungera i övrigt. Detta kan ses som ett led i landstingens strävan att förbättra och vidareutveckla vården.

Antalet specialiteter

Följande remissinstanser instämmer i utredningens förslag: *MFR, Värmlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting, Göteborgs kommun, Sveriges läkarförbund*.

Följande remissinstanser delar inte utredningens förslag angående vilka specialiteter som skall finnas framöver: *UHÄ, statskontoret, försvarets sjukvårdsstyrelse, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, NUU, Landstingsför-*

bundet, Uppsala läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Samverkansnämnden i södra sjukvårdsregionen, TCO,

MFR anser det är glädjande att LSU 85 inte minskat på antalet specialiteter utan tagit hänsyn till utvecklingen inom många frontområden och här skapat nya specialiteter. Det är också glädjande att de så kallade behörighetsämnen nu getts status av specialiteter. Flera av dessa är just frontområden inom forskning och klinik.

Landsstingsförbundet konstaterar att utredningen frångått direktivens krav att antalet kunskapsområden för vilka en formaliserad utbildning föreslås, starkt bör begränsas. Utredningen vill i stället utöka antalet specialiteter. Förbundet beklagar att det inte varit möjligt att forma ett förslag i enlighet med direktiven. Ett formaliserat system för kompetensutveckling och centrala utbildningsinsatser borde enligt styrelsen vara mest angeläget inom ett fåtal breda kunskapsområden inom primärvård och länssjukvård. Dit borde resursinsatsen från centralt håll koncentreras. En specialisering sker och skall självfallet ske också inom andra och smalare delar av hälso- och sjukvården. En sådan utveckling behöver dock inte samma centrala stöd.

Förbundet ser utredningens ställningstagande som en kompromiss mellan olika intressen och kan godta förslaget då det innebär en avsevärd avreglering i förhållande till vad som gäller i dag. En förutsättning är emellertid att den avreglering också får praktiskt genomslag i vårdorganisationen. De statliga bestämmelserna för läkares yrkesutövning och då i synnerhet de som gäller det medicinska ledningsansvaret och behörigheten medför f.n. besvärande lösningar när det gäller att flexibelt använda läkarkompetensen. De medför att organisationen avskärms i snäva fack. Med fler specialiteter skulle dagens problem således förvärras ytterligare. Huvudmännen måste ha möjlighet att organisera hälso- och sjukvården utifrån lokala behov och förutsättningar. Organisatoriska enheter med tvärvetenskaplig kompetens måste kunna utformas för att patienterna skall få en god vård. Centrala bestämmelser får inte hindra en sådan utveckling.

När det gäller frågan om det medicinska ledningsansvaret hänvisar förbundet till sitt yttrande över den tidigare nämnda regeringspromemorian om ledningsansvaret i den svenska hälso- och sjukvården (Ds 1987:4). Vad beträffar behörighetsregleringen måste den ändras så att föreskrifter om behörighet till anställning endast avser kompetensnivån legitimation. I övrigt måste kompetensregleringen ske i form av allmänna råd från socialstyrelsen.

Uppsala läns landsting pekar på att i utredningsuppdraget ingick att starkt begränsa "antalet verksamhetsområden för vilka en formaliserad vidareutbildning föreslås". Från olika håll har kritik mot det nuvarande systemet framförts bl.a. på grund av att den långt drivna subspecialiseringen har medfört svårigheter att inom rimliga kostnader och med befintliga personella resurser upprätthålla en adekvat jourverksamhet. Det är mot bakgrund av denna kritik förvånansvärt att LSU 85 då föreslår en utökning av antalet specialiteter.

Statskontoret pekar på att i direktiven till LSU framhålls bland annat att antalet specialiteter – medicinska verksamhetsområden – starkt bör begränsas i förhållande till vad som för närvarande gäller. Utredningens förslag inne-

bär emellertid en icke oväsentlig utökning av antalet specialiteter i förhållande till vad som för närvarande gäller. Enligt statskontorets uppfattning hade det varit av betydande intresse om utredningen presenterat ett vidareutbildningssystem med ett begränsat antal basspecialiteter som leder till specialistkompetens efter t.ex. fyra -fem år och ett större antal kompletterande specialiteter för vilka krävs ytterligare något års tjänstgöring. Ett alternativ kunde också ha varit ett vidareutbildningssystem med ett antal basutbildningar omfattande t.ex. tre år som kompletteras med ytterligare t.ex. två år inom någon lämplig vidareutbildning.

Försvarets sjukvårdsstyrelse pekar på att av direktiven framgår att antalet verksamhetsområden, för vilka en formaliserad vidareutbildning föreslås, starkt bör begränsas i förhållande till vad som för närvarande gäller. Det är därför anmärkningsvärt att utredningen inte tagit fasta på dessa direktiv, utan tvärtom föreslår en oförändrad mängd verksamhetsområden eller rent av en utökning. Styrelsen påpekar vikten av en bred baskompetens efterom detta utgör grunden för att kunna upprätthålla jourtjänstgöring på de mindre klinikerna vid länsdelssjukhusen.

Anvarsnämnden har förståelse för att utredningen har föreslagit ett ökat antal specialiteter. Med den snabba medicinska utvecklingen är det omöjligt för den enskilde läkaren att följa utvecklingen annat än inom ganska begränsade kunskapsområden. En långtgående specialisering blir därför nödvändig för att kunna upprätthålla höga kvalitativa krav på instser inom vård och behandling. NUU pekar på att utredningen enligt sina direktiv skulle beakta att antalet verksamhetsområden, för vilka en formaliserad vidareutbildning föreslås, borde starkt begränsas i förhållande till vad som nu gäller.

NUU anser att flera skäl talar för en sådan begränsning. Utredningen har emellertid inte lagt fram några konkreta förslag i den frågan. Enligt NUU:s mening bör regeringen därför föranstalta om ett fortsatt utredningsarbete i syfte att åstadkomma en sådan begränsning. Drygt ett decennium har nu gått sedan 1974 års regionsjukvårdsutredning tog fram det underlag som låg till grund för propositionen 1980/81:9 om regionsjukvården. Enligt NUU:s mening har utvecklingen visat att det finns anledning att tillsätta en ny regionsjukvårdsutredning för att utvärdera utvecklingen sedan 1981 års riksdagsbeslut och klargöra frågor som rör bl.a. den framtida regionsjukvårdens innehåll och organisation. När det gäller sådana specialiteter som i första hand bör finnas endast inom regionsjukvården bör ovannämnda fortsatta utredningsarbete i syfte att minska antalet medicinska verksamhetsområden m.m. enligt NUU:s mening samordnas med arbetet i en ny regionsjukvårdsutredning.

Bl.a. mot bakgrund av det nyss anförda anser NUU att regeringen inte genom ändring av behörighetsförordningen bör avhända sig uppgiften att fastställa vilka specialiteter som skall finnas.

Östergötlands läns landsting pekar på att ur direktiven kan utläsas att i uppdraget ingick att antalet verksamhetsområden, för vilka en formaliserad vidareutbildning föreslås, starkt skulle begränsas jämfört med nuläget. LSU 85 har gått den motsatta vägen. I detta läge menar landstinget att det viktiga, ur huvudmannens synpunkt, är att en läkare inom en "smal" specialitet har en fullgod utbildning och erfarenhet inom modersspecialiteten, och på så

sätt får ett brett verksamhetsområde. Det är därför ur huvudmannasynpunkt inget att erinra mot dubbelspecialisering eller mot att en utveckling mot detta underlättas.

Utredningens förslag innebär tvärtom direktiven en utökning av antalet specialiteter. UHÄ förordar att antalet specialiteter åtminstone inte skall öka. Innan beslut om antalet specialiteter fattas bör enligt UHÄ:s mening utredas vilka konsekvenserna verkligen blir för bemanning inom hälso- och sjukvården. UHÄ har i övrigt inga andra synpunkter på vilka områden som skall bli egna specialiteter.

Bohuslandstinget ställer sig tveksamt till utökningen av antalet specialiteter och anser att utredaren inte har lämnat ett förslag i enlighet med uppdraget.

Det har sannolikt varit en svår uppgift att få till stånd den breda kompetens som måste vara en förutsättning för den framtida länssjukvården, så som den skisserats. Det torde också vara svårt att skapa önskvärd flexibilitet som beredskap för verksamhets- och organisationsförändringar. Utredningen syns inte heller ha lyckats helt i dessa delar. Antalet specialiteter ökar i stället för minskar. Dessutom förutsätts i utredningen att utbildningen i huvudsak skall ges genom tjänstgöring inom huvudspecialiteten. Några synpunkter på hur önskvärd "dubbelspecialisering" skall komma till stånd finns inte.

Västmanlands läns landsting finner det anmärkningsvärt att utredningsförslaget omfattar en markant ökning av antalet specialiteter.

Gävleborgs läns landsting saknar i utredningsförslaget en logisk koppling mellan föreslagna mål och innehåll i läkarspecialistutbildningen, och de hälsopolitiska målsättningarna och intentionerna enligt HSL och HS-90.

Utredningen har frångått direktiven eftersom antalet föreslagna specialiteter tvärtom är fler än vad vi har för närvarande.

Det är av stor vikt att tillgodose att flertalet specialiteter får en tillräcklig bred kompetens för att möjliggöra planering av en bra och effektiv länssjukvård.

Samverkansnämnden i södra sjukvårdsregionen anser att det hade varit önskvärt att utredningen hållit fast vid direktiven och begränsat antalet verksamhetsområden för basutbildning. Vid utveckling av ytterligare specialitetssområden är det nödvändigt att behörighetsregler och möjligheterna till en rationell jourorganisation beaktas. Samverkansnämnden förutsätter att tillämpningsregler utformas så att huvudmännen kan lösa dessa frågor utan att sjukvårdskostnaderna ökar.

TCO finner mot bakgrund av direktiven det anmärkningsvärt att man trots detta lägger förslag om bibehållande av samtliga 44 specialiseringar samt dessutom inrättande av 16 nya.

Det finns inget utredningsunderlag som redovisar och motiverar varför utredningen lägger förslag som så markant avviker från uppdraget. Exempelvis sköts skolhälsovården i dag av allmän- eller barnläkare. Skolsköterskan arbetar självständigt med större delen av skolhälsovården. Det har inte redovisats några behov av förändringar varken organisatoriskt eller kompetensmässigt för skolhälsovården. Allmän- och barnläkarspecialistutbildningarna kan mycket väl breddas så att de innehåller mer av kunskaper om

skolan, dess arbetsmiljö och ungdomars behov. TCO anser alltså att en breddning av ovan nämnda specialistutbildningar bör göras enligt direktiven, inte att en ny specialisering bör tillföras.

Allmänna synpunkter

Förslaget är enligt *kammarrättens* mening i det väsentliga väl ägnat att fylla sitt syfte. Från de synpunkter som kammarrätten har att beakta finns endast smärre invändningar. Domstolen tillstyrker därför, med vissa mindre reservationer som redovisas i det följande, att förslaget genomförs.

Allmänt vill kammarrätten dock ytterligare framhålla att det är viktigt att socialstyrelsen bibehålls vid en stark roll på området. Därigenom skapas garantier för att erforderliga övergripande bedömningar kommer att göras och att kvalitetsaspekterna i utbildningen beaktas i erforderlig mån över hela landet. Domstolen hälsar därför med tillfredsställelse att styrelsens funktioner närmast synes bli stärkta i förhållande till nuläget. Det är väsentligt att styrelsen har tillräckligt med resurser för att kunna effektivt fullgöra sina betydelsefulla uppgifter på området.

Handikapprådet pekar på att personer med kommunikationshinder, t.ex. döva, talskadade, vissa rörelsehindrade och psykiskt utvecklingsstörda, måste med hjälp av tolk och personlig assistent kunna resonera med behandlande läkare om sin situation, symtom och behandling. Därigenom ställs stora krav på tolketisk kompetens. Läkarnas beredskap att klara flerhandikappade, som behöver flera specialiteter samtidigt, måste uppmärksammas. Det gäller även små och mindre kända handikappgrupper och motsvarande diagnosgrupper och specialiteter. Utredningen behöver kompletteras på dessa punkter.

Övergångsbestämmelser

Enligt övergångsbestämmelserna till de föreslagna ändringarna i förordningen (1984:545) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. (behörighetsförordningen) får en legitimerad läkare, som påbörjat sin specialistutbildning före ikraftträdandet av de ändrade bestämmelserna och som fullgjort huvuddelen av utbildningen, fullfölja den enligt de äldre bestämmelserna i 3 § behörighetsförordningen om vidareutbildning för specialistkompetens. Något behov av övergångsbestämmelser till ändringarna i 2 § i förordningen har inte ansetts föreligga (bet. s 88). De innehåller föreskrifter om den allmäntjänstgöring som krävs för legitimation. *Kammarrätten* anser att det skulle stämma bättre med de principer som brukar tillämpas, om alla som inlett sin allmäntjänstgöring eller specialistutbildning innan de nya reglerna träder i kraft får rätt att fullfölja tjänstgöringen enligt nuvarande ordning. Övergångsbestämmelserna bör omarbetas i enlighet härmed. Tilläggas kan att i fråga om specialiseringstjänstgöringen avsikten enligt motiven är ännu snävare än författningstexten. Skulle en sådan lösning som sagt nyss inte godtas, bör åtminstone i fråga om allmäntjänstgöringen införas en sådan övergångsbestämmelse som utredningen föreslår med avseende på specialisttjänstgöringen.

Ansvarsnämnden kan inte instämma i utredningens förslag att den nya utbildningsordningen skall tillämpas även på dem som påbörjat sin specialistutbildning. Förslaget strider mot de principer som allmänt tillämpas i utbildningssammanhang. Var och en skall givetvis kunna veta vilka premisser som gäller för den utbildning som man går in i. Det innebär att de två systemen övergångsvis bör tillämpas parallellt.

Gotlands kommun vill bestämt motsätta sig förslaget att den nya utbildningsordningen skall tillämpas på de läkare, som redan påbörjat sin utbildning då de nya bestämmelserna träder i kraft. Det kan möjligen godtas beträffande AT, men för ST skulle en sådan bestämmelse medföra onödiga och oacceptabla svårigheter bl.a. för bemannings- och ekonomisk planering.

Landstingsförbundet kan inte ställa sig bakom att förslaget skall tillämpas även för de läkare som redan påbörjat sin specialistutbildning. Dessa bör få sin specialistkompetens enligt nuvarande regler. Under en övergångsperiod måste således de två olika systemen tillämpas parallellt. Trots de olägenheter som detta medför bedömer förbundet att denna lösning är nödvändig eftersom förutsättningarna för anställning är helt olika i de två systemen.

Uppsala läns landsting anser att pågående FV-block enligt nuvarande blocksystem bör fullföljas och ej kopplas till den nya utbildningen.

Innehåll

Prop. 1988/89:138

Propositionens huvudsakliga innehåll	1
1 Inledning	2
2 Allmän motivering	2
2.1 Bakgrund	2
2.2 Behovet av en förändrad vidareutbildning för läkare efter läkarexamen	4
3 Allmäntjänstgöringen (AT)	4
3.1 AT – grunden för att utöva läkaryrket	4
3.2 Allmäntjänstgöringsperiodens utformning	5
3.3 Kvalitetskontroll	7
4 Specialiseringstjänstgöringen (ST)	9
4.1 System med målbeskrivningar för de olika specialiteterna	9
4.2 Målet för ST	10
4.3 Den praktiska tjänstgöringen	10
4.4 Anställningsform	11
4.5 Systematisk utbildning – SK-kurser	13
4.6 Kvalitetskontrollen	14
4.7 Det nordiska samarbetet, m.m.	15
5 Läkarfördelning och planeringsfrågor	16
5.1 Det nuvarande planeringssystemet	16
5.2 Skäl att förändra det nuvarande planeringssystemet	17
5.3 Åtgärder beträffande AT för att nå en jämnare läkarförsörjning	18
5.4 Ytterligare åtgärder för en effektivare läkarförsörjning	20
6 Genomförande och övergångsbestämmelser	22
7 Hemställan	22
8 Beslut	22

