



**National Library
of Sweden**

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2013

Läkartjänster

Ref

Konstruktion, behörighet, tillsättning m. m.

Betänkande av Läkartjänstutredningen



SOU 1971:68

Stockholm 1971



Statens offentliga utredningar
1971:68
Socialdepartementet

Läkartjänster

Konstruktion, behörighet, tillsättning m. m.

RÄTTELSER

Sidan 137 (vänstra spalten, första stycket).

Står: 1 januari 1972.

Skall vara: 1 januari 1973.

Sidan 174 (högra spalten, sista stycket).

Orden "på sjukhus" skall utgå.

Läkartjänst

Konstnärsgården
Sveavägen 10
S-113 64 Stockholm

Till Socialstyrelsen

Genom ämbetskrivelse från socialdepartementet den 5 december 1969 uppdrog Kungl. Maj:t åt socialstyrelsen att – efter samråd med universitetskanslersämbetet, sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut, statens läkarförhållningsdelegation, Svenska landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, Sveriges läkarförbund samt den sakkunnige för utredning av vissa frågor angående sjukhusorganisationen m. m. – utreda och lägga fram förslag beträffande *dels* konstruktionen av läkartjänster, *dels* behörighetsvillkoren för att utöva läkaryrket och för olika slag av läkartjänster, varvid även behovet av meritvärderingsregler vid tillsättning av läkartjänster skulle undersökas, *dels också* de författningsändringar, som kunde föranledas av utredningens ställningstaganden i berörda frågor.

Med stöd av uppdraget beslöt socialstyrelsen den 5 februari 1970 att tillkalla *dels* en *ledningsgrupp* inom socialstyrelsen för genomförande av uppdraget, *dels* en *samrådsgrupp* med representanter för berörda myndigheter och organisationer.

Det beslöts att utredningen skulle ledas av generaldirektören Bror Rexed.

Till ledamöter av ledningsgruppen utsågs dåvarande överdirektören Håkan Rahm, dåvarande avdelningschefen Stig Lindgren och avdelningschefen S Åke Lindgren, numera avdelningschefen Sven Alsén samt medicinalrådet Gunnar Wennström. Vidare skulle i ledningsgruppen vid behandling av frågor,

som låg inom respektive avdelningars och byråers verksamhetsområden, ingå avdelningschefen Henry Sälde, medicinalrådet Nils Ramqvist, byråchefen Eivor Näslund och avdelningsdirektören Marianne Linde. Sedan juni 1970 har även överdirektören Sven Olof Hedengren ingått i utredningens ledningsgrupp.

Socialstyrelsen beslöt vidare att inbjuda berörda myndigheter och organisationer att delta med en eller två ledamöter vardera i utredningens samrådsgrupp. Som ledamöter i samrådsgruppen har sedermera ingått från universitetskanslersämbetet avdelningsdirektören Lars Ekholm, från sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut avdelningscheferna Robert Nilsson och Karl Eric Wictorson, från Svenska landstingsförbundet numera driftchefen vid Värmlands läns landsting Lars Carlbark och sekreteraren i Svenska landstingsförbundet Ann-Mari Ebenius, från Svenska kommunförbundet numera personaldirektören i Stockholms hälso- och sjukvårdsnämnd Åke Westmar (t. o. m. den 31 december 1970) och personalchefen vid sjukvårdsförvaltningen i Göteborg Lars Olof Larsson (fr. o. m. den 1 januari 1971) samt från Sveriges läkarförbund leg läkaren Carl Axel Nilsson och överläkaren Stig B Nilsson.

Som sekreterare i utredningen förordnade socialstyrelsen tf. avdelningsdirektören Bo Oscarsson och, för huvudsakligen lagtekniska frågor, hovrättsassessorn Bengt Westerberg.

Sedan Westerberg den 31 mars 1971 erhållit begärt entledigande från förordnandet, förordnades byrådirektören Kay Gunnar Wilow att fr. o. m. den 1 april 1971 biträda i utredningens arbete.

För beredning av frågan om läkarnas tjänstgöring under allmäntjänstgöringen har rekryteringssekreteraren Torbjörn Midunger medverkat. Vid utförandet av en enkät angående rörligheten på vissa läkartjänster har byrådirektören Owe Hoffman och filosofie kandidaten Kerstin Blomquist biträtt utredningen.

Delar av utredningsuppdraget har beretts av särskilda arbetsgrupper. Socialstyrelsen beslöt sålunda den 5 februari 1971 att inom ramen för utredningsarbetet tillkalla *dels* en arbetsgrupp för behandling av vissa frågor rörande tjänster för läkare vid undervisnings sjukhus, *dels* en arbetsgrupp för vissa meritvärderingsfrågor.

Som ledamöter av den förstnämnda gruppen utsågs medicinalrådet Gunnar Wennström (ordförande), avdelningschefen Sven Alsén och tf. avdelningsdirektören Bo Oscarsson (sekreterare) samt i samråd med universitetskanslersämbetet professorerna Anders Grönwall och Lars Werkö samt avdelningsdirektören Lars Ekholm. Svenska landstingsförbundet, som inbjudits utse en ledamot, har representerats av avdelningschefen Lenart Lindqvist, Malmöhus läns landsting.

Som ledamöter i arbetsgruppen rörande vissa meritvärderingsfrågor utsågs avdelningschefen Sven Alsén (ordförande) avdelningsdirektören Olle Orava samt tf. avdelningsdirektören Bo Oscarsson. Svenska landstingsförbundet och Sveriges läkarförbund, som inbjöds att utse vardera en ledamot, har representerats i arbetsgruppen av sekreteraren Ann-Mari Ebenius respektive leg läkaren Bo Hjern. Som sekreterare i arbetsgruppen utsåg socialstyrelsen förste byråsekreteraren Ingrid Åkesson.

Arbetsgruppen för meritvärderingsfrågor har, sedan uppdraget slutförts, till utredningen överlämnat en rapport. Denna motsvaras av kapitel 8 i utredningens betänkande.

Arbetsgruppen rörande tjänster för läkare

vid undervisningssjukhusen beräknas kunna slutföra sitt uppdrag under hösten 1971. Dess rapport avses sedermera, sedan den behandlats av utredningen, bli publicerad i form av ett särskilt betänkande.

Utredningen har antagit benämningen *Läkartjänstutredningen*.

Sedan uppdraget i dess huvuddelar nu slutförts, får utredningen härmed överlämna sitt betänkande *Läkartjänster*. Delbetänkande avseende konstruktionen av tjänster för läkare vid undervisningssjukhusen m. m. avses bli framlagt senare.

Särskilt yttrande från Sveriges läkarförbunds representanter bifogas.

Stockholm den 15 september 1971

Bror Rexed

*Bo Oscarsson
Kay Gunnar Wilow*

Innehållsförteckning

1	<i>Utredningsuppdraget m. m.</i> . . .	9	4	<i>Läkartjänsternas struktur</i>	43
1.1	Utredningens direktiv	9	4.1	Inledning	43
1.2	Utredningsarbetets bedrivande	10	4.2	Vissa utgångspunkter	43
2	<i>Läkarutbildningen</i>	12	4.2.1	Ansvarsfrågan	43
2.1	Inledning	12	4.2.2	Tjänstekategorier. Principiella indelningsgrunder	46
2.2	Grundutbildning	12	4.2.3	Tjänstekategoriernas funktioner	47
2.2.1	Historik	12	4.3	Förslag till tjänstestruktur	49
2.2.2	1969 års reform	15	4.3.1	Allmänna synpunkter	49
2.3	Vidareutbildning	17	4.3.2	Tjänster för läkare under vidareutbildning	50
2.3.1	Historik	17	4.3.3	Tjänster för läkare med fullgjord vidareutbildning	51
2.3.2	1969 års reform	20	5	<i>Konstruktion av läkartjänsterna</i>	55
3	<i>Sjukvårdsutveckling och läkartjänster</i>	26	5.1	Inledning	55
3.1	Allmänna drag i hälso- och sjukvårdsutvecklingen	26	5.2	Tjänster för läkare under vidareutbildning	55
3.1.1	Växande krav på hälso- och sjukvård	26	5.2.1	Nuvarande förhållanden	55
3.1.2	Ökade samhällsinsatser	27	5.2.2	Tidigare diskussion	56
3.1.3	Ökad läkartillgång	28	5.3	Tjänster för läkare med fullgjord vidareutbildning	59
3.2	Organisatoriska förändringar m. m.	29	5.3.1	Nuvarande förhållanden	59
3.3	Sluten – öppen vård	30	5.3.2	Tidigare diskussion	59
3.3.1	Socialstyrelsens principprogram	30	5.4	Utredningens överväganden och förslag	62
3.3.2	Vissa andra utredningar	32	5.4.1	Tjänster för läkare under vidareutbildning	62
3.3.3	Utredningsförslag om den öppna läkarvården utanför sjukhus	36	5.4.1.1	Förordnandets karaktär och längd	62
3.4	Nivåstruktur och läkartjänster	38	5.4.1.2	Inrättande av underläkartjänster	67
3.5	Läkartjänster för hälsovård m. m.	41			

5.4.1.3	Vikariat m. m.	68	7	<i>Tillsättning av läkartjänster</i> . . .	98
5.4.2	Tjänster för läkare med fullgjord vidareutbildning	70	7.1	Inledning	98
5.4.2.1	Överläkare och motsvarande	70	7.2	Nuvarande förhållanden	98
5.4.2.2	Avdelningsläkare	71	7.3	Tidigare diskussion	100
6	<i>Behörighetsfrågor</i>	72	7.3.1	Allmänt	100
6.1	Inledning	72	7.3.2	Tillsättning av överläkartjänster	101
6.2	Behörighet som läkare	72	7.3.3	Tillsättning av tjänster för läkare under vidareutbildning	103
6.2.1	Nuvarande förhållanden	72	7.4	Utredningens överväganden och förslag	104
6.2.2	Tidigare diskussion	74	7.4.1	Tillsättning av tjänster för läkare med fullgjord vidareutbildning	104
6.2.2.1	Allmänt	74	7.4.2	Tillsättning av tjänster för läkare under vidareutbildning	109
6.2.2.2	1915 års lag m. m.	74	7.4.3	Besvärsordning m. m. vid tillsättning av läkartjänster	111
6.2.2.3	1960 års lagar	75	8	<i>Meritvärdering vid tjänstetillsättning</i>	114
6.2.2.4	1969 års reform av läkarutbildningen	78	8.1	Inledning	114
6.2.3	Läkarbehörighet i vissa andra länder	80	8.2	Nuvarande förhållanden	114
6.3	Behörighet till olika läkartjänster	82	8.2.1	Gällande befordringsgrunder och meritvärderingsföreskrifter	114
6.3.1	Nuvarande förhållanden	82	8.2.2	Nuvarande praxis inom socialstyrelsen vid upprättande av förslag till överläkartjänster	117
6.3.2	Tidigare diskussion	83	8.3	Tidigare diskussion	119
6.4	Utredningens överväganden och förslag	86	8.3.1	Befordringsgrunder och meritvärdering	119
6.4.1	Behörighet som läkare	86	8.3.2	Meritvärderingsnormernas hittillsvarande tillämpning	120
6.4.1.1	Allmänna synpunkter	86	8.4	Utredningens överväganden och förslag	121
6.4.1.2	Formerna för behörighetsreglering	87	8.4.1	Allmänt	121
6.4.1.3	Den framtida kontrollfunktionen	89	8.4.2	Författningsmässig reglering	121
6.4.1.4	Behörighetens innebörd m. m.	90	8.4.3	Meritvärderingsnormernas innehåll	122
6.4.2	Behörighet till olika läkartjänster	91	8.4.3.1	Tjänstekategorier	122
6.4.2.1	Allmänna synpunkter	91	8.4.3.2	Befordringsgrunder	122
6.4.2.2	Behörighetsvillkor för underläkartjänster	91	8.4.4	Vissa andra problem i samband med meritvärdering	124
6.4.2.3	Behörighetsvillkor för överläkar- och avdelningsläkartjänster	92			
6.4.2.4	Specialitet — medicinskt verksamhetsområde	93			
6.4.2.5	Särskilda behörighetsvillkor för vissa läkartjänster	93			
6.4.3	Författningsändringar, övergångsbestämmelser m. m.	95			

8.4.4.1	Tjänstår/meritår	124
8.4.4.2	Samordning av meriter förvärvade i öppen res- pektive slutna vård . .	127
9	<i>Läkartjänster vid undervisnings- sjukhusen</i>	131
10	<i>Sammanfattning</i>	134
10.1	Uppdraget	134
10.2	1969 års reform av läkarutbild- ningen	134
10.3	En enhetlig tjänstestruktur	135
10.4	Tre tjänstekategorier	136
10.5	Tjänstekonstruktion	137
10.6	Behörighetsfrågor	138
10.7	Tillsättningsförfarande	140
10.8	Meritvärdering	142
10.9	Läkartjänster vid undervisnings- sjukhusen	143
	<i>Särskilt yttrande av hrr Carl-Axel Nils- son och Stig-Bertil Nilsson</i>	144
	<i>Författningsförslag jämte specialmoti- iveringar</i>	149
1	Förslag till lag om behörighet som läkare	150
2	Förslag till kungörelse med tillämpningsföreskrifter till lagen om behörighet som läkare	157
3	Förslag till lag om ändring i lagen om förbud i vissa fall mot verk- samhet på hälso- och sjukvårdens område	172
4	Förslag till lag om ändring i sjuk- vårdslagen	174
5	Förslag till kungörelse om änd- ring i sjukvårdskungörelsen . . .	179
6	Förslag till kungörelse om änd- ring i Kungl. Maj:ts instruktion för socialstyrelsen	185

1 Utredningsuppdraget m. m.

1.1 Utredningens direktiv

Direktiven för utredningsarbetet framgår dels av Kungl. Maj:ts uppdrag till socialstyrelsen den 5 december 1969 att utreda vissa frågor rörande tjänster för läkare under vidareutbildning m. m., dels av en till beslutet fogad promemoria, som upprättats inom socialdepartementet.

I Kungl. Maj:ts beslut anförts bl. a. följande:

Kungl. Maj:t uppdrar åt socialstyrelsen att — efter samråd med universitetskanslersämbetet, sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut, statens läkarförhandlingsdelegation, Svenska landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, Sveriges läkarförbund samt den sakkunnige för utredning av vissa frågor angående sjukhusorganisationen m. m. ävensom med beaktande av vad som anförts i en till detta beslut fogad, inom socialdepartementet upprättad promemoria — utreda och lägga fram förslag beträffande

dels de förändringar i tjänstekonstruktionen för läkare, som påkallas av förslagen i prop. 1969:35,

dels behörighetsvillkoren såväl för utövande av läkaryrket som för olika slag av läkartjänster, varvid även skall undersökas vilka regler för värderingen av läkares meriter, som kan behövas vid tillsättning av olika läkartjänster,

dels de ändringar i sjukvårdslagstiftningen, som föranleds av ställningstagandena i berörda frågor.

Socialstyrelsen skall komma in med utred-

ningsförslagen senast den 1 juli 1971.

Socialdepartementets nämnda promemoria har följande lydelse:

Man bör i fortsättningen mera konsekvent än hittills arbeta med två olika slag av läkartjänster inom sjukvården, nämligen dels tjänster för läkare under vidareutbildning och dels mera fasta tjänster.

Vidareutbildningen, som omfattar allmän tjänstgöring samt specialist- eller allmänpraktikerutbildning, förutsätts ske på tjänster för läkare i underordnad ställning (SFS 1969:422). Förordnande på sådan tjänst bör vara tidsbegränsat och tjänsten inte få uppehållas längre tid än som vederbörande läkare behöver för att fullgöra föreskriven tjänstgöring under vidareutbildningen. Uppehållande av annan tjänst än sådan, som utnyttjas för vidareutbildning, bör i princip inte kunna tillgodoräknas. De för vidareutbildningen direkt avsedda tjänsterna bör inte få uppehållas av andra än sådana läkare, som skall fullgöra vidareutbildning.

F. n. gäller som huvudregel att vidareutbildning skall fullgöras som läkare i underordnad ställning i tjänst som socialstyrelsen godkänt för ändamålet. Antalet läkartjänster för vidareutbildning skall av socialstyrelsen vid varje tidpunkt anpassas med hänsyn till det framtida sjukvårdsbehovet.

En ny tjänstekonstruktion för läkare under vidareutbildning bör vara ägnad att underlätta för socialstyrelsen att utöva den nödvändiga kontrollen över tjänsternas fördelning och tillsättande. Då det totala antalet läkare i underordnad ställning vid en sjukvårdsenhet bör bestämmas med hänsyn till sjukvårdsbehovet vid enheten, bör konstruktionen även underlätta ett byte mellan vidareut-

bildningstjänster och övriga tjänster för läkare i underordnad ställning.

Förslagen bör i övrigt sikta till att skapa en tjänstekonstruktion för två huvudgrupper av läkare, nämligen dels läkare med mera självständigt sjukvårdsansvar, dels läkare i underordnad ställning. Läkarna bör sedan kunna i enkel form tilläggas särskilda uppgifter, såsom t. ex. särskilt ansvar för undervisning, för öppen vård eller för konsulterande verksamhet.

Frågan hur läkartjänstgöring bör kombineras med forskarutbildning i kliniska ämnen bör även prövas i samband med utredningsarbetet.

När det gäller behörighetsvillkor för utövande av läkaryrket bör olika grader av behörighet inte införas. Det bör vidare utredas om det finns något behov av att vid sidan av de allmänna kompetenskrav som kan visas uppfyllda genom avlagd läkarexamen kräva auktorisation i särskild form genom läkarlegitimation av de läkare, som skall utöva allmän läkartjänst, eller om särskild legitimation endast bör krävas av dem, som skall utöva läkaryrket självständigt i enskild verksamhet, t. ex. i form av privat patientmottagning eller i enskild tjänst. Sådan legitimation bör i sistnämnda fall ges tidigast efter fullgjord allmäntjänstgöring till sådana läkare, som avlagt läkarexamen enligt den nya studieordningen och behöver legitimationen för sin verksamhet.

I den mån regler för meritvärdering behöver fastläggas bör de vara enkla och lätt tillämpbara. Det bör särskilt övervägas om reglerna behöver vara intagna i lagstiftningen.

1.2 Utredningsarbetets bedrivande

Utredningen har bestått av dels en ledningsgrupp inom socialstyrelsen, dels en samrådsgrupp i vilken även ingått företrädare för universitetskanslersämbetet, Spri, Svenska landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet och Sveriges läkarförbund.

Inom samrådsgruppen har skett ett fortlöpande samråd med berörda myndigheter och organisationer. Utredningen har även haft samråd i vissa frågor med statens avtalsverk.

Under utredningsarbetet har kontakter vidare ägt rum bl. a. med företrädare för de medicine studerande. Vid en uppvaktning i socialstyrelsen den 27 maj 1971 gavs sålunda

de studerande tillfälle att med företrädare för socialstyrelsen och läkartjänstutredningen diskutera bl. a. vissa frågor sammanhängande med formerna för allmäntjänstgöring för läkare.

Under arbetet har till utredningen överlämnats flera skrivelser som ställts till socialstyrelsen, bl. a. rörande meritvärderingsfrågor av aktuell betydelse för läkare inom skilda verksamhetsområden. Dessa har ingått som en del i underlaget för utredningens ställningstaganden rörande behörighetsregler för vissa läkartjänster, meritvärderingsfrågor etc.

Till utredningen har vidare överlämnats material till ett utredningsuppdrag från Kungl. Maj:t till socialstyrelsen av den 6 mars 1964 angående dubbel tjänstårsrätt för viss läkartjänstgöring. Utredningens synpunkter i denna fråga presenteras i kapitel 8.4.4. Vidare har till utredningen överlämnats det material som utarbetats av en av socialstyrelsen och Sveriges läkarförbund den 27 juni 1968 gemensamt upprättad arbetsgrupp med uppdrag att kartlägga meritvärderingsproblemen. Denna arbetsgrupp upplöstes i samband med tillkallandet av den nu aktuella ledningsgruppen och samrådsgruppen.

Utredningen har under sitt arbete låtit utföra en enkät angående rörligheten på vissa läkartjänster m. m. Resultatet av enkäten finns tillgängligt i form av en särskild promemoria som upprättats inom socialstyrelsens planeringsavdelning. Enkäten omfattade två sjukvårdsområden, Östergötlands läns landstingskommun och Västernorrlands läns landstingskommun, och avsåg februari månad 1971. På grund av lockouten under den aktuella perioden blev resultaten särskilt från Västernorrland av begränsat värde. Några jämförelser mellan läget inom de båda aktuella områdena har därför inte kunnat göras. I sammanhanget bör dock framhållas, att Sveriges läkarförbund under hösten 1970 genomfört en omfattande enkät (1970 års läkarenkät) med delvis motsvarande syfte.

I samband med behandlingen av meritvärderingsfrågorna har en enkät utsänts till Sveriges läkarförbunds specialistföreningar

m. fl. angående värderingen av meriter förvärvade vid läkartjänstgöring i öppen respektive sluten vård. Enkäten redovisas i kapitel 8.

2.1 Inledning

1900-talets reformverksamhet på den medicinska utbildningens område karakteriseras av en fortgående integration av utbildning och praktisk tjänstgöring i sjukvården. Tiden för grundutbildningen har successivt minskats till förmån för en allt intensivare vidareutbildning och efterutbildning. Kravet på vidareutbildning gäller numera flertalet läkarkategorier.

Omdaning av läkarutbildningen hör nära samman med den allmänna sjukvårdsutvecklingen. På samma sätt finns ett starkt samband mellan strukturförändringar inom sjukvården, läkarutbildning och frågor rörande konstruktion av läkartjänster, behörighetskrav för olika slag av läkartjänster m. m.

De ovan antydda utgångspunkterna för utredningens förslag berörs närmare i kapitel 3. Med hänsyn till den betydelse förändringarna i det medicinska utbildningssystemet har för bedömningen av de frågor utredningen getts i uppdrag att behandla, har det ansetts värdefullt att inledningsvis skildra reformverksamheten inom läkarutbildningen under de senaste decennierna, främst med hänsyn till målsättningen för utbildningen, avvägningen mellan grundutbildning och vidareutbildning samt sambandet mellan utbildning och praktisk tjänstgöring i sjukvården.

Kapitlet är indelat i två avdelningar. Den första behandlar grundutbildningen, den

andra vidareutbildningen. Grundutbildningen har med hänsyn till utredningsuppdraget behandlats kortfattat. Endast huvuddragen i utvecklingen anges, med tyngdpunkt på grundutbildningens senare skede i anslutning till diskussionen om avvägningen mellan grundutbildning och vidareutbildning.

Efter en kort inledande historik upptas framställningen huvudsakligen av en skildring av innebörden i 1969 års reform av läkarutbildningen samt de utredningsförslag som legat till grund för denna.

Efterutbildning av läkare – dvs. kursverksamhet m. m. med syfte att även efter avslutad vidareutbildning hålla läkarna informerade om nyheter ifråga om bl. a. sjukdomars diagnostik och behandling – berörs inte i den följande redovisningen. Det bör dock påpekas att anslag för efterutbildning av läkare utgår såväl via statsbudgeten som från olika läkarsammanslutningar. För provinsialläkarnas efterutbildning utbetalas årligen betydande medel ur provinsialläkarfonden.

2.2 Grundutbildning

2.2.1 Historik

Under perioden 1908–1955 reglerades den medicinska grundutbildningen i *1907 års stadga angående medicinska examina (SFS nr 47)*.

Studierna fördelades på medicine kandidat- och licentiatexamen. Enligt stadgan föreskrevs obligatoriska kurser och tjänstgöringar i samband med studierna i vissa ämnen. Begreppet assistenttjänstgöring infördes som beteckning för sådana arbetsuppgifter som ungefärligen motsvarade vad en underläkare fullgjorde. Någon bestämd tid för studierna till medicine licentiatexamen angavs inte i stadgan. Studietiden var mycket lång — omkring tio år — innan stadgan trädde i kraft. Vid stadgans tillkomst räknade man med en genomsnittlig studietid av åtta år. I praktiken blev den avsevärt längre. De studerande tjänstgjorde ofta redan före licentiatexamen som amanuenser eller assistenter och tog tillfälliga vikariatsförordnanden.

Assistenttjänstgöringen fullgjordes inom ramen för licentiatutbildningen och var knuten till de ämnen som ingick i examen. Redan tidigt övervägdes emellertid att införa obligatorisk sjukhustjänstgöring efter licentiatexamen. 1938 års *hälso- och sjukvårds-sakkunniga* (SOU 1942:4) föreslog ettåriga aspirantläkartjänster för nylegitimerade läkare, i syfte att dessa skulle få möjlighet att visa sin lämplighet för sjukhustjänstgöring. Först därefter skulle vederbörande kunna komma i fråga som underläkare. Modellen hämtades från förvaltning, rättsskipning och undervisningsväsende och motiverades inte i första hand från utbildningssynpunkt. Förslaget mötte stark kritik från remisshåll och föranledde inga statsmakernas åtgärder.

1938 tillkallades en utredning för att se över läkarnas grundutbildning och vidareutbildning. Utredningen kallas i fortsättningen *läkarutbildningssakkunniga* (LS). Betänkandet rörande grundutbildning avgavs 1941 (SOU 1941:27).

Målet för grundutbildningen borde enligt LS vara att ge en medicinsk allmänbildning, så anpassad, att den examinerade var vuxen att meddela allmän hälso- och sjukvård efter vunnit legitimation. Den alltmer framträdande tendensen till specialisering ansågs kunna innebära en fara, om specialisten inte fick allmän överblick över medicinens alla

områden. De sakkunniga avvisade därför tanken på specialisering före legitimation.

I fråga om läkarutbildningens organisation förordades en fastare ordning än vad som dittills gällt. Ämnena borde studeras i bestämd följd. Kurser och tjänstgöringar i varje ämne skulle äga rum i samband med varandra. Under en klinisk tjänstgöring borde de studerande genom att delta i det löpande sjukvårdsarbetet få den praktiska utbildning som behövdes. Särskild assistenttjänstgöring skulle bortfalla.

LS eftersträvade en fast studiegång i syfte att nedbringa studietiden till omkring sju år. Vid remissbehandlingen kritiserades bl. a. den föreslagna normalstudietiden, som ansågs för kort. Efter överarbetning av det ursprungliga förslaget föreslog utredningen en normalstudietid om sju och ett halvt år (SOU 1945:57). Vidare förordades, att assistenttjänstgöringarna skulle bibehållas.

Utredningsarbetet under slutet av 30-talet och början av 40-talet rörande läkarutbildningen resulterade endast i vissa mindre förändringar. En genomgripande reform av läkarutbildningen var sålunda fortfarande starkt aktuell vid slutet av 1940-talet. Efter bemyndigande av Kungl. Maj:t i oktober 1948 tillkallade chefen för ecklesiastikdepartementet sakkunniga för översyn av läkarutbildningen och därmed sammanhängande frågor — 1948 års *läkarutbildningskommitté* (LUK).

LUK avgav i februari 1953 betänkandet *Läkarutbildning* (SOU 1953:7). Förslaget grundades på en ingående analys av läkarutbildningens mål och uppläggning. Utredningen betonade den fortgående specialiseringen inom särskilt den slutna men även den öppna vården. Samtidigt underströks behovet av allmänläkare.

Grundutbildningen borde enligt LUK utgöra en för alla läkare gemensam grundval på vilken vidareutbildningen skulle baseras. Under grundutbildningen skulle den blivande läkaren bringas att förstå, att hans utbildning aldrig är avslutad utan ständigt måste fortgå inom ramen för den praktiska yrkesutövningen. En kontinuerlig vidareutbildning var

enligt LUK lika viktig för allmänläkare som för specialister.

Den kliniska utbildningen borde enligt LUK utformas på ett sådant sätt, att den kunde bilda en gemensam bas för både allmänläkare och specialister. De studerande borde vidare få tillfälle till ett visst praktiskt arbete redan under själva grundutbildningen för att konsolidera sina kunskaper. Att ge en mera omfattande praktisk erfarenhet och sjukvårdsvana inom ramen för de kliniska kurserna på undervisningssjukhusen ansågs dock omöjligt.

I samband med diskussionen om avvägningen mellan grundutbildning och vidareutbildning tog LUK upp assistenttjänstgöringarnas roll. Utredningen konstaterade, att dessa tjänstgöringar intog en mellanställning mellan klinisk kurs och underläkartjänstgöring. Det hade tidigare ifrågasatts, om sådana tjänstgöringar behövde ingå i grundutbildningen. Förslag hade framförts om att motsvarande kunskaper borde inhämtas under en senare sjukhustjänstgöring. Enligt LUK hade dock assistenttjänstgöringarna vissa fördelar, framförallt därigenom att de studerande under denna tid fick börja med praktiskt arbete av en viss självständighet under bättre handledning än vid en underläkartjänstgöring.

Assistenttjänstgöringarna borde enligt LUK om möjligt utformas så att de fick karaktären av en period av mera självständig sjukvårdsverksamhet. Detta kunde enligt utredningen ske genom att tjänstgöringarna samlades till den kliniska utbildningens sista skede och regelmässigt förlades till andra sjukhus än undervisningssjukhus.

Assistenttjänstgöringarna föreslogs omfatta medicin (fyra månader), kirurgi (tre månader) och ett valfritt kliniskt ämne (två månader). Under denna tid skulle även tentamina i medicin och kirurgi avläggas. Kommittén underströk vikten av att de studerande under tjänstgöringen fick rikliga tillfällen till praktiskt arbete och möjlighet att se ett allsidigt patientmaterial.

Någon hänvisning till assistenttjänstgöring vid visst sjukhus skulle inte ske utan de

studerande skulle själva få söka. Tjänstgöringen skulle godkännas av vederbörande ämneslärare. Enligt kommitténs mening fanns inget hinder för att fullgöra assistenttjänstgöringarna i form av vikariat. Tvärtom, menade kommittén, torde detta i regel ge de studerande ännu större möjligheter att förvärva den rutin och erfarenhet som eftersträvades. Kontrollen av att vikariatsperioden motsvarade utbildningskraven föreslogs bli utövad av vederbörande lärare vid fakulteten.

Den totala normalstudietiden för medicine licentiatexamen beräknades av kommittén till drygt sex och ett halvt år, inklusive assistenttjänstgöringar om tillhoppa nio månader.

LUKs förslag rörande den medicinska grundutbildningen, både i avseende på utbildningens principiella uppdelning och dess praktiska utformning fick ett positivt mottagande av remissinstanserna. I den proposition som följde på utredningsförslaget (prop. 1954:212) biföll departementschefen kommitténs förslag till uppdelning av läkarutbildningen i en gemensam utbildningskärna, grundutbildningen, och på denna byggande specialiserade utbildningslinjer, vidareutbildningen. I propositionen framhölls vidare vikten av att uppfatta dessa två perioder i utbildningen som samhöriga. Som riktpunkt för läroanstalternas studieplaner förordades en normalstudietid för medicine licentiatexamen om sex och ett halvt år.

Departementschefen anslöt sig i princip till kommitténs förslag rörande målsättningen för assistenttjänstgöringarna. Han hade även övervägt att obligatoriskt förlägga tjänstgöringarna till andra sjukhus än undervisningssjukhus. Med hänsyn till att de studerande i särskilt de stora ämnena kunde behöva återknyta kontakten med universitetskliniken före den slutliga tentamen, ansåg han det dock lämpligt att av assistenttjänstgöringen i medicin den sista månaden obligatoriskt fullgjordes vid valfri universitetsklirik vid vilken tid som helst på året. Övriga assistenttjänstgöringar skulle i sin helhet få fullgöras vid andra sjukhus än undervisnings-

sjukhus och vid undervisningssjukhus endast då kurs i respektive ämne inte pågick. För att undvika studieförlängning ansåg departementschefen, att vederbörande ämneslärares prövning av assistenttjänstgöringen i valfritt ämne endast skulle avse kontroll av att tjänstgöringen skett på av universitetskanslern godkänd sjukhusavdelning. Någon kunskapsprövning skulle inte förekomma.

Under remissbehandlingen av utredningen hade föreslagits, att de studerande skulle få ägna en av eller båda assistenttjänstgöringsmånaderna i valfritt kliniskt ämne åt tjänstgöring i öppen vård. Departementschefen fann förslaget beaktansvärt men var inte beredd att tillstyrka en sådan ordning utan ytterligare överväganden.

Sedan frågan om en reformering av läkarutbildningen underställts riksdagen och riksdagen anmält sitt beslut (rskr den 14 december 1954, nr 395), utfärdade Kungl. Maj:t den 17 juni 1955 *stadga angående medicinska examina* (SFS nr 490). Den nya organisationen började successivt tillämpas fr. o. m. hösten 1955.

Med ledning av erfarenheterna från den nya studieordningen blev den medicinska utbildningen under det följande decenniet föremål för en fortlöpande översyn. Som ett led i detta arbete tillkallade universitetskanslern i september 1958 tre sakkunniga (den s. k. *AIS-kommittén*), i första hand för att bereda vissa frågor rörande assistenttjänstgöringarna. Uppdraget utvidgades sedermera till att gälla även andra frågor. De sakkunniga lade i oktober 1965 fram ett betänkande (stencil) med förslag om bl. a. vissa förändringar av den medicinska utbildningens omfattning och uppläggning under olika skeden. Vidare uttalade kommittén, att det borde övervägas att ersätta assistenttjänstgöring i valfritt ämne med en månads obligatorisk tjänstgöring i öppen vård. AIS-kommitténs betänkande överlämnades efter remissbehandling till SLUS (se nedan).

Den stadga angående medicinska examina som utfärdades i överensstämmelse med proposition 1954:212 ersattes av en ny stadga den 4 juni 1964 (SFS nr 471).

Bakgrunden till att en ny författning utfärdades var inte någon omprövning av grundutbildningen för läkare utan endast en följd av den 1964 meddelade universitetsstadgan.

2.2.2 1969 års reform

Efter rekommendation av Nordiska rådet tillsattes år 1963 en nordisk arbetsgrupp för utredning av frågan om genomförande av enhetliga regler i de nordiska länderna rörande specialistbehörighet för läkare. I februari 1965 avlämnade arbetsgruppen betänkande med förslag till överenskommelse i ämnet (*Nordisk utredningsserie 1964:6*). I avtalsförslaget angavs vissa allmänna förutsättningar för läkares rätt att för allmänheten tillkänna sig som specialist inom ett visst medicinskt område. För specialistkompetens skulle enligt förslaget krävas viss vidareutbildning bestående av dels en allmän utbildningsperiod på omkring två år, dels en längre specialistutbildning (jfr kapitel 2.3.2).

I december 1965 uppdrog Kungl. Maj:t åt medicinalstyrelsen och universitetskanslersämbetet att gemensamt utreda förutsättningarna för Sveriges anslutning till ett avtal med i huvudsak det innehåll, som föreslagits av den nordiska arbetsgruppen, samt att därvid även utreda förutsättningarna att begränsa tidsåtgången för läkarutbildningen fram till medicine licentiatexamen. Med anledning härav tillkallade ämbetsverken i februari 1966 två sakkunniga. Betänkande avlämnades den 20 oktober 1967 (SOU 1967:51). Utredningen benämns i det följande *specialist- och läkarutbildningssakkunniga* (SLUS).

I SLUS uppdrag ingick att utreda förutsättningarna för att begränsa tidsåtgången för medicinsk utbildning fram till medicine licentiatexamen till ca fem och ett halvt år med bibehållande av huvuddragen i då gällande studieordning. Utgångspunkten skulle vara det i propositionen 1954:212 hävdade betraktelsesättet, att läkarutbildningen – såväl utbildningen till licentiatexamen som på denna följande, specialiserade utbildningslinjer, vidareutbildningen –

utgjorde en enhet.

I första hand borde utredas, om assistenttjänstgöringarna helt eller delvis kunde utgå ur grundutbildningen och inordnas i den allmänna utbildningsperiod som föreslagits av den nordiska arbetsgruppen. Utredningen skulle vidare bl. a. överväga behovet av de mera specialiserade momenten i grundutbildningen och deras omfattning. Slutligen skulle utredningen eftersträva ett närmande till de övriga nordiska länderna vad gällde utformningen av utbildningen.

SLUS ansåg inte tiden mogen för en genomgripande förändring av grundutbildningens innehåll. Utredningen ansåg heller inte att specialistvården byggts ut i sådan omfattning, att någon radikal nedskärning av utbildningen i de kliniska specialämnena var motiverad. Samtliga läkare ansågs tills vidare behöva en medicinsk allmänbildning i specialämnena av ungefär samma omfattning som den gällande. Endast vissa detaljförändringar föreslogs.

SLUS föreslog en studieordning för grundutbildningen som var indelad i tre stadier: efter de två första studieåren, det prekliniska stadiet, skulle medicine kandidatexamen avläggas. Därefter följde det propedeutiska stadiet, omfattande ett år, samt slutligen det kliniska stadiet, omfattande två och ett halvt år. Det kliniska stadiet skulle indelas i två delar mot tidigare tre. Den första delen omfattade studier med kurser i medicin och kirurgi. Den andra, motsvarande det tidigare fria kliniska stadiet, skulle omfatta tre terminer. Medicine licentiatexamen skulle avläggas sedan det kliniska stadiet genomgåtts. För hela grundutbildningen föreslogs en i princip bunden studiegång.

Det principiellt nya i de sakkunnigas förslag gällde assistenttjänstgöringarnas roll. Med betoning av att grundutbildningens mål bör vara att bilda grundval för en huvudsakligen praktiskt inriktad vidareutbildning föreslog SLUS sålunda, att assistenttjänstgöringarna skulle utgå ur grundutbildningen och ersättas av en för alla läkare obligatorisk tjänstgöring om 15 månader, kallad allmänutbildning.

Efter remissbehandling av SLUS betänkande avlämnade socialstyrelsen och universitetskanslersämbetet förslag till Kungl. Maj:t (*Läkares grundutbildning och vidareutbildning. Februari 1968*).

Ämbetsverken ansåg, att de sakkunnigas förslag till organisation av grundutbildningen för läkare fått en lämplig utformning, och föreslog sålunda en grundutbildning på fem och ett halvt år med den uppdelning som SLUS förordat. Någon ytterligare reducering av utbildningstiden ansågs inte för tillfället möjligt att genomföra. Samtidigt underströks vikten av en sådan elasticitet i utbildningsorganisationen, att den möjliggör en anpassning av utbildningen med hänsyn till utvecklingens krav. I takt med en förstärkning av vidareutbildningen och utbyggnad av specialistväsendet kunde det alltså bli aktuellt att ytterligare begränsa innehållet i grundutbildningen.

För att förbättra genomströmningen under utbildningen och lösa de problem med köbildning vid de kliniska kurserna, som uppstått på grund av de studerandes benägenhet att avbryta studierna för att vikariera som läkare, ansåg ämbetsverken, att en bunden studieordning borde införas i huvudsak enligt de sakkunnigas förslag. Ämbetsverken förklarade sig medvetna om att en bunden studiegång under en övergångstid kunde komma att medföra problem för sjukvården, eftersom sjukhusens möjligheter att rekrytera medicine kandidater till vikariat på vakanta läkartjänster härigenom skulle reduceras. Samtidigt bedömdes det på sikt bli en klar förbättring av läkartillgången genom att sjukvården enligt förslaget skulle komma att tillföras praktiskt taget samtliga medicine licentiat under den allmäntjänstgöring ämbetsverken förordade (jfr nedan). Olägenheterna borde vidare minska av att övergången till den nya studieordningen föreslogs ske etappvis.

I fråga om studieordningen anslöt sig ämbetsverken till SLUS bedömning. De var också i huvudsak ense med SLUS i fråga om studiernas uppläggning men ansåg, att studierna i medicin och kirurgi skulle avslutas

med betygsgraderad sluttentamen som i andra kliniska huvudämnen. Ämbetsverken hänvisade härvidlag till sitt förslag om läkarexamen, varom mera i det följande.

Mot bakgrund av vissa allmänna riktlinjer fann departementschefen i *prop. 1969:35 rörande vidareutbildning och fördelning av läkare m. m.*, att den av ämbetsverken gjorda avvägningen mellan grundutbildning och vidareutbildning var lämplig. Departementschefen underströk, att målet för grundutbildningen skulle vara att ge de blivande läkarna sådana teoretiska kunskaper och praktiska färdigheter som är av betydelse för samtliga läkare och som fordras som grund för deras vidareutbildning.

Den av ämbetsverken föreslagna ändringen av grundutbildningen tillstyrktes. Universitetskanslersämbetet gavs i uppgift att ytterligare överväga möjligheterna att begränsa omfattningen av grundutbildningen i samband med att vidareutbildningen förstärktes. Utbildnings- och studieplanerna borde fortlopande revideras inom den uppdragna tidsramen med hänsyn till sjukvårdens utveckling och forskningens framsteg (propositionens innehåll redovisas närmare i kapitel 2.3.2).

Genom *kungörelse den 23 maj 1969 (SFS nr 330) om utbildning vid medicinsk fakultet* har den föreslagna studieordningen genomförts. Kungörelsen trädde i kraft den 1 juli 1969.

Den grundläggande utbildningen vid medicinsk fakultet omfattar de examensämnen och andra läroämnen som Kungl. Maj:t eller, efter dess bemyndigande, universitetskanslersämbetet bestämmer för varje examen. I utbildningen ingår också de särskilda kurser som bestämts. Studierna skall normalt kräva högst två år för medicine kandidatexamen och ytterligare högst tre och ett halvt år för läkarexamen. Den som avlagt medicine kandidatexamen är behörig att avlägga läkarexamen, om han fullgjort vad som föreskrivs för examen. Examensbevis utfärdas av rektorsämbetet vid det universitet, där den studerande senast godkänts i prov.

2.3 Vidareutbildning

2.3.1 Historik

Förordnande som läkare i underordnad ställning – underläkare eller extra läkare – har sedan lång tid tillbaka varit förenat med viss vidareutbildning. Av 1864 års kungörelse angående kompetenskrav för lasarettsläkarbefattning (SFS nr 77) kan man sålunda utläsa, att underläkartjänstgöring vid större sjukhus redan vid den tiden betraktades som en form av vidareutbildning som öppnade vägen till läkarbefattning i ledande ställning. Enligt 1901 års lasarettstadga (SFS nr 83) kunde underläkartjänster inrättas vid lasarett efter Kungl. Maj:ts bemyndigande. Underläkares uppgifter var närmast att "tillhandagå" lasarettsläkaren. Förordnande meddelades av medicinalstyrelsen och var inte tidsbegränsat. Genom 1928 års lag om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus (SFS nr 302) blev underläkartjänsterna tidsbegränsade. Medicinalstyrelsen förordnade läkaren för viss tid, dock högst tre år i sänder, om inte Kungl. Maj:t medgav annorlunda. Kungl. Maj:t kunde delegera rätten att inrätta tjänst till medicinalstyrelsen. År 1940 tillkom en ny sjukhuslag (SFS nr 1044), som emellertid inte medförde några väsentliga förändringar i här berörda hänseenden.

LS framhöll i betänkande angående utbildningen efter licentiatexamen (SOU 1945:56), att man borde sträva efter att fördela möjligheterna till sjukhustjänstgöring som underläkare på ett rättvist sätt för att bereda läkarna tillträde till den utbildning som tjänstgöringen innefattade. Utredningen ansåg det angeläget, att man genom reglering av underläkartjänsternas antal och förordnandetiden påverkade läkarkärens fördelning efter föreliggande behov. Dittills hade man saknat överblick i dessa hänseenden. Behovet av utbildning efter licentiatexamen var enligt utredningen betydande och varje läkare borde tillförsäkras möjlighet till minst ett allmänt sjukhusår. Utredningen framhöll särskilt önskvärdheten av att tjänsteläkare och allmänpraktiker fick gedigen sjukhusutbildning.

LS skilde i fråga om vidareutbildningen mellan grundutbildning, specialistutbildning och randutbildning. Med grundutbildning avsågs såväl vidareutbildning för allmän läkarverksamhet som för specialistutbildning. Specialistutbildning innefattade den önskvärda utbildningen inom specialområdet, och randutbildning avsåg behövlig utbildning inom gränsområden till den egna specialiteten.

Utredningen föreslog, att sjukhusutbildningen för tjänsteläkare och allmänpraktiker skulle omfatta något eller några års grundutbildning och kortare tids randutbildning inom lämpliga specialiteter. En blivande specialist borde också genomgå grundutbildning samt därpå specialistutbildning och randutbildning. Grundutbildningen skulle förläggas till odelade lasarett eller medicinska och kirurgiska kliniker, under det att specialistutbildningen borde förläggas till specialistutbildningssjukhus.

Utredningen föreslog i huvudsak två olika slags underläkartjänster för vidareutbildning i form av grundutbildning: dels ettårsförordnanden för nylegitimerade läkare, dels treårsförordnanden för läkare som var i behov av mera långvarig grundutbildning, såsom tjänsteläkare.

LS ansåg, att alla läkare behövde vidareutbildning, oavsett vilken verksamhet de senare skulle ägna sig åt. De sakkunniga övervägde i detta sammanhang införande av ett obligatoriskt sjukhusår i anslutning till examen. Denna tanke avvisades emellertid och utredningen föreslog i stället, att ett större antal korttidstjänster skulle inrättas. Medicinalstyrelsen borde vid prövning av frågan om nyinrättande av underläkartjänster beakta utbildningens krav genom att inrätta extraläkartjänster med ettårsförordnanden. Aspirantläkartjänster för nylegitimerade läkare av den modell som föreslagits av 1938 års hälso- och sjukvårdssakkunniga avvisades, då det ansågs att läkarna i så fall endast skulle få tjänstgöra som assistenter vid sidan av den ordinarie läkarstaben.

LS förslag utsattes för skarp kritik av flera remissinstanser. Medicinalstyrelsen och

Svenska läkaresällskapet föreslog, att ett obligatoriskt sjukhusår skulle vara villkor för legitimation. Året skulle fullgöras i form av vanlig underläkartjänst och alltså ingå som ett reguljärt moment i sjukvården. För detta skulle inrättas ettåriga läkartjänster, vilka skulle reserveras för nyutexaminerade. Utredningsförslaget föranledde inga åtgärder från statsmakternas sida.

LUK tog på nytt upp det tidigare väckta förslaget om en obligatorisk period av sjukhusarbete efter medicine licentiatexamen. En sådan tjänstgöring kunde enligt kommittén organiseras efter tre principiellt skilda alternativ. Enligt det första skulle en så ingående praktisk utbildning ges före licentiatexamen, att den studerande efter denna utan vidare kunde få öppna egen läkarpraktik. Det andra alternativet innebar en till ett minimum reducerad praktisk utbildning före licentiatexamen, så att längre eller kortare tids sjukhustjänstgöring måste erfordras, innan rätt att öppna egen praktik medgavs. Det tredje alternativet utgjorde en medelväg mellan dessa, varvid blott en kortare tids underläkartjänstgöring skulle bli nödvändig för rätt att öppna egen praktik.

De utbildningsmål LUK fixerat ansågs svara närmast mot det tredje alternativet. Kommittén fann emellertid, att det skulle leda till sådana svårigheter att bereda alla läkare en längre tids obligatorisk sjukhustjänstgöring, att den inte ansåg sig kunna lägga fram förslag till dylik utbildning. Det var inte möjligt, menade kommittén, att utan exceptionella åtgärder skaffa fram underläkartjänster med ettårsförordnande för alla läkare. Detta skulle innebära antingen att ett betydande antal underläkartjänster omvandlades till ettårsförordnanden, vilket enligt utredningen måste betecknas som ett stort ingrepp i sjukhusorganisationen, eller att särskilda underläkartjänster inrättades för utbildningsändamål, vilket ansågs ekonomiskt ogenomförbart. Kommittén utformade i stället sin utbildningsplan efter följande riktlinjer. Grundutbildningen skulle som ovan framhållits inbegripa assistenttjänstgöringar med syfte att ge ökad praktisk

erfarenhet i ämnena medicin och kirurgi samt i ett valfritt kliniskt specialämne. Efter assistenttjänstgöringarna skulle följa en period av vidareutbildning, avpassad efter läkares kommande, definitiva verksamhet.

Med den målsättning kommittén angett för läkarutbildningen ansågs inte medicine licentiatexamen utgöra en tillräcklig grund för utövande av en god allmän praktik. Utredningen konstaterade, att det varken från patienternas eller samhällets synpunkt var önskvärt att någon läkare trädde in i sådan verksamhet utan vidareutbildning efter examen. Frågan om även allmänpraktikern obligatoriskt skulle åläggas vidareutbildning ansågs dock få bli beroende av en avvägning mellan å ena sidan riskerna med att låta läkare arbeta på eget ansvar med enbart den allmänna läkarutbildningen som grund och å andra sidan de organisatoriska och ekonomiska svårigheter som krav på ytterligare sjukhusutbildning skulle medföra. I stället för en obligatorisk sjukhusutbildning för alla läkare föreslog kommittén, att regleringen av utbildningen för allmänpraktiker efter licentiatexamen skulle anförtros läkarorganisationerna. Efter överläggningar med Sveriges läkarförbund utarbetade kommittén ett förslag enligt vilket utbildningen för allmänpraktiker skulle omfatta minst två års tjänstgöring på sjukhus i underordnad ställning med tjänstårsrätt. Av dessa två år skulle ett år fullgöras på invärtesmedicinsk avdelning, odelat lasarett eller sjukstuga. Intill ett halvt år av tiden skulle kunna utbytas mot tjänstgöring i kirurgi. Till denna ettåriga tjänstgöring skulle läggas ytterligare fyra månaders tjänstgöring på psykiatrisk klinik eller sinnessjukhus samt åtta månader på valfri klinik.

Kommittén tog även upp frågan om vidareutbildning för tjänsteläkare. Behörighetsvillkoren för dessa tjänster — endast åtta månaders sjukhustjänstgöring som underordnad läkare — ansågs otillfredsställande med hänsyn till arbetsuppgifterna. Utredningen föreslog, att tjänsteläkarnas vidareutbildning skulle omfatta minst tre års tjänstgöring på sjukhus i underordnad ställning. Tjänstgö-

ringen skulle fördelas på ungefär samma områden som föreslagits för utbildning i allmän praktik.

Specialistutbildningen reglerades vid tiden för LUK:s förslag genom vissa riktlinjer för rätt att annonsera specialitet som angetts av Sveriges läkarförbund. Några särskilda kurser var inte stipulerade. Med hänsyn till de anspråk på lärare och reserverade underläkarbefattningar på specialistutbildningssjukhus som detaljerade krav på utbildningskurser skulle ställa, ansåg sig LUK heller inte kunna rekommendera ett sådant system. Kontrollen av specialistutbildningen borde enligt kommittén anförtros läkarförbundet även i fortsättningen.

Remissinstansernas reaktion på LUK:s förslag beträffande vidareutbildning av läkare blev i stort sett positiv. I fråga om allmänpraktiker och tjänsteläkare framhöll dock Sveriges läkarförbund, att sjukhusutbildningen borde ha samma längd för båda dessa kategorier. Härigenom skulle en allmänpraktiker utan svårigheter kunna övergå till tjänsteläkarbanan.

Medicinalstyrelsen tillstyrkte i princip kommitténs förslag om vidareutbildning för tjänsteläkare. Med hänsyn till den begränsade tillgången på utbildningsplatser m. m. ansåg styrelsen dock, att utbildningskraven inte borde fixeras alltför strängt beträffande tjänstgöringens art.

I anslutning till LUKs förslag beträffande specialistutbildningen ställde sig vissa remissinstanser tveksamma till om utformningen av bestämmelser för och kontroll av specialistutbildningen i längden kunde anförtros enskilda yrkessammanslutningar för läkare. Svenska landstingsförbundet ifrågasatte exempelvis, om det inte vore riktigare att dessa frågor handlades av medicinalstyrelsen.

Departementschefen accepterade i princip LUKs förslag men uppmanade i *prop. 1954:212* vederbörande myndigheter att uppmärksamt följa utvecklingen i fråga om vidareutbildningen för att offentliga åtgärder skulle kunna vidtas i mån av behov. Förslaget om behörighetsvillkor för tjänsteläkare godtogs i huvudsak, och medicinalstyrelsen

uppmanades upprätta en plan för tjänstelä-karkurserna. Departementschefen var inte villig att föreslå några detaljerade regler för underläkartjänstgöring i syfte att tillförsäkra läkarna den avsedda vidareutbildningen. Samtidigt underströks vikten av att överens-kommelser träffades mellan medicinalstyrelsen, huvudmännen och läkarorganisationerna så att plats kunde beredas alla läkare som ville skaffa sig vidareutbildning.

2.3.2 1969 års reform

1954 års reform av läkarutbildningen avsåg främst grundutbildningens målsättning, dimensionering och innehåll. Specialistutbildningen var under den senare delen av 1950-talet alltför en angelägenhet för läkar-förbundet. Den fortsatta debatten om läkar-utbildningen under 1950- och 1960-talen kom emellertid att i första hand inriktas på vidareutbildningen. Även behörighetsfrå-gorna övervägdes därvid. Medicinalstyrelsen inkom sålunda i september 1959 med ett förslag till kungörelse om villkor för behörig-het till vissa civila läkartjänster. Offentliga regler om specialistbehörighet för läkare fastställdes för första gången genom kungö-relse den 25 november 1960. I december 1961 inkom medicinalstyrelsen med förslag till nya specialistbehörighetsbestämmelser (se vidare kapitel 6 angående behörighets-frågor).

Ungefär samtidigt igångsattes utrednings-arbetet på det nordiska planet, vilket i februari 1965 utmynnade i ett betänkande med förslag om överenskommelse i ämnet. I avtalsförslaget angavs som ovan nämnts vissa allmänna regler för att läkare i fördragsslutande stat skulle få rätt att för allmänheten tillkännage, att han är specialist inom visst medicinskt område av läkarvetenskapen. För specialistkompetens skulle enligt förslaget krävas vidareutbildning bestående av dels en allmän utbildningsperiod, dels huvudutbildning inom den specialitet vari vederbörande söker specialistkompetens och dels sidout-bildning inom en annan specialitet av betydelse för den sökta kompetensen. I förslaget angavs vidare, att kunskapsprövning i någon

form skulle ske under vidareutbildningen.

Den allmänna utbildningsperioden skulle enligt avtalsförslaget omfatta omkring två år och avse tjänstgöring som läkare i öppen eller slutna vård. Huvud- och sidoutbildningen skulle omfatta tjänstgöring vid sjukhus under minst fyra år. Huvudutbildningen skulle pågå under minst tre år och sidout-bildningen som regel under minst ett halvt år.

På grundval av det nordiska förslaget uppdrog Kungl. Maj:t, som tidigare omtalats, åt medicinalstyrelsen och universitetskans-lersämbetet att utreda förutsättningarna för Sveriges anslutning till ett avtal i huvudsaklig överensstämmelse med den nordiska arbets-gruppens förslag. SLUS tillkallades (jfr kapi-tel 2.2.2).

I samband med övervägande om förutsätt-ningarna för Sveriges anslutning till det nordiska avtalet skulle SLUS enligt direkti-ven framlägga förslag i fråga om specialistut-bildningens utformning. Vidare skulle utred-ningen behandla frågor om läkarförordnan-dens längd, legitimation m. m. I uppdraget ingick även att överväga, huruvida assistent-tjänstgöringarna helt eller delvis skulle inord-nas i den allmänna utbildningsperiod som enligt den nordiska arbetsgruppens förslag skulle inleda vidareutbildningen. Som ovan framhållits föreslog SLUS, att assistenttjänst-göringarna skulle utgå ur grundutbildningen och ersättas av en för erhållande av legitima-tion som läkare obligatorisk vidareutbildning kallad allmänutbildning.

Enligt det nordiska förslaget skulle tjänst-göringarna under allmänutbildningen full-göras i underordnad ställning med fullt professionellt ansvar. SLUS ansåg inte något hinder härför föreligga, eftersom de som avlagt medicine licentiatexamen förutsattes ha klarat av alla kurser och tentamina, bl. a. i medicin och kirurgi, före tjänstgöringens början. Utredningen föreslog, att allmänut-bildningen skulle omfatta sammanlagt 15 månaders tjänstgöring med vardera sex må-nader i medicin och kirurgi samt tre månader i psykiatri. SLUS föreslog vidare, att veder-börande läkare under högst två månader av

tjänstgöringen i medicin skulle följa arbetet hos en provinsialläkare. Av kirurgitjänstgöringen skulle en till två månader fullgöras vid anestesivård, där intensivvård bedrivs. Förutom dessa tjänstgöringar föreslogs det nordiska förslaget allmänna utbildningsperiod omfatta nio månader i huvudsak valfri tjänstgöring i underordnad ställning.

Den allmänna utbildningsperiodens tjänstgöringar borde enligt den nordiska arbetsgruppens förslag i princip förläggas till tiden före den egentliga specialistutbildningen. Vissa undantag härifrån ansågs dock tills vidare få accepteras. Något hinder mot att en mindre del av tjänstgöringen under den allmänna tjänstgöringsperioden fullgjordes inom sidoutbildningen för den specialitet, som läkaren avsåg att utbilda sig för, ansågs t. ex. inte föreligga.

Huvudutbildningen och sidoutbildningen skulle enligt det nordiska förslaget fullgöras efter erhållande av obegränsad legitimation som läkare och omfatta minst fyra års sjukhustjänstgöring. Utbildningen skulle få fullgöras endast vid sjukhus som godkänts för ändamålet. Dessa sjukhus skulle indelas i två kategorier: I undervisningssjukhus, större centralsjukhus och vissa specialistsjukhus samt II övriga godkända sjukhus. Minst ett år av huvudutbildningen skulle fullgöras vid sjukhus av kategori I och kombineras med systematisk undervisning (jfr kapitel 8.2.2).

I motiven för det nordiska förslaget hade uttalats, att huvudutbildningen aldrig i sin helhet kunde få fullgöras vid sjukhus av kategori II. Däremot ansågs hela sidoutbildningen kunna äga rum vid sådant sjukhus. Arbetsgruppen hade vidare anfört, att undantag från regeln att huvudutbildningen skulle omfatta minst tre och sidoutbildningen minst ett halvt år var motiverade i vissa fall, särskilt i fråga om laboratoriespecialiteterna. Arbetsgruppen förutsatte, att detaljbestämmelser om sidoutbildningen skulle utarbetas på nationell nivå.

Vid remissbehandlingen av nordiska arbetsgruppens betänkande blev den föreslagna tiden för specialistutbildning i stort sett accepterad. Vissa remissinstanser ansåg dock

en längre utbildning för vissa tekniskt betonade specialiteter önskvärd. Svenska läkarsällskapet förutsatte, att fortsatt utbildning efter avslutad specialistutbildning inte skulle komma att försvaras genom alltför stora restriktioner i fråga om underläkarförordnandenas längd.

SLUS ansåg, att den föreslagna tiden för specialistutbildning i huvudsak var tillräcklig. Utredningen anslöt sig dock till uppfattningen, att en längre utbildning kunde vara önskvärd för några tekniskt betonade specialiteter. Ett sådant önskemål ansågs också möjligt att tillgodose utan att överskrida de tidsramar som angetts i det nordiska avtalsförslaget.

Enligt SLUS var det ett starkt önskemål, att alla läkare som skall ägna sig åt allmän praktik får en betydligt mer omfattande praktisk utbildning än den som erhålls under grundutbildningen. Trots den förstärkning av den praktiska utbildningen före legitimation som förslaget om allmänutbildning innebar, förordade utredningen därför särskilda utbildningskrav för rätt att för allmänheten tillkännage allmän praktik. En legitimerad läkare utan vidare praktisk utbildning skulle sålunda enligt SLUS förslag vara juridiskt berättigad att ha mottagning för allmänheten, men inte äga annonsera eller åberopa annat än att han är legitimerad läkare.

Utbildningen för allmän praktik föreslogs utöver allmänutbildningen omfatta tre år, varav nio månader skulle få fullgöras före legitimation. Utbildningen föreslogs innefatta tjänstgöringar i invärtesmedicin (ett år), allmän kirurgi (ett halvt år) och psykiatri (ett halvt år), eftersom den övervägande delen av klientelet i öppen vård tillhör dessa specialiteter. Det tredje året föreslogs omfattas av tjänstgöringar om vardera tre månader vid kvinnoklinik, barnklinik, infektionsklinik och i öppen vård.

I SLUS uppdrag ingick att uppgöra förslag till specialistförteckning. Utredningen ansåg med hänsyn till sjukvårdsutvecklingen, att då gällande specialitetschema, som omfattade 28 specialiteter, var ofullständigt, och föreslog en väsentlig komplettering. Utredningen

föreslog vidare, att möjlighet skulle finnas att i vissa fall annonsera två specialiteter inom en och samma specialitetsgrupp.

Socialstyrelsen och universitetskanslers-ämbetet, liksom flertalet remissinstanser, biträdde i stort SLUS förslag till uppläggning av vidareutbildningen. Assistenttjänstgöringarna borde sålunda enligt ämbetsverken utgå ur grundutbildningen och ersättas av en obligatorisk läkartjänstgöring, som skulle ingå i den i det nordiska avtalsförslaget angivna allmänutbildningen. Ämbetsverken förutsatte, att läkarna skulle fullgöra denna tjänstgöring under fullt professionellt ansvar, om än i underordnad ställning. Med hänsyn till att det här var fråga om en läkarverksamhet motsvarande den som bedrivs av underläkare föreslog ämbetsverken, att den aktuella obligatoriska tjänstgöringen skulle benämnas *allmäntjänstgöring* i stället för allmänutbildning.

Ämbetsverken föreslog, att allmäntjänstgöringen skulle omfatta en tid av 18 månader, varav sex månader vid medicinsk klinik — härav skulle två kunna förläggas till långvårdsklinik, sex månader vid kirurgisk klinik — härav en till två månader vid intensivvårdsavdelning — samt tre månader vid psykiatrisk eller barn- och ungdomspsykiatrisk klinik. I stället för den integrerade tjänstgöring vid medicinsk klinik och öppen vård som SLUS föreslagit förordade ämbetsverken, att tre månader av allmäntjänstgöringen skulle fullgöras i öppen vård. Denna ordning ansågs väl förenlig med det nordiska avtalsförslaget.

Av betydelse i samband med ämbetsverkens förslag beträffande allmäntjänstgöringens omfattning och karaktär är deras ställningstagande till frågan om *läkarexamen*. SLUS hade föreslagit, att tentamina för betygsgraden godkänd skulle införas i omedelbar anslutning till kurserna i medicin och kirurgi under det fjärde studieåret. Härutöver föreslogs en omfattande slutlig kunskapsprövning i de båda ämnena efter den obligatoriska tjänstgöringen i berörda discipliner under allmänutbildningen. Den aktuella kunskapsprövningen skulle anordnas som

en gemensam, icke betygsgraderad examination, kallad läkarexamen.

Socialstyrelsen och universitetskanslersämbetet sade sig i och för sig vara medvetna om behovet av att kontrollera resultaten av den utbildning läkaren erhåller under allmäntjänstgöringen. En läkarexamen i den form SLUS skisserat ansågs dock helt oacceptabel. Enligt ämbetsverkens uppfattning stod förslaget i klar motsättning till den allmänna målsättningen för läkarutbildningen. Den som avlagt medicine licentiatexamen fick enligt ämbetsverken förutsättas ha förvärvat erforderlig kompetens för tjänstgöring under fullt professionellt ansvar. Det var därför inte motiverat att senare, efter ett års praktisk sjukhustjänstgöring återkomma med en omfattande tentamen med huvudsakligen teoretisk inriktning. En sådan ordning bedömdes dessutom komma att i hög grad verka studieförlängande genom att läkarna skulle tvingas göra uppehåll i arbetet för att läsa in delar av kunskapsstoffet.

Med hänvisning bl. a. till de ovan anförda skälen föreslog ämbetsverken, att betygsgraderade tentamina skulle äga rum under grundutbildningen även i fortsättningen och den av SLUS föreslagna läkarexamen ersättas med kunskapsprov av mindre omfattning i medicin, kirurgi och psykiatri i anslutning till att allmäntjänstgöring fullgjorts i respektive ämne. Ett mera detaljerat program för prövningarna föreslogs bli utformat av nämnden för läkares vidareutbildning.

I samband med ämbetsverkens förslag i fråga om allmäntjänstgöringen och läkarexamen bör också noteras deras från SLUS i viss mån avvikande uppfattning i *legitimationsfrågan*. Med utgångspunkt från definitionen, att legitimationen av läkare utgör bevis om rätt att utan begränsning utöva läkaryrket, föreslog SLUS som legitimationskrav vid genomförandet av den nya utbildningsordningen, att vederbörande avlagt medicine licentiatexamen, fullgjort allmänutbildning om 15 månader samt avlagt läkarexamen. Medicine licentiatexamen skulle enligt SLUS förslag medge behörighet att utöva läkaryrket endast vid den klinik där allmänutbild-

ning fullgjordes.

Socialstyrelsen underströk vikten av att läkarbegreppet används för alla läkare, oavsett om vederbörande tjänstgör i underordnad eller självständig ställning. Även medicine licentiatier under allmäntjänstgöring borde därför benämnas läkare. Det var enligt styrelsen logiskt att ge dessa läkare någon form av legitimation. Legitimation borde sålunda meddelas redan vid medicine licentiatexamen. För den fortsatta tjänstgöringen efter allmäntjänstgöring borde enligt socialstyrelsen särskilda behörighetsregler införas (legitimationsfrågan behandlas närmare i kapitel 6).

SLUS uppfattning om behovet av särskild utbildning för allmän praktik vann stor anslutning vid remissbehandlingen. Flertalet remissinstanser förordade dock en längre tjänstgöring än tre år. Ett allmänt krav var likaså, att viss kursundervisning skulle förenas med den praktiska tjänstgöringen på samma sätt som vid utbildning till specialist.

I ämbetsverkens skrivelse underströk socialstyrelsen behovet av att rusta upp den öppna vården. Enligt styrelsens mening skulle i framtiden komma att behövas såväl specialistutbildade läkare som läkare inriktade mera på allmän praktik med en bredare utbildning i botten. Underlag saknades emellertid för att klart bedöma på vilket sätt och i vilken omfattning läkare av typen allmänpraktiker skulle komma att engageras i öppnavårdsmottagningar samt i vilken takt en- och flerläkarstationer för provinsialläkare skulle komma att ersättas av differentierade enheter för öppen vård. Med hänsyn härtill ansåg socialstyrelsen, att det borde skapas större valfrihet i utbildningen för allmän praktik än SLUS föreslagit. Utbildningen föreslogs sålunda omfatta ett och ett halvt år vid medicinsk klinik – varav högst ett år vid klinik för långvarigt kroppssjuka eller ett halvt år vid rehabiliteringsklinik – ett halvt år vid psykiatrisk klinik, ett halvt år vid valfri klinik inom det somatiska fältet och ett halvt år i den öppna vården eller vid socialmedicinsk institution.

SLUS förslag rörande specialistutbildning

accepterades i stort av ämbetsverken. En rad tillägg förordades dock till utredningens förslag om specialitetsförteckning, liksom vissa ändringar och tillägg beträffande enskilda specialiteter. I likhet med flera remissinstanser föreslog ämbetsverken bl. a., att långvårdsmedicin och medicinsk rehabilitering skulle upptas i förteckningen.

Det utredningsarbete som satts i gång genom det nordiska avtalsförslaget rörande läkarnas vidareutbildning resulterade i framläggandet av *proposition 1969:35*. I propositionen framhöll departementschefen inledningsvis starkt angelägenheten av att läkarutbildningen i vidsträckt mening inordnas i den allmänna sjukvårdsplaneringen. Samhällets insatser under 1960-talet för en utbyggnad av särskilt den öppna vården betonades. Samtidigt som dessa ansträngningar gjorts, kunde dock de högst prioriterade vårdområdena uppvisa de relativt sett högsta vakanssiffrorna på läkartjänster. Detta underströk enligt departementschefen behovet av en samordnad sjukvårds- och utbildningsplanering. Läkarnas nyckelroll inom sjukvården gjorde det särskilt angeläget, att läkarresurserna inriktades på att tillgodose patienternas olika sjukvårdsbehov. Läkarnas vidareutbildning borde således utgöra ett led i samhällets strävan efter en balanserad expansion av sjukvårdens olika grenar.

Sambandet mellan skilda led i läkarutbildningen betonades. Mot bakgrund av de ovan antydda bedömningarna fann departementschefen den gjorda avvägningen mellan grundutbildning och vidareutbildning lämplig. UKÄ borde dock överväga möjligheterna att ytterligare begränsa omfattningen av grundutbildningen i samband med en förstärkning av vidareutbildningen. I likhet med ämbetsverken ansåg han, att vid slopande av assistenttjänstgöringarna krav borde uppställas på viss fullgjord allmäntjänstgöring, bl. a. av den som vill genomgå specialistutbildning.

Allmäntjänstgöringen föreslogs omfatta sammanlagt 21 månader, varav sex månader i medicin – härav två månader valfritt vid långvårdsklinik – sex månader i kirurgi, sex månader i öppen vård och tre månader i

psykiatri.

Ökningen av allmäntjänstgöringstiden i förhållande till ämbetsverkens förslag lades helt på den öppna vården. Departementschefen tillmätte denna tjänstgöring särskild betydelse dels mot bakgrund av behovet att ge läkarna erfarenhet av denna vårdform, dels med tanke på vikten av att den öppna vården får tillgång till de läkare som befinner sig under allmäntjänstgöring. Liksom SLUS och ämbetsverken ansåg han det angeläget, att tjänstgöringen kunde fullgöras under handledning. Under en övergångsperiod fick man emellertid acceptera vissa provisoriska anordningar i detta hänseende som en konsekvens av det nya utbildningssystemet. Detta fick vägas mot behovet av att genom en lämplig fördelning av läkarna påverka hälso- och sjukvårdens utveckling på ett sådant sätt att läkare finns att tillgå, där behov av vård föreligger. Av allmäntjänstgöringen i kirurgi förordade departementschefen att två månader efter läkarens eget val skulle kunna fullgöras vid barnmedicinsk klinik. Han framhöll vidare, att det på lång sikt kunde bli anledning att utöka tiden för tjänstgöring i psykiatri. I fråga om läkar-examen hänvisade departementschefen till proposition angående en reformerad forskarutbildning i vilken hade förordats, att grundutbildningen enligt den nya studieordningen skall avslutas med läkarexamen i stället för medicine licentiatexamen.

Departementschefen anslöt sig i stort till förslaget rörande allmänpraktikerutbildningen. Utbildningen borde sålunda omfatta tre års tjänstgöring av skilda slag efter genomgången allmäntjänstgöring. Departementschefen förordade dock, att tre månaders utbildning i barnmedicin gjordes obligatorisk samt att tjänstgöringen vid valfri klinik i gengäld minskades från sex till tre månader. De ändringar i lagen om behörighet att utöva läkaryrket, som kunde behövas vid införande av särskilt kompetenskrav för allmänpraktiker, skulle föreläggas riksdagen i annat sammanhang.

Departementschefen fann de framlagda förslagen rörande utbildningskrav för specia-

listbehörighet väl avvägda i förhållande till dagens behov. Den principiella uppläggning av specialistutbildningen, som kommit till uttryck i det nordiska avtalsförslaget, ansågs sålunda kunna godtas för Sveriges del.

Med hänsyn till ärendets vikt beredde Kungl. Maj:t riksdagen tillfälle att yttra sig över vad departementschefen anfört om vidareutbildningen av läkare. Med anledning härav uttalade statsutskottet bl. a., att kompetenskraven för tjänsteläkare så snart som möjligt borde höjas till samma nivå som för övriga allmänpraktiker. Utskottet förutsatte, att Kungl. Maj:t i samband med förslag om ändringar i lagen om behörighet att utöva läkaryrket tog upp frågan om från vilken tidpunkt en höjning av behörighetskraven för provinsialläkare m. fl. skulle gälla. Riksdagen biföll utskottets hemställan (SU 1969:83, rskr 211).

Ny kungörelse med tillämpningsföreskrifter till lagen om behörighet att utöva läkaryrket (specialistkungörelsen) utfärdades den 29 maj 1969 (SFS nr 422). I kungörelsen föreskrivs, att läkare får för allmänheten tillkännage att han är specialist inom viss gren av läkarvetenskapen eller eljest äger särskild kunnighet däri endast om nämnden för läkares vidareutbildning meddelat honom bevis om specialistkompetens. Bevis får meddelas endast den som är legitimerad läkare (2 §) och får avse någon av de 40 uppräknade specialiteterna (3 §). I vissa fall får flera specialiteter tillkännages.

Den som vill förvärva specialistkompetens skall sedan han fått legitimation som läkare genomgå vidareutbildning bestående av a) allmäntjänstgöring som läkare, b) huvudutbildning inom den specialitet, vari han söker specialistkompetens, samt c) sidoutbildning inom annan specialitet som är av betydelse för den sökta kompetensen. Utbildningen under a) skall vara avslutad, innan utbildningen under b) eller c) påbörjas (5 §). Allmäntjänstgöringen skall tillsviare endast omfatta tjänstgöring i psykiatrisk och öppen vård under tillsammans nio månader (6 §). Huvudutbildning och sidoutbildning skall fullgöras vid sjukhus som socialstyrelsen

godkänt för ändamålet (8 §). Vidareutbildningen skall fullgöras som läkare i underordnad ställning på tjänst som socialstyrelsen godkänt. Tillfälligt uppehållande av tjänst i överordnad ställning vid klinik eller avdelning, där tjänstgöringen fullgörs, eller av tjänst som tjänsteläkare i överordnad ställning får dock räknas som vidareutbildning. Högst ett halvt år av huvudutbildningen får fullgöras som vikarie, om ej vikariatet äger rum i omedelbar anslutning till innehav av tjänst eller avser längre sammanhängande tid än ett halvt år. Fristående vikariat av kortare varaktighet än en månad får dock inte tillgodoräknas (9 §).

Med stöd av särskilt bemyndigande i specialistikungörelsen har socialstyrelsen utfärdat cirkulär om kategoriindelning av sjukhus för vidareutbildning av läkare samt särskilda föreskrifter angående vidareutbildningen. Enligt föreskrifterna gäller den nya ordningen för erhållande av bevis om specialistkompetens läkare som avlagt examen den 1 juli 1969 eller därefter. Över fullgjord allmäntjänstgöring skall tjänstgöringsintyg utfärdas enligt anvisningar som nämnden för läkares vidareutbildning meddelar. Tjänstgöring i psykiatri skall fullgöras vid psykiatrisk klinik eller vid barn- och ungdomspsykiatrisk klinik. Allmäntjänstgöring i öppen vård skall fullgöras i läkardistrikt. Tills vidare får därvid tillgodoräknas uppehållande av tjänst som provinsialläkare, biträdande provinsialläkare, extra provinsialläkare, samt tjänst som stadsdistriktsläkare. Annan tjänstgöring i öppen vård får tillgodoräknas efter särskild prövning. Allmäntjänstgöringen i psykiatri skall vara förenad med kunskapsprov. Av huvudutbildningen skall ett år fullgöras vid sjukhus som i styrelsens cirkulär om kategoriindelning av sjukhus upptagits som tillhörande kategori I. Tid under vilken läkare är ledig från tjänst får ej tillgodoräknas. I fråga om den fortsatta vidareutbildningen efter allmäntjänstgöring får emellertid ledighet för semester, sjukdom eller vikariat i självständig ställning tillgodoräknas som fullgjord tjänstgöring intill sammanlagt en sjättedel av den för varje utbildningsavsnitt fastställda tiden.

Över fullgjord tjänstgöring och godkända prov skall intyg utfärdas. Vidareutbildningstjänst skall sökas hos vederbörande sjukvårdsmyndighet. För ledigförklarande, ansökan och tillsättning gäller i sjukvårdslagsstiftningen meddelade bestämmelser.

3.1 Allmänna drag i hälso- och sjukvårdsutvecklingen

3.1.1 Växande krav på hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvården har under de senaste decennierna genomgått en omfattande utbyggnad. Samtidigt har genomgripande strukturella förändringar av hela vårdssystemet ägt rum. Bakom denna utveckling står bl. a. ökade vetenskapliga, tekniska och personella insatser från samhällets sida samt djupgående förändringar i samhällsstrukturen, som tagit sig uttryck i ökade och delvis nya krav på hälso- och sjukvården.

Den ökade efterfrågan på hälso- och sjukvård betingas bl. a. av den ändrade befolkningsstrukturen med en markant ökning av antalet människor i de äldre åldersgrupperna. En höjd levnadsstandard har haft en motsvarande verkan. Efterfrågan har vidare stimulerats av socialpolitiska åtgärder från statsmakternas sida, vilka i realiteten haft samma effekt som en prissänkning på sjukvårdstjänsterna. Samtidigt har allt större och bättre sjukvårdsresurser ställts till förfogande.

Den stigande levnadsstandarden har otvivelaktigt haft en generellt positiv effekt på befolkningens hälsotillstånd. Samtidigt har dock samhällsutvecklingen medfört flera negativa konsekvenser med växande efterfrågan på hälso- och sjukvården som följd. Det ökande antalet trafikolycksfall ställer t. ex.

vidgade krav på vårdresurser, vilka också på längre sikt kan komma att belastas av skadeverkningar som följer av föroreningar i miljön. Samhällsutvecklingen har vidare medfört en rad förändringar i levnadssättet, som möjligen bidrar till uppkomsten av vissa sjukdomstillstånd av psykisk och psykosomatisk natur samt hjärt- och kärlsjukdomar. Dessa negativa verkningar har i första hand gjort sig gällande i storstadsområdena. Under senare år har bl. a. till följd härav kunnat iakttas t. o. m. en viss minskning av återstående livslängd för vissa kategorier.

Efterfrågan på hälso- och sjukvårdsresurser har också stigit med de ökade möjligheter att lindra och bota sjukdom som skapats genom utvecklingen inom den medicinska forskningen. De vetenskapliga landvinningarna har inte bara radikalt förbättrat metoderna för diagnostik och behandling. Sjukdomspanoramat har i viss mån förändrats, och vissa tidigare livshotande folksjukdomar har påtagligt minskat i omfattning. Uppbyggnaden av ett immunitetsskydd hos befolkningen genom vaccinationer m. m. samt införandet av kemoterapeutika och antibiotika har spelat en central roll i denna utveckling. Framstegen inom den medicinska forskningen och dess tillämpningar i praktiskt sjukvårdsarbete har ofta gått hand i hand med en betydande satsning på moderna tekniska hjälpmedel, vilket ytterligare ökat möjligheterna att förebygga, lindra och bota sjukdom.

Utvecklingen inom medicinsk forskning och teknik har inte bara inneburit stora förändringar i behandlingsmöjligheterna. I vissa fall har den också framtvingat en ökad koncentration och centralisering av sjukvårdsresurserna. Behovet av kvalificerad personal och dyrbar utrustning för ofta starkt specialiserade ändamål inom den slutna sjukvården har av ekonomiska skäl kunnat tillgodoses endast vid ett fåtal sjukvårdsenheter. Samtidigt har emellertid utvecklingen – bl. a. genom ändrade tekniska förutsättningar – möjliggjort att vissa vårduppgifter, som tidigare krävt att patienten omhändertagits i slutna vård, successivt kunnat decentraliseras och föras över till öppna eller halvöppna vårdformer.

Av stor betydelse för de strukturella förändringarna i sjukvården har varit den ökade urbaniseringen med en fortgående stark koncentration av befolkningen till de större tätorterna. Till belysning härav kan nämnas, att enligt senaste tillgängliga prognoser över folkmängden i riket högst 1/7 av befolkningen år 1980 kommer att bo i kommunblock med färre än 15 000 invånare. Dessa kommunblock utgör ca hälften av rikets yta. Mindre än 1/5 av kommunblocken kommer å andra sidan att hysa 3/5 av befolkningen. Storstädernas andel av landets folkmängd väntas öka från drygt 30 % i dagsläget till 45 å 50 % vid slutet av seklet.

3.1.2 Ökade samhällsinsatser

De växande kraven på hälso- och sjukvård har mötts av samhället med ökade insatser i form av tekniska och personella resurser, organisatoriska förändringar, ökad satsning på utbildning av sjukvårdspersonal m. m.

Vid sidan om utbyggnaden av sjukförsäkringen har insatserna koncentrerats huvudsakligen på den slutna vården. Totalantalet vårdplatser vid sjukhusen ökade under perioden 1950 – 1968 från ca 99 500 till ca 133 000 platser. En omfattande fortsatt utbyggnad planeras. Enligt nu gällande utbyggnadsprogram (RUPRO 69) kommer det totala antalet sjukhusplatser i landet att öka

från ca 136 000 till ca 159 000 vid mitten av 1970-talet. Ökningen är därvid i första hand koncentrerad på platser för långtidssjukvård. Samtidigt finns det en klar strävan inom flera sjukvårdsområden att minska utbyggnadstakten vad beträffar antalet platser för akut vård inom såväl de somatiska som psykiatriska vårdfälten.

Under 1970-talet förutsätts den öppna vården komma att bli föremål för en kraftig utbyggnad. Ökningen av antalet besök i offentlig öppen vård beräknas enligt RUPRO-prognoserna uppgå till nära 40 % under perioden 1968 – 1975. Särskilt markerad är denna ökning vid vårdcentraler med specialistläkare. För den senare delen av 1970-talet förväntas utbyggnaden av den öppna vården bli än starkare.

En betydelsefull faktor vid den fortsatta utbyggnaden av hälso- och sjukvården är kravet på ökad samverkan med socialvården. Flera steg i denna riktning har redan tagits. Sammanslagningen av medicinalstyrelsen och socialstyrelsen till en central myndighet är ett uttryck för denna strävan. Socialvårdspersonal förutsätts också nära samverka med medicinalpersonalen inom framförallt den öppna vården. En viss sådan samverkan har också redan kommit till stånd inom bl. a. åldringsvården och nykterhetsvården. Den ökade tillgången på läkare och den prioritering som sker av den förebyggande och uppsökande verksamheten när det gäller användningen av läkararbetskraften kan också antas befrämja en mera omfattande samverkan med socialvården.

Bl. a. mot bakgrund av de här antydda utvecklingstendenserna har 1970 års långtidsutredning presenterat vissa synpunkter på utbyggnaden av hälso- och sjukvården under 1970-talet. Långtidsutredningens slutsats – efter en analys av nu gällande utbyggnadsplaner inom hälso- och sjukvården – är att tillgången på personal kommer att bli ett avgörande hinder för en expansion av hälso- och sjukvården i den takt huvudmännen för närvarande räknar med. Beträffande utvecklingen på längre sikt framhåller långtidsutredningen, att det bästa sättet att begränsa

kostnadsökningarna är att få till stånd en strukturförändring mellan olika vårdformer. Strävan bör sålunda vara att successivt avlasta akutsjukvården, vilket förutsätts kunna ske bl. a. genom den utbyggnad av långtidsvården som nu äger rum och som planeras fram till mitten av 1970-talet. En ökad utbyggnad av hemsjukvården – liksom av den primärkommunala åldringsvården och den sociala omvårdnaden – väntas i sin tur minska trycket på den slutna långtidsvården och således öka möjligheterna att föra över patienter till andra vårdformer. Långtidsutredningen framhåller också betydelsen av en ökad satsning på vårdcentraler med tillgång till olika slags specialister, vilket tillsammans med olika sociala stödåtgärder ytterligare kan förväntas minska trycket på den slutna vården.

3.1.3 Ökad läkartillgång

En viktig del av de ökade samhällsinsatserna inom hälso- och sjukvården under det senaste decenniet har bestått i att öka kapaciteten för utbildning av sjukvårdspersonal. Detta gäller inte minst läkarutbildningen. Antalet intagningsplatser vid de medicinska fakulteterna har från 1960-talets början successivt ökats från omkring 400 till i dag ca 1 000 platser. Enligt föreliggande beslut skall intagningskapaciteten inom kort ökas ytterligare till ca 1 050 per år.

Läkartillgången har till följd av genomförda intagningsökningar växt kraftigt under 1960-talet. Härtill kommer invandring av läkare med utländsk examen. Antalet utländska läkare, som under perioden

1960 – 1970 erhållit svensk legitimation, uppgår till mer än ett tusen. Under 1970 legitimerades nära 160 läkare i Sverige.

Under 1970-talet kommer läkartillgången att växa ännu snabbare än under 1960-talet. Med nuvarande utbildningskapacitet beräknas antalet läkare bli i stort sett fördubblat under perioden 1970 – 1980. Tabellen nedan, som bygger på material som framtagits inom socialstyrelsen, belyser denna utveckling. Som framgår av tabellen kommer den ökade läkartillgången att innebära, att antalet invånare per läkare minskar från ca 800 år 1968 till något över 400 år 1980.

Även om det finns anledning att tro att den nu besvärande bristen på läkare skall kunna hävas under 1970-talet, torde den dock under de närmast kommande åren alltjämt bli kännbar. Trots den återhållsamhet som iakttagits vid inrättandet av nya läkartjänster för slutna somatisk vård under de senaste åren har vakanssituationen inte förbättrats. Vissa specialiteter har t. o. m. fått vidkännas ökade vakanser. Inom öppen vård, långtidsvård och psykiatri har vakansutvecklingen däremot förbättrats. En viss betydelse för vakansutvecklingen torde den fr. o. m. den 1 januari 1970 genomförda arbetstidsregleringen och det därmed ändrade lönesystemet för läkare ha haft. En successiv arbetstidsförkortning för läkare kan vidare komma att påverka de närmast kommande årens sjukvårdsproduktion och därmed också läkarbehovet inom olika vårdområden.

Någon säker bedömning av läkararbetskraftens fördelning på olika vårdsektorer under hela 1970-talet är inte möjligt att göra i

Totalantalet läkare samt heltidsarbetande läkare under perioden 1960 – 1980

	1960	1965	1968	1975	1980
Totalantalet läkare	7 095	8 696	9 930	16 050	20 500
Heltidsarbetande läkare	6 386	7 700	8 738	14 300	18 400
Antalet invånare per läkare	1 070	880	800	517	415

Med begreppet heltidsarbetande läkare avses samtliga manliga läkare under 65 år, 75 % av antalet kvinnliga läkare under 65 år samt en tredjedel av samtliga läkare som är 65 år och äldre. Alla under 1970-talet nytillkommande utländska läkare med svensk legitimation antas ha en förvärvsintensitet av 100 %.

dagsläget. Det finns emellertid anledning att anta, att en betydligt större andel av läkararbetskraften år 1980 kommer att vara verksam inom öppna vårdformer än vad fallet är i dag.

3.2 Organisatoriska förändringar m. m.

På det organisatoriska planet har 1960-talet inneburit betydelsefulla förändringar inom hälso- och sjukvården. Det mest framträdande draget är kanske den fortgående koncentrationen av sjukvårdsansvaret till de kommunala sjukvårdshuvudmännen, dvs. landsting och kommuner utanför landsting. Viktiga steg i utvecklingen har därvid varit överförandet av provinsialläkarväsendet och mentalsjukvården från staten till de kommunala huvudmännen. Härigenom har underlag skapats för en samordning av dels den somatiska och psykiatriska sjukvården, dels den slutna och öppna vården. Samtidigt pågår en överföring av stadsdistriktsläkarväsendet till landstingen. Härigenom kommer samordningen ytterligare att underlättas.

Strävan att anpassa hälso- och sjukvården till samhällsutvecklingen har även tagit sig uttryck i viktiga förändringar av vårdstrukturen. En framträdande tendens är sjukhusens utveckling till medicinska centra för hälso- och sjukvård, innebärande bl. a. en successiv integration av sjukhusen och den öppna hälso- och sjukvården. Samtidigt pågår en koncentration av den slutna, såväl den somatiska som den psykiatriska akutsjukvården till stora, rikt specialiserade sjukhus samt en fortgående subspecialisering inom de medicinska huvuddisciplinerna. De mindre, odelade lasaretten liksom många av de tidigare specialsjukhusen för vissa sjukdomar försvinner härvid i vissa fall eller omvandlas t. ex. till sjukhus för långtidsvård. Parallellt med att den högt specialiserade akutvården koncentreras präglas utvecklingen av en stark strävan att bygga ut den öppna hälso- och sjukvården dels för att bereda befolkningen möjligheter att få en kvalificerad vårdservice nära bostadsorten, dels också för att avlasta sjukhusen.

En tendens i huvudmännens vårdplanering är att i större utsträckning än hittills skett differentiera hälso- och sjukvårdsorganisationen. Genom att olika vårdformer erbjuds kan patienterna omhändertas inom en vårdform som bättre svarar mot det aktuella behovet. Med utbyggnad av bl. a. den öppna vården, en samordnad långtidssjukvård, hem-sjukvård och åldringsvård samt olika former av halvöppen vård eftersträvar man sålunda att tillhandahålla mera nyanserade vård- och behandlingsalternativ. Härigenom beräknas också behovet av akutsjukvårdsplatser kunna minska.

En mera differentierad vårdorganisation ställer ökade krav på samordning av olika vårdformer. Vid den strukturering av hälso- och sjukvården i olika vårdnivåer som sålunda håller på att utvecklas finns därför en strävan att organisatoriskt och administrativt samordna verksamheten på olika vårdnivåer genom en sektor- eller blockindelning. Därigenom motverkas den splittring av verksamheten, som annars kan bli följden av nivåstruktureringen.

Den ovan angivna utvecklingen har medfört behov av att på några väsentliga punkter företa ändringar i sjukvårdslagstiftningen. Detta gäller bl. a. sjukhusens medicinska organisation samt förhållandet mellan öppen och slutna vård. 1963 års klinikutredning framlade 1966 vissa förslag (SOU 1966:37) som syftade till att motverka tendensen till splittring av undervisningssjukhusen på ett alltför stort antal kliniker. I november 1967 tillkallade chefen för socialdepartementet en sakkunnig, överdirektören H Rahm, att verkställa utredning om och lägga fram förslag beträffande de författningsändringar och eventuella övriga åtgärder, som kunde erfordras från statsmakternas sida för att möjliggöra motsvarande organisatoriska förändringar vid kommunala sjukvårdsinrättningar. I maj 1969 uppdrogs åt den sakkunnige att även utreda vissa frågor rörande organisationen av öppen läkarvård utanför sjukhusen (jfr kapitel 3.3.3).

De två förstnämnda utredningarnas förslag har behandlats i en av riksdagen antagen

proposition med förslag till lag om ändring i sjukvårdslagen (prop. 1970:42, rskr. 153). Lagändringarna, som trädde i kraft den 1 januari 1971, syftar bl. a. till vissa ändringar av klinikorganisationen, liksom till att främja integrationen mellan sluten och öppen vård. Det tidigare sambandet mellan överläkartjänst och klinikchefsskap har upplösts. Överläkartjänst anknyts sålunda inte längre till viss klinik eller avdelning. I stället anges vilket medicinskt verksamhetsområde tjänsten avser. Verksamheten kan därvid avse såväl sjukhusvård som öppen vård utanför sjukhus, t. ex. vid en vårdcentral. Varje klinik eller avdelning skall betraktas som en enhet med möjligheter att inom sig omdisponera resurserna. Flera överläkare kan numera finnas vid samma klinik eller avdelning. Möjligheter finns också att föra samman flera kliniker till klinikblock. Läkartjänsterna har vidare konstruerats så att samordningen mellan sluten och öppen vård underlättas. Förfarandet vid tillsättning av tjänsterna har samtidigt förenklats.

3.3 Sluten – öppen vård

Som antytts i det föregående präglas sjukvårdsplaneringen för närvarande av en strävan att bygga ut den öppna vården utanför sjukhusen och att samordna öppen och sluten vård. Den pågående utvecklingen måste betraktas i belysning av flera skilda faktorer. De kraftigt stigande kostnaderna för den slutna vården men också medicinska och tekniska framsteg har spelat en viktig roll. Den ansträngda personalsituationen inom sjukvården verkar i samma riktning. Det bör uppmärksammas, att Sverige i vårdplatshänseende är bland världens relativt sett mest välförsedda länder, medan den öppna vården vid en internationell jämförelse är av relativt ringa omfattning. Konsumtionen av sjukvård är lägst i glesbygder, vilket sammanhänger bl. a. med den ojämna fördelningen av läkare över landet, inte minst i öppen vård. Befolknings- och bebyggelsestruktur liksom näringsgeografiska förhållanden torde också spela in. Sjukvårdskonsumtionen varierar

vidare – som bl. a. låginkomstutredningen visat – mellan olika inkomst- och åldersgrupper.

Vad som för närvarande främst tilldrar sig intresse inom den öppna vårdens organisation är inrättandet av vårdcentraler. Efter övertagandet av ansvaret för den samlade öppna vården i offentlig regi kan sjukvårdshuvudmännen numera sammanföra flera läkares verksamhet till gemensamma mottagningsenheter för akutsjukvård. Enläkarstationer inom provinsialläkarväsendet avvecklas successivt och ersätts där så kan ske av två- eller flerläkarstationer. Inom större befolkningscentra inrättas flerläkarmottagningar i allt större utsträckning. Närmare hälften av provinsialläkarna har numera sin tjänstgöring förlagd till två- eller flerläkarstationer.

3.3.1 Socialstyrelsens principprogram

I ett *principprogram om öppen vård (Socialstyrelsen redovisar nr 3, Stockholm 1968)* har man starkt betonat behovet av en utbyggnad av den öppna vården i riktning mot flerläkarmottagningar, s. k. vårdcentraler av den typ som på vissa håll redan upprättats. Med det starkt ökade utbudet av läkare som förväntas under 1970-talet har man också räknat med att möjligheter skall öppnas att dels tillgodose läkarbehovet inom nu läkarglea områden, dels omstrukturera läkarkåren mot ett ökat antal öppenvårdsläkare.

I programmet förutsattes, att den tendens till specialisering av den öppna vården som iakttagits under senare år måste vidareutvecklas, om den vårdsökande allmänhetens behov skall kunna tillgodoses på ett tillfredsställande sätt. Specialistläkare skulle sålunda finnas bl. a. vid vårdcentraler utanför sjukhus. Även om specialisterna härigenom skulle komma att överta vissa av allmänläkarens uppgifter, bedömdes det dock även i fortsättningen nödvändigt att vid sidan av specialisterna ha välutbildade allmänläkare med socialmedicinsk och internmedicinsk inriktning. I glesbefolkade områden, där specialistserVICEN av kostnadsskäl måste bli mera ofullständig, skulle läkarbehovet inom öppen

vård i huvudsak komma att tillgodoses av allmänläkare med bred medicinsk bakgrund.

Sjukvårdens minsta enhet borde enligt principprogrammet vara en gruppläkarmottagning med minst tre läkare (allmänpraktiker) inom samma vårdcentral. Vårdcentralernas funktioner förutsattes omfatta såväl hälso- och sjukvård som socialvård. Till centralerna skulle sålunda regelmässigt knytas både läkare och annan medicinalpersonal samt personal för socialvårdande funktioner. Upptagningsområdet för en vårdcentral av minimistorlek förutsattes vara ca 10 000 invånare.

Läkare vid vårdcentraler borde enligt principprogrammet i växande utsträckning engageras i hälsovårdsarbete, t. ex. inom ramen för mödra- och barnhälsovård, skolhälsovård, militär hälsovård och företagshälsovård. Läkarna skulle vidare kunna medverka i riktade hälsoundersökningar, vaccinationer och hälsoupplysningsarbete. Den medicinska förebyggande öppna vården ansågs i övrigt böra få en allt starkare social inriktning.

Vid planeringen av vårdcentralerna skulle det enligt principprogrammet i vissa fall vara lämpligt att förena verksamheten med sjukhem. Vidare skulle platser för dagvård och dagobservation kunna anordnas. Operativ verksamhet, som kräver tillgång till heldygsvård, skulle däremot inte förekomma. Vid mindre vårdcentraler enligt den ovan antydda modellen skulle finnas dels fast anställda allmänläkare, dels underordnade läkare under allmäntjänstgöring eller annan vidareutbildning. Den lokala ledningen borde enligt principprogrammet åvila en av läkarna vid centralen.

I principprogrammet planerades inte några specialistläkartjänster vid de minsta vårdcentralerna. För att rationellt kunna utnyttja specialistläkare förutsattes ett större patientunderlag. En vårdcentral organiserad med specialister borde innehålla företrädare för åtminstone invärtesmedicin, kirurgi, psykiatri, pediatrik, kvinnosjukdomar, ögon- och öronsjukdomar samt röntgendiagnostik.

Principprogrammet remissbehandlades. Hu-

vuddragen av programmet accepterades härvid av remissinstanserna. Beträffande vårdcentralernas uppgifter betonades från flera remissinstanser behovet av att integrera sjukvård och hälsovård. Bl. a. framhölls behovet av att anknyta företagshälsovård, skolhälsovård, hälsokontroller m. m. till vårdcentralernas verksamhet. Många remissinstanser ansåg, att allmänläkarnas uppgifter och avvägningen mellan allmänläkarfunktionen och specialistfunktionen borde bli föremål för ytterligare överväganden. I synnerhet efterlystes en precisering av innehållet i kraven på allmänläkaren.

Sedan principprogrammet remissbehandlats gjorde socialstyrelsen ett uttalande med vissa kommentarer till programmet och den därav föranledda debatten (*Socialstyrelsen redovisar, nr 8. Stockholm 1969*). Beträffande allmänläkarnas uppgifter framhöll styrelsen bl. a., att man i framtiden sannolikt får acceptera relativt olikartade arbetsuppgifter för allmänläkare i glesbygd och i tätorter. I perifera områden skulle allmänläkarens arbete komma att likna dagens provinsialläkare. Tyngdpunkten skulle ligga på invärtesmedicinska arbetsuppgifter med visst inslag av pediatrika, kirurgiska och psykiatriska moment. Vid större vårdcentraler med tillgång till specialister inom dessa områden skulle tyngdpunkten däremot ligga inom det socialmedicinska området med särskild inriktning på åldringsvården. De växlande arbetsuppgifterna borde enligt socialstyrelsen inte innebära en längre gående differentiering av allmänläkarnas utbildning än som ryms inom den nu fastlagda utbildningsordningen. Styrelsen sade sig dock vara medveten om att allmänläkarnas utbildning på sikt kunde komma att förlängas för att komma i paritet med specialistutbildningen. Därvid borde även åstadkommas en samordning av allmänläkarnas och företagsläkarnas utbildning. Styrelsen påpekade vidare, att vårdcentralernas uppgifter – som de skisserats i principprogrammet – också berörde viktiga huvudmannafrågor. Framförallt gällde detta skol- och företagshälsovårdens inordnande i verksamheten.

3.3.2 Vissa andra utredningar

Sedan socialstyrelsens principprogram om öppen vård framlades, har frågan om den öppna vårdens organisation, avvägningen mellan slutna och öppen vård samt i anslutning härtill frågan om sjukvårdspersonalens arbetsuppgifter förts vidare genom flera andra utredningar.

Spri arbetar inom ramen för *projekt 3002 "Utarbetande av riktlinjer för vårdorganisationen inom skilda specialiteter"* med att konkretisera och vidareutveckla vissa av de tankegångar som presenterades i socialstyrelsens principprogram. Nämnda *Spri*-projekt är ännu inte avslutat. Läkartjänstutredningen har dock fått ta del av vissa principiella bedömningar som ligger till grund för arbetet inom projektet och som även är av stor betydelse för de frågor sammanhängande med konstruktionen av läkartjänster m. m. som denna utredning har att pröva.

Spri-utredningen bygger på i stort samma förutsättningar som principprogrammet. På grundval av statsmakternas riktlinjer för en prioritering av den öppna sjukvården, den psykiatriska vården och långtidssjukvården förutsätts sålunda en fortgående omstrukturering av sjukvården med återhållsamhet beträffande den slutna, somatiska sjukvårdens utbyggnad och en ökad satsning på andra vårdformer.

Strukturförändringen av den öppna vården med en stark decentralisering av kvalificerade medicinska resurser förutsätts i *Spri*-projektet bli baserad på en vårdorganisation, som inom *primärvårdsområdena* förenar resurser för specialiserad öppen vård med integrerad närservice inom hälso- och sjukvård samt primärkommunal socialvård.

Ett primärvårdsområde förutsätts vara av en sådan storlek att större delen av efterfrågan på öppen specialiserad vård kan tillgodoses inom området. För integrerad närhetservice inom hälso- och sjukvårdsområdet bör finnas minst en vårdcentral inom varje kommun. Genom en uppdelning av större kommuner i mindre distrikt med en utbudsenhet inom varje sådant område kan enligt

Spri-utredningen vårdcentralernas storlek begränsas och närhetskraven bättre tillgodoses.

Större mottagningsenheter för specialiserad öppen vård föreslås bli lokaliserade till normalsjukhusorter eller andra tätorter av motsvarande storlek och tillsammans med ett antal mindre vårdcentraler svara för den öppna vården inom primärvårdsområdet. Vårdcentralerna kan därvid ses som utskjutna delar från en större och för området gemensam vårdcentral, vars läkare i olika omfattning kan ha sin mottagning förlagd till olika enheter inom området.

Den fasta läkaruppsättningen vid de mindre vårdcentralerna förutsätts bestå av allmänläkare och vissa specialister. Omfattningen och fördelningen av specialisterna på skilda verksamhetsområden måste bli beroende av befolkningens storlek och sammansättning.

Några vårdplatser avses inte ingå i primärvården. Central- och regionsjukhusens starkt specialiserade resurser skall enligt *Spri*-utredningen i huvudsak reserveras för remissfall från primärvårdsnivån.

En upprustning av den öppna vårdens resurser förväntas leda till att den slutna sjukvården på sikt relativt sett minskar i omfattning. En utbyggnad av öppenvårdsfunktionerna, och den avlastning av sjukhusen som förväntas följa härav, underlättar också genomförandet av en strukturering av vårdorganisationen på olika nivåer. Nivåstruktureringens omfattning och inriktning måste härvid baseras på en analys av de skilda vårdfunktioner som hälso- och sjukvårdssystemet som helhet skall utföra. Även dessa frågor behandlas f. n. av *Spri* inom ramen för *projekt 3006* som syftar till att utforma principiella riktlinjer för en hälso- och sjukvårdsplan. En första redovisning av projekt 3006 har nyligen skett (*Spri* rapport 14/71).

Planen avser i första hand att utifrån angivna mål för verksamheten redovisa fördelningen av det resursutbud som beräknas vara tillgängligt för olika verksamheter och driftenheter. Detta erfordrar en väl definierad driftstruktur, som anger mål för skilda funktioner och driftenheter i organisationen.

Förslaget till en strukturering av hälso- och sjukvården i projekt 3006 bygger på att den slutna akutsjukvården koncentreras till ett fåtal anläggningar samt att viss slutna långtidsvård och öppen vård decentraliseras för att tillgodose anspråk på närhetsservice för mera frekventa service- och vårdbehov. Koncentrationen av den slutna akutsjukvården motiveras främst av knappheten på resurser men även av medicinska kvalitetskrav och av organisatoriska skäl. Specialisten i vårdorganisationen ställer bl. a. krav på ett tillräckligt patientunderlag för att kunna vidmakthålla och utveckla sina färdigheter. Likaså förutsätts vissa specialistfunktioner kräva rumslig närhet till andra motsvarande funktioner för att kunna arbeta rationellt.

Den i projektet föreslagna nivåstrukturen karakteriseras av att nivåer och nivåskillnader konstitueras av resursuppsättningen på respektive nivå.

Nivå I, som benämnes primärvård, svarar för vård och service för mindre resurskrävande vårdfall, medan verksamheten på övriga vårdnivåer kan koncentreras genom successiv upptrappning av resurstillgången alltefter de insatser för adekvat diagnostik och terapi som patientens tillstånd fordrar. På nivå I meddelas endast öppen vård omfattande såväl hälsovård som sjukvård. Nivån karakteriseras av närheten till patienten och kravet på kännedom om patientens sociala miljö. Patienten skall också ha direkt tillgång till vården på nivå I.

På nivå II meddelas slutna vård med begränsade diagnostiska och terapeutiska resurser motsvarande den vård som nu ges vid normallasarett eller motsvarande. Även halvöppna vårdformer kan förekomma på nivån. Handlingsberedskapen för verksamheten beräknas dock bli begränsad.

På övriga nivåer (III motsvarande centralasarett och IV motsvarande regionsjukhus) meddelas såväl slutna som öppen vård samt olika slag av förekommande mellanvårdformer. I projektet föreslås vården på dessa nivåer liksom på nivå II vara remissbunden.

Den i projektet 3006 föreslagna nivåindelningen innebär inte, att nivåerna nödvändigt-

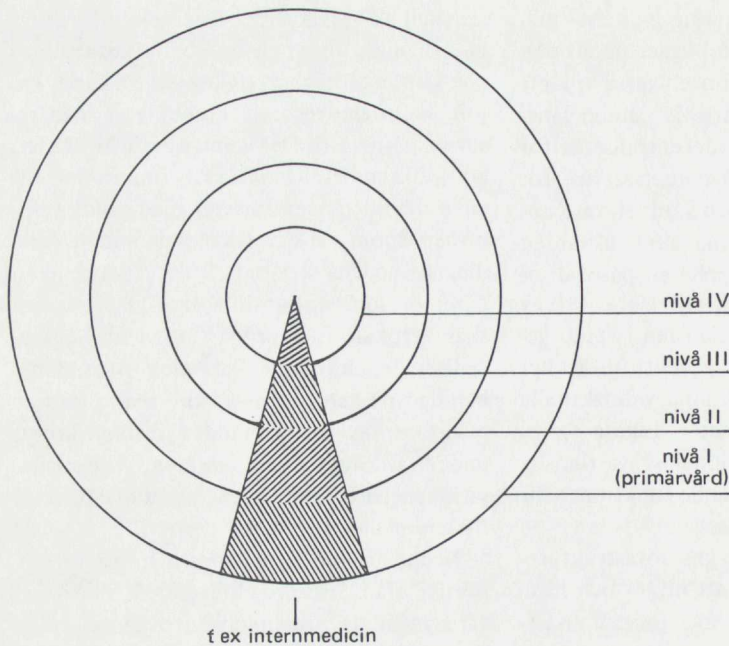
vis skall skiljas i fysisk bemärkelse. Resurserna på olika nivåer avses kunna kombineras och samlokaliseras på olika sätt. Så kan t. ex. primärvårdens resurser kombineras med resurser på nivå II. Det väsentligaste är istället, att verksamheten indelas i funktioner för vilka målsättningen varierar med skilda vårdnivåer. Inom varje verksamhetsområde (medicinsk specialitet) betraktas verksamheten däremot som en kontinuerlig funktion, som skär vertikalt från primärvården till högspecialiserade vårdnivåer. Patienten avses bli behandlad på den vårdnivå, som svarar mot de resursanspråk vederbörandes tillstånd kräver under varje fas av vårdperioden. Vårdorganisationen förutsätter även reversibla patientflöden mellan de olika nivåerna.

Nedanstående figur, som hämtats ur rapporten från Spri-projektet 3006, illustrerar vårdsystemets principiella utbyggnad enligt den modell som förordats i rapporten.

De principiella överbåganden som redovisats i socialstyrelsens principprogram om öppen vård och senare vidareutvecklats av Spri återfinns i grova drag även i en *principplan för den psykiatriska vården (Socialstyrelsen redovisar, nr 16, Stockholm 1970)*, som socialstyrelsen framlade i november 1970. Utredningen syftade närmast till en psykiatrisk vårdplan anpassad för Västmanlands läns landsting, eftersom den tillsatts efter överläggningar mellan socialstyrelsen och landstinget i Västmanland om den psykiatriska vårdens framtida organisation i länet.

I planen betonas vissa generella utvecklingstendenser inom den psykiatriska vården. Inom psykiatrin, liksom andra medicinska områden, specialiseras sålunda kunskapen alltmera och begreppet differentierad sjukvård i form av intensiv-, intermediär- och lättvård framträder såväl inom den psykiatriska vårdorganisationen som inom kroppsjukvården. För att specialiserade funktioner på olika vårdnivåer skall kunna samverka, förutsätts samtidigt en systematisk integration av vårdformer liksom av t. ex. psykiatrisk och social omvårdnad.

Vad gäller vårdresursernas utbyggnad framhåller expertgruppen, att man i första



hand skall satsa på en basorganisation, som kan tillgodose vissa oundgängliga vårdbehov. Målsättningen skulle innebära en satsning på behandlingsprogram med den enskilde patienten så litet som möjligt skild från sin naturliga miljö. Med denna grundförutsättning har expertgruppen prioriterat bl. a. öppna och halvöppna vårdformer, som under hela behandlings- och rehabiliteringsförloppen skulle samordnas med en differentierad slutenvård. Genom statsmakternas beslut att prioritera den psykiatriska vården vid inrättandet av läkartjänster under första hälften av 1970-talet förutsätts det bli möjligt att bygga ut en ny vårdorganisation, inte bara beträffande en till centralaserat koncentrerad kliniskorganisation utan även en decentraliserad öppen och halvöppen vård med anknytning till vårdcentraler. Behandlingsresurserna skulle härigenom kunna ges en mer eller mindre ambulans utformning.

En viktig förutsättning för en decentraliserad vårdverksamhet är enligt expertgruppen,

att den öppna vården får en fast anknytning till en välutvecklad och adekvat differentierad lasarettorganisation. Med förankring i kvalificerade enheter för slutenvård skulle härigenom skapas ett psykiatriskt block, som med sina förgreningar ut över lämpligt fördelade vårdcentraler tämligen likvärdigt kan tillgodose alla delar inom ett sjukvårdsområde.

Satsningen på öppna och halvöppna vårdformer, liksom prioritering av psykiatri och långtidssjukvård, återspeglas också i flera program och planer för sjukvårdens framtida organisation och dimensionering, som lagts fram från sjukvårdshuvudmännens sida under senare år. Sådana *planer* har t. ex. uppgjorts för *Stockholms län, Göteborgsområdet och Skåne*.¹

¹ Hälsovård-sjukvård, Stockholms län. Plan 1971 - 1980. Stockholm 1969. Sjukvårdsplan för Göteborg. Perspektivplan för perioden 1970 - 1980. Göteborg 1970. Sjukvården i Skåne. Malmö 1970.

Vägledande för samtliga dessa utredningar har varit bl. a. behovet av att rationalisera sjukvården och åstadkomma alternativa vårdformer mot bakgrund av de ökade kostnaderna och svårigheterna att rekrytera personal för sjukvården. Förebyggande vård och hälsokontroll har getts hög prioritet. I Göteborgsplanen betonas t. ex. starkt vikten av att sjukvården under 1970-talet utvecklas till en "offensiv" vård med sikte på att påverka den allmänna samhällsutvecklingen så att uppkomsten av sjukdom kan förebyggas.

Den öppna vården har förutsatts bli utbyggd och differentierad i syfte att tillgodose en ökande efterfrågan på sjukvård och samtidigt åstadkomma en lämplig avvägning i förhållande till den slutna vården. Den högt specialiserade sjukvården planeras i sin tur bli koncentrerad till ett fåtal sjukhus.

I fråga om den öppna vårdens organisation har man utgått från bl. a. socialstyrelsens principprogram. Den öppna hälso- och sjukvården har sålunda föreslagits bli förlagd till vårdcentraler i första hand koncentrerade till centralorter i kommunblocken. I Stockholmsplanen föreslogs t. ex. att Stockholms län skulle indelas i ett antal större områden, inom vilket utbudet av öppen sjukvård skulle anpassas till områdets behov av specialistvård. Varje akutsjukhus föreslogs få ansvaret för den öppna vården i ett närområde. Härutöver skulle akutsjukhusens mottagningar endast ianspråkta för differentierad, remissbunden specialistvård. Även vårdcentralerna föreslogs bli tilldelade närområden för öppen sjukvård. Centralernas läkare skulle härvid åläggas den vårdskyldighet, som nu vilar på tjänsteläkare inom närområdet. Hur dessa uppgifter skulle fördelas mellan läkarna fick enligt planen avgöras med hänsyn till läkarstabens sammansättning vid centralen. Vårdcentralerna skulle endast för specialundersökningar behöva repliera på akutsjukhusen (remissfall).

Inom områden som lämpligen inte kunde betjänas av akutsjukhusen eller större vårdcentraler för allmän öppen vård skulle mindre centraler kunna inrättas. Systemet med enläkarstationer ansågs dock medföra sådana

olägenheter, att de borde förekomma endast undantagsvis.

I Skåneplanen har man mot bakgrund av en analys rörande sjukvårdens grundläggande målsättningar redovisat förslag till vissa organisatoriska förändringar som anses nödvändiga för att tillgodose de framtida kraven. I ett förslag till strukturplan skiljer man mellan i huvudsak tre olika nivåer i vårdorganisationen, nämligen *vårdcentral*, *lokalsjukhus* och *distriktssjukhus*. Den framtida sjukvårdsstrukturen bör enligt planen mera betona dels den decentraliserade och differentierade primärvården, dels den kvalificerade och centraliserade sjukhusvården. Kostnadsutvecklingen gör det nödvändigt att tillgodose efterfrågan på hälso- och sjukvård i nya och billigare vårdformer utan att eftersätta de medicinska kvalitetskraven. Detta innebär bl. a., enligt planen, att den öppna vårdens resurser för diagnostik och terapi måste förstärkas. Det blir sålunda nödvändigt att konstruera vårdenheter, som så tidigt och så nära som möjligt kan möta människornas sjukvårdsbehov och som kan utgöra ett attraktivt alternativ till den öppna vården vid sjukhus. I dessa primära vårdenheter skall hälso- och sjukvård samt socialvård kombineras. Vårdcentralen skall m. a. o. utgöra basenhet i sjukvårdsorganisationen och svara för stora delar av sjukvårdsservicen i respektive område.

Till skillnad från t. ex. socialstyrelsens principprogram för öppen vård har man i Skåneplanen inte förutsatt att vårdcentralerna i regel skall omfatta specialistvård. Specialistläkarfunktionerna i öppen vård avses i stället bli lokaliserade till lokalsjukhusen. Specialister som verkar i öppen vård vid lokalsjukhusen skall också ges möjligheter att i slutet vård behandla patienter som inte har behov av hög medicinsk beredskap. Den slutna vården vid lokalsjukhusen bör enligt planen differentieras i huvudsak som femdagarsvård och dagvård kompletterad med patienthotell i anslutning till den öppna specialistfunktionen.

Såväl den öppna specialistvården som den slutna vården vid lokalsjukhusen förutsätts

vara en från distriktssjukhusen decentraliserad verksamhet vilket bl. a. innebär, att läkare och annan medicinsk personal vid lokalsjukhusen formellt skulle vara anställda vid distriktssjukhusens specialkliniker. Lokalsjukhusets organisation skulle alltså utgå från att det ombesörjer en från distriktssjukhusets decentraliserad verksamhet. Detta ställer enligt planen starka krav på samordning av lokalsjukhusets verksamhet med distriktssjukhuset. Samordningen har tänkts kunna utformas så, att bemanningen av lokalsjukhuset garanteras genom att t. ex. vidareutbildningen av läkare sker fortlöpande, om så erfordras med cirkulation mellan distrikts- och lokalsjukhus. Lokalsjukhuset förutsätts i övrigt samverka med vårdcentralerna inom upptagningsområdet.

I Göteborg är den specialiserade öppna vården relativt väl utbyggd. Den icke specialiserade vården anses däremot underdimensionerad, vilket medför stor belastning på andra mera resurskrävande vårdformer. I Göteborgsplanen läggs med hänsyn härtill stor vikt vid en utbyggnad av den icke specialiserade öppna vården (förebyggande vård, allmänläkarvård, hemsjukvård). Även långtidsvården ges hög prioritet.

3.3.3 Utredningsförslag om den öppna läkarvården utanför sjukhus

Som omnämnts i kapitel 3.2.1 tillkallade chefen för socialdepartementet i maj 1969 en särskild utredningsman att utreda och lägga fram förslag beträffande organisationen av den öppna läkarvården utanför sjukhusen. Utredningsmannen har nyligen avlämnat betänkande i frågan (*Förslag till ändringar i sjukvårdslagstiftningen III. Den öppna läkarvården utanför sjukhus. Socialdepartementets stencil 1971:3*).

I betänkandet framhålls bl. a. följande.

Utredningsmannen konstaterar, att provinsialläkarväsendet under de senaste decennierna befunnit sig i en permanent krisituation med otillräcklig nyrekrytering till tjänsterna. För att bryta krisläget föreslås nu reformer innebärande större likställdhet mel-

lan den öppna och den slutna vårdens läkare, en höjning av kompetenskraven för allmänläkare till att motsvara den av Kungl. Maj:t 1969 beslutade utbildningen för allmän praktik samt vissa lättnader i allmänläkarnas arbetsbörda. Allmänläkarnas speciella funktion som "tjänsteläkare" föreslås sålunda bli avskaffad. Alla läkare i allmän tjänst skall i stället i princip stå till förfogande för sådana uppgifter för samhällets räkning som fordrar medicinsk utbildning. Utredningsmannen har vidare framhållit, att befordringstjänster för allmänläkare bör komma till stånd på samma sätt som inom övriga medicinska specialiteter.

För organisationen av den öppna vårdens läkartjänster bör enligt utredningsmannen flera möjligheter stå öppna.

I första hand föreslår utredningen, att läkare på tjänster i öppen vård anställs vid det sjukhus inom vars upptagningsområde de är verksamma. Sjukhuset och den öppna vården inom upptagningsområdet utgör sålunda en arbetsenhet och specialisterna utanför sjukhuset knyts till den klinik som de specialitetsmässigt hör samman med. De ges härvid ställning som överläkare eller biträdande överläkare. De f. d. tjänsteläkarna i distriktet samorganiserar till en enhet — allmänläkarenheten — och ställs under ledning av en allmänpraktiker som överläkare och chef med klinikchefs befogenheter. Tjänsterna för övriga allmänläkare ombildas så, att vid flerläkarstation en blir överläkare och chef och de övriga biträdande överläkare. Vid enläkarstation blir läkaren överläkare under förutsättning att stationen även framdeles avses bestå som sådan. Vid det stora antal enläkarstationer som nu finns men som successivt avses bli indragna eller ombildade till flerläkarstationer föreslås läkarna under övergångstiden få ställning som extra läkare med överläkares åligganden. Detta innebär att det skapas en karriär för allmänläkarna: biträdande överläkare vid flerläkarstation, överläkare på en- eller flerläkarstation och överläkare och chef för allmänläkarenheten. Denna organisationsform med alla läkarna anställda vid sjukhuset bedömer utredningen

utgöra en god grundval för integrationen mellan öppen och slutenvård.

Den angivna organisationstypen anses dock av olika skäl inte komma att passa i alla sjukvårdsområden. Utredningsmannen föreslår därför att sjukvårdslagen ändras så att det blir möjligt att anställa överläkare, biträdande överläkare, underläkare och extra läkare även vid öppenvårdsenheter utan anknytning till sjukhus. Utredningen förutsätter emellertid, att även vid en organisation efter denna linje en allmänläkare anställs vid sjukhuset som överläkare och chef för de övriga allmänläkarna inom området. Denna organisationsform anses kunna bli aktuell t. ex. om det anordnas mycket stora öppenvårdsenheter.

Utredningen föreslår slutligen ingen ändring i sjukvårdslagens nuvarande konstruktion som gör det möjligt att för öppnavårdsfunktioner anställa läkare på tjänster som inte är nämnda i sjukvårdslagstiftningen, t. ex. poliklinikläkare och specialistläkare i öppen vård.

Utredningens förslag innebär, att den särskilda organisationen av provinsialläkare och stadsdistriktläkare för öppen vård utgår ur sjukvårdsorganisationen.

Utredningsmannen har även berört frågan om inrättande av läkartjänster. Föreskriften om socialstyrelsens medgivande för inrättande av tjänster föreslås få en mera generell avfattning än som nu är fallet och gälla alla läkartjänster — oavsett benämningen — i sjukvårdshuvudmännens hälso- och sjukvårdande verksamhet samt även sådana tjänster hos primärkommunerna (socialläkare, skolläkare m. fl.). Undantag förutsätts dock för tjänster som kräver en arbetstid av högst 15 timmar per vecka. Vidare föreslås vissa åtgärder från socialstyrelsens sida för att lätta den nu detaljerade regleringen beträffande nya tjänster. Den ökande läkartillgången bör enligt utredningens mening aktualisera införandet av ett kvotssystem för tilldelningen av nya läkartjänster. Utredningen framhåller angelägenheten av att primärkommunala tjänster inte inrättas utan samordning med vederbörande landsting.

För att underlätta en eventuell framtida avveckling av regleringen föreslås, att i sjukvårdslagen endast intas ett bemyndigande för Kungl. Maj:t att förordna om villkor för inrättande av läkartjänst samt att själva regleringen flyttas till den i administrativ ordning utfärdade sjukvårdskungörelsen.

Den nya ordning som föreslås för den öppna vårdens läkartjänster kräver för tjänsteläkarkårens del åtskilliga övergångsbestämmelser. Det föreslagna kravet på genomgången utbildning i allmän praktik, vilket avses gälla för alla tjänster inom verksamhetsområdet, innebär en långtgående skärpning av nu gällande behörighetsbestämmelser och avses därför träda i kraft först efter en treårig övergångstid. Under det första övergångsåret föreslås det nuvarande kravet på åtta månaders sjukhustjänstgöring bibehållas för tjänster som biträdande överläkare. Under de två följande övergångsåren skärps kraven så att vederbörande även skall ha fullgjort allmäntjänstgöring under nio månader. Den som vid de nya bestämmelsernas ikraftträdande — utredningsmannen räknar härvid med den 1 juli 1972 som möjlig dag — innehar tjänsteläkarbefattning har till tiden obegränsad behörighet till tjänst som biträdande överläkare. För att under övergångstiden vara behörig även till överläkartjänst för allmän praktik ställs dock högre krav, nämligen att ha genomgått utbildning för allmän praktik med undantag för däri ingående allmäntjänstgöring eller också att äga specialistkompetens i invärtes sjukdomar.

Med biträdande överläkare jämställs enligt förslaget genomgående extra läkare med överläkares åligganden samt oregerad tjänst för allmän praktik. Slutligen föreslås, att socialstyrelsen får generell rätt att dispensera från de fastställda behörighetskraven, om det föreligger särskilda skäl härför.

I fråga om läkartjänsternas tillsättande föreslås, att sjukvårdsstyrelserna får välja mellan alla sökande som fyller behörighetskraven och sålunda även gå utöver dem som uppförts på förslag. Vidare förordas, att den nuvarande bestämmelsen i 20 § sjukvårdslagen som anger till vilka meriter särskild

hänsyn skall tas vid upprättande av förslag till läkartjänster utgår. Detta är av vikt för den öppna vårdens läkare och särskilt för allmänläkarkåren, eftersom bland meriterna anges tjänstgöring på sjukhus.

3.4 Nivåstruktur och läkartjänster

Det faller inte inom denna utrednings uppdrag att ta ställning till den framtida utformningen av den organisatoriska nivåstrukturen inom sjukvården. De skissartade referat av vissa aktuella utredningar på området som presenterats ovan avses enbart antyda några drag i den pågående utvecklingen, vilka måste beaktas vid ett ställningstagande till den framtida utformningen av läkartjänsterna.

De refererade utredningarna visar på flera punkter skillnader, som antyder att många frågor beträffande nivåstruktureringen av hälso- och sjukvården ännu är olösta. Samtidigt är huvudlinjerna i den pågående debatten tämligen klara. Det kan sålunda förväntas, att den nu inledda utvecklingen mot en nivåstrukturering av hälso- och sjukvården under de närmaste åren kommer att ytterligare klarläggas och konkretiseras. Detta skulle innebära att hälso- och sjukvårdens tjänster alltmera differentieras med en nivåindelning av serviceutbudet delvis efter graden av medicinsk specialisering och kraven på beredskap samt efter tillgången på personal och tekniska resurser. Distinktionen mellan institutioner för öppen respektive slutna vård synes i detta perspektiv inte längre få samma relevans som hittills. Inom starkt specialiserade sjukhus (undervisningsjukhus, regionsjukhus, centrallasarett) kommer verksamheten visserligen att koncentreras till slutna vård. Även här torde dock öppen vård behöva finnas, t. ex. för akutfall, som kräver omedelbar tillgång till kvalificerade sjukvårdsresurser, men även för remissfall från den primära, mera lokalt bundna nivån. Den primära vårdnivån kommer å andra sidan att rymma huvudsakligen öppen hälso- och sjukvård, men vissa resurser för slutna vårdfunktioner, t. ex. för observationsfall, torde också kunna förekomma.

Den nuvarande strukturen inom hälso- och sjukvården kan, som tidigare framhållits, karakteriseras som starkt sjukhusinriktad. Till största delen beror detta på det mellan staten och landstingen tidigare delade huvudmannskapet för hälso- och sjukvården. Bristen på läkare har delvis också medverkat till en koncentration av vårdresurserna till sjukhusen, eftersom den begränsade läkartillgången ansetts bli mest effektivt utnyttjad i sjukhusbunden vård.

Som tidigare belysts har förutsättningarna efter hand förändrats. De institutionella hindren för en enhetlig syn på hälso- och sjukvården har delvis undanröjts genom det enhetliga huvudmannskapet för vården. Lagändringar har också genomförts i syfte bl. a. att underlätta samordningen mellan de tidigare skilda vårdformerna. Läkartillgången förväntas bli radikalt förbättrad under det närmaste decenniet. Den medicinskt-tekniska utvecklingen ökar också möjligheterna att decentralisera och föra ut traditionellt sjukhusbundna vårdfunktioner i öppna vårdformer. Av kostnadsskäl är det för övrigt angeläget att den dyrbara sjukhusvården kan avlastas.

Flera skäl talar sålunda för att det inom den närmaste framtiden är såväl möjligt som önskvärt att decentralisera hälso- och sjukvårdens resurser till vårdenheter utanför sjukhusen. För att dessa vårdenheter — den primära vårdnivån — skall kunna bli ett verkligt alternativ till sjukhusvården och avlasta denna krävs emellertid, att primärvårdsnivån byggs ut med kvalificerade, specialiserade hälso- och sjukvårdsresurser som samlas till slagkraftiga enheter kombinerade med närhetsservice, där medicinska och sociala funktioner samordnas. Den öppna, primära vården förutsätts rymma såväl allmänläkare som specialister inom skilda verksamhetsområden, dels sådana som är permanent knutna till primärvården, dels specialister som kan alternera mellan den primära vården och andra vårdnivåer. En betydande samordning av de medicinska funktionerna kan förutsättas även i övrigt mellan de olika nivåerna i vårdsystemet. Rent medicinska skillnader i

läkarnas arbetsuppgifter mellan primärvårdsnivån och den slutna, starkt specialiserade vården sätter samtidigt vissa gränser för en sådan integration vad gäller användningen av läkararbetskraften. Förhållandena skiftar dock härvid från specialitet till specialitet (jfr kapitel 8.4.4.2).

Vissa generella riktlinjer för en utveckling i den här antydda riktningen har redan getts av statsmakterna. I prop. 1969:35 angavs sålunda ett program för läkartillskottets användning, som sedan dess bildat underlag för socialstyrelsens planering av sjukvårdens utbyggnad fram till mitten av 1970-talet. I programmet gavs hög prioritet åt psykiatri och långtidsvård samt öppen vård. Samma prioritering har kommit till uttryck i de riktlinjer som senare angetts av statsmakterna för byggnadsverksamheten inom hälso- och sjukvården. I statsverkspropositionen 1971 (bil. 7 socialdepartementet) framhålls vidare, att ett genomförande av denna sjukvårdspolitiska målsättning tvingar fram större återhållsamhet beträffande den i regel redan väl utbyggda slutna vården och ställer allt större krav på effektiv planering och rationalisering av sjukvården. Kostnadsutvecklingen inom sjukvården gör det vidare angeläget att utveckla planeringen till ett organiserat system med sjukvårdsplaner. Denna fråga förutskickades också inom kort bli upptagen till behandling i socialdepartementets sjukvårdsdelegation. Denna har sedermera beslutat att tillsätta en arbetsgrupp med uppdrag att på grundval av en analys rörande de faktorer som är av betydelse för sjukvårdsplaneringen utarbeta ett förslag till ett riksomfattande system med enhetligt uppbyggda sjukvårdsplaner. I arbetsgruppen ingår representanter för sjukvårdshuvudmännen, Spri, socialstyrelsen och berörda departement.

Utredningen ser inte anledning att här ytterligare gå in på den pågående debatten om nivåstruktureringen inom hälso- och sjukvården. Den öppna vårdens organisation har för övrigt varit föremål för en särskild utredning med vilken läkartjänstutredningen haft fortlöpande samråd under sitt arbete.

En utredning pågår vidare med syfte att framlägga generella riktlinjer för nivåstruktureringen. De ovan redovisade, allmänna dragen i utvecklingen beträffande den primära, huvudsakligen öppna vårdens utbyggnad liksom beträffande integrationen mellan hälso- och sjukvården på olika nivåer måste dock enligt läkartjänstutredningens mening få centrala konsekvenser för utformningen av läkartjänsterna: Den förväntade ökningen av antalet läkare i öppna primärvårdsfunktioner utanför sjukhus och den planerade utbyggnaden av denna vårdnivå gör det rimligt att förutsätta, att tjänstestrukturen inom primärvården på sikt byggs ut på samma sätt som på andra vårdnivåer. Inom öppen primärvård skulle sålunda finnas tjänster för såväl överordnade som underordnade läkare. Vidare bör det även inom vissa öppna, icke sjukhusbundna funktioner finnas tjänster för läkare under vidareutbildning, dels för allmäntjänstgöring men också för fortsatt vidareutbildning inom såväl allmän praktik som framdeles även inom andra medicinska verksamhetsområden enligt den nuvarande specialitetsförteckningen. Läkartjänsternas struktur i primärvården skulle alltså bli i princip densamma som inom den huvudsakligen slutna vården. I konsekvens med det anförda bör också läkartjänstorganisationen liksom tjänstebenenämningarna så långt möjligt vara desamma inom vårdfunktioner.

En utformning av läkartjänsterna enligt ovan angivna riktlinjer är till en del en naturlig följd av de öppna, icke sjukhusbundna vårdfunktionernas förväntade expansion. En gemensam tjänstestruktur för skilda vårdfunktioner kan vidare tänkas underlätta en funktionell samordning av olika vårdnivåers arbete. Den kan också ses som ett viktigt instrument för att påskynda en utbyggnad av den nu underdimensionerade öppna vården till en primärvårdsnivå med ett befordrings-system för personalen av samma slag som för närvarande finns inom den slutna vården. Utredningen vill i sammanhanget erinra om vad som anförts härom av utredningen angående den öppna, icke sjukhusbundna läkarvården (jfr kapitel 3.3.3).

De synpunkter som ovan anförts beträffande nivåstruktureringen inom sjukvården och läkartjänsterna har utformats delvis för att illustrera det samband som råder mellan förändringar i sjukvårdsstrukturen och utformningen av läkartjänsterna. Stöd för uppfattningen att i princip samma tjänstestruktur bör gälla för slutna respektive öppna vårdfunktioner finns även i prop. 1969:35 liksom i utredningens direktiv (jfr kapitel 4.3.1).

Det anförda innebär givetvis inte, att tjänstestrukturen nödvändigtvis måste vara lika starkt utvecklad vid alla slag av vårdinrättningar. Inom t. ex. mindre enheter för öppen hälso- och sjukvård finns uppenbarligen inte behov av att utnyttja samma antal tjänstekategorier, som kan behövas vid t. ex. ett undervisningssjukhus. Möjlighet skall dock enligt utredningens mening finnas att även i vårdfunktioner utanför sjukhusen tillämpa samma differentierade tjänstestruktur som vid sjukhusen. Behov härav torde givetvis i första hand anmäla sig vid större enheter för öppen vård.

Avgörande för utredningens syn på utformningen av ett tjänstesystem för läkarpersonalen är de organisatoriska krav som sjukvården ställer. Hittills har läkarbristen begränsat möjligheterna att bygga ut sjukvårdsresurserna inom vissa områden, och personalrekryteringen har vid sidan av kostnadsstegringarna utgjort ett av sjukvårdshuvudmännens svåraste problem under de senaste decennierna. Med den förväntade ökningen av läkartillgången öppnas emellertid delvis nya förutsättningar att aktivt planera för fördelningen av arbetskraften och tillgodose behovet av läkare inom skilda delar av hälso- och sjukvården.

Utredningen vill i sammanhanget också erinra om målsättningen i prop. 1969:35 att samordna läkarutbildningen med en form av fördelning av läkare på olika verksamhetsområden, som långsiktigt främjar hälso- och sjukvårdens utveckling. Beträffande tjänster för läkare under vidareutbildning innebär den angivna målsättningen, att antalet tjänster fortlöpande måste bedömas mot

bakgrund av både det aktuella, sjukvårdsmässiga behovet av att inrätta dylika tjänster och utbildningsbehovet på längre sikt. I princip skall ingen läkartjänst tillkomma, som inte är klart sjukvårdsmässigt motiverad. Inom denna ram skall samtidigt vidareutbildningens behov beaktas varvid särskild hänsyn måste tas till förväntat behov av vidareutbildade läkare på längre sikt. Som framhölls bl. a. av socialstyrelsen i anledning av SLUS förslag är detta utomordentligt viktigt, eftersom man genom utbildningstjänsterna kan påverka rekryteringen till och karriären inom olika verksamhetsfält.

Vad utredningen ovan anført beträffande de organisatoriska förutsättningarna för den framtida konstruktionen av läkartjänsterna får också vissa konsekvenser för utformningen av lagstiftningen på området. Sjukvårdslagen och sjukvårdskungörelsen bör sålunda utformas så, att författningarnas bestämmelser om läkartjänster så långt möjligt görs gemensamma för öppen och slutna vård. Målet bör som framhållits vara *en enhetlig tjänstestruktur* för slutna och öppna vård. I princip bör också samma grundläggande författningsbestämmelser gälla för alla läkartjänster inom samma kategori.

Vissa möjligheter att för öppen vård tillämpa samma tjänstestruktur som vid sjukhusen ges redan i nu gällande sjukvårdslag. En författningsändring ytterligare ett steg i riktning mot en enhetlig tjänstestruktur för olika vårdformer har också nyligen föreslagits av utredningen om den öppna vårdens organisation m. m. Utredningsmannen har sålunda förordat en ändring i 16 § sjukvårdslagen med innebörden att läkare i sjukvårdande verksamhet utanför sjukhus kan benämnas överläkare, om vederbörande har motsvarande uppgifter som föreskrivs för överläkare. Härav följer att även underordnade tjänstekategorier kan anställas i öppen vård utanför sjukhus (jfr kapitel 3.3.3).

Läkartjänstutredningen vill understryka vikten av att en ändring i den här föreslagna riktningen kommer till stånd. Med den pågående utvecklingen mot en nivåstrukturering av sjukvården efter resursnivåer kan det

för övrigt ifrågasättas, om det överhuvudtaget längre finns anledning att i lagstiftningen ange läkartjänsternas anknytning till viss sjukvårdsinrättning eller vårdenhet. Begreppet "sjukhus" i 16 § sjukvårdslagen skulle sålunda kunna ersättas av ett vidare begrepp — exempelvis "sjukvårdsområde". Detta skulle innebära, att samma tjänstestruktur förutsattes gälla för alla vårdformer och att det överläts åt sjukvårdshuvudmannen att helt fritt disponera tjänsterna för olika sjukvårdsändamål (jfr kapitel 5.4.2.1).

3.5 Läkartjänster för hälsovård m. m.

I samband med redovisningen av de pågående strukturförändringarnas betydelse för utformningen av läkartjänsterna vill utredningen slutligen något beröra de särskilda förhållanden som gäller i dessa avseenden inom hälsovården samt i fråga om vissa läkarfunktioner med anknytning till socialvården, som för närvarande ägnas växande uppmärksamhet. Som framgått bl. a. av de ovan refererade utredningarna inriktas planeringsarbetet inom sjukvården alltmer på förebyggande insatser. Särskilda utredningar har också genomförts på området, bl. a. beträffande företagshälsovårdens utbyggnad.

De primära vårdenheternas (vårdcentralernas) arbete torde i stor utsträckning komma att bli inriktat mot hälsovårdande funktioner, omfattande förebyggande åtgärder av olika slag och hälsoundersökningar av enskilda eller grupper. Vårdcentralerna bör även kunna erbjuda företagshälsovård. En ökad samordning av verksamheten vid vårdcentralerna med primärkommunala aktiviteter av olika slag såsom skolhälsovård, åldersvård m. m. kan på sikt förväntas. En motsvarande samverkan kan givetvis tänkas med statlig läkarverksamhet, t. ex. inom kriminalvården, ungdomskoleverksamheten och den militära förbandssjukvården.

Det kan som tidigare nämnts också förutsättas att socialvården kommer att samordnas med hälso- och sjukvården. Läkarna skulle härigenom i ökad utsträckning kom-

ma att engageras i hemsjukvård, nykterhetsvård, social barna- och ungdomsvård etc. Formerna för samverkan mellan medicinsk och socialvårdande personal ligger dock inte inom ramen för denna utrednings arbete. I detta sammanhang berörs endast läkarfunktionerna

Läkarpersonalens medverkan i hälsovårdsarbetet torde delvis komma att ingå som en integrerad del i den primära hälso- och sjukvårdens funktioner. Särskilda tjänster för förebyggande vård i kommunal eller privat regi måste på sikt också förutsättas. Dyliga tjänster kan inrättas utan socialstyrelsens medgivande, eftersom de faller utanför den av sjukvårdslagen reglerade verksamheten. Socialstyrelsen har i olika sammanhang understrukit vikten av att möjligheter skapas för att styra och kontrollera inrättandet även av läkartjänster inom hälsovården för att möjliggöra en utbyggnad av denna sektor i balans med andra angelägna hälso- och sjukvårdsändamål. En ändring skulle sålunda genomföras av sjukvårdslagstiftningen så att styrelsens medgivande måste inhämtas vid inrättande av samtliga läkartjänster inom den offentliga hälso- och sjukvården. Som redovisats ovan har en ändring i denna riktning nu föreslagits av utredningen för den öppna vårdens organisation (jfr kapitel 3.3.3). Det har emellertid i andra sammanhang också övervägts, att lagstiftningsvägen införa skyldighet för även icke offentliga organ att inhämta styrelsens medgivande vid inrättande av t. ex. företagsläkartjänster.

Ett alternativ till etableringskontroll genom lagstiftning har ansetts vara att genom frivilliga överenskommelser mellan berörda parter reglera tilldelningen av läkartjänster. I särskild utredning (*Företagshälsovårdens läkarresurser*, stencil S 1970:4) har socialstyrelsen bl.a. förordnat, att styrelsens medgivande skall inhämtas vid inrättande av sådana läkartjänster vid vårdcentral eller läkarstation under kommunalt huvudmannaskap, vars innehavare skall vara helt eller delvis verksam i företagshälsovård. Styrningen av inrättande av företagsläkartjänster under enskilt huvudmannaskap skulle enligt samma förslag lösas genom överenskommelse mellan arbets-

marknadens parter, sjukvårdens huvudmän och representanter för staten.

I proposition till riksdagen har Kungl. Maj:t sedermera redovisat förslag i vissa frågor om företagshälsovård m. m. (*Prop. 1971:23*). Departementschefen betonade härvid företagshälsovårdens förebyggande karaktär och vikten av en nära anknytning till arbetsplatserna. För företag av en sådan storlek att de kan sysselsätta en heltidsanställd läkare och skyddsingenjör bedömdes en i företaget inbyggd hälsovård vara en effektiv lösning. För mindre företag ansågs det naturligt, att hälsovården ordnas genom olika former av samverkan, t. ex. för flera företag gemensamma företagshälsovårdscentraler. Möjligheterna till samarbete med samhällets hälso- och sjukvård betonades.

För att åstadkomma en effektiv hushållning med läkararbetskraften måste det enligt departementschefen göras en avvägning mellan företagshälsovården och samhällets hälso- och sjukvård. Någon form av reglering skulle sålunda krävas vid inrättande av läkartjänster inom företagshälsovården. Departementschefen förutsatte, att utredningen om den öppna vårdens organisation skulle pröva denna fråga vad det gäller läkartjänster för företagshälsovård inom den offentliga sjukvården. Detta har som tidigare antytts också skett. Beträffande övriga läkartjänster inom företagshälsovården biträdde departementschefen förslaget i socialstyrelsens utredning. Inom denna sektor skulle regleringen alltså ske genom överenskommelser mellan arbetsmarknadens parter, sjukvårdens huvudmän och företrädare för staten. En särskild, central delegation med uppgift att förlöpan- de följa och främja utvecklingen av företagshälsovården föreslogs bli inrättad. Departementschefen räknade med att det skulle bli en viktig uppgift för delegationen att medverka till att överenskommelser av detta slag kommer till stånd.

Utredningen vill i detta sammanhang betona vikten av att läkarverksamheten inom primärkommunal eller enskild hälsovård av typ företagshälsovård underställs viss etableringskontroll enligt de riktlinjer som angivits

i propositionen om företagshälsovård m. m. Förutom av skäl som tidigare angetts beträffande avvägningen vid tilldelning av läkararbetskraft är detta nödvändigt även för att vidareutbildningen av dessa läkarkategorier skall kunna lösas på ett tillfredsställande sätt. Mot bakgrund av hälsovårdens förväntade expansion måste möjligheter skapas att vidareutbilda läkare inom hälsovården dels i kombination med vidareutbildning inom angränsande verksamhetsområden, dels på sikt eventuellt också genom särskilda utbildningslinjer för hälsovårdsuppgifter. För att detta skall kunna åstadkommas, måste särskilda tjänster för vidareutbildning inom dessa funktioner inrättas. Samtidigt måste fördelningen av det medicinska ansvaret mellan läkare under vidareutbildning och överordnade läkare inom sektorn uppmärksammas. Innan läkarnas tjänstgöring inom hälsovård, som inte omfattas av sjukvårdslagens bestämmelser, ställts under offentlig kontroll, måste läkarverksamheten inom sektorn ske i oreglerad form. Som närmare framgår av kapitel 5 och 6 innebär detta formellt sett — och under förutsättning att utredningens förslag i konstruktions- och behörighetsfrågorna antas — att tills vidare endast läkare med fullgjord vidareutbildning kan tjänstgöra inom oreglerade delar av hälsovården. Om så erfordras bör därför åtgärder vidtas för att bereda läkare plats för vidareutbildning även inom de delar av hälsovården som ännu inte står under offentlig kontroll.

4.1 Inledning

Utredningen har i kapitel 3 sökt skissera vissa utvecklingstendenser beträffande hälso- och sjukvårdens struktur och organisation, som bedömts vara av central betydelse för utformningen av läkartjänsterna. I detta kapitel behandlas ytterligare några faktorer av principiell vikt för en kategoriindelning av tjänsterna.

Vid sidan av de allmänna organisatoriska förutsättningar, som skisserats i föregående kapitel, grundas utredningens överväganden om tjänstestrukturen på en analys av bl. a. vissa ansvarsfrågor och fördelningen av medicinska och administrativa funktioner mellan olika tjänstekategorier. Dessa problem sammanhänger också i hög grad med behörighetsfrågan, som behandlas närmare i kapitel 6.

Förslaget syftar till en indelning av läkartjänsterna i så få kategorier som möjligt. Utredningen föreslår tre huvudkategorier — *överläkare*, *avdelningsläkare* och *underläkare*. Den sistnämnda kategorin föreslås bli reserverad för läkare under vidareutbildning. De nuvarande tjänsterna som biträdande överläkare föreslås efter en övergångstid utgå ur lagstiftningen. Detsamma gäller de särskilda tjänsterna som sjukhems- och sjukstuguläkare (jfr kapitel 5.4.2.1).

De av utredningen föreslagna tjänstekategorierna avses kunna användas i såväl sluten som öppen hälso- och sjukvård. Möjligheter

att för särskilda arbetsuppgifter — t. ex. inom den öppna hälso- och sjukvården — inrätta andra tjänster utesluts emellertid inte. Beträffande tjänstestrukturen vid undervisningssjukhusen hänvisas till kapitel 9.

4.2 Vissa utgångspunkter

4.2.1 Ansvarsfrågan

En grundläggande regel inom all hälso- och sjukvårdande verksamhet är att det alltid måste kunna klarläggas, vem eller vilka som står ansvariga för den behandling som meddelas eller underlåtes. I samhällets kontroll över hälso- och sjukvården ingår också möjligheter att utkräva ansvar, om fel i t. ex. behandlingen av en patient uppdagas (medicinalväsendets ansvarsnämnd). Kontrollmöjligheterna gäller i princip all medicinalpersonal (*kungörelse den 21 maj 1964 (nr 428) om medicinalpersonal under medicinalstyrelsens inseende*). För läkarpersonalen gäller här till vissa särskilda bestämmelser (jfr kapitel 6.2.1).

Med hänsyn till de särskilda ansvarsregler som gäller inom hälso- och sjukvården är det också angeläget att klarlägga vilka befogenheter, som tillkommer läkare inom skilda kategorier och hur arbetsuppgifterna i princip är fördelade inom en organisatorisk enhet.

Ansvaret kan från sjukvårdssynpunkt indelas i tre skilda slag:

det allmänna yrkesmässiga ansvar, som följer av behörighet att utöva läkaryrket (medicinskt-professionellt ansvar),
det medicinska ledningsansvar, som tillkommer överordnad läkare gentemot underställd personal samt
administrativt ansvar.

Frågan om ansvaret vid handledning i samband med vidareutbildningen av medicinalpersonal behandlas inte närmare i detta sammanhang.

Medicinskt-professionellt ansvar

Enligt den allmänna läkarinstruktionen förstås med läkare envar som äger behörighet att utöva läkaryrket. I utövningen av sitt yrke är läkaren ställd under socialstyrelsens inseende. Han är sålunda skyldig att efterkomma vad styrelsen i kraft av gällande författningar föreskriver, att låta sin verksamhet inspekteras av styrelsen etc. Vare sig en läkare utövar yrket i allmän tjänst eller enskilt skall han i övrigt meddela sin patient de råd och om möjligt den behandling, som patientens tillstånd fordrar, i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Bestämmelserna i läkarinstruktionen anger, förutom vem som förstås med läkare, vilka regler läkaren har att iaktta i sin verksamhet. Om han brister i sina skyldigheter, kan han med stöd av bestämmelser i lagen om behörighet att utöva läkaryrket bli berövad behörigheten eller få densamma begränsad.

Det yrkesmässiga ansvar som läkarinstruktionen anger benämns vanligen *medicinskt ansvar*. Var och en som är behörig att utöva läkaryrket – dvs. innehar legitimation som läkare eller tilldelats behörighet att utöva yrket på annat sätt enligt behörighetslagens bestämmelser – är sålunda inför socialstyrelsens ansvarig för sin yrkesutövning.

Genom den nyligen genomförda reformen av läkarnas vidareutbildning har förutsättningarna för regleringen av behörigheten i

viss mån ändrats. Under förarbetet till 1969 års läkarutbildningsreform ifrågasattes bl. a., huruvida läkare under allmäntjänstgöring borde ges behörighet att utöva läkaryrket i den mening som nu tillkommer legitimerade läkare. I samband härmed berördes också de allmäntjänstgörande läkarnas medicinska ansvarsställning. Under denna debatt hävdade bl. a. socialstyrelsen, att den som fullgör allmäntjänstgöring på samma sätt som övriga läkare måste verka under fullt professionellt ansvar och benämnas läkare, även om vederbörande förutsätts tjänstgöra i underordnad ställning. En sådan ordning har också senare fastställts av statsmakterna (jfr kapitel 2.3). *Professionellt ansvar* är här liktydigt med medicinskt ansvar i den mening läkarinstruktionen anger. Den som fullgör allmäntjänstgöring skall sålunda i medicinskt ansvarshänseende betraktas som yrkesutövare och vara underställd läkarinstruktionens föreskrifter. Även om en läkare under allmäntjänstgöring på samma sätt som en underläkare enligt nuvarande ordning är underordnad, är vederbörande inte fritagen från ansvar för vad han gör eller underlåter i sin sjukvårdande verksamhet utan kan ställas till ansvar med stöd av behörighetslagen och läkarinstruktionen. Samma grundregel i ansvarshänseende gäller alltså för läkare under allmäntjänstgöring som för andra läkare.

Medicinskt ledningsansvar

Medicinskt-professionellt ansvar i läkarinstruktionens mening omfattar samtliga behöriga läkare, oavsett om vederbörande innehar tjänst i offentlig sjukvård eller inte. I praktiken blir ansvarsområdet i viss mån beroende av läkarens utbildning och erfarenhet inom sjukvården. En läkare med lång sjukvårdserfarenhet har givetvis ett större ansvarsområde än den yngste underläkaren, och en specialistutbildad läkare har inom sitt område ett större ansvar än den som inte förvärvat samma kompetens. Vissa läkarkategorier i offentlig sjukvård har härtill ett *medicinskt ledningsansvar*, som innebär, att läkaren i fråga ansvarar inte bara för sitt eget yrkesmässiga handlande utan ytterst även för den

underställda personalens. Det medicinska ledningsansvaret kan bl. a. definieras med utgångspunkt från sjukvårdslagens bestämmelser om läkare. Enligt lagens 16 § 1 mom. skall vid varje sjukhus finnas "läkare, som har att ansvara för sjukvårdens behöriga och ändamålsenliga handhavande, envar inom det verksamhetsområde som anförtrotts honom". De läkare som här avses är i första hand överläkare, sjukstuguläkare och sjukhemsläkare. En precisering av de ifrågakommande läkarnas åligganden ges i sjukvårdskungörelsen.

För att fullgöra viss del av överläkares åligganden kan biträdande överläkare anställas (sjukvårdslagen 16 § 2 mom.). I många fall har biträdande överläkare till uppgift att självständigt handha ett visst antal vårdplatser inom ett verksamhetsområde. Biträdande överläkare kan även anställas för andra ändamål, t. ex. för att ansvara för öppen vård inom ett verksamhetsområde, verka som konsult etc. För den del av verksamheten som anförtrotts honom har den biträdande överläkaren ett självständigt medicinskt ansvar. I sjukvårdskungörelsen anges sålunda att biträdande överläkare skall ansvara för den sjukvård som anförtrotts honom (24 § sjukvårdskungörelsen). Om han t. ex. anförtrotts en särskild sjukavdelning skall han i tillämpliga delar följa de föreskrifter som gäller för överläkare. Överläkaren är i sådant fall befriad från vissa av sina åligganden vad gäller den biträdande överläkares sjukavdelning. I fråga om andra arbetsuppgifter än sådana som följer av ansvaret för den egna sjukavdelningen är den biträdande överläkaren underställd överläkaren. Han skall härvid, om sjukvårdsstyrelsen inte föreskriver annat, biträda överläkaren och vid tillfälligt förfall för överläkaren fullgöra dennes åligganden.

Ansvaret för in- och utskrivning av patienter åligger alltid överläkaren. Vid behov kan han dock överlåta sin beslutanderätt härvidlag på en annan läkare. Finns biträdande överläkare, torde överläkaren regelmässigt överlåta denna rätt, såvitt avser de vårdplatser för vilka biträdande överläkaren är

ansvarig (24 § sjukvårdslagen).

Med stöd av bestämmelserna i sjukvårdslagen och sjukvårdskungörelsen om överordnad läkares ställning och uppgifter kan dessa läkare ställas till ansvar inte bara för sitt eget handlande gentemot patienten utan även för vad dem underordnade läkare och annan personal gör eller underlåter göra i sin sjukvårdande verksamhet. En underordnad läkare kan visserligen inte instrueras i varje enskilt arbetsmoment. Den överordnade läkaren ansvarar emellertid för att den underordnade inte sätts att självständigt fullgöra andra uppgifter än dennes kompetens medger, dvs. vad han på grundval av sin utbildning och sina vunna erfarenheter anses kunna utföra.

Administrativt ansvar

Fram till den 1 januari 1971 var begreppet överläkare liktydigt med chef för klinik eller annan självständig sjukhusavdelning. Tjänsterna var alltid knutna till klinik, och det kunde följaktligen inte finnas mer än en överläkare på en klinik eller avdelning. Om en överläkare skulle befrias från ansvaret för en viss del av sjukvården, kunde detta ske endast genom att anställa en biträdande överläkare.

Från och med den 1 januari 1971 är överläkare och klinikchef inte längre identiska begrepp. Överläkartjänsterna har knutits till medicinska verksamhetsområden (i regel överensstämmande med specialiteter), och flera överläkare kan sålunda finnas vid samma klinik. En av dem skall härvid i särskild ordning förordnas till *klinikchef*.

Klinikchefen har ett vittgående ansvar för samordning och disposition av resurserna inom en klinik. Han leder sålunda verksamheten vid kliniken och tillser att den bedrivs rationellt. Klinikchef förordnas av sjukvårdsstyrelsen för viss tid (högst fyra år).

En viktig begränsning i klinikchefens ansvar är att detta riktar sig endast gentemot arbetsgivaren-huvudmannen. Även om klinikchefen har ett viktigt administrativt ansvar, är han i denna egenskap sålunda inte ansvarig för underställda läkares sjukvårdan-

de verksamhet. Det medicinska chefsansvaret inför socialstyrelsen tillkommer alltså överläkaren (motsv.). All underordnad läkarpersonal är sålunda direkt underställd den läkare som har det medicinska ledningsansvaret inom verksamhetsområdet i fråga.

På samma sätt som klinikchefen har ett administrativt samordningsansvar för verksamheten inom en klinik har *blockchefen* till uppgift att samordna flera klinikers verksamhet inom ett vårdområde (medicinblock, psykiatriblock etc.). Blockcheferna har alltså på denna nivå samma ansvar som klinikcheferna har inom sina respektive klinikers verksamhetsområde.

Såväl klinikchefsskap som blockchefsskap är utomordentligt viktiga befattningar i sjukvårdsorganisationen. Formellt sett är de dock närmast att betrakta som administrativa tilläggfunktioner. Respektive chefer utses bland överläkare vid sjukvårdsinrättningen. Deras medicinska ansvar gentemot socialstyrelsen gäller endast det område de i egenskap av överläkare svarar för. Av det anförda följer, att varken blockchefer eller klinikchefer kan betecknas som särskilda tjänstekategorier. Med hänsyn härtill har utredningen inte ansett det motiverat att i förslaget till konstruktion av läkartjänster i det följande närmare beröra klinikchefernas och blockchefernas funktion. Utredningens synpunkter inskränks till dels underordnade läkartjänster, dels tjänster för läkare med medicinskt ledningsansvar inför socialstyrelsen, som angetts i det föregående.

4.2.2 Tjänstekategorier. Principiella indelningsgrunder

Kategoriindelningen av läkartjänsterna är för närvarande uppbyggd huvudsakligen efter graden av medicinskt ansvar. Som tidigare påpekats omfattas alla behöriga läkare av läkarinstruktionens bestämmelser. Överordnade läkares medicinska ledningsansvar följer av vad som stadgas i sjukvårdslagen och i den av Kungl. Maj:t fastställda sjukvårdskungö-

relsen beträffande dessa läkare. De biträdande överläkarna kan sägas inta en mellanställning. De har medicinskt ledningsansvar inom den del av verksamheten som anförts trots dem, men är i övrigt underordnade överläkarna.

Framförallt för samhällets kontroll över läkarverksamheten är det nödvändigt, att alla behöriga läkare omfattas av läkarinstruktionens bestämmelser om yrkesmässigt ansvar. Som utredningen förordar i kapitel 6.4 bör läkarexamen medföra behörighet som läkare, vilket bl. a. innebär att läkarinstruktionens bestämmelser inträder i och med att vederbörande läkare avlagt läkarexamen. Samtidigt har det inte bedömts önskvärt att ge denna behörighet samma omfattande innehåll som följer av legitimation enligt nuvarande ordning. Behörighet att yrkesmässigt verka som läkare i självständig ställning föreslås i stället inträda först i och med att vidareutbildningen (allmäntjänstgöring jämte fortsatt vidareutbildning) fullgjorts. Innan dess föreslås behörigheten bli inskränkt huvudsakligen till rätt att inneha underordnad läkartjänst avsedd för vidareutbildning.

Av indelningen mellan olika tjänster i ansvarshänseende enligt kapitel 4.2.1 samt av utredningen här antydda förslag beträffande läkarbehörigheten följer, att kategoriindelningen av läkartjänster i offentlig sjukvård i framtiden bör grundas inte endast på den medicinska ansvarsställningen (överordnade – underordnade läkare) utan även efter behörighetsnivå (läkare med respektive utan behörighet att utöva yrket i självständig ställning). En *tjänstekategori* kommer sålunda att kännetecknas av att *läkarna inom kategorin har samma ställning i avseende på medicinskt ledningsansvar och befinner sig på samma behörighetsnivå.*

Med ovanstående definition av begreppet tjänstekategori kan tre kategorier anges. Dessa får med den angivna definitionen anses utgöra det minimiantal tjänstekategorier som erfordras i offentlig hälso- och sjukvård:

I Tjänster för läkare under vidareutbildning
Kategorin omfattar tjänster dels för läkare

under allmäntjänstgöring, dels för läkare under fortsatt vidareutbildning. Kännetecknande för kategorin är att befattningshavarna på dessa tjänster intar en underordnad ställning och icke är behöriga för överordnade läkartjänster eller att eljest yrkesmässigt utöva läkaryrket i självständig ställning (jfr kapitel 6.4.1).

II Tjänster i underordnad ställning för läkare med fullgjord vidareutbildning

Tjänsterna är avsedda för läkare som fullgjort sin vidareutbildning och sålunda är behöriga att självständigt utöva yrket – antingen som överordnade läkare inom offentlig sjukvård eller som privatpraktiserande läkare – men icke innehar överordnad tjänst enligt III nedan.

I kraft av den behörighet som läkare på denna nivå normalt har bör tjänstekategorin kunna utnyttjas för mera självständiga funktioner än kategori I (jfr 4.2.3, där också frågan om möjligheten att tilldela denna kategori ett medicinskt ledningsansvar behandlas).

III Tjänster förenade med medicinskt ledningsansvar (i första hand överläkartjänster /motsv/ enligt nuvarande ordning).

4.2.3 Tjänstekategoriernas funktioner

Sjukvårdslagen reglerar vilka läkarkategorier som skall finnas i läkardistrikt och vid sjukhus. I sjukvårdskungörelsen preciseras de olika kategoriernas åligganden. Beträffande tjänster för läkare i läkardistrikt bör påpekas, att deras konstruktion och funktioner nyligen behandlats i utredningen om den öppna vårdens organisation m. m. I samband härmed har utredningsmannen även berört de s. k. tjänsteläkaruppgifterna, som enligt den allmänna läkarinstruktionen och andra författningar nu åligger provinsialläkarna (jfr kapitel 3.3.3).

Med ledning av gällande bestämmelser om tjänster för överläkare, biträdande överläkare och underläkare vill utredningen här söka ange, vilka grundläggande funktioner, som

bör tillkomma läkare inom olika tjänstekategorier enligt indelningen i kapitel 4.2.2 ovan.

I. Vid varje sjukvårdsinrättning måste finnas läkare, som har att ansvara för sjukvårdens behöriga och ändamålsenliga handhavande inom det område, som anförtrots honom (kategori III enligt 4.2.2 ovan). Vederbörande är alltså chef för verksamheten inom ett visst verksamhetsområde (i regel en medicinsk specialitet), vilket bl. a. innefattar medicinskt ledningsansvar över underställd läkarpersonal.

Chefen leder och fördelar arbetet inom enheten. Han beslutar vidare om intagning och utskrivning av patienter enligt sjukvårdslagens föreskrifter (24 §). Av praktiska skäl är det dock nödvändigt att han får möjlighet att under vissa förhållanden delegera dessa liksom andra arbetsuppgifter till en annan läkare.

(Beträffande tjänster för biträdande överläkare återkommer utredningen i det följande).

2. De två kategorier av underordnade läkare, som angetts i föregående avsnitt, skall biträda överordnad läkare i sjukvården. De skall härvid i tillämpliga delar rätta sig efter de bestämmelser som gäller för nämnda läkare (26 § sjukvårdskungörelsen). I linje med vad som nu sägs i sjukvårdskungörelsen beträffande underläkare bör läkare inom de här nämnda kategorierna också ha skyldighet att fullgöra den överordnade läkarens åligganden vid tillfälligt förfall för denne.

Läkare under vidareutbildning skall enligt utredningens mening ha en underordnad ställning. Deras uppgift bör vara att biträda överordnade läkare samt att i övrigt i tillämpliga delar rätta sig efter de bestämmelser som gäller för dessa läkare. Underordnade läkare, som fullgjort sin vidareutbildning och sålunda vunnit behörighet att självständigt utöva läkaryrket, bör i praktiken kunna utnyttjas för relativt självständiga uppgifter i större omfattning än läkare under vidareutbildning. På samma sätt som specialistutbildade underläkare enligt nuvarande ordning bör de efter delegation av överordnad läkare t. ex. kunna svara för ett antal

vårdplatser eller öppna vårdfunktioner inom den överordnade läkarens verksamhetsområde. De bör i vissa fall även kunna utnyttjas mera permanent för helt självständiga funktioner inom eller utanför den avdelning (klinik, vårdcentral/motsv.) där de normalt arbetar. För självständiga uppgifter av sistnämnda slag, där överläkarens medicinska ledningsansvar sålunda inte gäller, bör dock krävas särskilt förordnande från sjukvårdshuvudmannen.

Läkare som vunnit behörighet att självständigt utöva läkaryrket, måste givetvis också kunna verka i självständig ställning inom nu oreglerade funktioner, t. ex. som skolläkare, företagsläkare, privatpraktiker etc. I utbildningshänseende bör alla läkare inom denna kategori förutsättas kunna arbeta i självständig ställning. De kan sålunda fungera som handledare för läkare under allmäntjänstgöring eller fortsatt utbildning. I praktiken innebär detta, att läkare inom kategori II i vissa situationer kan få en arbetsledande funktion i förhållande till läkare inom tjänstekategori I enligt ovan.

I samband härmed finns också anledning att något beröra ansvarsfördelningen mellan chefen-överläkaren och honom underställda läkare vid tillfälligt förfall för denna. Chefsansvar för sjukvården inom ett visst verksamhetsområde innebär, att överläkaren formellt sett ständigt har det yttersta ansvaret för verksamheten. Hans ansvar är sålunda inte begränsat till tjänstgöringstiden utan gäller även under fritid, t. ex. sön- och helgdagar. Samtidigt kan det inte förutsättas att chefen är närvarande varje tid på dygnet. Viss tid måste anslås för ledighet, vila etc. Under denna tid måste den direkta ledningen av verksamheten tillfälligt överlätas till andra läkare.

Det anförda innebär, att det inom varje organisatorisk enhet för hälso- och sjukvård bland de underordnade läkarna måste finnas någon (några) som vid tillfälligt förfall för chefen kan inträda i dennes funktioner. Med hänsyn härtill finns också i sjukvårdskungörelsen den allmänna bestämmelsen, att biträdande överläkare och underläkare vid till-

fälligt förfall för överläkaren är skyldiga att fullgöra dennes åligganden.

På grundval av sjukvårdslagens bestämmelser om överläkares ”ansvar för sjukvårdens behöriga och ändamålsenliga handhavande” och den ovan återgivna bestämmelsen i sjukvårdskungörelsen regleras för närvarande *jour och beredskap* vid sjukvårdsinrättningar.

Formellt sett ansvarar överläkaren för jourens ständiga upprätthållande. Jourarbetet kan dock delegeras till en underställd läkare. I allmänhet går detta till så att överläkaren överläter primärjouren till en underläkare, medan han själv eller den biträdande överläkaren svarar för bakjouren.¹ Förutsättningarna för en överordnad läkare att vid ledighet överlåta sina arbetsuppgifter till en underordnad läkare måste givetvis bero av hur kvalificerade läkarkrafter som i övrigt står till förfogande vid kliniken eller avdelningen. Finns biträdande överläkare är problemet från administrativ synpunkt lätt, eftersom denne är formellt kompetent att självständigt ansvara för sjukvården vid en viss klinik eller avdelning – kompetenskraven är desamma som för överläkartjänst, och den biträdande överläkarens kompetens skall i regel avse samma disciplin som överläkarens. Beträffande möjligheten att i dagens läge lägga arbetsuppgifterna på en underläkare är det naturligt att det måste ske en bedömning från fall till fall av ifrågavarande läkares förutsättningar att klara uppgifterna, eftersom den nuvarande underläkarkategorin rymmer läkare med starkt skiftande kompetens. I vissa fall kan det vara fråga om helt nyexaminerade läkare med mycket kort praktisk erfarenhet. Å andra sidan finns ock-

¹ *Primärjour* avser sådan jourtjänst under vilken berörd läkare skall verkställa första undersökning, behandling eller annan åtgärd vid uppkommande akutfall. *Primärjour* kan förekomma såväl vid jourtjänst *på sjukhuset* som *utanför sjukhuset*. Begreppet *bakjour* avser den jourtjänst, som bestrides av läkare – vanligen överläkare och biträdande överläkare – där annan läkare – vanligen underläkare – svarar för primärjourtjänsten och som innebär att läkaren med bakjour står till förfogande för konsultationer respektive inställelse för särskilt kvalificerade åtgärder.

så specialistutbildade underläkare med formell kompetens för överordnad befattning och lång sjukvårdserfarenhet.

Tjänster för läkare inom kategori II enligt ovan avses i likhet med de nuvarande underläkartjänsterna vara underordnade. Till skillnad från dagens underläkare kommer kategori II-tjänsternas innehavare emellertid regelmässigt att ha fullgjort sin vidareutbildning och alltså ha vunnit kompetens att självständigt utöva läkaryrket. I kraft av sin kompetens bör läkare inom kategori II i övrigt inte bara kunna bestrida primärjourtjänst utan även bakjour. Ansvarsfördelningen bör lämpligen regleras så, att en kategori II-läkare åläggs att svara för bakjour under vissa perioder. Godkänd jourlista bör utgöra tillräcklig grund för den formella överlåtelsen av arbetsuppgifterna och fastställandet av ansvaret.

4.3 Förslag till tjänstestruktur

4.3.1 Allmänna synpunkter

Utredningen har i föregående avsnitt sökt peka på några, delvis inbördes sammanhängande faktorer, vilka bildar den allmänna grundvalen för ett ställningstagande till kategoriindelning och konstruktion av läkartjänsterna. På basis härav har utformats en principskiss med det minimiantal tjänstekategorier som enligt utredningens mening erfordras med hänsyn till den medicinska ansvarsfördelningen och de behörighetsbestämmer som förordas i kapitel 6.

Enligt utredningens mening bör strävan vara att så långt möjligt inskränka antalet tjänstekategorier. Detta ligger i linje med utvecklingen på andra områden i samhället. En konstruktion med ett stort antal kategorier kan också leda till administrativa och organisatoriska svårigheter inom sjukvården. I författning bör sålunda anges så få tjänstekategorier som möjligt. Sjukvårdshuvudmännen bör sedan inom denna ram ha möjlighet att differentiera arbetsuppgifterna efter det aktuella sjukvårdsbehovet.

Vad beträffar de organisatoriska förutsätt-

ningarna har den pågående integrationen av skilda vårdformer och strukturförändringarna inom främst den öppna vården visat, att gränsdragningen mellan tjänster för läkare i slutet och öppen vård blivit alltmer otidsenlig. Utredningen anser det därför angeläget att finna en sådan lösning av tjänstekonstruktionsfrågorna, att vägen öppnas till en så långt möjligt gemensam kategoriindelning av läkartjänster för hela den offentliga hälso- och sjukvården. Möjlighet bör dock samtidigt finnas att för särskilda funktioner — t. ex. vid undervisningssjukhusen och inom den öppna icke sjukhusbundna vården — undantagsvis inrätta läkartjänster som faller utanför den författningsreglerade tjänstestrukturen (jfr kapitel 3.4 och kapitel 9).

De i det föregående redovisade förutsättningarna för kategoriindelning av läkartjänsterna pekar på att det bör vara principiellt möjligt med en tjänstestruktur omfattande tre tjänstekategorier. I avseende på regleringen av de medicinska ansvaret behövs, som tidigare visats, egentligen endast två kategorier — tjänster förenade med medicinskt ledningsansvar samt tjänster för läkare i underordnad ställning med uppgift att biträda i sjukvården (jfr kapitel 4.2.1). Det nya systemet för vidareutbildning — och den gränsdragning i behörighetshänseende som föreslås mellan tjänster för läkare under vidareutbildning och övriga tjänster — leder dock till att ytterligare en kategori bör införas. Utredningen stödjer sig härvid även på sina direktiv. I den promemoria från socialdepartementet som fogats till utredningsuppdraget har i anslutning härtill framhållits, att man i fortsättningen bör arbeta mera konsekvent än hittills med två olika slag av läkartjänster — dels tjänster för läkare under vidareutbildning, dels mera fasta tjänster. Även ansvarsfrågan har berörts i promemorian, då det sägs att utredningens förslag bör sikta till att skapa en tjänstekonstruktion för två huvudgrupper av läkare, nämligen läkare med mera självständigt sjukvårdsansvar samt läkare i underordnad ställning.

I prop. 1969:35 förutsatte departementschefen, att de underordnade läkarkrafterna

vid sjukhus i framtiden skulle bestå av i princip tre olika slag: läkare under allmäntjänstgöring, läkare som genomgår fortsatt vidareutbildning — för båda dessa kategorier borde förordnandet på tjänsten vara tidsbegränsat — samt som den tredje kategorin i huvudsak läkare med fullgjord vidareutbildning. Vad som sagts i fråga om sjukhuskliniker borde enligt departementschefen i framtiden kunna tillämpas även på större centraler för öppen vård utanför sjukhusen.

Med stöd av direktiven och efter en sammanvägning av de faktorer, som skildrats i det föregående, har utredningen stannat för att i första hand skilja mellan *tjänster för läkare under vidareutbildning* och *tjänster för läkare med fullgjord vidareutbildning*.

4.3.2 Tjänster för läkare under vidareutbildning

Läkare under vidareutbildning består av två huvudkategorier: läkare under *allmäntjänstgöring* och läkare under *fortsatt vidareutbildning*.

En viktig utgångspunkt för utredningens överväganden om tjänster för läkare under vidareutbildning är den i prop. 1969:35 och senare i utredningens direktiv fastslagna förutsättningen, att förordnanden på dessa tjänster bör begränsas till den tid vidareutbildningen kräver. Vidare förutsätts, att tjänster avsedda för vidareutbildning i princip inte får uppehållas av andra än sådana läkare som skall fullgöra vidareutbildning. Gemensamt för samtliga läkare under vidareutbildning är att de under arbetet i regel får handledning av överordnad läkare. Alla läkare under vidareutbildning är även i såväl administrativt som medicinskt hänseende underordnande.

Allmäntjänstgöringen är i sin nuvarande form — till skillnad från den fortsatta vidareutbildningen — gemensam för alla läkare. Den skall också ha fullgjorts, innan den fortsatta vidareutbildningen påbörjas. Bl. a. på grund av dessa omständigheter måste allmäntjänstgöringen göras till föremål för vissa särskilda författningsregleringar.

Utredningen har också prövat tanken att låta tjänster för läkare under allmäntjänstgöring bilda en särskild kategori skild från övriga läkarkategorier genom en särskild konstruktion, benämning etc. En sådan lösning synes ha förutsatts bl. a. av SLUS och flera remissinstanser under förarbetet till 1969 års reform av läkarnas grundutbildning och vidareutbildning. Med den konstruktion allmäntjänstgöringen sedermera fått anser emellertid utredningen, att skillnaderna mellan tjänster för läkare på olika nivåer i utbildningsgången är mindre väsentliga än de gemensamma förutsättningarna för alla vidareutbildningstjänster. Viktigast är att alla läkare under vidareutbildning avses verka under fullt professionellt ansvar om än — i såväl medicinskt som administrativt avseende — i underordnad ställning. Som tidigare antytts och närmare utvecklas i kapitel 6 föreslås också alla läkare under vidareutbildning få samma ställning i behörighetshänseende.

Utredningen vill sålunda förorda, att samtliga läkare under vidareutbildning sammanförs i en gemensam tjänstekategori med en enhetlig benämning. Därmed betonas samhörigheten mellan vidareutbildningstjänster på skilda nivåer. Samtidigt markeras gränsen mellan dessa tjänster och tjänster avsedda för sådana läkare som fullgjort sin vidareutbildning och därigenom vunnit behörighet att verka i självständig ställning.

Utredningen föreslår, att läkare under vidareutbildning förordnas på tjänster som *underläkare*.

Valet av begreppet underläkare ger anledning att anknyta till den debatt som sedan länge pågått om benämningen på underordnade läkare. I flera sammanhang har tidigare föreslagits, att beteckningen underläkare skulle bytas ut mot någon annan benämning som mindre poängterade subordinationsförhållandet. I betänkande med förslag till ny sjukhuslag m. m. (SOU 1956:26) övervägde sjukhuslagstiftningskommittén att ersätta "underläkare" med "avdelningsläkare". Den sistnämnda beteckningen ansågs dock inte godtagbar i lagtexten utan kommittén föror-

dade, att titeln underläkare skulle bibehållas. Hinder mötte däremot inte, menade kommittén att man i praktiken i stället använde avdelningsläkare eller någon annan beteckning. I prop. 1959:19 med förslag till sjukhuslag anslöt sig departementschefen till sjukhuslagstiftningskommitténs synpunkter.

SLUS tog ånyo upp frågan om benämningen på läkare i underordnad ställning och framhöll, att begreppet underläkare antyder att vederbörande har en mera underordnad roll i sjukvården än vad som verkligen är fallet. Benämningen ansågs därför mindre lämplig, inte minst av psykologiska skäl. Utredningen förordade därför, att samtliga underordnade läkare skulle kallas avdelningsläkare. I ämbetsverkens skrivelse förklarade sig socialstyrelsen inte ha något att erinra mot att den föreslagna beteckningen användes för samtliga underläkartjänster. Styrelsen ansåg dock, att namnfrågan borde behandlas i ett senare utredningssammanhang.

Med nuvarande tjänstestruktur har de ovan refererade argumenten mot beteckningen underläkare enligt utredningen i och för sig ett visst berättigande. Begreppet underläkare avser idag en kompetensmässigt mycket bred kategori läkare. Beteckningen innefattar sålunda såväl nyexaminerade som specialistkompetenta läkare med omfattande sjukvårdserfarenhet. Godtas den kategoriindelning utredningen föreslagit, kommer däremot begreppet underläkare att innefatta en relativt homogen grupp läkare, som alla tjänstgör på tidsbegränsade förordnanden under vidareutbildning. Samtliga har vidare en underordnad ställning både i medicinskt, administrativt och utbildningsmässigt hänseende. De är heller inte behöriga att verka i självständig ställning. Beteckningen underläkare synes sålunda från alla utgångspunkter adekvat för denna tjänstekategori.

4.3.3 Tjänster för läkare med fullgjord vidareutbildning

Som framgått av tidigare avsnitt kan tjänster för läkare med fullgjord vidareutbildning indelas i två huvudkategorier:

- tjänster i underordnad ställning för läkare med fullgjord vidareutbildning samt
- tjänster förenade med medicinskt ledningsansvar.

Utredningen förutsätter, att den sistnämnda tjänstekategorin enligt ovan skall benämnas *överläkare*. Som tidigare framhållits utgår utredningen från att denna kategori skall kunna finnas på alla vårdnivåer (jfr kapitel 3). Samtidigt föreslås de särskilda beteckningarna sjukhemsläkare och sjukstuguläkare utgå ur lagstiftningen (jfr kapitel 5.4.2.1).

Som framhållits i ett tidigare sammanhang måste det utöver tjänster för läkare under vidareutbildning även finnas en kategori underordnade tjänster för läkare med fullgjord vidareutbildning under de överordnade läkarna. En sådan tjänstekategori förutsattes också av departementschefen i prop. 1969:35. På sikt kommer ifrågavarande kategori att bestå av ett betydande antal läkare. Medan antalet underläkartjänster i stort sett kan antas följa examinationen från grundutbildningen, eftersom dessa tjänster i princip skall reserveras för läkare under vidareutbildning, kommer antalet tjänster för läkare med fullgjord vidareutbildning på lång sikt att expandera starkt.

Utredningen har ingående diskuterat beteckningen på den här ifrågavarande tjänstekategorin. Bland annat har övervägts att använda titeln biträdande överläkare för alla tjänster med krav på fullgjord vidareutbildning under överläkarnivån. Beteckningen har emellertid ansetts mindre lämplig, eftersom den i så fall skulle få en ny innebörd jämfört med dagens förhållanden. Utredningen anser det nämligen som självklart att fullgjord vidareutbildning inte automatiskt skall leda till tjänst med en medicinskt sett så självständig ställning som är förenad med dagens biträdande överläkartjänster. Utredningen har slutligen stannat för att föreslå beteckningen *avdelningsläkare* för den ifrågavarande tjänstekategorin.

Som ovan framhållits har begreppet avdelningsläkare tidigare blivit föremål för viss diskussion. Sjukhuslagstiftningskommittén

övervägde t. ex. att införa benämningen i lagstiftningen men avvisade denna tanke, främst därför att beteckningen ansågs kunna ge upphov till uppfattningen att dessa läkare intog en ledande ställning inom en avdelning (motsv.) av sjukvården. Även om titeln sålunda inte ansågs godtagbar i lagtexten har den dock under det senaste decenniet kommit till viss praktisk användning i stället för lagens benämning underläkare.

Även om beteckningen avdelningsläkare redan utnyttjas i viss utsträckning för en kategori med andra funktioner än den här aktuella anser utredningen, att denna beteckning är relativt väl lämpad för läkare som fullgjort sin vidareutbildning men inte nått överordnad ställning. Läkare inom denna kategori förutsetts inta en viktig mellanställning mellan överordnade läkare och läkare under vidareutbildning. Samtliga avdelningsläkare har fullgjort sin vidareutbildning och därmed vunnit behörighet att självständigt utöva läkaryrket. De skall också kunna utöva läkaryrket i självständig ställning som privatpraktiker. Med hänsyn härtill får det också förutsättas, att läkare inom den offentliga sjukvården på denna nivå skall kunna anförtros arbetsuppgifter förenade med ett betydande ansvar under den för verksamheten ytterst ansvarige överläkaren. I praktiken kan detta innebära, att läkaren i fråga kan fungera som "avdelningschef" inom överläkarens verksamhetsområde. Enligt vad som anförs i kapitel 4.2.3 angående funktioner för läkare inom kategori II måste en avdelningsläkare efter delegation från överläkaren t. ex. kunna svara för vissa vårdplatser eller öppna vårdfunktioner inom den överordnade läkarens ansvarsområde. Han skall också kunna fullgöra bakjour. Vid tillfälligt förfall för överläkaren bör avdelningsläkaren vidare utan särskilt förordnande för varje enskilt tillfälle kunna inträda i överläkarens funktioner.

Även om en avdelningsläkare bör kunna utnyttjas för självständiga uppgifter i betydande omfattning på överläkarens direkta uppdrag, är utredningen medveten om att det i vissa fall kan vara till fördel för såväl

huvudmannen som berörda läkare att klarare markera avdelningsläkarens ansvarsställning. I synnerhet om det blir fråga om att ålägga en avdelningsläkare att självständigt svara för vissa arbetsuppgifter måste läkarens ansvarsställning preciseras. För att reglera ansvarsfördelningen vill utredningen därför föreslå, att det i sjukvårdsförfattningarna ges möjlighet för sjukvårdsstyrelsen att i de fall sjukvårdsorganisatoriska skäl talar härför förordna en avdelningsläkare att självständigt svara för vissa uppgifter inom en överläkarens verksamhetsområde.

I de fall då en avdelningsläkare i särskild ordning förordnats av sjukvårdsstyrelsen/direktionen att självständigt svara för vissa uppgifter eller på grundval av godkänd journalista ålagts att svara för bakjour kan något ansvar givetvis inte utkrävas av den överordnade läkaren. Även om avdelningsläkaren utan särskilt förordnande skall kunna arbeta relativt självständigt under överläkaren, gäller i övrigt att överläkarens ansvar för det verksamhetsområde som anförtrots honom inte får ifrågasättas. För den händelse en avdelningsläkare tilldelats arbetsuppgifter, som i svårighetsgrad överstiger hans kunnande, måste ansvar sålunda kunna utkrävas av den överordnade läkare som delegerat uppgifterna till honom.

Utredningens förslag enligt ovan rörande indelningen av tjänster för läkare i underordnad ställning aktualiserar även frågan om tjänstekategorin *biträdande överläkare* bör bibehållas.

I prop. 1970:42 med förslag till bl. a. den innevarande år genomförda nya klinikorganisationen erinrade departementschefen om att de biträdande överläkarnas ställning kunde komma att beröras i den nu föreliggande utredningen. I det utredningsförslag till ändringar i sjukvårdslagstiftningen (Stencil 1969:1, socialdepartementet), som låg till grund för propositionen, förutsattes dock att de biträdande överläkarna även efter den genomförda ändringen av klinikorganisationen skulle komma att fylla en viktig funktion inom sjukvården. Utredningsmannen påpekade, att det alltjämt skulle finnas behov

av specialistkompetenta läkare under överläkarna samt att det också torde vara av värde för sjukhusläkarkarriären att det finns tjänster av denna typ.

Tjänsterna som biträdande överläkare tillkom på förslag av sjukhuslagstiftningskommittén (jfr kapitel 5.3.2). Härigenom upplöstes det samband mellan underläkartjänst och förordnande som läkare i självständig ställning som bestod däri, att en kvalificerad underläkare kunde få särskilt förordnande som biträdande lasarettsläkare (motsv.). Kommittén menade, att behov av dylika läkare otvivelaktigt förelåg. Sättet för deras förordnande ansågs dock mindre tillfredsställande, eftersom det inte var fråga om självständiga tjänster utan en förtroendeställning, som bereddes en underläkare under förutsättning att vederbörande besatt tillräckliga kvalifikationer. Då förordnandet för en biträdande lasarettsläkare upphörde, fanns ingen garanti för att han fick en efterträdare med tillräckliga meriter. Det var uppenbart, menade kommittén, att det under sådana förhållanden mötte svårigheter att ta biträdande lasarettsläkare i anspråk i en rationell sjukhusorganisation. Kommittén föreslog, att det i stället skulle inrättas särskilda tjänster som biträdande överläkare med självständigt medicinskt ansvar för de uppgifter som anförtrotts vederbörande.

Förutsättningarna för att inrätta tjänster som biträdande överläkare skulle enligt kommittén inte preciseras i lag. I förarbetet angavs emellertid, att tjänsterna skulle inrättas bl. a. när en specialavdelning nått en sådan storlek, att det var angeläget att bereda överläkaren lättnad i arbetsbördan, eller att en utveckling mot en ny specialavdelning inletts utan att likväl ha nått tillräckligt långt för att motivera en ny överläkartjänst.

I praktiken har biträdande överläkartjänster sedermera inrättats med skiftande motiveringar. I flera fall har tjänster tillkommit för en subspecialitet inom moderdisciplinen, där en självständig klinik inte varit motiverad av sjukvårdsorganisatoriska skäl. Den biträdande överläkaren har härvid i allmänhet förordnats med uppgift att självstän-

digt svara för ett visst antal vårdplatser inom en klinik. I vissa fall fungerar den biträdande överläkaren som konsult utan egna vårdplatser samt i något fall för en del av sjukhusets öppna vård. I andra fall har tjänsterna inrättats för att direkt avlasta överläkaren. Vid de statliga undervisningssjukhusen är de biträdande överläkartjänsterna motiverade även av undervisningsskäl. Vid kommunala undervisningssjukhus är vissa biträdande överläkartjänster förenade med tjänst som klinisk lärare på universitetsstat (jfr kapitel 9).

Den nya klinikorganisationen — som öppnar möjligheter att inrätta flera överläkartjänster vid samma klinik eller avdelning — har enligt utredningens mening i viss mån undanröjt de motiv som ursprungligen anfördes för särskilda tjänster som biträdande överläkare. Bland annat för klart avgränsade subspecialiteter kan sålunda i fortsättningen nya överläkartjänster inrättas.

I fråga om motiven för särskilda tjänster som biträdande överläkare bör också poängteras en annan viktig skillnad mellan den situation som rådde vid tidpunkten för sjukhuslagstiftningskommitténs förslag och det läge som råder idag. Ett osäkerhetsmoment som då gällde var som framgått, att det inte finns några garantier för att en biträdande lasarettsläkare som lämnade sin tjänst skulle få en tillräckligt meriterad efterträdare. Under sådana omständigheter mötte det svårigheter att ta läkarna i anspråk på ett rationellt sätt. I dagsläget är förutsättningarna helt annorlunda. Avdelningsläkarkategorin kommer överlag att äga formell kompetens att självständigt utöva läkaryrket. Samtliga har genomgått vidareutbildning och har sålunda minst fem års praktisk sjukvårds- erfarenhet bakom sig. Under sådana omständigheter — och i betraktande av att tillgången på läkare med genomgången vidareutbildning kommer att öka starkt — förefaller det ytterst tveksamt om det utöver avdelningsläkarkategorin behövs en särskild tjänstekategori motsvarande biträdande överläkare. I synnerhet gäller detta med tanke på utredningens förslag att avdelningsläkare

skall kunna förordnas av huvudmannen att självständigt svara för delfunktioner inom överläkarens arbetsområde. Härigenom öppnas nämligen möjlighet att ge avdelningsläkare en ställning som helt eller delvis överensstämmer med de nuvarande biträdande överläkarnas.

Som utredningen ovan sökt visa bör det från sjukvårdssynpunkt vara såväl möjligt som fördelaktigt att välja en tjänstestruktur med endast *en* kategori överordnade läkartjänster. De särskilda tjänsterna som biträdande överläkare skulle sålunda kunna omvandlas till överläkar- eller avdelningsläkartjänster. Utredningen förordar därför att biträdande överläkartjänster som blir vakanta efter utgången av år 1972 successivt omvandlas till överläkar- eller avdelningsläkartjänster. Efter den 1 januari 1973 bör följaktligen inte inrättas några nya tjänster som biträdande överläkare. Däremot bör innehavare av befintlig tjänst kunna omförordnas även efter nämnda datum.

5.1 Inledning

I förevarande kapitel behandlas konstruktionen av läkartjänsterna enligt den i kapitel 4 föreslagna tjänstestrukturen. Beträffande konstruktionen av tjänster för läkare vid undervisningssjukhusen hänvisas till kapitel 9.

Huvuddelen av utrymmet ägnas åt tjänster för läkare under vidareutbildning, eftersom utredningen i första hand har i uppdrag att lämna förslag till konstruktion av dessa tjänster. Utredningen föreslår för dessa tjänster tidsbegränsade förordnanden, huvudsakligen i form av s. k. blockförordnanden, som inbegriper tjänstgöring inom samtliga de verksamhetsområden som ingår i allmäntjänstgöringen men även flertalet tjänstgöringsmoment i den fortsatta vidareutbildningen. Med hänsyn bl. a. till karaktären på förordnandet föreslås förordnandetiden i stort bli anpassad till den tid vidareutbildningen kräver. De författningsrum som reglerar underläkartjänsterna föreslås ändrade i enlighet med den föreslagna ordningen.

I samband med förslaget till konstruktion av underläkartjänsterna diskuteras även regleringen av inrättandet av läkartjänster samt behörighetskrav för och rätt att tillgodoräkna vikariat.

Beträffande tjänster för läkare med fullgjord vidareutbildning föreslås bl. a. att de särskilda tjänstekategorierna sjukstugu- och

sjukhemsläkare skall utgå ur lagstiftningen. I fråga om överläkartjänster föreslås endast en mindre författningsjustering mot bakgrund av vad som anförts bl. a. i kapitel 3.4.

Avdelningsläkartjänsterna föreslås få en konstruktion vad gäller förordnandetider m. m. som ungefär motsvarar den nu gällande ordningen för biträdande överläkartjänster.

I fråga om tillsättning av läkartjänster hänvisas till kapitel 7.

5.2 Tjänster för läkare under vidareutbildning

5.2.1 Nuvarande förhållanden

Vidareutbildningen av läkare sker för närvarande på tjänster i underordnad ställning inom den offentliga sjukvården. Sjukvårdslagen medger att *underläkare* och *extra läkare* får anställas för biträde i sjukvården. Underläkare kan anställas inte bara vid lasarett och andra större sjukhus utan även vid sjukstugor och sjukhem, om behov av sådana läkare föreligger. För öppen vård utanför sjukhus finns däremot inte några underläkartjänster.

Underläkartjänsterna är inte reserverade för utbildningsändamål utan kan oförhindrat innehåsa även av läkare med fullgjord specialistutbildning. Extra läkare kan även anställas för att utföra samma arbete som överlä-

kare. För det övervägande flertalet tjänster för underläkare och extra läkare gäller dock att de innehas av läkare under specialistutbildning. Det sjukvårdsmässiga behovet avgör i vilken utsträckning tjänster skall komma till stånd. Det ankommer på socialstyrelsen att under övervägande av detta behov medge inrättande av tjänster. Sådant medgivande kan också begränsas till tiden. Tjänster som extra läkare inrättas alltid för begränsad tid.

Förordnande på tjänster som underläkare eller extra läkare får meddelas endast för begränsad tid. För underläkartjänsterna gäller, att förordnandetiden inte får överskrida tre år. Om förordnande getts för kortare tid, får det utan vidare förlängas till tre år. Förlängning härutöver får inte ske utan socialstyrelsens tillstånd.

Begränsningen av förordnandetiden har tillkommit för att cirkulation på tjänsterna skall kunna äga rum med hänsyn till utbildningsbehovet. Sjukvårdslagens föreskrift om en längsta förordnandetid av tre år har kompletterats med undantagsbestämmelser som motiverats dels av sjukvårdsbehovet, dels av utbildningsintresset. Socialstyrelsen får således å ena sidan medge förnyade förordnanden på vissa underläkartjänster för att tillgodose berättigade krav på kontinuitet inom sjukvården och å andra sidan ge föreskrifter om kortare förordnandetid än tre år, när detta är motiverat. I det förra fallet är det fråga om att låta läkare med fullgjord specialistutbildning vara kvar på underordnad tjänst för att härmed ge ökad stabilitet åt läkarsammansättningen på en klinik eller avdelning. I det senare fallet eftersträvar man att öka utbildningskapaciteten inom ett visst verksamhetsområde.

För att förhindra att bestämmelserna om omförordnanden kringgås har socialstyrelsen även fått befogenhet att föreskriva, att den som under tre år innehaft underläkartjänst inte får omförordnas på en annan sådan tjänst vid samma klinik eller samma sjukhus, om sjukhuset är odelat. Socialstyrelsen har bl. a. utnyttjat de bemyndiganden som ges i sjukvårdslagen genom att ange under vilka förutsättningar omförordnanden av underlä-

kare får ske. Rätten till omförordnanden har satts i relation till antalet läkare vid kliniken/avdelningen. Omförordnande av underläkare vid lasarett, klinik etc. får sålunda ske endast under förutsättning att det inte finns någon biträdande överläkare vid samma sjukvårdsenhet. Förordnande får ske med högst tre år åt gången. Om det finns minst fyra underläkare vid sjukhuset eller avdelningen, får en läkare omförordnas oavsett om det finns biträdande överläkare eller inte. För den händelse det finns minst sex underläkare, får i motsvarande mån två omförordnas. Förlängning får ske, om ingen ny sökande anmält sig till tjänsten sedan den ledigförklarats.

Socialstyrelsen har också gett föreskrifter om att vissa underläkare endast får förordnas för en tid av ett år. Vid sjukhus eller avdelning med minst fyra underläkartjänster får en tjänst besättas endast för ett år utan möjlighet till omförordnande. Finns minst sex sådana tjänster, gäller detta två av tjänsterna.

5.2.2 Tidigare diskussion

Behovet av en ändamålsenlig disposition av underläkartjänsterna med hänsyn både till sjukvårdens krav och vidareutbildningsbehovet har under senare år diskuterats i flera utredningar, som behandlar frågor sammanhängande med läkarnas vidareutbildning och tjänstgöring inom sjukvården.

Sjukhuslagstiftningskommittén (SOU 1956:27) slog fast, att underläkartjänsterna är erforderliga för läkarnas vidareutbildning och att det därför måste stadgas i lag, att förordnande på underläkartjänst inte får avse längre tid än högst tre år i sänder. Den reglering som kunde erfordras för att bereda läkarna erforderliga möjligheter till vidareutbildning ansågs dock inte vara av den arten, att den lämpligen kunde göras till föremål för någon uttömmande behandling i lag. Förhållandena var olika inom skilda specialiteter, och behovet av föreskrifter kunde enligt kommittén variera under olika tidsperioder. Med hänsyn härtill föreslog kommit-

tén, att endast vissa grundläggande regler skulle upptas i lagen. I övrigt skulle medicinalstyrelsen få befogenhet att meddela de kompletterande föreskrifter som från tid till annan kunde erfordras. Lagens huvudregel, att underläkartjänst skulle tillsättas för högst tre år, borde enligt kommittén bibehållas. Om en tjänst tillsatts för kortare tid än tre år, skulle förordnandet kunna förlängas utan vidare intill maximitiden. Omförordnande borde dock inte få ske utan medicinalstyrelsens tillstånd.

För att bereda möjlighet till snabbare cirkulation på vissa tjänster föreslog sjukhuslagstiftningskommittén, att medicinalstyrelsen skulle bemyndigas att i vissa fall föreskriva kortare förordnandetid än tre år. Vidare borde styrelsen erhålla befogenheter att meddela föreskrifter, som begränsade rätten att inneha underläkartjänster för att om nödvändigt förhindra ett kringgående av bestämmelserna om omförordnanden. Den som under tre år innehaft underläkartjänst borde sålunda kunna förhindras att erhålla nytt förordnande vid samma avdelning eller, om sjukhuset var odelat, vid samma sjukhus.

Departementschefen biträdde kommitténs förslag och tillade, att medicinalstyrelsen för att tillgodose berättigade krav på kontinuitet inom sjukvården borde kunna lämna generellt medgivande till förnyat förordnande på vissa underläkartjänster. Styrelsen borde även i övrigt handha sina angivna befogenheter så att onödiga förflyttningar undveks.

1969 års reform av läkarutbildningen innebär, att läkarnas vidareutbildning på olika nivåer knyts fastare samman med sjukvårdsplaneringen och den praktiska yrkesutövningen än tidigare. Assistenttjänstgöringarna, som förut ingått som ett led i utbildningen till medicine licentiatexamen, har inte varit förenade med professionellt ansvar, vilket däremot är fallet med allmäntjänstgöringen. Den som fullgör allmäntjänstgöring har avslutat sin medicinska grundutbildning och avses fungera under fullt professionellt ansvar om än endast i underordnad ställning.

Socialstyrelsen och universitetskanslersämbetet poängterade starkt, att denna första

period av läkarnas vidareutbildning skulle betraktas som praktiskt arbete i sjukvården, om än under handledning av mera erfarna läkare. Detta var också bakgrunden till att ämbetsverken förordade, att den av SLUS föreslagna termen allmänutbildning skulle ersättas av allmäntjänstgöring. Med hänsyn till att det här rörde sig om sådan läkarverksamhet, som normalt bedrivs av underläkare och helt föranleds av sjukvårdens behov, fanns ingen anledning att poängtera utbildningsinslaget. Ämbetsverkens uppfattning av allmäntjänstgöringen som en läkartjänstgöring under fullt professionellt ansvar markerades även av deras kritik mot SLUS förslag att läkarexamen skulle avläggas efter den allmänna utbildningsperiodens tjänstgöring i medicin och kirurgi (jfr kapitel 2.3.2).

Utgångspunkten för en bedömning av frågan, hur lång tid förordnande på tjänst för vidareutbildning bör omfatta, är den i prop. 1969:35 fastslagna principen att läkarna inte skall uppehålla tjänsterna längre tid än vidareutbildningen fordrar. Denna princip grundas i sin tur på kravet att omsättningen på tjänsterna är kontinuerlig så att tillräckliga utbildningsmöjligheter kan erhållas. Med hänvisning till genomströmningsbehovet avisade även SLUS tanken på förordnanden tills vidare. Utredningen antog nämligen, att huvudmännen skulle vara obenägna att i erforderlig utsträckning utnyttja rätten att säga upp de läkare som fullgjort sin vidareutbildning. I stället förordades för allmänutbildningen blockförordnanden omfattande föreskrivna tjänstgöringar i medicin, kirurgi och psykiatri under sammanlagt 15 månader. Den valfria tjänstgöring om nio månader, som föreslagits ingå i allmänutbildningen, kunde enligt utredningen lämpligen fullgöras i form av vikariat.

SLUS förslag om blockförordnanden för allmänutbildningen accepterades i princip av remissinstanserna. Socialstyrelsen ansåg i sitt förslag till Kungl. Maj:t inte tiden mogen att ta slutlig ställning i tjänstekonstruktionsfrågan. Styrelsen framhöll dock som en allmän princip, att systemet med blocktjänster kunde användas för vissa sammansatta, fasta

utbildningsbehov, där rekryteringen är jämn och växling på tjänsterna kan ske regelbundet, såsom under allmäntjänstgöringen.

Genom prop. 1969:35 och det följande riksdagsbeslutet förlängdes de föreskrivna tjänstgöringarna med sex månader i öppen vård. Med tillämpning av SLUS princip skulle blockförordnanden för allmäntjänstgöring alltså omfatta 21 månader, innefattande sex månader i vardera medicin, kirurgi och öppen vård samt tre månader psykiatri.

Ordningsföljden mellan de olika tjänstgöringsmomenten berördes av såväl SLUS som vissa remissorgan och i ämbetsverkens skrivelse. Enligt SLUS skulle allmänutbildningen inledas med tjänstgöring vid medicinsk klinik med tanke på invärtesmedicinens grundläggande betydelse och därefter följas av tjänstgöring vid kirurgisk klinik samt som tredje moment tjänstgöring i psykiatri. Ämbetsverken ansåg, att tjänstgöringarna i medicin och kirurgi bl. a. av sociala skäl borde fullgöras vid ett och samma sjukhus.

Förutom tjänster för läkare under allmäntjänstgöring borde enligt SLUS inrättas tjänster som möjliggjorde vidareutbildning för erhållande av kompetens dels som specialist, dels att bedriva allmän praktik, dels också till tjänster med särskilda behörighetskrav. Även för dessa tjänster var det enligt utredningen önskvärt, att förordnanden i största möjliga utsträckning meddelades som blockförordnanden så att ett och samma förordnande tillförsäkrade läkaren hela den huvudutbildning och sidoutbildning eller motsvarande utbildning som avsågs ingå i kraven för avsedd kompetens. För att komma över de praktiska svårigheter, som kunde uppstå med hänsyn till avbrott i tjänstgöringen och personliga omständigheter, borde enligt SLUS införas en generell regel, att förordnandetiden skulle få förlängas med ett år om så befanns erforderligt. Ytterligare förlängning skulle kunna meddelas av socialstyrelsen. SLUS föreslog vidare, att det vid sjukhus av kategori I skulle inrättas särskilda ettårstjänster för dem som måste komplettera sin huvudutbildning vid sådant sjukhus.

SLUS förslag om blockförordnande för

specialist- och allmänpraktikerutbildningen blev starkt kritiserat av flera remissinstanser, däribland Svenska landstingsförbundet och Svenska stadsförbundet som framhöll, att ett sådant system måste bli svårt att praktiskt genomföra med hänsyn till de talrika individuella variationer som skulle komma att föreligga. Inte heller Sveriges läkarförbund kunde acceptera SLUS förslag i denna del. Förbundet ansåg bl. a., att ett förverkligande av förslaget skulle skapa stora svårigheter för sjukvården genom att bestämmelserna blev krångliga samtidigt som läkarnas anställningsförhållanden skulle bli osäkra.

Socialstyrelsen var som nämnts av den uppfattningen att systemet med blocktjänster kunde användas för allmäntjänstgöringen. Däremot ställde sig styrelsen ytterst tveksam till möjligheten att inrätta motsvarande blocktjänster för den övriga delen av vidareutbildningen. Ett sådant system antogs bli mycket svåradministrerat. Styrelsen ansåg det heller inte finnas skäl att göra så stora avsteg från de hittills inom läkarområdet liksom inom andra yrkesområden tillämpade fria arbetsmarknadsmässiga principer som blockförordnanden på läkartjänster för specialistutbildning skulle medföra. Detta hindrade inte, framhöll styrelsen, att man ändrade reglerna om förordnandetider m. m. för vissa underläkartjänster, så att en med hänsyn till utbildningens intressen mer ändamålsenlig genomströmning på tjänsterna erhöles.

Ifråga om inrättande av tjänster för läkare under vidareutbildning framhöll SLUS bl. a., att alla läkare i anslutning till examen borde beredas plats på sjukhusen för att fullgöra allmänutbildning. Det var därför nödvändigt att på något sätt säkerställa erforderlig plats-tillgång, vilket enligt SLUS kunde ske enligt två alternativ. Den ena möjligheten skulle vara, att sjukvårdshuvudmännen i lag ålades att anta läkarna vid sina lasarett. Den andra möjligheten var att staten och huvudmännen träffade avtal som säkerställde tjänstgöringsmöjligheterna. Av dessa två alternativ förordade SLUS det senare. Nämnden för läkares vidareutbildning föreslogs vidare få befogen-

het att i samråd med vederbörande sjukvårdshuvudmän och på grundval av det avtal, som föreslogs bli träffat, bestämma vid vilka sjukhus allmänutbildningen skulle få fullgöras och antalet läkartjänster vid de sålunda godkända sjukhusen. För att säkerställa tillgången på tjänster för vidareutbildning föreslog SLUS, att nämnden skulle ha att i samråd med vederbörande myndigheter och organisationer föreslå inrättande av underordnade läkartjänster i de olika specialiteterna.

5.3 Tjänster för läkare med fullgjord vidareutbildning

5.3.1 Nuvarande förhållanden

I sjukvårdslagen stadgas, att det vid varje sjukhus skall finnas läkare, som har att ansvara för sjukvårdens behöriga och ändamålsenliga handhavande, envar inom det verksamhetsområde som anförtrots honom. Vårdansvaret omfattar även sjukvård utanför sjukhuset. Dessa läkare benämns vid lasarett *överläkare*. För motsvarande funktion vid sjukhem och sjukstugor används beteckningen *sjukstuguläkare* och *sjukhemsläkare*. Ansvarig läkare vid sjukhem kan också benämnas *överläkare*. Tidigare fanns ett stort antal specialbeteckningar för ansvariga läkare vid olika inrättningar. På sjukhuslagstiftningskommitténs förslag avskaffades dock flera av dessa och de överordnade läkartjänsterna samlades under en enhetlig beteckning, som redan då gällde vid större sjukhus och även rätt allmänt användes även vid övriga sjukhus.

Överläkare förordnas alltid tills vidare. Förordnande utfärdas av sjukvårdsstyrelsen, sedan förslag upprättats av socialstyrelsen. Även sjukstuguläkare och sjukhemsläkare förordnas tills vidare. Förordnandet utfärdas i flertalet fall efter särskilt sakkunnigförfarande direkt av sjukvårdsstyrelsen.

Enligt sjukvårdslagen får *biträdande överläkare* anställas för att fullgöra viss del av överläkares åligganden.

Biträdande överläkare förordnas av sjuk-

vårdsstyrelsen eller, efter styrelsens bemyndigande, av direktionen tills vidare eller för viss tid. Förordnande, som meddelats för viss tid, kan förlängas.

Vid sidan av överläkare och biträdande överläkare förekommer f. n. även att läkare med fullgjord vidareutbildning upprätthåller tjänster som *underläkare*. Genom cirkulär den 20 november 1959 har medicinalstyrelsen medgett, att förlängning av förordnande på underläkartjänst får ske med tre år åt gången på sådana sjukhus och kliniker där tjänst som biträdande överläkare inte finns inrättad. Därjämte får sådana omförordnanden ske på vissa stora kliniker. Dessa förlängningsklausuler har tillkommit för att sörja för en viss kontinuitet på en del läkartjänster (jfr kapitel 5.2.1).

Med *tjänsteläkare* förstås enligt den allmänna läkarinstruktionen provinsialläkare, biträdande provinsialläkare och extra provinsialläkare samt stadsdistriktsläkare. För den öppna, icke sjukhusbundna vården är varje landstingskommun indelad i läkardistrikt. I varje sådant distrikt och i Gotlands kommun skall enligt sjukvårdslagen finnas minst en provinsialläkare. I kommuner som inte tillhör landstingskommun skall på motsvarande sätt finnas minst en stadsdistriktsläkare i varje läkardistrikt (undantag Gotlands kommun).

(Tjänster för läkare i läkardistrikt berörs inte ytterligare i detta sammanhang. Beträffande konstruktionen av dessa tjänster hänvisas till utredningen rörande den öppna vårdens organisation. Jfr kapitel 3.3.3.)

5.3.2 Tidigare diskussion

Fram till den 1 januari 1971 var *överläkartjänsterna* förenade med chefskap för en klinik eller avdelning både i medicinskt och administrativt hänseende. 1963 års klinikutredning (SOU 1966:37) föreslog, att överläkare och klinikchef inte vidare skulle vara identiska begrepp vid de statliga undervisningssjukhusen och att flera överläkare skulle kunna finnas inom en och samma klinik. Förslaget motiverades med att det skulle

motverka tendensen till splittring av under-
visningssjukhusen på ett alltför stort antal
kliniker. Detta med anledning av att överlä-
kartjänst var den enda formen för fast an-
ställning som läkare.

1967 bemyndigade Kungl. Maj:t chefen
för socialdepartementet att tillkalla en sak-
kunnig med uppdrag att utreda och lägga
fram förslag till en organisation vid kommu-
nala sjukvårdsinrättningar, som i huvudsak
grundade sig på klinikutredningens förslag.
Enligt direktiven skulle den sakkunnige sär-
skilt överväga frågan om fördelningen av
befogenheter och ansvar mellan befattnings-
havare med ledande funktioner vid sjukhu-
sen. I betänkandet *"Förslag till ändringar i
sjukvårdslagstiftningen"* (stencil S 1969:1)
franhöll utredningsmannen bl. a. följande:

"Sjukvårdslagstiftningen lägger i och för
sig inga hinder i vägen för en utveckling av
specialiseringen utan samtidig nybildning av
kliniker. För detta ändamål finns nämligen
tjänsterna som biträdande överläkare — så-
dan läkare har samma självständiga ansvar
för sin medicinska verksamhet som en över-
läkare och är endast i administrativt hänse-
nde underordnad denne. En subspecialitet kan
sålunda mycket väl drivas och utvecklas av
en biträdande överläkare. Att förekomsten
av tjänsterna som biträdande överläkare lik-
väl inte visat sig utgöra tillräckligt korrektiv
mot nybildningen av kliniker torde bero på
att tjänsterna icke är fasta utan tidsbegränsa-
de (högst sex år) och att välmeriterade biträ-
dande överläkare strävar att vinna fast an-
ställning vid sjukhus dvs. att bli överläka-
re. Detta förhållande borde visserligen kunna
undanröjas genom att föreskriften om tids-
begränsning vid anställning som biträdande
överläkare borttages och att även dessa tjän-
ster sålunda kommer att innebära fast anstäl-
ling vid sjukhus. I det följande förordar
utredningen också en sådan ändring. Det är
emellertid utredningens uppfattning, att icke
heller denna ändring med tillräcklig säkerhet
skulle undanröja incitamenten till en alltför
långtgående klinikbildning. Benämningen bi-
trädande överläkare markerar en underord-
ning och därmed följer en naturlig strävan
för innehavaren av sådan tjänst att avancera
vidare till överläkare. Utredningen ansluter
sig därför till den uppfattning som dåvarande
medicinalstyrelsen gav uttryck åt i sitt ytt-
rande över klinikutredningens betänkande,

nämligen att flera tjänster som överläkare
bör få kunna inrättas inom en och samma
klinik, att ifråga om vem av dessa överläkare
som skall vara administrativ chef för kliniken
får avgöras i särskild ordning och att dessa
regler bör gälla för alla lasarett, oavsett om
de är upplättna för läkarutbildning eller
icke."

Förslaget att slopa den automatiska före-
ningen av överläkartjänster med chefskap för
klinik aktualiserade enligt utredningen en ny
konstruktion av överläkartjänsterna. De bor-
de sålunda inte längre anknytas till viss klinik
utan avse tjänst som överläkare för viss
medicinsk specialitet. Några hinder att un-
dantagsvis inrätta tjänst som överläkare för
ett ändamål som inte motsvaras av en god-
känd medicinsk specialitet borde dock inte
föreligga. Förslaget syftade till att öka möj-
ligheterna att ge särskilt de större sjukhusen
en fastare organisation. Tidigare fanns vid
dessa sjukhus ibland flera medicinska klini-
ker, vilkas verksamhet växlade beroende på
vederbörande överläkares inriktning mot viss
subspecialitet. När en sådan tjänst nybesatts,
kunde kliniken ändra karaktär, vilket stund-
om vållat organisatoriska olägenheter.

Utredningen tog vidare upp frågan om
verksamhetsområdet för överläkare som till-
satts för viss subspecialitet. Sjukvårdslagstift-
ningen utgick från att sjukhusläkarnas verk-
samhet begränsades till sjukhusen. En sjuk-
husläkare kunde visserligen efter individuell
överenskommelse åta sig verksamhet vid si-
dan av den egentliga sjukhusfunktionen, men
socialstyrelsen kunde inte medge, att en
tjänst med sådan skyldighet för innehavaren
inrättades. Denna begränsning av överläkar-
nas funktion var enligt utredningen inte läng-
re ändamålsenlig, då den drog en icke önsk-
värd gräns mellan specialistvård på sjukhus
och utanför sjukhusen. Det var angeläget att
stärka den icke sjukhusanslutna vården, och
därför borde den sjukvård som bedrivs inom
sjukhusets upptagningsområde knytas sam-
man med verksamheten vid sjukhuset. Utred-
ningen pekade på olika vägar att lösa sam-
ordningsfrågan. Vissa överläkartjänster vid
ett sjukhus kunde t. ex. förenas med skyldig-
het att hålla mottagning vid läkarstation eller

vårdcentral inom upptagningsområdet. Inom långvårdsmedicinen kunde t. ex. finnas tjänster med vissa funktioner inom hemsjukvården.

Utredningen erinrade i sammanhanget vidare om socialstyrelsens förslag om speciallisttjänster i läkardistriktet. Om sådana tjänster inrättades, ansågs belastningen på tjänsteläkarorganisationen minska. Innehavaren av de nya tjänsterna borde vidare kunna överta eller medverka vid fullgörande av tjänsteläkaruppgifter. Därmed skulle också behovet av tjänsteläkare minska. Sjukvårdslagstiftningen saknade dock föreskrifter om tjänster av detta slag, och utredningen föreslog nu att möjlighet öppnades att inrätta sådana tjänster vid det sjukhus som betjänar orten. Innehavare av tjänsterna skulle sålunda bli överläkare vid sjukhuset och tillhöra sjukhusets läkarstab.

Utredningen betonade, att man med den föreslagna ordningen kunde undvika att en ny, från sjukhusen fristående kår av läkare skapades. Den föreslagna utvidgningen av sjukhusens verksamhet bedömdes också ligga helt i linje med den aktuella synen på sjukhusens funktioner. Utredningen framhöll vidare, att om dess förslag genomfördes en kliniks verksamhetsområde skulle vidgas att omfatta även vård vid läkarstation. I sjukhusets läkarstab skulle ingå både läkare verkamma på sjukhuset och läkare inom öppen vård utanför sjukhuset. En ökad integration mellan öppen och slutna vård skulle härigenom komma till stånd.

Utredningsförslaget förutsatte ändring i sjukvårdslagen. Det föreslogs därför att överläkarens ansvarsområde, som tidigare avsett sjukvården vid sjukhuset eller kliniken, i fortsättningen skulle avse ”den sjukvård som anförtrots honom”.

I proposition 1970:42 tillstyrktes utredningsförslaget. Departementschefen underströk, att den nya ordningen borde underlätta en rationalisering av sjukvården på kliniker och motverka en splittring på mindre enheter. Det borde vidare underlätta en samordning av den slutna och öppna vården.

Förslaget godtog sedermera av riksdagen

(2 LU 30, rskr 153). Lagändringarna trädde som tidigare nämnts i kraft den 1 januari 1971.

Tjänster som *biträdande överläkare* be-tecknade en nyhet i 1959 års lagstiftning. Enligt den äldre sjukhuslagen kunde en underläkare visserligen förordnas av medicinalstyrelsen att i egenskap av biträdande lasarettsläkare på eget ansvar ha hand om vården av de sjuka på visst eller vissa sjukrum. Han bibehöll dock sin ställning som underläkare. Det var sålunda inte fråga om självständiga tjänster utan en förtroendeställning som be-reddes en redan tillsatt underläkare under förutsättning att han ägde tillräckliga kvalifikationer.

Sjukhuslagstiftningskommittén ansåg, att det otvivelaktigt fanns behov av dylika läkare, men menade samtidigt, att sättet för deras förordnande var mindre tillfredsställande. Kommittén föreslog därför att sambandet mellan underläkartjänst och förordnande som biträdande överläkare skulle upplösas och i stället särskilda tjänster som biträdande överläkare inrättas (jfr kapitel 4.2.3). I lagstiftningen skulle inte preciseras under vilka förutsättningar tjänsterna borde inrättas, utan detta skulle överlätas åt praxis. Den regelmässiga uppgiften för en biträdande överläkare skulle visserligen vara att självständigt handha ett visst antal vårdplatser, men han skulle också kunna anställas för viss speciell vård på en specialavdelning i dess helhet eller på ett helt sjukhus, t. ex. för att handha somatisk vård på ett mentalsjukhus.

I proposition 1959:19 anslöt sig departementschefen i stort till sjukhuslagstiftningskommitténs förslag beträffande biträdande överläkare. Sådan läkare borde enligt departementschefen vara underställd en enda överläkare och i direktionen företrädas av denne.

De biträdande överläkarnas ställning berördes sedermera även av den ovannämnda utredningen angående de kommunala sjukvårdsinrättningarna (S 1969:1).

Utredningen tog bl. a. upp förordnandetiden på tjänster som biträdande överläkare och framhöll härvid å ena sidan att – eftersom tjänsterna avsågs för läkare, som avslu-

tat sin specialistutbildning — det inte längre fanns någon anledning att förvägra en sådan läkare att vinna en fast, icke tidsbegränsad anställning. Utredningen sade sig å andra sidan vara medveten om att det kunde finnas situationer då en sjukvårdsstyrelse inte ville binda sig för att tillsätta en tjänst för obestämd tid. Utredningen föreslog, att sjukvårdsstyrelserna skulle få frihet att tillsätta biträdande överläkartjänster tillsvidare eller för viss tid. Läkarna borde liksom överläkare som regel anställas för viss godkänd medicinsk specialitet. En biträdande överläkare förutsattes även kunna fungera som ersättare för överläkaren i dennes medicinska verksamhet. I likhet med vad som föreslagits beträffande överläkartjänsterna föreslogs vidare, att tjänst som biträdande överläkare skulle kunna inrättas även för öppen vård utanför sjukhus.

5.4 Utredningens överväganden och förslag

5.4.1 Tjänster för läkare under vidareutbildning

Utredningen har i kapitel 4 förordnat att en gemensam kategori tjänster för läkare under vidareutbildning inrättas. Benämningen på dessa tjänster har föreslagits vara *underläkare*. I det följande lämnas förslag till konstruktion av underläkartjänster.

5.4.1.1 Förordnandets karaktär och längd

Enligt uttalande i prop. 1969:35 förutsätts som tidigare nämnts vidareutbildning av läkare ske på tjänster i underordnad ställning. Tjänsterna skall inrättas allt efter det sjukvårdsmässiga behovet. Förordnandet skall vara tidsbegränsat och tjänsterna får inte uppehållas längre tid än vederbörande läkare behöver för att fullgöra föreskriven tjänstgöring under vidareutbildning. Uppehållande av annan tjänst än sådan som är avsedd för vidareutbildning skall i princip inte kunna tillgodoräknas. Vidareutbildningstjänsterna skall principiellt också vara förbehållna läkare under utbildning.

Den av statsmakterna fastställda tiden för *allmäntjänstgöring* är 21 månader. I fråga om den fortsatta vidareutbildningen varierar utbildningstiden alltefter verksamhetsinriktning. Huvudutbildningen sträcker sig från tre till fem år och sidoutbildningen från ett halvt till ett och ett halvt år. Allmänpraktikerutbildningen är för närvarande treårig.

Utredningen har inte funnit det möjligt att fastställa en längsta förordnandetid som lämpar sig för samtliga former av vidareutbildning utan förordar, att skillnad i detta hänseende görs mellan underläkartjänster avsedda för allmäntjänstgöring och övriga underläkartjänster.

Utredningen anser det angeläget — av såväl sociala, utbildningsmässiga som administrativa skäl — att allmäntjänstgöringen så långt möjligt betraktas som en helhet från anställningssynpunkt. I likhet med SLUS och socialstyrelsen finner utredningen sålunda, att förordnande på tjänst avsedd för allmäntjänstgöring helst bör meddelas som ett blockförordnande som innefattar samtliga i allmäntjänstgöringen ingående tjänstgöringar. Med andra ord bör vederbörande läkare kunna fullgöra allmäntjänstgöringen i dess helhet inom ramen för ett förordnande.

Allmäntjänstgöringens uppdelning på olika medicinska verksamhetsområden kan givetvis leda till vissa svårigheter att organisera tjänstgöringen i ett sammanhängande förordnande. Det nya klinikbegrepp, som kommit till stånd genom årets ändring i sjukvårdslagen, varigenom en kliniks verksamhet kan utvidgas att omfatta även öppen vård utanför sjukhus, torde dock underlätta tjänstgöringens administrativa inordnande under *ett* sjukhus. Härigenom har nämligen möjligheter öppnats att med samma tjänst förena tjänstgöring såväl vid sjukhus som i öppen vård utanför sjukhus. Ett blockförordnande som innefattar icke sjukhusbunden öppen vård kan alltså i vissa fall rymmas in under en sjukhusdirektion. I allmänhet torde dock sjukvårdsstyrelsen få utfärda förordnandet — framför allt för att organisera tjänstgöringen i psykiatri och öppen vård. Psykiatritjänstgöringen torde sålunda i flertalet fall få förlägg-

gas till fristående psykiatriska sjukhus. Dessa har i allmänhet en egen direktion. För att bereda de allmäntjänstgörande läkarna psykiatrisk tjänstgöring kommer samarbete mellan olika direktions- och kliniker därför att bli nödvändigt i många fall. Någon gång kan också komma att krävas samverkan t. o. m. mellan två landstingsområden för att organisera tjänstgöringen.

Tjänstgöringen i öppen vård skall i första hand ske i provinsialläkar-distrikt. Provinsialläkartjänsterna är emellertid inte knutna till sjukhus. Även för denna del av allmäntjänstgöringen torde sålunda lämpligen sjukvårdsstyrelsen fungera som förordnandemyndighet. Beträffande tjänstgöringen i öppen vård bör för övrigt framhållas att det i vissa fall, åtminstone övergångsvis, får accepteras att denna fullgörs i form av vikariat på en mer eller mindre självständig läkartjänst. För att ändå garantera att den som fullgör allmäntjänstgöring i öppen vård får en viss handledning — även då vederbörande tjänstgör på en enläkarstation — torde t. ex. en läkare i ansvarig ställning inom ett angränsande distrikt lämpligen kunna utses att fungera som kontaktman för vederbörande. En liknande ordning tillämpas bl. a. i Norge, där i vissa fall distriktsläkare på detta sätt utses som rådgivare för turnuskandidater som fullgör sin öppenvårdstjänstgöring på enläkarstationer i angränsande distrikt. Utredningen vill i övrigt framhålla, att den pågående utbyggnaden av primärvården relativt snart kan komma att ändra förutsättningarna för allmäntjänstgöring i öppen vård.

Kravet att två månader av allmäntjänstgöringen i medicin, där så är möjligt, bör förläggas till klinik för långtidsvård, att en till två månader av tjänstgöringen i kirurgi skall fullgöras inom intensivvård samt att slutligen högst två månader av samma tjänstgöring skall kunna fullgöras vid pediatrik klinik kommer sannolikt inte utan svårigheter att kunna förenas med sjukvårdens krav på kontinuitet i tjänstgöringen. Det får emellertid förutsättas, att sjukvårdshuvudmännen vid utformningen av förordnandet i det enskilda fallet så långt detta låter sig förenas

med sjukvårdens behov söker tillgodose kraven och önskemålen i dessa avseenden. Vidare förutsätts socialstyrelsen bevaka dessa utbildningsintressen, då styrelsen skall godkänna de tjänster som skall kunna användas för allmäntjänstgöring.

Vid diskussionen om allmäntjänstgöringens uppläggning har ordningsföljden mellan tjänstgöringsmomenten i någon mån berörts. SLUS föreslog, att allmänutbildningen skulle inledas med tjänstgöringar i medicin och kirurgi. Socialstyrelsen berörde inte frågan närmare men ansåg i likhet med vissa remissorgan, att det bl. a. av sociala skäl var önskvärt att allmäntjänstgöring i vad gäller medicin och kirurgi förlades till samma sjukhus.

Enligt utredningens mening kan det vara tveksamt att ställa upp några detaljerade regler för ordningsföljden mellan allmäntjänstgöringens olika moment. Det får i stället förutsättas att huvudmännen och socialstyrelsen beaktar ordningsföljden från sjukvårds-, utbildningsmässiga och sociala utgångspunkter. I linje med SLUS och socialstyrelsens synpunkter i frågan anser utredningen, att allmäntjänstgöringen i medicin och kirurgi om möjligt bör fullgöras vid ett sjukhus. Vidare bör tjänstgöringen i öppen vård helst förläggas efter övriga tjänstgöringar dels mot bakgrund av den öppna vårdens från medicinsk synpunkt bredare inriktning, dels med tanke på att denna tjänstgöring åtminstone till en början i vissa fall torde få fullgöras under en mindre tillfredställande handledning än allmäntjänstgöringen i övrigt. Utredningen utgår vidare från att den föreskrivna tjänstgöringen inom en viss disciplin som regel fullgörs i sin helhet, innan tjänstgöringen påbörjas inom ett annat verksamhetsområde.

Mot bakgrund av det ovan anförda skulle ett förordnande för läkare under allmäntjänstgöring kunna utformas i princip enligt följande: "NN förordnas som underläkare vid B-läns landstings sjukvårdsförvaltning (tid) med tjänstgöring i medicin (tid) och kirurgi (tid) vid lasarettet i X, i psykiatri vid Y sjukhus (tid) samt i öppen vård vid vård-

centralen i Z (tid)".

De argument som anförts för blockförordnanden under allmäntjänstgöringen kan i viss mån anses tillämpbara på *det fortsatta vidareutbildningsskedet*. I synnerhet gäller detta allmänpraktikerutbildningen, som i likhet med allmäntjänstgöringen består av ett relativt stort antal tjänstgöringsmoment inom skilda discipliner. Blockförordnanden har även påtalats för andra verksamhetsområden, främst för att ge läkarna möjlighet att utan tidsspillan fullgöra erforderlig sidutbildning och det obligatoriska året på kategori I-sjukhus under huvudutbildningen. Förslag om ett system med blockförordnanden för läkare under fortsatt vidareutbildning förordades av SLUS men avvisades av flertalet remissinstanser under debatten om de sakkunnigas förslag i frågan. Mot det föreslagna systemet ansågs i första hand tala att det kunde skapa stora administrativa svårigheter för huvudmännen på grund av de skiftande kraven på förordnandetider inom olika verksamhetsområden (jfr kapitel 5.2.2).

Mot bakgrund av debatten om SLUS förslag har utredningen på nytt övervägt tanken på blockförordnanden på tjänster för läkare under fortsatt vidareutbildning. Utredningen har härvid för sin del kommit fram till att möjligheten av blockförordnanden inte utan vidare bör avvisas. I många fall kan det sannolikt både ur huvudmännens och läkarens synvinkel vara fördelaktigt med förordnanden som omfattar flera delar av vidareutbildningen. Ett offentligt ansökningsförfarande till varje tjänstgöringsdel kan t. ex. te sig opraktiskt och orsaka administrativa olägenheter. Ur läkarens synvinkel bör det inte minst av sociala skäl vara till fördel att redan vid första anställningstillfället få vissa garantier för ett längre förordnande omfattande flera tjänstgöringsmoment.

Såväl sjukvårdshuvudmännens som läkarförbundets representanter har under utredningsarbetet också förklarat sig beredda att pröva tanken på blockförordnanden även för den fortsatta vidareutbildningen. Utredningen anser det mot denna bakgrund självklart, att tjänsterna för läkare under fortsatt

vidareutbildning bör regleras författningsmässigt på ett sådant sätt, att möjligheter öppnas att meddela blockförordnanden omfattande delar av eller hela den fortsatta vidareutbildningen efter fullgjord allmäntjänstgöring. Något kategoriskt krav att tjänstgöringen skall regleras i form av block omfattande alla delar av den fortsatta vidareutbildningen kan dock inte uppställas. Sjukvårdshuvudmännen bör däremot allt efter sina resurser kunna meddela blockförordnanden, vilka omfattar större delen av den fortsatta vidareutbildningen. Förutsättningen härför bör givetvis vara att samtliga tjänstgöringar är att hänföra till vidareutbildning.

Ett sjukhus kan t. ex. ha flera tjänster avsedda för vidareutbildning inom ett visst verksamhetsområde. Förordnanden på tjänsterna konstrueras så, att läkarna byter kliniker efter viss tid. Sådana rotationsförordnanden kan sannolikt vara fördelaktiga för sjukvården från rekryteringssynpunkt, likaväl som det främjar kontinuiteten i läkarnas tjänstgöring. Utredningen räknar också med att huvudmännen i konkurrens om läkararbetskraften successivt kommer att skapa blockförordnanden av detta slag, innefattande flertalet tjänstgöringsavsnitt som är att räkna till vidareutbildning.

Förordnandetiden för läkare under vidareutbildning skall enligt utredningens direktiv vara begränsad. En sådan ordning gäller också nu för underläkartjänsterna. Avvikelser från den generella regeln om treårsförordnanden kan dock ske genom ett bemyndigande till socialstyrelsen att förordna om begränsningar i förordnandetiden samt rätt till omförordnanden (jfr kapitel 5.2.1).

När det först gäller att begränsa *förordnandetiden för läkare under allmäntjänstgöring* kan man välja olika vägar. En möjlighet är att föreskriva, att förordnandet får omfatta 21 månader, vilket motsvarar utbildningstiden. En annan är att låta förordnandet avse allmäntjänstgöring utan särskild tidsangivelse, men då underförstått, att tjänsten inte får uppehållas längre tid än utbildningen kräver. Förordnandet får i så fall anses repliera på författningsregleringen om allmäntjänstgö-

ringens omfattning. Slutligen kan man överväga att begränsa förordnandet till exempelvis två år, vilket lämnar tre månaders utrymme för huvudmän och läkare att användas för att minska administrativa och sociala olägenheter förenade med övergångar från ett tjänstgöringsavsnitt till ett annat inom allmäntjänstgöringen. Tre månaders marginal bör även ge ökade möjligheter att anordna tjänstgöringar i långtidsvård och pediatrik under medicin- respektive kirurgitjänstgöringarna. Under en sådan period bör tjänstgöringar även i discipliner som inte ingår i allmäntjänstgöringen kunna tänkas.

Ett system med förordnanden utan bestämd tidsangivelse finner utredningen mindre ändamålsenligt, främst därför att detta kunde medföra, att läkaren eller huvudmannen bryter kontinuiteten i tjänstgöringarna. Detta skulle inte bara fördröja vidareutbildningen för den enskilde läkaren utan också försvåra genomströmningen på tjänsterna. Förordnandena bör i stället göras uttryckligen tidsbegränsade. Med hänsyn till att såväl läkaren som arbetsgivaren kan behöva viss tidsmarginal för enskilda eller sjukvårdsmässiga dispositioner, anser utredningen att en förordnandetid om högst två år är lämplig. Skulle oförutsedda förhållanden leda till att läkaren inte hinner fullgöra föreskrivna tjänstgöringar inom förordnandetiden — det kan röra sig om sjukdom, värplikstjänstgöring etc. — bör möjlighet till ytterligare förlängning av förordnandet kunna medges. Förordnandet bör också kunna förlängas, om läkaren inte godkänts under allmäntjänstgöringen.

Förlängning av förordnandet utöver den angivna tvåårsperioden bör enligt utredningens mening kunna medges direkt av sjukvårdshuvudmännen. Någon anledning att, som nu gäller för underläkartjänster, belasta socialstyrelsen med dessa ärenden finns inte. För att garantera socialstyrelsen viss kontroll över att ingen läkare tjänstgör mer än viss tid inom varje område bör emellertid huvudmännen åläggas att regelbundet anmäla till socialstyrelsen, när en läkare under allmäntjänstgöring medgetts förlängt förordnande.

En sådan rapporteringsskyldighet torde knappast innebära någon nämnvärd arbetsbelastning, eftersom sjukvårdshuvudmännen ändå måste föra tabeller över allmäntjänstgöringen för att reglera genomströmningen på tjänsterna. Rapporteringen kommer att kunna bilda ett viktigt underlag för socialstyrelsens överblick över vidareutbildningsläget liksom för eventuellt erforderliga åtgärder för att underlätta genomströmningen på tjänsterna.

Frågan om längsta *förordnandetid för läkare under fortsatt vidareutbildning* kräver särskilda överväganden med hänsyn till de skilda förhållandena inom olika verksamhetsområden. För flertalet områden krävs tjänstgöring vid minst tre kliniker eller avdelningar. På vissa områden är dock tjänstgöringen uppdelad på ett betydligt större antal avdelningar. I ett extremt fall som rättspsykiatri omfattar huvudutbildningen ett och ett halvt års tjänstgöring vid rättspsykiatrisk klinik eller station och lika lång tid vid psykiatrisk klinik varav högst ett halvt år får fullgöras vid specialistsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda. Sidoutbildningen består av ett halvt års tjänstgöring vid medicinsk klinik, ett halvt år vid neurologisk eller neurokirurgisk klinik och ett halvt år vid barn- och ungdomspsykiatrisk klinik. Tjänstgöringar inom inte mindre än sex olika områden kan sålunda erfordras för kompetens som rättspsykiater. Den särskilda utbildningen för allmän praktik är på samma sätt indelad i ett betydande antal moment vart och ett omfattande ca ett halvt till ett år.

Den fortsatta vidareutbildningen är som antytts ovan uppbyggd av ett system av tjänstgöringar med talrika variationer allt efter verksamhetsområde, och behovet av föreskrifter för varje verksamhetsområde kan variera från en tidsperiod till en annan. Möjligheterna att på ett uttömmande sätt reglera förordnandetiderna är alltså ännu mindre idag än de tidigare varit för underläkartjänster. Någon generell tid för förordnanden för läkare under fortsatt vidareutbildning kan heller inte ges på samma sätt som hittills skett. Om möjligheter skall öpp-

nas till ett system med blockförordnanden för den fortsatta vidareutbildningen måste därför den nu gällande författningsmässiga regleringen av förordnanden på underläkartjänster ändras.

Med hänsyn till det anförda förordar utredningen, att sjukvårdslagens nuvarande bestämmelse att underläkare förordnas för en tid av högst tre år (20 § 4 mom.) ersätts av en reglering i lagen med innebörden att underläkare förordnas av sjukvårdsstyrelsen eller av direktionen för *viss tid*. Detaljföreskrifter beträffande förordnandetider för underläkartjänster förordas i fortsättningen bli lämnade i anvisningar från socialstyrelsen.

Eftersom underläkartjänstgöringen i princip endast skall avse sådan tjänstgöring som är nödvändig för läkarens vidareutbildning, måste innehållet i de föreslagna anvisningarna anpassas efter vilken tjänstgöring som avses och vilket verksamhetsområde inom vilket tjänstgöringen skall ske. I anvisningarna bör sålunda ges föreskrifter om förordnandetider m. m. dels för läkare under allmän- tjänstgöring, dels för läkare under fortsatt vidareutbildning.

Som ovan föreslagits bör allmäntjänstgörande läkare kunna förordnas för högst två år. Förordnandetiderna för läkare under fortsatt vidareutbildning bör på motsvarande sätt anpassas till högst den tid vidareutbildningen kräver inom olika verksamhetsområden. Härtill bör införas en generell regel om möjlighet att utan vidare förlänga förordnandet intill ytterligare ett halvt år. Motiven härför är desamma som utredningen redovisat beträffande förslaget om en tvåårig förordnandetid för allmän- tjänstgöringen, som normalt sett avses ta endast 21 månader i anspråk. Såväl för huvudmannen som för den enskilde läkaren förutsätts det sålunda vara till fördel att utan vidare kunna förlänga förordnandet i den mån oförutsedda sociala eller andra omständigheter kräver detta. Beträffande den fortsatta vidareutbildningen kan en förlängning i vissa fall härtill ge läkaren möjlighet att komplettera sin vidareutbildning med en kortare tids randutbildning. Under sådana

omständigheter bör denna kunna organiseras på smidigast möjliga sätt.

Det anförda innebär att förordnandetiden för läkare under fortsatt vidareutbildning i regel kommer att omfatta högst fem år, beträffande allmänpraktikerutbildningen högst tre och ett halvt år. Inom ett fåtal medicinska verksamhetsområden kan förordnandet — under förutsättning att hela vidareutbildningen inordnas — komma att omfatta ända upp till sex år. Beträffande tjänster på undervisningssjukhus hänvisas till kapitel 9.

I de fall förordnande har meddelats för kortare tid än den föreskrivna högsta förordnandetiden, bör huvudmannen utan vidare kunna förlänga förordnandet intill den stipulerade tiden. Det fortsatta förordnandet skall givetvis avse resterande delar av vidareutbildningen. Omförordnanden inom ett medicinskt verksamhetsområde, där vidareutbildning fullgjorts, bör däremot inte kunna medges. Förlängning utöver den tid som enligt tillämpningskungörelsen till lagen om behörighet som läkare krävs för att fullgöra fortsatt vidareutbildning jämte den ovan angivna ytterligare förlängningen om ett halvt år skall enligt utredningens mening inte kunna ske annat än i exceptionella fall. Om någon av särskilda skäl måste förordnas för längre tid för att kunna fullgöra vidareutbildningen, bör sjukvårdshuvudmannen anmäla detta till socialstyrelsen enligt samma ordning som ovan föreslagits beträffande läkare under allmän- tjänstgöring. Om behovet av genomströmning på tjänsterna så kräver, bör styrelsen också kunna föreskriva särskilt tillstånd för rätt att förlänga förordnanden utöver angiven tid.

För att garantera genomströmningen på tjänster för fortsatt vidareutbildning är det nödvändigt att socialstyrelsen även i fortsättningen bemyndigas att utfärda begränsningar i fråga om förordnandetidens längd för vissa underläkartjänster. Behov härav torde göra sig särskilt starkt gällande för att reglera den del av huvudutbildningen som obligatoriskt skall fullgöras vid sjukhus av kategori I samt vid kliniker som, förutom läkare under

vidareutbildning i den egna specialiteten, skall ta emot ett stort antal läkare för sidoutbildning under kortare perioder. Det får ankomma på socialstyrelsen att meddela föreskrifter härom.

5.4.1.2 Inrättande av underläkartjänster

Som redovisats i kapitel 5.2 får läkartjänster inrättas av sjukvårdshuvudmannen först efter medgivande av socialstyrelsen. För att reglera tilldelningen av tjänster tillämpas vissa särskilda normer.

Den centrala medverkan vid prövningen av nya läkartjänster hänger i första hand samman med den bristande tillgången på läkare, som hittills nödvändiggjort en restriktiv hushållning med läkararbetskraften. Den kan emellertid också ses som ett instrument för att fördela arbetskraften inom sjukvården i linje med den övergripande nationella planeringen för hälso- och sjukvårdens långsiktiga utbyggnad.

Som angetts i ett tidigare sammanhang (kapitel 3) anser utredningen, att kravet på socialstyrelsens medgivande i fortsättningen bör tillämpas beträffande alla läkartjänster inom den offentligt reglerade hälso- och sjukvården. För utbildningstjänsterna är detta för övrigt särskilt angeläget mot bakgrund av departementschefens uttalande i prop. 1969:35 att vidareutbildningen skall kunna utnyttjas som ett medel att fördela läkarna på olika områden i enlighet med det långsiktiga sjukvårdsbehovet. En kontinuerlig avvägning måste också kunna ske mellan antalet tjänster för läkare under vidareutbildning och andra underordnade läkartjänster.

Ansvaret för den centrala planeringen av läkararbetskraftens användning måste alltså vila på socialstyrelsen i egenskap av central tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvården. Det bör dock understrykas att tjänsternas direkta användbarhet som instrument för att styra fördelningen av läkararbetskraften är begränsad. Antalet läkare och läkartjänster är nämligen på intet sätt analogt. På grund av jourkompensation, ledigheter i form av semester etc. måste i

regel betydligt fler läkare anställas än antalet tjänster anger. Enligt en utredning som nyligen presenterats av Sveriges läkarförbund – ”1970 års läkarenkät” – förekom år 1970 i genomsnitt 1,4 heltidsarbetande läkare per underläkartjänst och 1,3 per överordnad tjänst vilket sålunda erfordras för att hålla tjänsterna kontinuerligt besatta. Med den enligt 1970 års avtal uttalade rätten till kompensationsledighet för jour och beredskap kommer dessa relationstal sannolikt att öka ytterligare.

Ett system med blockförordnanden av den typ utredningen förordat för underläkare kommer ytterligare att minska tjänstebegreppets värde som kontroll- och styrinstrument i fråga om fördelningen av läkare under vidareutbildning. Utredningen har med hänsyn härtill övervägt att helt överge tjänstebegreppet som styrinstrument och i stället låta socialstyrelsens kontroll avse ”förordnanden” av ifrågavarande läkare. Ett sådant system skulle dock sannolikt bli alltför administrativt komplicerat med hänsyn till det betydande antal förordnanden som i vissa fall får förutsättas bli erforderligt under den tid läkaren genomgår vidareutbildningen, även om huvuddelen av denna kan antas ske i form av blockförordnanden.

Förutsättningen för att tjänstebegreppet skall bli användbart som fördelningsinstrument är å andra sidan att antalet tjänster kan omräknas till det antal läkare som kan erhålla vidareutbildning på olika nivåer och inom olika verksamhetsområden på ett visst antal tjänster. För att socialstyrelsen med detta system effektivt skall kunna styra och kontrollera fördelningen av läkare under vidareutbildning måste styrelsen ges resurser för att kontinuerligt beräkna erforderligt antal tjänster för att vidareutbilda ett önskvärt antal läkare på skilda områden. Styrelsen måste också kunna stå i fortlöpande kontakt med sjukvårdshuvudmännen för att få underlag dels för att styra utvecklingen på utbildningstjänsterna i enlighet med det beräknade framtida behovet av läkararbetskraft på olika verksamhetsområden, dels för att kontrollera genomströmningen på tjänsterna.

Praktiskt synes fördelningen av tjänster för: läkare under vidareutbildning kunna ske enligt följande: Sjukvårdshuvudmännen inlämnar årligen en framställning till socialstyrelsen om behovet av läkartjänster av olika kategorier och fördelade på skilda medicinska verksamhetsområden. På grundval härav beslutar socialstyrelsen om hur många läkartjänster respektive huvudman får inrätta för allmäntjänstgöring och för fortsatt vidareutbildning samt för läkare med fullgjord vidareutbildning inom skilda medicinska verksamhetsområden. Till underlag för sina beslut i fråga om fördelningen av läkartjänsterna bör socialstyrelsen lämpligen fastställa kvoter, som anger den önskvärda fördelningen av läkare inom skilda områden för den fortsatta vidareutbildningen. Vid fördelningen kan styrelsen härigenom fortlöpande reglera antalet läkare under vidareutbildning i linje med den prioritering som sker i riksplaneringen av sjukvårdens framtida utbyggnad.

Vid regleringen av antalet tjänster och deras fördelning bör tjänstebegreppet lämpligen kopplas till den för läkarna reglerade arbetstiden. En tjänst skall sålunda i princip motsvara ett manår med den tjänstgöringstid per arbetsvecka som accepteras enligt gällande lag och avtal. Med hänsyn till en mellan arbetsmarknadsparterna föreliggande protokollsanteckning om normalisering av läkarnas arbetstider kan arbetstiden på sikt mer allmänt förväntas komma att överensstämma med ordinarie arbetstid för annan sjukvårdspersonal (38 1/4 timmar i genomsnitt per vecka fr. o. m. den 1 januari 1972). En sådan ordning innebär att antalet läkartjänster måste ökas i förhållande till idag för att svara mot det totala tjänstgöringsbehovet inklusive jour och beredskap vid sjukvårdsinrättningar med dygnet-runt-service. Härigenom skapas samtidigt möjlighet för sjukvårdshuvudmännen att vid behov uppdelar en läkartjänst på deltidsförordnanden utan att socialstyrelsens medgivande behöver inhämtas. Dessutom skapas förutsättningar för att täcka behovet av läkararbetskraft vid klinik eller avdelning väsentligen genom läkare som innehar tjänst

och inte till stor del med vikarier, vilket är nödvändigt med nuvarande tjänstekonstruktion.

5.4.1.3 Vikariat m. m.

Genomförandet av det nya systemet för vidareutbildning av läkare och övervägandena om underläkartjänsternas konstruktioner anledning uppmärksamma frågan om medicine kandidaters och läkarexaminerades möjligheter att vikariera på läkartjänster.

För närvarande tillåts vikariat såväl under som efter grundutbildningen. Regler om tillgodoräknande av vikariat för vidareutbildning återfinns i kungörelsen med tillämpningsföreskrifter till behörighetslagen (specialistkungörelsen) samt i cirkulär från socialstyrelsen (MF 1969:35, 36, 38).

I kungörelsen anges, att den som vill förvärva specialistkompetens skall, sedan han legitimerats som läkare, genomgå allmäntjänstgöring samt huvudutbildning och sidoutbildning. Allmäntjänstgöringen skall enligt kungörelsen vara avslutad, innan den fortsatta vidareutbildningen påbörjas. Kungörelsens bestämmelse får ses mot bakgrunden av strävan att utforma läkarnas vidareutbildning på ett sådant sätt, att läkaren successivt vinner den bredd och den fördjupning av sin utbildning att han efter denna skall fungera i självständig ställning inom ett visst medicinskt verksamhetsområde. Samtidigt har det inte bedömts möjligt att omgående bereda alla läkare tillfälle att gå igenom vidareutbildningen enligt den angivna ordningen. Socialstyrelsen har därför bemyndigats att meddela bestämmelser om att som allmäntjänstgöring få tillgodoräkna även viss tjänstgöring som fullgjorts före avlagd läkarexamen. Högst ett års tjänstgöring före fullgjord allmäntjänstgöring får vidare övergångsvis tillgodoräknas som huvud- och sidoutbildning.

Bakgrunden till de nuvarande tämligen generösa reglerna om rätt att vikariera och tillgodoräkna vikariat som vidareutbildning är framför allt bristen på läkare som gjort det nödvändigt, att även medicine kandida-

ter under vissa omständigheter medgetts vikariera för att täcka sjukvårdens behov av läkararbetskraft. Vid en förbättrad läkartillgång kan man dock utgå från att behörighetsvillkoren för vikariat på läkartjänster kommer att skärpas. I samband härmed får det även förutsättas, att möjligheterna att tillgodoräkna tjänstgöring som läkaren (medicine kandidaten) saknar formell kompetens för kommer att inskränkas.

Så snart lediga tjänster kan besättas med behöriga sökande, finns enligt utredningens uppfattning inte längre anledning att överhuvudtaget medge icke läkarexaminerade rätt att vikariera. Inte heller bör läkare före fullgjord allmäntjänstgöring äga rätt att vikariera på andra tjänster än sådana som direkt är avsedda för allmäntjänstgöring. Enda undantaget är om en läkare redan är förordnad för allmäntjänstgöring, i vilket fall han givetvis tillfälligt måste kunna gå in i en annan läkares ställe vid samma klinik eller avdelning. Rätt att tillgodoräkna vikariat inom annat verksamhetsområde än allmäntjänstgöringen avser bör från vidareutbildningssynpunkt inte medges förrän efter fullgjord allmäntjänstgöring, eftersom läkare före denna tidpunkt knappast kan anses ha vunnit den bredd i utbildningen och den kliniska erfarenhet som krävs såväl för att fullgöra en medicinskt sett fullvärdig insats som för att fullt ut kunna tillgodogöra sig en tjänstgöring på högre nivå.

Ytterligare ett motiv för en skärpning av bestämmelserna om vikariat utgörs av kravet på genomströmning på vidareutbildningstjänsterna. Utredningen utgår från att läkarna så snart möjligt efter avlagd läkarexamen skall beredas plats på underläkartjänster avsedda för allmäntjänstgöring. Om de läkarexaminerade inte är beredda att ta de tjänster som står till buds utan i stället föredrar att vikariera — och möjlighet härtil medges — finns det emellertid risk för köbildning inför vissa tjänster. Hela systemet för fördelning av läkare som skall fullgöra allmäntjänstgöring kan härigenom komma att allvarligt rubbas — vilket givetvis ytterst drabbar nyexaminerade läkare som söker

underläkartjänster för allmäntjänstgöring. Det kan dessutom skapa administrativa problem för sjukvårdshuvudmännen och försvåra för socialstyrelsen att hålla en fortlöpande överblick över vidareutbildningsläget.

De gällande bestämmelserna om vikariat på läkartjänster kan med hänsyn till sjukvårdsbehovet inte i ett slag skärpas i den utsträckning utredningens ovan anförda principiella inställning antyder. Så länge knappheten på läkararbetskraft består, måste möjligheter finnas att tillfälligt förordna även medicine kandidater som läkare. Rätt att i viss utsträckning få tillgodoräkna vikariatstjänstgöring som den vikarierande saknar formell kompetens för torde också övergångsvis alltjämt få medges.

Med hänsyn till det ovan anförda är utredningen inte beredd att nu förorda någon ändring i fråga om behörighetskraven för eller rätten att tillgodoräkna vikariat som fullgörs, innan vederbörande läkare genomgått allmäntjänstgöringen. Utredningen utgår dock från att socialstyrelsen noggrannt bevakar dessa frågor och efter samråd med huvudmännen successivt skärper kraven när så kan ske. Det bör också understrykas, att bl. a. intresset av genomströmning på underläkartjänsterna relativt snart kan komma att påfordra en skärpning av reglerna i fråga om såväl rätten att vikariera som möjligheterna att tillgodoräkna vikariat, särskilt för medicine kandidater och läkarexaminerade som ännu inte inlett allmäntjänstgöringen. Enligt utredningens uppfattning är det framför allt diskutabelt, om det bör ges några möjligheter att som huvud- och sidutbildning tillgodoräkna tjänstgöring före avlagd läkarexamen. Det bör i sammanhanget påpekas att redan nu gällande regler härom uttryckligen har getts karaktären av övergångsbestämmelser.

I samband med vikariatsregleringen vill utredningen slutligen beröra vissa frågor om *ledighet m. m.* för läkare under vidareutbildning. För närvarande gäller att ledighet för semester, sjukdom eller vikariat i självständig ställning under specialistutbildningen får

tillgodoräknas som fullgjord tjänstgöring intill sammanlagt en sjättedel av den för varje utbildningsavschnitt fastställda tiden. Den avtalsenliga semestern kommer under en tvåårig tjänstgöring att uppgå till sammanlagt i runt tal 70 dagar. Härtill kommer eventuella övriga ledigheter av ovan angivet slag. Utredningen förutsätter, att de bestämmelser som nu gäller specialistutbildningen utsträcks till att i tillämpliga delar gälla även allmäntjänstgöringen. Ledigheter bör dock så långt möjligt fördelas likformigt mellan samtliga eller helst mellan de tre längsta tjänstgöringsperioderna. Närmare föreskrifter härom bör utfärdas av socialstyrelsen.

5.4.2 Tjänster för läkare med fullgjord vidareutbildning

Som framgått av kapitel 4 förordar utredningen, att tjänster för läkare med fullgjord vidareutbildning indelas i två kategorier: *överläkare* och *avdelningsläkare*. Förslag till konstruktion av dessa tjänster presenteras i det följande. Beträffande *biträdande överläkartjänster* föreslås inga ändringar av den nu gällande konstruktionen.

5.4.2.1 Överläkare och motsvarande

Genom 1970 års revision av sjukvårdslagen har överläkartjänsterna fått en ny konstruktion. Sambandet mellan klinik/avdelning och överläkartjänst har upplösts och tjänsterna är i stället knutna till ett visst medicinskt verksamhetsområde. Ändringar har även vidtagits för att öka integrationen mellan sjukvården utanför sjukhus och sjukhusvården. I uppgifterna för en överläkartjänst vid sjukhus kan sålunda också ingå viss verksamhet utanför sjukhuset, t. ex. vid en vårdcentral för öppen vård. Även överläkartjänster avsedda uteslutande för öppen vård utanför sjukhus kan numera inrättas vid sjukhus. Samma förhållande gäller för övriga tjänstekategorier vid sjukhusen.

Som redovisats i kapitel 3 har utredningen angående den öppna läkarvården utanför

sjukhus föreslagit en lagändring, som öppnar möjlighet att inrätta överläkartjänster i öppen vård även utan anknytning till sjukhus. Mot bakgrund av önskan att ge den primära öppna vården samma differentierade tjänstestruktur som nu finns vid sjukhusen samt den förväntade starka expansionen av huvudsakligen öppna, icke sjukhusbundna funktioner — vilket bl. a. förutsätter en kraftig ökning av antalet läkartjänster inom primärvården — har läkartjänstutredningen för sin del ifrågasatt, om det längre finns anledning att i lagen apostrofera sjukhusbegreppet. Tjänsternas anknytning till viss vårdenhet skulle överhuvudtaget inte behövas anges i lagen utan i stället kunna bestämmas vid anställningen. Utredningen anser det dock inte ligga inom sitt uppdrag att lämna förslag till någon författningsändring på denna punkt.

Mot bakgrund av utredningens förord för att så långt möjligt skapa en gemensam tjänstestruktur för läkare inom den offentligt reglerade hälso- och sjukvården föreslås dock en annan ändring av 16 § sjukvårdslagen, nämligen att de särskilda benämningarna *sjukstuguläkare* och *sjukhemsläkare* utmönstrats ur lagstiftningen.

Sjukstugorna avvecklas för närvarande successivt och integreras i andra vårdfunktioner. Någon anledning att längre upprätthålla särskilda benämningar för läkare med medicinska ledningsfunktioner vid dessa inrättningar finns därför inte. Läkare som ansvarar för vården vid sjukhem kan i fortsättningen benämnas överläkare eller — i linje med öppenvårdsutredningens förslag — helt enkelt "landstingets läkare". Möjligheter finns också att i praktiken bibehålla benämningen sjukhemsläkare, även om denna inte används i författningarna. Det bör i sammanhanget framhållas, att sjukstugu- och sjukhemsläkartjänster ofta har karaktären av särskilda uppdrag vid sidan av läkarens ordinarie tjänst. I de fall dessa uppdrag inte är bisyssla är det redan idag vanligen fråga om tjänst som överläkare vid sjukhem.

Utredningen förutsätter för sin del, att tjänster för läkare med medicinskt lednings-

ansvar på heltid vid sjukstugor och sjukhem i fortsättningen skall benämnas överläkare med den konstruktion, tillsättningsordning m. m. som i förevarande betänkande föreslås för överläkartjänster. När det är fråga om ett uppdrag på deltid kan detta givetvis kombineras med tjänst som överläkare eller avdelningsläkare vid annan vårdinrättning. I andra fall kan det bli fråga om en ren bisyssla vid sidan av den ordinarie anställningen. Om det är fråga om ett mindre uppdrag finns givetvis ingen anledning att reglera inrättande, ledigförklarande, tillsättning m. m. När det gäller mera omfattande arbetsuppgifter förutsätts dock tjänsterna bli reglerade på enahanda sätt som heltidstjänster. I sammanhanget bör erinras om förslag av utredningen angående den öppna vårdens organisation m. m., att kravet på socialstyrelsens medgivande att inrätta läkartjänster skall gälla alla tjänster med längre arbetstid än 15 timmar per vecka.

Utredningens förslag innebär att läkare med medicinskt ledningsansvar i regel skall benämnas överläkare oavsett till vilken sjukvårdsinrättning eller vårdnivå tjänsten hör. Verksamhetsfältet för tjänsten – slutet eller öppen vård, eller alternerande tjänstgöring vid sjukhus och öppen vårdcentral – får bestämmas vid anställningen. Läkartjänster i öppen vård kan i de fall så anses lämpligt administrativt anslutas till kliniker vid sjukhus. Tjänsterna bör dock – efter huvudmannens bestämmande – också kunna knytas direkt till exempelvis en vårdcentral utan sjukhusanknytning.

5.4.2.2 Avdelningsläkare

Som utredningen utvecklade i det föregående förordas inrättande av en ny kategori tjänster för läkare med fullgjord vidareutbildning – avdelningsläkare. Tjänsterna skall inte automatiskt vara förenade med medicinskt ledningsansvar. Avdelningsläkarna skall sålunda vara underordnade den överläkare som ansvarar för verksamheten inom respektive område. Samtidigt skall avdelningsläkarna – med hänsyn till att de

fullgjort sin vidareutbildning och därmed vunnit behörighet för överordnade läkartjänster – alltefter sjukvårdsbehovet och den individuella skickligheten och erfarenheten kunna förordnas av sjukvårdsstyrelsen att självständigt ansvara för vissa arbetsuppgifter inom överläkarens arbetsområde.

Tjänster för avdelningsläkare förutsätts bli inrättade såväl inom primärvården som på andra vårdnivåer. Tjänsterna bör i likhet med de överordnade läkartjänsterna knytas till ett visst medicinskt verksamhetsområde.

Förordnandetiden på avdelningsläkartjänster bör överensstämma med vad som för närvarande gäller för biträdande överläkartjänster, d. v. s. tills vidare eller för viss tid. Eftersom befattningshavarna på tjänsterna fullgjort sin vidareutbildning och vunnit behörighet att självständigt utöva läkaryrket, anser utredningen att tjänsterna normalt bör tillsättas med förordnande tills vidare. Vid behov bör dock förordnande i undantagsfall kunna meddelas även för begränsad tid – t. ex. tre- eller sexårsperioder. Detta kan bli nödvändigt bl. a. för att tillgodose behovet av utbytbart mellan tjänster för avdelningsläkare och underläkartjänster. Särskilt vid de större sjukhusen med ett stort inslag av utbildning och forskning torde det bli nödvändigt att tillsätta avdelningsläkartjänster med tidsbegränsade förordnanden.

6.1 Inledning

Mot bakgrund av en redovisning av den nuvarande lagstiftningen och den debatt som i tidigare sammanhang förts rörande behörighet för läkaryrket och kompetenskrav för olika läkarbefattningar m. m. presenteras i det följande vissa förslag i hithörande frågor.

Kapitlet är indelat i tre huvudavsnitt. I det första (6.2) redovisas nuläget och den tidigare diskussionen i fråga om reglering av behörigheten att utöva läkaryrket. I ett andra avsnitt (6.3) behandlas bestämmelser avseende kompetensvillkoren för olika slag av läkartjänster m. m. Därefter (6.4) presenteras utredningens överväganden och förslag i behörighetsfrågorna. Bl. a. föreslås vissa ändringar av formerna för att meddela auktorisation som läkare liksom av innehållet i den grundläggande behörigheten. Vidare förordas en skärpning av kompetensvillkoren för olika slag av läkartjänster och för rätt att utöva läkaryrket utanför den offentligt reglerade hälso- och sjukvården.

6.2 Behörighet som läkare

6.2.1 Nuvarande förhållanden

Lagen den 30 juni 1960 (nr 408) om behörighet att utöva läkaryrket (behörighetslagen) reglerar förvärv och förlust av behörighet som läkare. Härjämte finns en lag samma dag (SFS nr 409) om förbud i vissa fall mot

verksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Sistnämnda lag, som allmänt kallas kvacksalverilagen, innehåller bestämmelser om lekmäns befogenheter att undersöka hälsotillstånd och behandla sjukdomar.

Enligt behörighetslagens huvudregel är den behörig att utöva läkaryrket som innehar *legitimation* som läkare. Legitimation meddelas av socialstyrelsen. Den som avlagt svensk medicine licentiatexamen skall på ansökan erhålla legitimation, om inte sådana omständigheter föreligger som enligt vad som sägs i lagen kan föranleda att legitimationen återkallas. Även den som avlagt läkarexamen utomlands och sedan genomgått föreskriven kompletterande utbildning i Sverige skall på ansökan erhålla legitimation.

En särskild undantagsbestämmelse medger, att läkare som examinerats utomlands och som har framstående skicklighet och särskild klinisk erfarenhet kan legitimeras som läkare även utan att ha genomgått kompletterande utbildning.

Behörighet att utöva läkaryrket kan i vissa fall också tillkomma personer som inte blivit legitimerade. Sålunda är den behörig att utöva läkaryrket, som är förordnad att uppehålla statlig eller kommunal läkartjänst eller att tjänstgöra som extra läkare eller amanuens vid klinik eller poliklinik, där medicinsk undervisning bedrivs. Förordnande som medför behörighet att utöva läkaryrket, meddelas av socialstyrelsen eller, efter styrelsens bemyndigande, av sjukvårdsstyrel-

se, sjukhusdirektion eller annan myndighet.

Kungl. Maj:t eller, efter Kungl. Maj:ts bemyndigande, socialstyrelsen kan vidare utfärda begränsad behörighet att utöva läkaryrket. Sådan begränsad behörighet har t. ex. tilldelats vissa läkare för tjänstgöring i rikets gränstrakter.

Har en legitimerad läkare genom dom som vunnit laga kraft övertygats om vissa allvarligare brott, kan socialstyrelsen med stöd av behörighetslagen återkalla hans legitimation, om han genom brottet visat att han inte är skickad att utöva läkaryrket. Detsamma gäller om legitimerad läkare ådagalagt grov oskicklighet vid utövning av läkaryrket eller eljest visat sig uppenbart olämplig som läkare utan att han för den skull gjort sig skyldig till allvarligare brott. Vidare gäller bl. a., att legitimerad läkare, som blir psykiskt sjuk och därför är ur stånd att nöjaktigt utöva läkaryrket, ofördröjligen kan berövas legitimationen.

En läkare som av Kungl. Maj:t eller socialstyrelsen förordnats som innehavare av viss läkartjänst får inte berövas legitimationen så länge vederbörande innehar tjänsten. Legitimation kan dock återkallas för tid, då läkaren på grund av ådömd suspension inte är i tjänst. Läkare som deslegitimerats skall på begäran återfå legitimationen, när förhållandena medger detta.

Ifråga om läkare som erhållit behörighet att utöva läkaryrket på annat sätt än genom legitimation finns inte några bestämmelser om förlust av behörigheten, eftersom denna upphör i och med att förordnandet löper ut.

I behörighetslagen ges ingen definition av begreppet utövning av läkaryrket. Något förbud för andra än läkare att utöva läkaryrket stadgas heller inte i lagen. I princip står det sålunda även icke läkare fritt att verka på hälso- och sjukvårdens område. I syfte att minska riskerna för kvacksalveri har det dock som nämnts tillkommit en särskild lag, kvacksalverilagen. Dess bestämmelser gäller inte behöriga läkare eller andra yrkesutövare på hälso- och sjukvårdens område, som är ställda under socialstyrelsens tillsyn, utan tar sikte endast på lekmän som utövar hälso-

och sjukvårdande verksamhet.

I kvacksalverilagen ges vissa begränsningar i lekmäns rätt att undersöka och behandla sjuka. Bl. a. är behandling av vissa allvarliga och smittsamma sjukdomar förbjuden. Rådgivning per korrespondens utan personlig undersökning av den hjälpsökande har också bedömts innefatta så stora risker att verksamheten förbjudits. En viktig bestämmelse i kvacksalverilagen är vidare, att ingen får utge sig för att vara läkare utan att så är fallet.

Begreppet läkare definieras i *allmän läkarinstruktion den 10 maj 1963 (nr 341)*. Enligt denna förstås med läkare envar, som äger behörighet att utöva läkaryrket. Instruktionen anger vad som åligger läkaren, oavsett om han är i allmän tjänst eller utövar läkaryrket enskilt. Han skall sålunda behandla patienten i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vidare skall han följa socialstyrelsens föreskrifter i fråga om journalföring och läkemedelsförskrivning. När han utfärdar intyg eller utlåtanden, skall han iakttä synnerlig omsorg och samvetsgrannhet och rätta sig efter socialstyrelsens anvisningar. Han skall lämna kvitto på erhållna ersättningar och i förekommande fall följa riks försäkringsverkets formulär och anvisningar. Det åligger honom att kostnadsfritt utfärda dödsbevis samt att i förekommande fall göra anmälningar till barnavårdsnämnd, nykterhetsnämnd och polismyndighet. Den läkare som avser att enskilt utöva läkaryrket skall göra anmälan härom till länsläkaren. Läkare som åsidosätter sina skyldigheter kan, om gärningen inte är straffbelagd särskilt, dömas till dagsböter eller fängelse.

Läkarnas verksamhet regleras förutom av läkarinstruktionen också genom *kungörelsen den 21 maj 1964 (nr 428) om medicinalpersonal under medicinalstyrelsens inseende*. Denna äger tillämpning också på flertalet övriga personer som är verksamma inom hälso- och sjukvård. Den som tillhör medicinalpersonalen är skyldig att följa de instruktioner och andra föreskrifter som socialstyrelsen meddelar för yrkesutövningen. Kungörelsen innehåller en straffbestämmelse för överträdelse

av socialstyrelsens föreskrifter.

Enligt *instruktionen för socialstyrelsen den 20 oktober 1967 (nr 606)* handlägger *medicinalväsendets ansvarsnämnd* ärenden om återkallande av sådan behörighet att utöva yrke eller verksamhet som meddelas av styrelsen. Nämnden meddelar vidare ny behörighet åt den som fått sin tidigare behörighet återkallad samt vidtar åtgärder enligt kungörelsen om medicinalpersonal under styrelsens inseende. De åtgärder som kan komma ifråga enligt kungörelsen är tilldelande av varning eller erinran vid försummelse, oförstånd, oskicklighet eller anmärkningsvärd okunnighet om gällande föreskrifter. Åtalsanmälan kan också tillgripas. Ansvarsnämnden lämnas vidare möjlighet att vitesförelägga medicinalpersonal.

Med stöd av *narkotikaförordningen den 14 december 1962 (nr 704)* och *kungörelsen den 13 december 1963 (nr 654) om försäljning från apotek av alkoholhaltiga läkemedel och teknisk sprit m. m.* kan socialstyrelsen upphäva eller begränsa en läkares rätt att förskriva narkotika och alkoholhaltiga medel eller teknisk sprit. Beslut om sådana åtgärder fattas av medicinalväsendets ansvarsnämnd.

6.2.2 Tidigare diskussion

6.2.2.1 Allmänt

Lagstiftningen om behörighet att utöva läkaryrket har tillkommit framförallt mot bakgrund av behovet av att avgränsa den yrkesmässiga utövningen av hälso- och sjukvård på det mer kvalificerade planet från det område som står öppet för verksamhet av envar, oberoende av utbildning och övriga kvalifikationer. En kort historisk tillbakablick på lagstiftningen illustrerar, hur kraven på en begränsning av icke auktoriserades verksamhetsmöjligheter successivt skärpts.

En annan viktig målsättning för lagstiftningen har varit att ge samhället möjligheter att kontrollera den som utövar läkaryrket och i vissa fall ta ifrån vederbörande behörigheten som läkare. Den följande framställ-

ningen återspeglar också den diskussion som förts i fråga om läkarlegitimationen och möjligheterna att genom deslegitimering beröva läkaren rätten att utöva sitt yrke.

6.2.2.2 1915 års lag m. m.

Före 1916 tillkom behörigheten att utöva läkaryrket som huvudregel den som avlagt medicine licentiatexamen. I dåvarande instruktion för medicinalstyrelsen stadgades, att den som var behörig att inom riket utöva "läkarkonsten"¹ borde anmäla sig hos styrelsen för att erhålla legitimationsbevis och upptas i styrelsens matrikel över legitimerade läkare. Den som inte gjorde anmälan var dock likväl oförhindrad att utöva läkaryrket. Behörigheten vanns redan genom examen, och legitimationen hade i detta hänseende ingen särskild rättslig betydelse utan kunde betraktas som en ren ordningsåtgärd. Staten hade heller inte förbehållit sig någon rätt att ta ifrån en läkare behörigheten, även om vederbörande gjort sig skyldig till grova brott eller på annat sätt visat sig uppenbart olämplig för yrket. Om han innehade läkarbefattning, kunde han naturligtvis skiljas från denna enligt gällande tjänstebestämmelser. Hans behörighet att utöva läkaryrket kvarstod emellertid.

1915 års lag om behörighet att utöva läkarkonsten hade sin upprinnelse bl. a. i en motion till 1907 års riksdag med hemställan, att man måtte utreda möjligheterna att i vissa fall beröva läkare rätten att utöva sin verksamhet. I skrivelse till Kungl. Maj:t samma år anförde riksdagen, att befogenhet att ta ifrån läkare rätten att utöva läkarverksamhet var av behovet påkallad. Gällande bestämmelser beträffande medicinalstyrelsens kontroll över läkarna och de åtgärder styrelsen hade möjlighet att vidta ansågs otillräckliga.

Något år senare anhöll Svenska läkarföreningen om åtgärder för att skärpa lagsbestämmelserna angående kvacksalveri. Före-

¹ Objektet för läkarnas verksamhet benämndes före tillkomsten av 1960 års behörighetslag omväxlande "läkarkonst" och "läkekonst".

ningen framhöll, att läkekonstens utövare fick allt svårare uppgifter ju mer samhällsutvecklingen fortskred och att fordringarna på läkarens kunskaper och praktiska duglighet därför måste skärpas. Samtidigt blev det alltmer otidsenligt att personer, som saknade de mest elementära kunskaper i medicin, tilläts att ange sig som läkekunniga och utöva sina i regel verkninglösa kurer.

Medicinalstyrelsen delade den uppfattning, som tidigare uttryckts i riksdagens skrivelse, att det i vissa fall kunde vara befogat att ta ifrån en läkare rätten att utöva läkarverksamhet. I första hand gällde detta, om en läkare dömts för vissa allvarigare brott. Särskilt ansågs det otillfredsställande att en sådan person skulle vara oförhindrad att ta befattning med smittsamma sjukdomar.

Vid denna tid angavs läkarens skyldigheter i och utom tjänsteutövning genom läkarinstruktionen av år 1911. Denna innehöll emellertid inga förbud för andra än läkare att t. ex. behandla smittsamma sjukdomar. Medicinalstyrelsen ansåg inte heller, att sådana bestämmelser kunde inrymmas i läkarinstruktionen, utan förordade en särskild lag i vilken själva befogenheten att utöva läarkonsten bestämdes och straff för överträdelse av lagen fastställdes. Läkarinstruktionens bestämmelse, att den som avlagt medicine licentiatexamen var behörig som läkare och att ingen utan denna examen ägde sådan behörighet borde enligt medicinalstyrelsen tas in i den nya lagen. Till lagens grundsats om läkarbehörighet kunde sedan knytas olika bestämmelser om möjligheter att beröva läkare rätten att utöva yrket.

I *proposition 1915:85* framhöll departementschefen, att läkare borde kunna berövas behörigheten, i första hand om han gjort sig skyldig till brott eller om han blivit sjuksjuk. Departementschefen uttalade, att medicinalstyrelsen borde avgöra frågor om läkarens behörighet. Styrelsen hade andra förutsättningar än domstolarna att göra en prövning som fordrade kännedom om läkarverksamheten. Mot den föreslagna ordningen talade visserligen, att läkarens rättssäkerhet i vä-

sentligt högre grad skulle tillgodoses genom handläggning vid domstol. Fullgod garanti skulle emellertid kunna erhållas genom att avgörandena besvärsvägen kunde underställas regeringsrättens prövning. Behörighet att utöva läarkonsten borde enligt departementschefen inte inträda redan på grund av avlagd examen utan i allmänhet bli beroende av anmälan hos medicinalstyrelsen och vunnit legitimation. Något annat än en formell ändring av gällande bestämmelser skulle detta emellertid inte innebära.

Möjligheterna att ta ifrån en läkare hans behörighet att utöva läarkonsten aktualiserade även en skärpning av bestämmelserna om förbud mot kvacksalveri. Om man som ett nödvändigt komplement till bestämmelserna om förlust av läkarbehörigheten skulle stadga om effektivt straff för överträdelse, fordrade konsekvensen att obehörigt utövande av läarkonsten bestraffades inte bara i dessa fall utan även då verksamheten bedrevs av personer som aldrig varit behöriga. Det var enligt departementschefen en orimlighet att förbjuda en läkare att fortsätta sin verksamhet, men tillåta lekmän att utan inskränkningar utöva sådan verksamhet. Departementschefen förordade därför en inskränkning i rätten att behandla vissa sjukdomar.

Riksdagen beslöt i enlighet med departementschefens förslag. Lagen trädde i kraft den 1 januari 1916.

6.2.2.3 1960 års lagar

1915 års lag om behörighet att utöva läarkonsten lämnade ett förhållandevis vidsträckt område öppet för andra grupper än de auktoriserade läkarna att vara verksamma på sjukvårdens område. Vissa straffbestämmelser mot kvacksalveri fanns visserligen, men i den mån verksamheten inte föll under dessa bestämmelser var det i princip tillåtet för lekmän att utöva läarkonsten.

Det vidsträckt område inom vilket lekmän enligt 1915 års lag hade rätt att verka får ses mot bakgrund av de förhållanden som då rådde. Bristen på läkare var stor, och i många

landsändar hade allmänheten små möjligheter att nå läkare. Man var sålunda ofta hänvisad till kvacksalvare. Den medicinska vetenskapen hade heller inte hunnit så långt, att det då lika klart som idag kunde dras en fast gräns mellan erkänd läkarverksamhet och kvacksalveri. Den s. k. folkmedicin som utövades av lekmän gick för övrigt tillbaka på en lång tradition och rymde även en del riktiga iakttagelser vid sidan av äldre uppfattningar, som senare ersatts av bättre dokumenterade medicinska kunskaper.

Bestämmelserna om rätten att utöva läkarverksamheten och de föreskrifter som inskränkte kvacksalvarnas verksamhet blev under 1940- och 1950-talen föremål för intensiv debatt. Huvudfrågan var, om det längre fanns fog för att tillåta en så vidsträckt rätt för lekmän att verka inom hälso- och sjukvården som 1915 års lag medgav. En skärpning av straffbestämmelserna för otillåtet kvacksalveri var också aktuell. Redan 1941 presenterade medicinalstyrelsen ett förslag till ny behörighetslag (SOU 1942:22), som innefattade väsentligt skärpta bestämmelser mot kvacksalveriet. Något totalförbud mot lekmanverksamhet på läkekonstens område förordades däremot inte.

Medicinalstyrelsens förslag föranledde inga omedelbara åtgärder från statsmakternas sida. Frågan uppmärksammades emellertid även i riksdagen. 1950 tillsattes en statlig utredning med uppgift att granska frågan om lekmanverksamhet på läkarkonstens område och därmed sammanhängande spörsmål. Uppdraget skulle även innefatta en översyn av 1915 års behörighetslag. De sakkunniga antog namnet *kvacksalveriutredningen*. 1956 avlämnades betänkandet "*Lag om rätt att utöva läkekonsten*" (SOU 1956:29).

Enligt kvacksalveriutredningen borde utövningen av läkarkonsten — eller som utredningen betecknade föremålet för lagregleringen — läkekonsten i och för sig inte förbehållas de på vetenskaplig grund arbetande och utbildade läkarna. Något totalförbud för lekmän att ägna sig åt verksamheten borde alltså inte komma ifråga. Utredningen övervägde dock att förbjuda dem som

saknade läkarbehörighet att *yrkesmässigt* utöva läkekonsten. Denna tanke avvisades emellertid, delvis med hänsyn till att det var svårt att avgränsa läkarverksamheten från sådan verksamhet som bedrivs av t. ex. fotspecialister och massörer. Enligt utredningens förslag skulle det även i fortsättningen i princip stå envar fritt att utöva läkekonsten.

Den principiella rätten för lekmän att utöva läkekonsten skulle enligt förslaget uttryckligen fastslås i lagen. Lagförslaget bibehöll dock en särskild reglering av behörigheten att utöva läkekonsten när det var fråga om läkarnas verksamhet. Denna behörighet skulle vinnas genom legitimation eller förordnande att uppehålla läkartjänst. Till legitimationsreglerna skulle liksom tidigare knytas särskilda bestämmelser om återkallande av legitimation.

Utredningen utgick från, att det var nödvändigt att ha särskilda regler för dem som utan att vara legitimerade läkare förordnats att uppehålla läkartjänst. Denna möjlighet borde emellertid inte tillämpas så att vissa personer under längre tid förordnades att uppehålla tjänster utan att äga behörighet som läkare. Detta skulle kunna innebära ett kringgående av lagens huvudregel om särskild behörighet att utöva läkarkonsten. Utredningen diskuterade också, om behörighet som tillkommer läkare på grund av förordnande alltid borde vara oinskränkt eller anknytas till utövning av tjänsten. Härvid påpekades, att det i många fall låg i sakens natur att behörigheten måste vara oinskränkt. Som exempel angavs de fall då en läkare var förordnad att vikariera på provinssiällkartjänst. Utredningen ansåg, att en begränsning av behörigheten i det stora flertalet fall skulle sakna betydelse och medföra onödig byråkrati. Missbruk av oinskränkt behörighet borde vidare utgöra tillräcklig grund för att återkalla förordnandet.

Utredningen föreslog också, att möjlighet skulle öppnas att ge legitimation även till utländska medborgare samt till svenska medborgare som avlagt läkarexamen utomlands. Villkoret härför skulle dock vara att veder-

börande genomgått efterutbildning i Sverige.

Rätten att meddela legitimation skulle även i fortsättningen tillkomma medicinalstyrelsen. Något skäl att lägga beslutanderätten hos Kungl. Maj:t fanns inte, menade utredningen, eftersom det praktiskt taget undantagslöst rörde sig om rutinmässiga ärenden. Utredningen poängterade härvid, att legitimation inte borde vägras den som uppfyllde de formella villkoren, med mindre omständigheterna var sådana att legitimationen skulle ha återkallats, om vederbörande varit legitimerad. Å andra sidan diskuterades att i decentraliseringssyfte låta de medicinska fakulteterna respektive högskolorna utfärda legitimation. Detta ansågs dock mindre lämpligt med hänsyn till att legitimationen ändå måste föregås av viss prövning. Denna borde enligt utredningen ske centralt och göras av samma myndighet som prövade frågor om deslegitimering, nämligen medicinalstyrelsen. Styrelsen ansågs i övrigt inte kunna undvara en registrering av de legitimerade läkarna. I administrativt hänseende skulle därför inte mycket vinnas med den ifrågasatta ordningen.

I *proposition 1960:141* framhöll departementschefen, att den grundläggande frågan var om den yrkesmässiga utövningen av hälso- och sjukvård i fortsättningen skulle förbehållas endast läkarna eller om man i princip skulle tillåta var och en att utöva sådan verksamhet, om än med särskilda begränsningar. Om man intog den förra ståndpunkten, skulle lagen innehålla positiva regler efter vilka behörighet att utöva läkarverksamhet förvärfas och förloras samt ett förbud för dem som inte har behörighet att ägna sig åt verksamheten. Höll man däremot fast vid principen att det skulle stå var och en fritt att ägna sig åt läkarverksamheten, var det istället riktigare att konstruera enbart en lag om inskränkningar i rätten att utöva verksamheten ifråga, varvid läkarna skulle undantas från lagens tillämpningsområde.

Departementschefen konstaterade, att det med hänsyn till den betydelse hälso- och sjukvården har i samhället förelåg ett klart intresse av en särskild form av auktorisation

för på området speciellt utbildade och väl kvalificerade personer. Lagregler, som bestämmer formerna för denna auktorisation och hur den förvärfas och förloras, kunde därför inte undvaras. Lagstiftningen måste sålunda uppta dels regler om auktorisation av de särskilt utbildade yrkesutövarna, dels bestämmelser om begränsningar i rätten för andra att utöva verksamheten. Däremot skulle några regler om hur rätten – behörigheten – förvärfas inte behövas, eftersom utgångspunkten för lagstiftningen skulle vara att var och en har denna rätt. Om man betraktade den vetenskapligt grundade läkarverksamheten som en speciell, erkänd yrkesverksamhet, väsentligt skild från den icke auktoriserade verksamheten, mötte däremot inget hinder att särskilt reglera förutsättningarna för förvärf och förlust av behörighet att utöva läkaryrket.

Med den uppfattning departementschefen uttryckt rörande skillnaden mellan den erkända läkarverksamheten och kvacksalveri eller annan icke auktoriserad yrkesutövning sade han sig ha förståelse för tanken att förbehålla den kvalificerade hälso- och sjukvården för de efter erkända linjer utbildade läkarna. Han ansåg emellertid inte tiden mogen att i lag införa generellt förbud för andra än auktoriserade läkare att utöva vad som betecknats som läarkonst. Dels förmodades en sådan bestämmelse röna liten förståelse inom stora folkgrupper, dels ansågs det bli svårt att göra ett förbud effektivt. Lagstiftningen borde istället som tidigare omfatta regler för den speciella form av behörighet som tilläggs de på vetenskaplig grund arbetande läkarna. Med utgångspunkt från att var och en äger frihet att utöva verksamheten på hälso- och sjukvårdens område skulle lagstiftningen vidare ange de begränsningar i denna frihet, vilka var nödvändiga för att skydda allmänheten. De båda ämnesområdena borde behandlas i var sin lag.

Objektet för läkarnas verksamhet skulle anges som *läkaryrket*, inte läke- eller läarkonst. Någon definition av begreppet ”utövning av läkaryrket” ansågs inte erforderlig.

Inte heller behövdes något förbud för lek- män att utöva läkaryrket, eftersom endast de i erkända former utbildade läkarna förutsat- tes kunna utöva yrket.

I fråga om formerna för behörighet att utöva läkaryrket framhöll departementsche- fen, att man för den permanenta och oinskränkta behörigheten även i fortsättning- en borde behålla legitimationen. Till skillnad från tidigare skulle emellertid kravet på svenskt medborgarskap för legitimation slo- pas. Möjlighet skulle vidare alltjämt finnas att ge tillfällig läkarbehörighet åt den som ännu inte avslutat sin utbildning men kom- mit så långt i denna, att hans tjänster kunde tas i anspråk för vikariat eller andra tillfälliga läkaruppgifter. Departementschefen anslöt sig vidare till kvacksalveriutredningens upp- fattning, att behörigheten vid förordnande borde vara fullständig så länge förordnandet löper och sålunda inte inskränkt endast till den tjänst förordnandet avser.

Ifråga om *förlust av behörighet* framhölls, att lagen även fortsättningsvis måste ge möjlighet att återkalla auktorisationen att utöva läkaryrket. Samma intresse som påkal- lade den särskilda auktorisationen – nämligen det allmännas intresse av att avgränsa läkarverksamheten gentemot kvacksalveri samt att kunna ställa utövarna av den erkända läkarverksamheten under offentlig insyn – krävde också, att auktorisationen kunde tas ifrån den som visat sig inte utöva verksamheten på ett tillfredsställande sätt. Det underströks, att återkallelse av auktori- sation mot denna bakgrund inte skulle uppfattas som ett korrektiv mot läkare som åsidosatt sina skyldigheter utan främst som ett medel att skydda de intressen, som bar upp auktorisationsinstitutet.

Departementschefen ansåg det uppenbart, att den permanenta och oinskränkta behörig- het som legitimationen avsågs ge fordrade särskilda regler om återkallelse av behörig- heten. Däremot ansågs det mera tveksamt om sådana regler fordrades när behörigheten grundades på förordnande eller tillagts läkare som begränsad behörighet, eftersom behörig- heten i dessa fall skulle upphöra i och med

att förordnandet löpte ut. Lagen skulle sålunda uppta regler om återkallande av behörighet endast såvitt gällde legitimation. Deslegitimeringen skulle inte gälla för viss tid utan tillsvidare, eftersom det inte gick att bedöma, om läkaren åter kunde betros med legitimation.

Riksdagen anslöt sig i sitt beslut till förslagen i prop. 1960:141 (LU 44, rskr 332). De nya lagarna om behörighet att utöva läkaryrket och om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens områ- de trädde i kraft 1960 (jfr kapitel 6.2.1).

6.2.2.4 1969 års reform av läkarutbildningen

Den förändrade relationen mellan grundut- bildning och vidareutbildning av läkare som blivit en följd av den nyligen genomförda utbildningsreformen, påverkar bedömningen av de frågor som hör samman med behörig- heten till läkaryrket. SLUS fick i uppdrag att uppmärksamma dessa förhållanden. Utred- ningen skulle därvid bl. a. ta ställning till de krav i fråga om fullgjord tjänstgöring i öppen och sluten vård, som borde uppställas för en legitimation av samma innebörd som enligt gällande bestämmelser.

Med utgångspunkt från legitimationens nuvarande innebörd föreslog SLUS, att som krav för legitimation vid genomförandet av den nya läkarutbildningsordningen skulle gälla, att vederbörande avlagt medicine licen- tiatexamen samt därutöver fullgjort allmän- utbildning och avlagt läkarexamen. Licen- tiatexamen skulle enligt SLUS förslag endast ge behörighet att utöva läkaryrket vid de kliniker där allmänutbildningen fullgjordes, alltså en form av begränsad behörighet. Socialstyrelsen skulle enligt förslaget ha möjlighet att återkalla denna behörighet under samma förutsättningar som gäller för legitimerade läkare.

Några remissinstanser tog upp frågan om läkarnas behörighet och legitimationsbegrep- pet med anledning av SLUS förslag i ärendet.

Hovrätten över Skåne och Blekinge kon- staterade, att förslaget principiellt inte avvek från gällande ordning. Det borde därför inte

medföra några tillämpningssvårigheter. SLUS hade emellertid enligt hovrätten bortsett från behovet av ett enhetligt begrepp för att ange den utbildade och yrkesverksamme medicinaren i lagar och författningar. Syftet med 1960 års lag var delvis att tillgodose detta behov. Lagen gav sålunda svar på frågan, vem som äger behörighet som läkare, men otillräckligt besked om begreppet läkare. Med hänsyn till den mångsidiga användningen av detta begrepp borde det enligt hovrätten vara mer entydigt definierat. Det skydd för läkartiteln som skapats genom kvacksalverilagen måste enligt hovrätten också anses ofullkomligt. Oklarheten skulle öka till följd av att SLUS ville beteckna kunskapskontrollen efter vidareutbildningen i medicin och kirurgi som läkarexamen. Enligt hovrätten var det svårt att hävda annat än att den som avlagt examen också förvärvat rätt att kalla sig läkare, oavsett om han hade legitimation eller ej. Endast den som har legitimation eller därmed jämställd behörighet borde enligt hovrätten ha rätt att kalla sig läkare.

■ *Svenska landstingsförbundet* konstaterade, att läkaren under utbildningen steg för steg passerade olika kompetensnivåer med ökande behörighet att utöva läkaryrket. Efter fem och ett halvt år hade han grundutbildningen bakom sig och var behörig att upprätthålla ett allmänutbildningsförordnande. Förbundet föreslog att läkarexamen skulle avläggas först efter allmänutbildningen och därmed berättiga till obegränsad legitimation.

■ *Sveriges läkarförbund* framhöll i sitt remissvar, att legitimationen avsåg att garantera vissa personliga kvaliteter under det att behörigheten hänförde sig till kunskapsmässig och fackmässig kompetens. De kvaliteter, som legitimationen avsåg, krävdes vid utövandet av läkarverksamhet på alla nivåer. Mot den bakgrunden var det inte bara ändamålsenligt utan också det enda logiska att kräva legitimation från den tidpunkt då läkarverksamhet i någon form tidigast blir aktuell. Legitimationen borde därför placeras vid motsvarigheten till medicine licentiat-

examen. Särskilda behörigheter – med särskilda benämningar – borde därjämte inrättas för rätt att självständigt utöva sjukvård. Härigenom kunde minimibehörigheten för självständig läkarverksamhet läggas på den nivå man av sakliga skäl ansåg vara riktig. Man borde sålunda enligt läkarförbundet bortse från det traditionella synsättet på legitimationen och införa de bestämmelser som behövdes.

I *ämbetsverkens skrivelse* med anledning av SLUS förslag uttalade socialstyrelsen den uppfattningen, att läkarbegreppet i dag inte är lika entydigt som tidigare. Utvecklingen framtvängde på detta område en differentiering av läkararbetskraften. Socialstyrelsen ansåg mot denna bakgrund, att tiden nu var inne för en omprövning av legitimationsbegreppet.

Styrelsen fann det nödvändigt – bl. a. för att inte skapa oklarheter för allmänheten – att läkarbegreppet används för alla de personer som är verksamma som läkare, oavsett om verksamheten sker i underordnad eller självständig ställning. Därför måste även medicine licentiat under allmäntjänstgöring benämnas läkare. Deras kontakt med allmänheten skulle enligt styrelsen bli mycket omfattande. De skulle vidare komma att skriva recept på läkemedel och utfärda utlåtanden och intyg av olika slag. Under allmäntjänstgöringsperioden förutsattes de även kunna vikariera som tjänsteläkare. Socialstyrelsen ansåg det logiskt, att ge dessa läkare någon form av legitimation för att de skulle kunna benämnas läkare och under fullt professionellt ansvar utöva läkaryrket. Läkaregitationens innebörd måste därför ändras. Styrelsen erinrade vidare om att legitimationsordningen ursprungligen införts för att ge samhället möjlighet att i vissa fall ta ifrån en läkare behörigheten och därmed förbjuda honom att utöva yrket. Detta skäl var enligt styrelsen fortfarande giltigt och talade emot ett avskaffande av legitimationsbegreppet.

Socialstyrelsen uppehöll sig även vid frågan, hur formerna för läkarverksamheten skulle regleras efter en legitimation i anslut-

ning till medicine licentiatexamen. Styrelsen menade, att frågan kunde lösas på två sätt. Antingen kunde man använda sig av enbart en form av läkarlegitimation och därjämte införa särskilda behörighetsregler eller också kunde olika grader av legitimation införas.

Socialstyrelsen erinrade om att det redan idag finns särskilda behörighetsregler för vissa civila läkartjänster. Möjlighet förelåg att härutöver vidga behörighetssystemet så att med läkarlegitimation endast förenades behörighet till tjänst som godkänts för allmäntjänstgöring. Genomgången sådan tjänstgöring skulle sedan ge behörighet för dels sådana läkartjänster vid sjukvårdsinrättningar, för vilka inga strängare behörighetsvillkor föreskrivits, dels övrig läkarverksamhet. Endast läkare med sistnämnda behörighet borde sålunda ha rätt att öppna egen praktik. Socialstyrelsen förordade vidare, att med denna behörighet övergångsvis också skulle förenas behörighet till provinsialläkartjänst.

Användningen av olika grader av legitimation skulle enligt styrelsen innebära, att läkaren fick begränsad behörighet då han avlagt medicine licentiatexamen. Genomgången allmäntjänstgöring skulle däremot berättiga till fullständig legitimation. Systemet skulle motsvara den ordning som tillämpas i Danmark och Norge (jfr kapitel 6.2.3).

Efter att ha övervägt de två alternativen förordade socialstyrelsen enbart en form av läkarlegitimation i anslutning till medicine licentiatexamen och förenad med särskilda behörighetsregler. Innebörden av läkarlegitimationen skulle därvid bli rätt att utöva läkaryrket i former, som regleras genom olika behörighetsvillkor. Socialstyrelsen föreslog, att de två läkarnivåer som åtskildes av allmäntjänstgöringen, skulle kallas "läkare med begränsad behörighet" respektive "läkare med behörighet för självständig läkarverksamhet".

Socialstyrelsens förslag innebar den ändringen av läkarlegitimationens innebörd, att den nya legitimationen endast skulle ge läkaren rätt att utöva yrket under vissa begränsade former. Socialstyrelsen skulle på begäran utfärda intyg om utvidgad behörig-

het till de läkare som genomgått allmäntjänstgöring och därvid uppvisat av nämnden för läkares vidareutbildning utfärdat intyg om kunskapskontroller samt godkända praktiska tjänstgöringar vid kirurgisk, medicinsk och psykiatrisk klinik liksom i öppen vård.

I *proposition 1969:35* framhöll departementschefen, att kravet på genomgången allmäntjänstgöring för läkare som skall utöva läkaryrket i självständig ställning föranledde vissa ändringar i lagen om behörighet att utöva läkaryrket. Vid överväganden om hur dessa ändringar skulle göras borde definitivt ståndpunkt tas till den närmare utformningen av reglerna för läkarbehörigheten. Preciserade förslag i bl. a. legitimationsfrågan skulle framläggas i annat sammanhang. Gentemot socialstyrelsens skäl att förlägga legitimationen vid medicine licentiatexamen för att även de som undergår allmäntjänstgöring skulle kunna benämnas läkare anmärkte departementschefen, att synpunkten tillgodosågs redan därigenom att medicine licentiatexamen skulle komma att ersättas av läkarexamen. Vad sålunda anfördes i propositionen föranledde ingen riksdagens erinran (SU 83, rskr 215).

6.2.3 Läkarebehörighet i vissa andra länder

För rätt att utöva läkaryrket i *Danmark* krävs auktorisation som meddelas av Sundhedsstyrelsen. Auktorisation kan beviljas den som avlagt dansk läkarexamen och avgett läkarlöfte inför läkarvetenskapliga fakulteten. Utbildningen till läkarexamen omfattar sex och ett halvt år. Vidare skall sökanden skriftligen försäkra, att han samvetsgrant skall uppfylla sina plikter som läkare. Den som straffats för grövre brott och inte kan anses värdig det förtroende en läkare bör ha kan vägras auktorisation. Detsamma gäller den som kan antas vara farlig för sina medmänniskor på grund av kroppsslyte eller rubbning i själstillståndet, vare sig denna beror på sjukdom eller missbruk av alkohol m. m. eller på grund av grov oskicklighet.

En auktoriserad läkare äger inte utan vidare driva självständig praktik. För full-

ständig rätt att utöva läkarverksamhet fordras särskild auktorisation, s. k. B-auktorisering, som kräver att läkaren efter examen genomgått klinisk kurs i obstetrik samt tjänstgjort som läkarkandidat på sjukhus under i allmänhet ett år efter examen (turnustjänstgöring). Har läkaren inte fått särskild auktorisation, kan han i regel endast tjänstgöra som underordnad läkare på sjukhus, som skeppsläkare eller som amanuens hos eller vikarie för praktiserande läkare (A-auktorisering). I sin verksamhet som läkare handlar han emellertid alltid under yrkesmässigt ansvar. Om det är nödvändigt för att förebygga missbruk, kan inrikesministern inskränka läkarens behörighet. Meningen är att varje läkare fortast möjligt skall förvärva fullständig auktorisation.

Rätten att utöva läkaryrket kan dras in under vissa förutsättningar. Dessa frågor avgörs av domstol efter hemställan av inrikesministern, om inte läkaren själv begär att ärendet skall avgöras av ministern. Möjlighet finns att återkalla behörigheten som läkare för en tid av ett till fem år som särskild påföljd för brott. Den som eljest förlorat sin behörighet kan under vissa förutsättningar återfå rätten att utöva läkaryrket. För obehörigt utövande av läkekonsten finns särskilda straffbestämmelser. Den som förlorat sin behörighet men likväl utövar läkarverksamhet straffas härför. Vid sidan därav finns en rad stadganden om straff för kvacksalveri.

Enligt den danska ordningen är varje läkare lagligen skyldig att lämna första läkarhjälp. Läkaren kan befrias från denna skyldighet, om han hos Sundhedsstyrelsen anmäler att han inte vidare önskar utöva verksamhet som läkare. Detta innebär inte att han förlorar sin behörighet. Han kan när som helst anmäla att han återupptagit praktik. Endast de läkare som är auktoriserade eller har särskild tillåtelse att utöva yrket får beteckna sig som läkare.

I *Finland* överensstämmer villkoren för läkarlegitimation i huvudsak med de bestämmelser som gäller i Sverige.

Behörig att utöva läkarverksamhet är

sålunda den som vid universitet i Finland avlagt medicine licentiatexamen och därefter förklarats för legitimerad läkare. Studietiden för licentiatexamen är sex och ett halvt år. Den som söker legitimation skall inför medicinalstyrelsen avlägga läkarförsäkran.

Behörigheten som läkare kan inskränkas, om en läkare saknar förutsättningar att utföra vissa uppgifter på grund av otillräcklig utbildning, begränsade verksamhetsmöjligheter eller felaktigt förfarande. Medicinalstyrelsen kan då ge närmare bestämmelser och föreskrifter om läkarens verksamhet, inskränka hans befogenheter eller förbjuda honom att utföra vissa uppgifter. Läkare som dömts till frihetsstraff för brott kan berövas behörigheten som läkare. Detsamma gäller om läkaren på grund av sinnessjukdom eller missbruk av alkohol eller droger är oförmögen att utöva yrket.

I *Norge* finns liksom i Danmark två former för rätt att utöva läkaryrket. För fullständig auktorisation fordras, förutom medicinsk ämbetsexamen, viss praktisk tjänstgöring (turnus) och hederligandel. Grundutbildningen omfattar sex år. Under turnustjänstgöringen har vederbörande en begränsad behörighet som är knuten till tjänsten. Tillåtelse att utöva läkarverksamheten kan även ges medicine kandidater under deras utbildning.

Auktorisation utfärdas av socialdepartementet. Den som begär auktorisation skall avge skriftligt läkarlöfte. Om förutsättningarna är uppfyllda, kan auktorisation vägras endast om sökanden på grund av psykisk rubbning eller missbruk av alkohol eller droger inte kan anses skickad att utöva yrket.

En läkare kan under vissa förutsättningar berövas rätten att utöva yrket. Den som dömts till brott kan ådömas förlust av läkarbehörigheten för en tid av högst fem år eller för alltid. Läkaren kan vidare berövas sin behörighet på samma grunder, som gäller för vägran att meddela auktorisation. Frågan avgörs av domstol. Den som utan att vara läkare behandlar sjuka får inte kalla sig läkare eller bära titel eller beteckning som är

ägnad att inge den föreställningen, att han har rätt att bedriva läkarverksamhet.

6.3 Behörighet till olika läkartjänster

6.3.1 Nuvarande förhållanden

I sjukvårdslagen föreskrivs att Kungl. Maj:t eller myndighet som Kungl. Maj:t bestämmer får meddela föreskrifter om särskilda villkor för behörighet till läkartjänst samt närmare bestämmelser angående tillämpningen av lagen. Med stöd av bemyndigandet har sjukvårdskungörelsen utfärdats. På sjukvårdslagen stöder sig även *kungörelsen den 17 december 1915 (nr 559) angående villkor för behörighet till vissa civila läkarbefattningar (behörighetskungörelsen)*. I denna regleras behörighetsvillkoren för tjänsteläkarbefattningar och överläkartjänster. Kungörelsen har ändrats vid flera tillfällen.

För behörighet till befattning som *provinsialläkare, biträdande provinsialläkare* eller *stadsdistriktsläkare* fordras förutom läkarlegitimation, att läkaren vid ansöknings tidens utgång under minst åtta månader före eller efter vunnen legitimation tjänstgjort som underordnad läkare vid offentlig eller enskild sjukvårdsinrättning. Av tjänstgöringen skall minst fyra månader ha fullgjorts vid odelat lasarett för somatisk vård eller vid medicinsk eller kirurgisk avdelning av lasarett eller motsvarande sjukhus.

För behörighet till befattning som *sjukstuguläkare*, gäller samma krav som för provinsialläkartjänst.

Ifråga om *överläkarbefattningar* gäller olika bestämmelser beroende på inom vilket område befattningen är inrättad.

För behörighet till befattning som överläkare vid lasarett för huvudsakligen somatisk vård gäller att sökanden efter vunnen legitimation under minst tre år skall ha bestritt med rätt till tjänstårsberäkning för enad befattning som läkare vid sådant lasarett. Därav skall han ha tjänstgjort minst två år som underordnad läkare.

I kungörelsen ges vidare följande preciseringar för olika kategorier av överläkartjänster.

1. För behörighet till befattning som överläkare vid odelat lasarett för somatisk vård fordras att vederbörande tjänstgjort minst två år vid kirurgisk avdelning eller vid odelat lasarett för somatisk vård. Vidare fordras åtta månader vid medicinsk avdelning samt fyra månader vid kirurgisk, medicinsk eller annan avdelning, vars verksamhet är av större betydelse för tjänsten, eller vid odelat lasarett för somatisk vård.

2. För överläkarbefattning vid kirurgisk avdelning, vid medicinsk avdelning och vid flertalet övriga specialavdelningar fordras följande: läkaren skall ha tjänstgjort minst två år vid avdelning inom den specialitet som den sökta tjänsten avser. Vidare skall han ha tjänstgjort minst ett år vid sådan avdelning eller annan sjukvårdsavdelning, vars verksamhet är av större betydelse för tjänsten, eller vid odelat lasarett för somatisk vård.

3. För behörighet som överläkare vid laboratorium eller motsvarande avdelning skall vederbörande ha tjänstgjort vid laboratorium (motsv) inom det område tjänsten avser under minst tre år, varav två år som underordnad läkare.

4. Även för behörighet till överläkarbefattning vid lasarettavdelning för lungsjukdomar fordras tre års tjänstgöring. Av denna skall två år ha fullgjorts i underordnad ställning. Två år av tjänstgöringen skall ha fullgjorts vid lasarettavdelning för lungsjukdomar och minst ett år vid medicinsk avdelning.

5. För överläkarbefattning vid infektionsavdelning fordras tre års tjänstgöring, varav två år som underordnad läkare. Av tjänstgöringen skall minst ett år ha fullgjorts vid infektionsavdelning som underordnad läkare och minst ett och ett halvt år vid dels medicinsk och dels pediatrik avdelning vid lasarett, därav minst ett halvt år vid medicinsk och ett halvt år vid pediatrik avdelning. Den övriga tjänstgöringen skall ha fullgjorts vid infektionsavdelning eller medicinsk eller pediatrik avdelning.

För behörighet till överläkarbefattning inom den psykiatriska sjukvården fordras minst fyra månaders tjänstgöring som underordnad läkare vid odelat lasarett för somatisk vård eller vid medicinsk eller kirurgisk avdelning av lasarett. Vidare fordras minst tre års tjänstgöring som läkare vid psykiatrik avdelning vid lasarett eller vid specialsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda.

För behörighet till tjänst som *biträdande*

överläkare gäller samma villkor som för motsvarande överläkarbefattning.

Socialstyrelsen bestämmer vid vilka sjukvårdsinrättningar den föreskrivna tjänstgöringen får fullgöras. Tjänstgöring kan enligt kungörelsen också ske vid inrättning av motsvarande slag i Danmark, Finland eller Norge.

För befattning som *underläkare, extra läkare, sjukhemsläkare* och *ansvarig läkare vid förlossningshem* har inte uppställts några särskilda kompetenskrav utöver legitimationen.

För behörighet till befattning som *länsläkare*, gäller särskilda bestämmelser enligt *Kungl. Maj:ts instruktion för länsläkarväsendet den 3 december 1965 (nr 792)*. För att kunna antas till länsläkare eller biträdande länsläkare fordras, förutom legitimation, klinisk tjänstgöring under minst tre år. Viss tid av tjänstgöringen skall äga rum vid infektionssjukhus eller motsvarande lasarettssavdelning. Vidare fordras bl. a. tjänstgöring under minst ett och ett halvt år som tjänsteläkare, samt under minst ett och ett halvt år tjänstgöring vid vetenskaplig institution eller annat organ för socialmedicin, omgivningshygien, epidemiologi, bakteriologi eller virologi.

Ifråga om *skolläkarbefattning* gäller inga särskilda behörighetsvillkor utöver kravet på legitimation. I skollagen föreskrivs emellertid, att skolstyrelsen vid tillsättning av dessa befattningar skall ta hänsyn till erfarenhet och skicklighet i fråga om skolhygien och allmän hälsovård, specialutbildning i ämnen av särskild betydelse för tjänstgöringen samt till personlig lämplighet.

För *socialläkare* och *företagsläkare* har inte uppställts några särskilda behörighetsvillkor. I samband med vissa utredningar rörande företagshälsovården har emellertid även särskilda utbildnings- och behörighetskrav för sistnämnda kategori övervägts. I betänkandet Företagshälsovårdens läkarresurser m. m. (stencil S 1970:4) har sålunda förordats, att allmänpraktikerutbildning och på denna byggande särskild utbildning i företagshälsovård på längre sikt bör utgöra behörighetskrav för befattning som företagsläkare.

I proposition 1971:23 angående vissa frågor om företagshälsovård m. m. har departementschefen i princip anslutit sig till uppfattningen, att läkare verksamma inom företagshälsovården bör ha genomgått särskild utbildning i företagshälsovård. Förutsättningar för att läkare som på heltid ägnar sig åt företagshälsovård får en adekvat utbildning anses vidare kunna skapas genom den beslutade utbyggnaden av arbetsmedicinska institutets utbildningsprogram. Departementschefen framhåller vidare att den nya företagshälsovårdsdelegationen bör uppmärksamma behörighetsvillkoren för företagsläkare. Frågan om behörighetsvillkoren för de läkare inom den offentliga sjukvården, som kommer att ha uppgifter inom företagshälsovården, bör enligt departementschefen prövas i samband med denna utrednings arbete (jfr kapitel 3.5).

För vissa läkarkategorier finns vissa självpatagna behörighetsregler uppställda. Detta gäller exempelvis *specialistläkare i öppen vård*. Dessa tjänster är inte författningssmässigt reglerade. Landstingsförbundet och läkarförbundet har emellertid träffat avtal angående bl. a. kungörande, meritvärdering och tillsättning av tjänsterna. Som en följd av avtalet har en särskild meritvärderingsnämnd tillsatts. I denna är även socialstyrelsen representerad.

6.3.2 Tidigare diskussion

Som redovisats i kapitel 2 har det varit ett grundläggande drag i debatten om målsättningen för utbildningen av läkare, att grundutbildningen skall utgöra den för alla läkarkategorier gemensamma grundval på vilken den fortsatta vidareutbildningen skall baseras. I takt med den medicinska utvecklingen och därav följande behov av specialisering har kraven på vidareutbildningen för alla läkare alltmer betonats. Redan i LUKs betänkande underströks nödvändigheten av en kontinuerlig vidareutbildning för både allmänläkare och specialister. Även de gällande behörighetsvillkoren för tjänsteläkare ansågs allmänt otillfredsställande. För rätt att annon-

sera allmän praktik fanns över huvudtaget inga villkor uppställda utöver läkarlegitimation. Rätten att annonsera specialistkompetens reglerades ända fram till 1960 genom vissa riktlinjer som angetts av Sveriges läkarförbund. En offentlig regelning av denna rätt kom till stånd först genom kungörelse den 25 november 1960 (nr 653).

Genom 1969 års reform av läkarutbildningen har nya utbildningskrav uppställts för rätt att annonsera specialitet liksom för att öppna allmän praktik. Specialistkompetensen regleras genom *kungörelsen med tillämpningsföreskrifter till lagen om behörighet att utöva läkaryrket (1969:422)*. Genom *Kungl. brev angående bl. a. särskild utbildning för allmän praktik den 29 maj 1969* har socialstyrelsen bemyndigats att i samråd med nämnden för läkares vidareutbildning låta anordna en särskild utbildning för allmän praktik.

De nya kompetenskraven har inte följts av några ändrade bestämmelser rörande behörighet till olika tjänster inom offentlig sjukvård. Det är utredningens uppgift att lägga fram förslag härom. Utredningen ser det även som sin uppgift att i detta sammanhang överväga behörighetsvillkoren för rätt att självständigt utöva läkaryrket i enskild verksamhet. Som bakgrund till det förslag som kommer att läggas fram lämnas i det följande en redogörelse för den diskussion som förts i fråga om behörighetsregler för skilda slag av läkarverksamhet.

Som framgått av kapitel 2 resulterade inte LUKS förslag i någon definitiv reglering av behörighetsvillkoren för olika läkarbefattningar. Departementschefen framhöll i prop. 1954:212, att ett mera detaljerat förslag måste utarbetas, innan en definitiv reglering av behörighetsvillkoren för tjänsteläkare kom till stånd.

Ett förslag till ny kungörelse om villkor för behörighet till vissa civila läkarbefattningar framlades 1959 av dåvarande medicinalstyrelsen. För tjänst som provinsialläkare och stadsdistriktsläkare uppställdes i förslaget krav på en treårig sjukhusutbildning, vilket innebar en ganska betydande skärp-

ning av behörighetskraven. Alla aspiranter på tjänsteläkarbanan antogs dock inte fylla dessa, varför styrelsen föreslog en övergångstid av två år, innan bestämmelserna skulle träda i kraft.

Medicinalstyrelsens förslag innefattade även nya behörighetsbestämmelser i fråga om tjänster som överläkare och biträdande överläkare. För behörighet till överläkartjänst skulle fordras fem års tjänstgöring i underordnad ställning, dvs. en höjning med två år i förhållande till vad som då gällde. Styrelsen betonade, att höjningen var av mera formell än reell natur, då de som kom i fråga för dessa tjänster nästan alltid kunde åberopa en föregående tjänstgöring av fem år eller mera. Vidare erinrades om att fem år sedan länge gällt som kvalifikationstid för att bli erkänd som specialist. Som allmän regel föreslog styrelsen, att tre år skulle ha fullgjorts inom den sökta specialiteten och de övriga två åren antingen inom samma område eller annan specialitet av betydelse för den sökta tjänsten.

Flertalet remissinstanser hade inget att erinra mot medicinalstyrelsens förslag till höjning av kompetenskraven för olika läkarkategorier. Förslaget föranledde dock inte någon omedelbar åtgärd från Kungl. Maj:ts sida.

I november 1960 uppdrog Kungl. Maj:t åt *medicinalstyrelsens nämnd för läkares specialistbehörighet* att utarbeta förslag till en lämplig förteckning över läkspecialiteter samt en därtill anslutande förteckning över den utbildning, som borde krävas för specialistkompetens. Därvid borde särskilt eftersträvas överensstämmelse mellan kraven för specialistkompetens och kompetensvillkoren för chefsläkartjänster vid kliniker och andra inrättningar vilkas verksamhet var hänförlig till specialitet.

Nämnden överlämnade i december 1961 förslag till nya specialistbehörighetsbestämmelser. I förslaget uttalades, att – försävt särskilda kompetensbestämmelser fortfarande skulle gälla för vissa chefsläkartjänster – överensstämmelse i princip borde råda mellan dessa och specialistbehörighetsreglerna.

Själva existensen av formella behörighetskrav ansågs dock stundom utgöra ett hinder för att på förslag uppföra den mest kompetente. Särskilt gällde detta vid tillsättande av tjänster inom nya specialiteter och tjänster med specialkaraktär, vilka krävde kompetens från mer än ett behörighetsreglerat verksamhetsområde. Nämnden föreslog därför att den författningsreglerade behörigheten skulle bytas ut mot en reell kompetensbedömning vid upprättande av medicinalstyrelsens förslag till sjukhusläkartjänst. Härvid borde specialistutbildningskraven vara vägledande. För sådan specialitet, för vilken det ännu ansågs vara för tidigt att utfärda specialistbestämmelser, fick medicinalstyrelsens kompetensbedömning tills vidare bli prejudicerande.

De biträdande överläkarnas kompetens borde enligt nämnden vara jämförbar med överläkarnas. Krav på specialistkompetens borde sålunda gälla även för biträdande överläkare.

Den *nordiska arbetsgruppen* för utredning av frågan om genomförande i de nordiska länderna av enhetliga regler rörande specialistbehörighet för läkare angav vissa allmänna förutsättningar för rätten att annonsera medicinsk specialitet (jfr kapitel 2). Vid sidan av förslaget gjorde gruppen vissa uttalanden även i fråga om behörighet till överordnade läkartjänster. Bl. a. framhölls, att för cheftjänster vid sjukhus eller sjukhusavdelningar, vilkas verksamhet är att hänföra till specialitet, i vart fall inte borde gälla lägre kompetenskrav än specialistkraven.

Klinikutredningen föreslog i betänkandet "De statliga undervisningssjukhusen" (SOU 1966:37), att specialistkompetens skulle fordras för behörighet till samtliga tjänster som överläkare och biträdande överläkare vid undervisningskliniker.

SLUS förordade, att läkare för rätt att annonsera allmän praktik skulle genomgå en treårig utbildning. Denna utbildning ansågs även väl lämpad för tjänsteläkarna. Utredningen föreslog därför att den uppställdes som kompetenskrav för befattning som provinsialläkare, biträdande provinsialläkare och stadsdistriktläkare.

Vad gäller kompetenskraven för befattning som överläkare och biträdande överläkare vid sjukhus, vilkas verksamhet är hänförlig till specialitet, ansåg SLUS i likhet med tidigare refererade utredningar, att överensstämmelse borde råda mellan dessa krav och specialistkraven. SLUS föreslog, att föreskrifter meddelades om att för behörighet till befattning som överläkare och biträdande överläkare vid sjukhus skulle krävas specialistkompetens.

I *ämbetsverkens skrivelse* till Kungl. Maj:t i februari 1968 med anledning av SLUS förslag framhöll socialstyrelsen, att de gällande behörighetsbestämmelserna för läkare i öppen vård var djupt otillfredsställande. Den föreslagna treåriga allmänpraktikerutbildningen borde därför uppställas som kompetenskrav för tjänsteläkare. Socialstyrelsen fann det emellertid inte möjligt att omedelbart genomföra en sådan höjning av kompetensvillkoren. Rekryteringen av läkare till den öppna vården skulle därigenom kunna försvåras ytterligare. Detta måste undvikas, menade styrelsen, eftersom bristsituationen inom denna vårdgren var mycket allvarlig. Socialstyrelsen sade sig avse att senare återkomma med förslag till tidpunkt för införande av den ifrågasatta höjningen av behörighetsvillkoren för provinsialläkartjänster m. m. Tills vidare borde genomgången allmäntjänstgöring enligt den nya studieordningen utgöra kompetenskrav för befattning som provinsialläkare, biträdande provinsialläkare och stadsdistriktläkare.

Styrelsen anslöt sig i princip till SLUS uppfattning, att specialistkompetens skulle utgöra krav för behörighet till befattningar som överläkare och biträdande överläkare. Särskilda kompetenskrav härutöver kunde dock bli nödvändiga för vissa överläkartjänster, bl. a. inom enheter med mycket kvalificerade vårduppgifter. Sådana krav kunde vidare behöva uppställas för befattningar som representerar antingen ett vidare eller mer begränsat fält än den berörda huvudspecialiteten. Det senare gällde vanligtvis nya s. k. subspecialiteter under utveckling. Styrelsen ville emellertid inte omedelbart ta

ställning i frågan utan avsåg att senare återkomma med preciserade förslag.

I *proposition 1969:35* uttalade departementschefen, att det fanns anledning att höja kompetenskraven för olika slag av läkartjänster. Utbildningskravet borde t. ex. inte vara lägre för specialister, som har verksamheten förlagd till sjukhus eller samhällets öppna vård, än för specialister inom privat öppen vård utanför sjukhusen. Allmänpraktikerutbildning borde också snarast bli ett krav för behörighet till provinsialläkartjänster och motsvarande. Förslag om införande av särskilda kompetenskrav för allmänpraktiker skulle läggas fram för riksdagen i annat sammanhang.

Under riksdagsbehandlingen av propositionen uttalade statsutskottet med anledning av en motion i ärendet, att det vara angeläget att nya bestämmelser i fråga om behörighet till provinsialläkartjänster snarast utfärdades (jfr kapitel 2.3.2).

6.4 *Utredningens överväganden och förslag*

6.4.1 Behörighet som läkare

6.4.1.1 Allmänna synpunkter

Såsom framgått av redovisningen under kapitel 6.2.2 har regleringen av behörigheten att utöva läkaryrket i huvudsak två syften.

För det första har det ansetts ligga i det allmännas intresse att klart avgränsa den erkända läkarverksamheten gentemot kvacksalveri och annan icke auktoriserad yrkesutövning inom hälso- och sjukvården. Därför har särskilda regler om behörighet att utöva läkaryrket lämnats i en lag – behörighetslagen. Bestämmelser om förbud i vissa fall mot utövning av verksamhet på hälso- och sjukvårdens område har upptagits i en annan lag – kvacksalverilagen. För att manifestera skillnaden mellan den auktoriserade yrkesutövningen och annan hälso- och sjukvårdande verksamhet har läkarna utrustats med ett särskilt behörighetsbevis, legitimation. Denna har sålunda karaktären av ett offentligt kompetensbevis och en garanti gentemot all-

mänheten om att vederbörande förvärvat erforderliga kunskaper och färdigheter samt bedömts vara lämplig att utöva läkaryrket. Något läkarmonopol har inte föreskrivits. Redan 1915 års lag förbehöll dock uttrycksättet "behörighet att utöva läkarkonsten" för den som i särskild ordning erhållit sådan behörighet. 1960 års behörighetslag tar sikte endast på de efter erkända linjer utbildade läkarna. Den år 1915 fastställda formen för den permanenta och oinskränkta behörigheten, legitimationen, har bibehållits.

Det andra syftet med regleringen av läkarbehörigheten har av tradition varit, att samhället härigenom ges vissa möjligheter att kontrollera den erkända läkarverksamheten och i vissa fall beröva läkaren rätten att utöva yrket. Mot denna bakgrund framträder auktorisationen främst som ett medel att skydda de allmänna intressen som bär upp auktorisationsinstitutet. I alla sammanhang, då en offentlig reglering av läkarbehörigheten diskuterats, har auktorisationsförfarandets betydelse i detta avseende betonats. Så skedde som framgått även under förarbetet till 1969 års reform av läkarutbildningen. Behörighetslagen upptar endast regler om återkallande av behörighet såvitt gäller legitimationen, dvs. formen för den permanenta och oinskränkta behörigheten. Deslegitimeringen medför förlust av rätten att överhuvudtaget vara verksam som läkare. En deslegitimerad läkare kan således inte förskriva receptbelagda mediciner eller utfärda läkarintyg. Vederbörande kan givetvis heller inte förordnas på läkartjänst eller erhålla begränsad behörighet.

Bestämmelserna om rätt att annonsera specialitet liksom om behörighet för vissa läkartjänster (jfr kapitel 6.3) har till skillnad från bestämmelserna om legitimationen endast anknytning till vederbörande läkares mått av kunskaper och skicklighet inom ett visst medicinskt verksamhetsområde. Behörighetslagen utgör med andra ord den grund, på vilken övriga behörighetsbestämmelser bygger.

De synpunkter som framfördes i behörighetsfrågan under den debatt som följde på

SLUS förslag i fråga om läkarbehörigheten kan i stort indelas i två grupper. I vissa fall stannade man för att genom legitimation vid fullgjord grundutbildning skapa en grundläggande behörighet, som skulle medföra generell rätt att utöva läkaryrket. På denna grund skulle sedan byggas särskilda behörighetsbestämmelser för olika slag av läkartjänster. I andra fall prövades möjligheten att lämna läkaren endast en begränsad behörighet vid genomgången grundutbildning och först efter en viss ytterligare utbildning ge legitimation som medför oinskränkt behörighet att utöva yrket. Samtliga instanser som yttrade sig i frågan var ense om att ett legitimationsbegrepp med nuvarande vidsträckta innebörd knappast kunde bibehållas i anslutning till avlagd grundexamen. Om den nuvarande legitimationsordningen skulle bestå, vilket ingen ifrågasatte, hade man sålunda att välja mellan att antingen ändra legitimationens innebörd eller att förlägga legitimationen tidigast vid fullgjord allmäntjänstgöring.

Enligt utredningens mening måste behörigheten att verka som läkare regleras redan från den tidpunkt då läkaren tidigast kan vara yrkesverksam, dvs. i omedelbar anslutning till läkarexamen. Vägande argument härför framfördes redan under remissbehandlingen av SLUS betänkande. Att bibehålla en legitimation med nuvarande innebörd och förlägga denna först vid fullgjord allmäntjänstgöring skulle för övrigt kunna leda till uppfattningen att läkare under allmäntjänstgöring inte verkar under fullt professionellt ansvar. Detta skulle strida mot de allmänna målsättningarna för denna tjänstgöring. Att vid fullgjord allmäntjänstgöring meddela legitimation, som medför oinskränkt och permanent läkarbehörighet, strider vidare mot de krav på fortsatt vidareutbildning som enligt utredningen bör uppställas för rätt att självständigt utöva läkaryrket (se vidare kapitel 6.4.2).

Om man stannar för att reglera den grundläggande behörigheten att utöva läkaryrket redan i anslutning till läkarexamen – vilket utredningen sålunda förordar – måste den

nuvarande innebörden av läkarlegitimationen ändras. Därmed aktualiseras också en mera ingående granskning av behörighetsfrågan än den som ägde rum i samband med förarbetet till 1969 års reform av läkarnas grundutbildning och vidareutbildning. Förutsättningarna för ett ställningstagande i frågan har vidare ändrats bl. a. genom allmäntjänstgöringens slutliga utformning samt ändringen av medicine licentiatexamen till läkarexamen. I utredningens direktiv förutsätts i övrigt att behörighetsfrågorna görs till föremål för en allsidig prövning.

Mot bakgrund av vad som anförts ovan redovisas i det följande utredningens förslag i fråga om formerna för att reglera behörigheten att utöva läkaryrket samt i samband därmed innebörden av den behörighet som läkarexamen enligt utredningens förslag bör leda till.

6.4.1.2 Formerna för behörighetsreglering

De grunder som nu gäller återkallande av legitimation har återgetts i kapitel 6.2.1. Som framgår härav kan socialstyrelsen genom medicinalväsendets ansvarsnämnd ingripa mot läkaren genom disciplinär bestraffning i händelse av fel eller försummelse i yrkesutövningen. Ansvarsnämnden kan alltefter omständigheterna tilldela en läkare varning eller erinra honom om skyldigheten att iaktta gällande föreskrifter och att handla i överensstämmelse med vetenskap och beprövad läkarerfarenhet.

I svårare fall kan ansvarsnämnden beröva läkaren legitimationen. Vad gäller omfattningen av nämndens verksamhet kan nämnas att 360 ärenden rörande läkare behandlades under år 1969. Åtgärder mot läkare vidtogs i 47 fall. I 6 fall fräntogs läkare legitimationen. Under 1970 behandlades 386 ärenden angående läkare. Åtgärder vidtogs i 66 fall, varav 10 ärenden överlämnades till åklagarmyndighet. I 23 fall utdelades varning och i 32 fall erinran. En läkare deslegitimerades.

Den möjlighet som legitimationsordningen ger samhället att kontrollera läkarverksam-

heten och i vissa fall genom deslegitimering ta ifrån läkaren rätten att utöva yrket måste enligt utredningens mening finnas även i fortsättningen. För detta ändamål behövs dock inget särskilt auktorisationsförfarande. I stället för att återkalla legitimationen kan man dra in den behörighet som tillkommer läkaren. Begreppet legitimation är sålunda på intet sätt behövt för att samhället skall kunna utöva kontroll över läkarna och deras yrkesverksamhet.

Vad gäller legitimationens betydelse som kompetensbevis för läkaren gentemot allmänheten kan följande anföras. Som visats av redovisningen av den debatt som i tidigare sammanhang förts om läkarverksamheten har gränsdragningen mellan läkarnas yrkesområde och området för lekmännens rätt att utöva verksamhet på hälso- och sjukvårdens område successivt skärpts. Utrymmet för lekmäns rätt att verka inom hälso- och sjukvården har också undan för undan inskränkts. I behörighetslagen regleras numera endast läkarnas yrkesverksamhet. Lagen anger objektet för verksamheten som läkaryrket och utgår sålunda från att någon annan än den i erkända former utbildade läkaren inte kan utöva yrket och därför heller inte berörs av lagen.

Begreppet "legitimerad" för läkare och vissa andra befattningshavare inom medicinalväsendet har fått hävd som bevis för att vederbörande har den utbildning för sin uppgift som samhället anser erforderlig för att utöva yrket i fråga. Såväl för allmänheten som för myndigheter har det varit av värde att på detta sätt kunna skilja den kvalificerade yrkesutövaren från andra som använder samma yrkesbeteckning men saknar en av samhället erkänd utbildning. Vad angår läkare är emellertid läget numera ett annat än tidigare. Förutom att gränsen rent allmänt skärpts mellan den erkända läkarverksamheten och lekmännens verksamhet inom hälso- och sjukvården har läkartiteln nämligen blivit lagligen skyddad genom bestämmelsen i 6 § kvacksalverilagen, som anger att ingen får kalla sig läkare utan att vara behörig att utöva läkaryrket. Av denna anled-

ning måste legitimationsinstitutet anses ha spelat ut sin roll ifråga om läkarna.

Det bör i sammanhanget erinras om att övriga yrkesgrupper inom medicinalväsendet, för vilka utfärdas legitimation, inte har sina yrkesbeteckningar lagligen skyddade. Läget beträffande dessa är därför inte helt jämförbart med det som råder ifråga om läkarkåren.

Vid sidan av de ovannämnda faktorerna vill utredningen slutligen fästa uppmärksamheten på utbildningens roll som grund för behörigheten att utöva läkaryrket.

För närvarande förutsätts medicine licentiatexamen omfatta en prövning av vederbörandes kunskaper, däremot inte av den allmänna lämpligheten för läkaryrket. En sådan skall i stället ske i socialstyrelsen i samband med att läkarlegitimationen utfärdas. Denna ordning — med krav på ett särskilt auktorisationsförfarande för att kompetensförklara en yrkesgrupp — speglar enligt utredningens uppfattning en otidsenlig syn på utbildningen. Principiellt sett bör denna vara utformad så att den tillgodoser kraven för behörighet att vara verksam på det yrkesområde som avses. Den medicinska utbildningen i vårt land uppfyller också dessa anspråk. Den är offentligt reglerad, enhetlig för alla studerande på området och internationellt sett av hög kvalitet. För utländska läkare som önskar verka inom yrket här i landet har särskilda bestämmelser utfärdats om kompletterande utbildning m. m., som garanterar att vederbörande uppfyller de svenska utbildningskraven.

Fullgjord grundutbildning utgör sålunda enligt utredningens uppfattning en tillräcklig generell garanti för att kraven för behörighet som läkare blir tillgodosedda. Något behov av en särskild kompetensförklaring utöver beviset om avlagd läkarexamen finns inte. Den praxis som utbildats vid socialstyrelsens handläggning av legitimationsärenden utgör också ett stöd för denna uppfattning. Styrelsens kontroll i samband med utfärdandet av legitimation är nämligen av huvudsakligen formell natur. En mera ingående prövning av de sökandes lämplighet för läkaryrket sker endast i undantagsfall, då det kommit till

styrelsens kännedom, att sådana omständigheter som bör föranleda deslegitimation kan tänkas föreligga. I realiteten har utbildningen alltså redan ansetts utgöra en kompetenskontroll, som normalt tillgodoser samhällets behov av en måttstock på vederbörandets kvalifikationer för yrket. De sällsynta fall, som påkallar eventuell uteslutning från rätten att vara verksam som läkare, bör för övrigt kunna uppmärksammas oavsett om ett legitimationsförfarande tillämpas eller inte.

Med hänvisning till vad som ovan anförts vill utredningen förorda, att legitimationsordningen för läkare avskaffas och att begreppet legitimation sålunda utgår ur lagstiftningen. Genomgången grundutbildning föreslås i stället utgöra den faktiska behörighetsgrunden. Så snart någon avlagt svensk läkarexamen eller på annat sätt förvärvat en utbildning som av socialstyrelsen bedöms ha motsvarande värde, skall vederbörande automatiskt anses behörig som läkare och därmed ställas under socialstyrelsens tillsyn. Styrelsens kontrollfunktion inträder alltså i och med att vederbörande avlagt läkarexamen eller på motsvarande sätt förvärvat behörigheten.

Utredningens förslag enligt ovan jämte vissa ytterligare förslag som presenteras i det följande leder till genomgripande ändringar av behörighetslagstiftningen. En ny behörighetslag föreslås därför bli utformad.

6.4.1.3 Den framtida kontrollfunktionen

Den nödvändiga kontrollen av läkarverksamheten bör i fortsättningen garanteras genom en enkel registrering i socialstyrelsen av alla behöriga läkare. Till skillnad från legitimationsinstitutet skall registreringen emellertid inte utgör förutsättning för behörighet som läkare. Den skall sålunda inte ha någon rättslig betydelse utan får betraktas som en ren ordningsåtgärd och ett administrativt hjälpmedel för socialstyrelsens kontroll över läkarverksamheten.

Läkarna bör tas in i registret så snart läkarexamen avlagts eller motsvarande utbildning förvärvats. Någon ansökan från den

enskilde läkaren erfordras inte. Inte heller behöver socialstyrelsen utfärda något intyg eller dylikt i samband med registreringen. För den händelse en läkare visar sig ha behov av att, utöver bevis om avlagd läkarexamen, uppvisa ett särskilt behörighetsbevis, får det ankomma på socialstyrelsen att på begäran härom utfärda ett registerutdrag. Behov härav kan exempelvis föreligga, om en läkare avser att söka en befattning utomlands. Någon rättslig betydelse avses dock inte en sådan handling ha.

Något skäl att författningsmässigt reglera formerna för registreringen finns inte. Socialstyrelsen bör i egenskap av central tillsynsmyndighet ges fria händer att utforma ett registreringsförfarande som tillgodoser kontrollbehovet och gör det möjligt för myndigheter och andra att få erforderlig information om yrkeskåren. Praktiskt skulle förfarandet vid registreringen av läkare kunna bli följande. Uppgift om avlagda läkarexamina meddelas till socialstyrelsen direkt från varje undervisningsanstalt, varvid den examinerade förs in i styrelsens läkarregister med anteckning om eventuell inskränkning i behörigheten. Läkare med utländsk medicinsk examen, som avser att tjänstgöra i Sverige, bör tas in i registret sedan vederbörande gått igenom den kompletterande utbildning som utgör förutsättning för att vinna behörighet som läkare här i landet. Då denna verksamhet handhas av socialstyrelsens nämnd för utländsk medicinalpersonal, bör ett enkelt rapporteringsförfarande från nämnden kunna tjäna som underlag för registreringen. Utredningen förutsätter också att registreringen får en sådan utformning att aktuell information om läkarkåren fortlöpande kan tillhandahållas apoteken, sjukvårdshuvudmännen och andra berörda.

Mot bakgrund av det anförda vill utredningen föreslå, att socialstyrelsen ges i uppdrag av Kungl. Maj:t att i samråd med berörda myndigheter utfärda anvisningar om registrering av läkare.

6.4.1.4 Behörighetens innebörd m. m.

När läkaren enligt dagens system legitimeras, erhåller han samtidigt permanent och oinskränkt behörighet att utöva läkaryrket. Han kan sålunda annonsera privat praktik eller eljest utöva läkaryrket i självständig ställning utanför den offentligt reglerade hälso- och sjukvården. För flertalet andra tjänster än underläkartjänster i offentlig sjukvård gäller däremot särskilda behörighetsvillkor.

Utredningen har i det föregående förslagit att avlagd läkarexamen skall ge behörighet som läkare. Denna behörighet kan emellertid inte ges samma vidsträckta innebörd som nu följer av läkarlegitimationen. Permanent och oinskränkt behörighet i den mening legitimationen nu ger bör enligt utredningens uppfattning tilldelas läkaren först sedan vederbörande fullgjort sin vidareutbildning som läkare — dvs. allmäntjänstgöring och forsatt vidareutbildning. Som framgår av kapitel 6.4.2 blir innebörden av den behörighet läkaren erhåller vid tidpunkten för fullgjord vidareutbildning t. o. m. mera vidsträckt än den behörighet som enligt nu gällande ordning följer av legitimationen. Fullgjord vidareutbildning förutsätts nämligen medföra inte bara generell rätt att självständigt utöva läkaryrket i privat verksamhet utan även behörighet för överordnade tjänster i offentlig sjukvård inom det medicinska verksamhetsområdet vidareutbildningen närmast avsett.

Beträffande innebörden av den grundläggande behörighet som läkarexamen enligt förslaget skall leda till vill utredningen anföra följande.

Redan genom avlagd läkarexamen underkastas läkaren de bestämmelser rörande yrkesutövningen som ges i lagen om behörighet som läkare, tillämpningskungörelsen till denna lag, läkarinstruktionen och övriga författningar som reglerar läkarverksamheten. Han har vidare att rätta sig efter de särskilda bestämmelser som gäller för utövande av yrket i viss befattning eller i självständig verksamhet. På samma sätt som socialstyrelsen idag kan deslegitimera en läkare, när omständigheter föreligger som gör läkaren

olämplig att utöva läkaryrket, skall styrelsen även i fortsättningen kunna beröva läkaren behörigheten. Denna möjlighet skall gälla omedelbart från den tidpunkt då vederbörande avlägger läkarexamen.

Även om den med läkarexamen förenade behörigheten skall ha en mera inskränkt innebörd än den behörighet legitimationen nu ger, bör behörigheten inte knytas endast till innehav av tjänst i offentlig sjukvård. En sådan avgränsning skulle leda till att den som avlagt läkarexamen inte var att anse som läkare annat än i tjänsten. Utredningen anser alltså, att läkaren bör få vissa möjligheter att verka utanför tjänsten även innan han fullgjort sin vidareutbildning. Hans verksamhet härvidlag bör emellertid klart avgränsas. Den får i alla händelser inte ta sig sådana uttryck att läkaren kan anses utöva privat yrkesverksamhet som läkare — för vilket ju krävs fullgjord vidareutbildning. Han skall sålunda inte ha rätt att öppna privat patientmottagning eller eljest yrkesmässigt tillhandagå allmänheten med läkarvård utanför offentligt reglerad tjänsteutövning.

Verksamheten utanför sådan tjänstgöring måste istället bli av mera tillfällig karaktär och huvudsakligen avse förskrivning av läkemedel och utfärdande av sådana intyg som inte författningen enligt kräver särskild tjänsteställning eller behörighet. Läkaren skall också kunna ge första läkarhjälp i katastrofsituationer. Han handlar därvid under fullt professionellt ansvar och är underkastad läkarinstruktionen allmänna förhållningsregler. Det får ankomma på socialstyrelsen att i förekommande fall ingripa mot läkare som härvidlag överskrider sina befogenheter. Den läkare, som i strid mot bestämmelserna utövar yrkesverksamhet kan bli föremål för åtgärd från medicinalväsendets ansvarsnämnds sida. Det får förutsättas att apoteken kommer att kunna utöva kontroll i fråga om receptförskrivning.

Den av utredningen föreslagna ordningen innebär, att den behörighet som läkarexamen medför i realiteten blir av relativt begränsad betydelse, om den ses utan samband

med den yrkesutövning som läkaren genom innehav av tjänst ägnar sig åt. Läkarexamen får sin betydelse främst därigenom att den *dels* utgör förutsättning för tillträde till allmäntjänstgöring på underläkartjänst och *dels* ger socialstyrelsen möjlighet att ingripa mot den läkare som bedöms olämplig att utöva yrket, oavsett på vilken kompetensnivå eller i vilken tjänsteställning vederbörande befinner sig.

De ovan framförda förslagen beträffande regleringen av läkarbehörigheten föranleder ändring av flera författningar där beteckningen legitimerad läkare nu används. Om utredningens förslag i behörighetsfrågan antas, bör det därför ske en generell översyn av de författningsrum varom här är fråga.

I sammanhanget bör slutligen nämnas att det under senare år diskuterats huruvida behörigheten som nu bör vara permanent eller eventuellt begränsas till tiden. Man har sålunda ifrågasatt, om inte läkare som nått en viss ålder borde underkastas en förnyad kompetensprövning för rätten att utöva yrket. En sådan begränsning av behörigheten diskuterades bl. a. vid det tredje nordiska medicinaldirektörmötet i Århus 1970. Enighet rådde härvid om att de risker som är förbundna med äldre läkares rätt att bl. a. förskriva läkemedel borde uppmärksammas.

Det bör framhållas att utgångsläget för svensk del är ett annat än i t. ex Danmark och Norge i detta hänseende. I Sverige kan som ovan redovisats läkaren berövas sin behörighet eller få denna inskränkt genom beslut i administrativ ordning av medicinalväsendets ansvarsnämnd enligt bestämmelser i behörighetslagen och andra författningar. Någon motsvarande möjlighet finns däremot inte i Danmark och Norge, eftersom ett behörighetsberövande där förutsätter en prövning vid allmän domstol. För svenskt vidkommande torde därför någon generell författningsåtgärd inte erfordras för att komma till rätta med de missförhållanden som därvid kan vara aktuella.

6.4.2 Behörighet till olika läkartjänster

6.4.2.1 Allmänna synpunkter

Utredningen har i det föregående behandlat de grundläggande bestämmelserna rörande behörighet att utöva läkaryrket. Dessa gäller för utövande av läkaryrket på alla nivåer. Ett nödvändigt komplement till de förordade bestämmelserna om läkarbehörighet utgör den särskilda regleringen av kompetensvillkoren för olika läkartjänster. Det fordras också bestämmelser som motsvarar de nu gällande så vitt avser läkares rätt att för allmänheten tillkännage, att han förvärvat särskild skicklighet inom visst eller vissa områden av läkarverksamheten.

I den nu gällande behörighetskungörelsen uppställs vissa behörighetsvillkor, med vilka avses de minimikrav som skall vara uppfyllda för att en läkare skall kunna förklaras kompetent att inneha viss läkartjänst (jfr kapitel 6.3). Förutom dessa minimikrav har i sjukvårdslagen angetts vissa befodringsgrunder, som avser de kvaliteter vilkas grad av förekomst skall utgöra grund för att bedöma och gradera behöriga sökande till en viss tjänst. På grundval av dessa kvalitetskriterier och behörighetsbestämmelser har vissa meritvärderingsnormer utvecklats till ledning vid upprättande av förslag till vissa läkartjänster (jfr kapitel 8).

Som redovisats ovan avser den nu gällande behörighetskungörelsen uteslutande tjänster förenade med självständigt medicinskt ansvar. För behörighet till underordnade tjänster krävs endast legitimation som läkare.

6.4.2.2 Behörighetsvillkor för underläkartjänster

De framtida behörighetsvillkoren för underordnade tjänster som är avsedda för läkare under vidareutbildning, bör enligt utredningens mening naturligen bygga på det fastslagna systemet för vidareutbildning av läkare. Villkor för innehav av underläkartjänst bör sålunda vara att vederbörande avlagt läkarexamen och är behörig att utöva läkaryrket. Allmäntjänstgöringen skall enligt redan

nu gällande bestämmelser i specialistikungörelsen ha fullgjorts, innan den fortsatta vidareutbildningen påbörjas.

Innan vidareutbildningen fullgjorts, kan läkaren i princip endast verka i underordnad ställning i reglerade funktioner på hälso- och sjukvårdens område, i första hand som underläkare i offentlig sjukvård. En läkare under vidareutbildning kan dock givetvis förordnas att tillfälligt vikariera på högre tjänst. Förutom på läkartjänst i den offentliga sjukvården avses tjänstgöring i underordnad ställning kunna fullgöras inom vissa andra vårdformer, t. ex. företagshälsovården. En förutsättning är dock att tjänstgöringen, även om den inte är anordnad under offentligt huvudmannaskap, är offentligt reglerad och sker under ledning av den överordnade läkare, som ytterst ansvarar för verksamheten.

6.4.2.3 Behörighetsvillkor för överläkar- och avdelningsläkartjänster

Ifråga om överordnade tjänster vid sjukhus liksom för självständiga läkarbefattningar i öppen vård har de gällande behörighetsvillkoren sedan länge ansetts föråldrade. Som framgått av kapitel 6.3.2 har diskussionen i dessa frågor visat stor enighet om att kompetenskraven bör höjas. I synnerhet har de nuvarande låga behörighetskraven för tjänsteläkarbefattningar ansetts djupt otillfredsställande mot bakgrund av tjänsteläkarnas viktiga uppgifter. En höjning av behörighetskraven har också eftersträvat för att i positiv riktning påverka värderingen av tjänsteläkarnas verksamhet och förbättra rekryteringen till dessa tjänster. Behörighetskraven för läkartjänster i öppen vård har nyligen behandlats av utredningen rörande den öppna vårdens organisation m. m. (jfr kapitel 3.3.3).

Utredningen vill för sin del principiellt ansluta sig till de i debatten framförda yrkandena på överensstämmelse mellan specialistkraven och behörighetsvillkoren för mera fasta läkartjänster i offentlig sjukvård. Enhetliga krav bör sålunda ställas upp för å ena sidan behörighet till offentlig befattning som läkare med fullgjord vidareutbildning och å

andra sidan rätt att tjänstgöra inom olika medicinska verksamhetsområden utanför den offentligt reglerade hälso- och sjukvården samt att för allmänheten tillkännage särskild kunnsighet inom visst medicinskt verksamhetsområde. Ett samband av detta slag är numera också mera naturligt än tidigare, sedan överläkartjänsterna knutits till visst medicinskt verksamhetsområde, inte som tidigare viss klinik eller avdelning.

När läkaren genomgått den fastställda vidareutbildningen skall han enligt utredningens mening äga rätt att utöva läkaryrket i självständig ställning (jfr ovan kapitel 6.4.1 samt 2 § utredningens förslag till lag om behörighet som läkare). Vid fullgjord vidareutbildning får läkaren sålunda rätt att tjänstgöra inom enskild sjukvårdsverksamhet och bedriva privat praktik samt att därvid även för allmänheten tillkännage särskild kunnsighet på det område inom vilket vederbörande vidareutbildats. Det bör understrykas, att fullgjord vidareutbildning i princip avses ge läkaren rätt att fritt arbeta inom hela området för läkarens yrkesverksamhet. Samtidigt ligger det i sakens natur, att valet av verksamhetsområde i hög grad blir beroende av den vidareutbildningslinje vederbörande genomgått. Genom den i 3 § allmänna läkarinstruktionen stadgade skyldigheten för läkaren att utöva sitt yrke i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet begränsas i praktiken läkarens arbetsområde till att omfatta i första hand den sektor, inom vilken han vunnit speciella kunskaper.

Ifråga om behörighet till tjänster för läkare med fullgjord vidareutbildning förordar utredningen, att följande huvudregel skall gälla: Behörig till statlig eller kommunal tjänst som överläkare eller avdelningsläkare (motsvarande) är den som genomgått fastställd vidareutbildning inom det medicinska verksamhetsområde tjänsten i fråga avser. Som närmare redovisas nedan anser utredningen att socialstyrelsen härtill i undantagsfall bör kunna fastställa särskilda behörighetsvillkor för viss tjänst. Eftersom den behörighet läkaren får vid fullgjord vidareutbildning är generell finns givetvis inget for-

medt hinder för läkaren att t. ex. såsom vikarie upprätthålla läkartjänst inom annat medicinskt verksamhetsområde än vederbörandes vidareutbildning avser.

6.4.2.4 Specialitet – medicinskt verksamhetsområde

Genom 1969 års reform av läkarutbildningen har bestämmelser tillkommit om utbildning för allmän praktik (Kungl. brev den 29 maj 1969). I princip har utbildningskraven för allmänpraktiker och specialister härigenom gjorts likvärdiga. Fortfarande råder dock en viss skillnad i fråga om utbildningstidens längd. Det bör dock understrykas, att skillnaden mellan utbildningskraven för allmän praktik och vissa specialiteter redan nu är mindre än motsvarande skillnad mellan olika specialiteter inbördes. I framtiden kan skillnaderna mellan utbildningen för allmän praktik och specialutbildningen komma att ytterligare utjämnas. Det ankommer inte på denna utredning att föreslå någon ändring i utbildningskraven för allmän praktik. Utredningen förutsätter sålunda att nu fastställda utbildningskrav tills vidare skall gälla som behörighetsgrund för tjänster avsedda för läkare med fullgjord vidareutbildning på området i fråga. Detsamma bör gälla för rätt att annonsera allmän praktik som privatläkare.

Om kraven för behörighet som specialist och allmänpraktiker skall vara likvärdiga, bör dessa också helst regleras i samma kungörelse. Allmän praktik bör sålunda ingå i förteckningen över specialiteter. Samtidigt är det språkligt sett ologiskt att beteckna allmän praktik som en specialitet. Utredningen föreslår därför att begreppen "specialitet" och "specialist" utgår ur lagstiftningen. Begreppen bör i stället ersättas av "medicinskt verksamhetsområde" respektive "läkare inom visst medicinskt verksamhetsområde". Denna ändring hindrar givetvis inte att man i andra sammanhang fortfarande kan använda begreppen "specialitet" och "specialist" för att ange särskild kunnighet på visst medicinskt verksamhetsområde.

Genom den föreslagna ändringen marke-

ras, att kraven för allmän praktik är likvärdiga med gällande krav för andra medicinska verksamhetsområden. Ändringen har dock även en mera principiell innebörd i det att vidareutbildningen klart anknyts till kraven för rätt att självständigt utöva läkaryrket, dvs. för tjänster som överläkare och avdelningsläkare, för rätt att driva privat praktik eller eljest yrkesmässigt utöva läkaryrket i självständig ställning. Vidareutbildningen får m. a. o. i första hand ses som ett sjukvårdspolitiskt instrument för att tillgodose tillgången på läkare i överensstämmelse med det förväntade sjukvårdsbehovet.

Som utredningen antytt i ett tidigare sammanhang bör uppgifter om fullgjord vidareutbildning ingå i socialstyrelsens register över läkarna. Något särskilt bevis om den vunna behörigheten – utöver det bevis om fullgjord vidareutbildning som utfärdas av nämnden för läkares vidareutbildning – behöver emellertid inte utfärdas. Behovet av ett särskilt bevis om behörigheten att självständigt verka som läkare för exempelvis den som driver privat patientmottagning eller arbetar i enskild tjänst kan avvisas på i princip samma grund som utredningen i det föregående gjort beträffande behovet av legitimation som bevis om behörighet att utöva läkaryrket (jfr kapitel 6.4.1).

6.4.2.5 Särskilda behörighetsvillkor för vissa läkartjänster

Utöver den överensstämmelse mellan kraven på fullgjord vidareutbildning och för behörighet att utöva läkaryrket i självständig ställning, som utredningen ovan förordat, kan det i undantagsfall finnas behov av att uppställa särskilda villkor för behörighet till viss tjänst. Särskilda behörighetsvillkor erfordras i första hand för tjänster som inte är knutna till ett bestämt medicinskt verksamhetsområde enligt tillämpningskungörelsen till behörighetslagen. I ämbetsverkens skrivelse med anledning av SLUS förslag framhöll socialstyrelsen bl. a. att detta kunde bli nödvändigt även i fråga om vissa överläkartjänster t. ex. inom enheter med mycket

kvalificerade vårduppgifter. Särskilda krav kunde vidare behövas när det gäller verksamheter, som representerar antingen ett vidare eller mera begränsat fält av den huvudspecialitet som berörs.

Utredningen anser sig inte nu böra lägga fram några detaljerade förslag om behörighetskrav för tjänster av det ovan angivna slaget. Närmare bestämmelser härom får utformas av socialstyrelsen, vid behov efter samråd med andra berörda myndigheter. Det bör dock understrykas att bestämmelser av detta slag generellt sett bör utfärdas med stor restriktivitet och främst avse tjänster som inte är knutna till visst medicinskt verksamhetsområde enligt tillämpningskungörelsen. Det bör vidare förutsättas, att kraven för tjänster med särskilda behörighetsvillkor i stort skall anpassas till vad som gäller för vidareutbildningen i övrigt.

Ett av de områden, för vilka en specialreglering redan nu är aktuell är *företagshälsovården*. Som framgått av kapitel 6.3 har departementschefen i prop. 1971:21 förutsatt att behörighetsvillkoren för de läkare inom den offentliga sjukvården, som kommer att ha uppgifter inom företagshälsovården, skall prövas i samband med denna utredning.

Arbetsuppgifterna i företagshälsovården bör i första hand vara att förebygga yrkesskador, förbättra det allmänna hälsotillståndet hos de anställda och härigenom bidra till arbetstillfredsställelse, trygghet och arbets effektivitet. Hälsovården skall alltså prioriteras framför sjukvården. Även de mentalygieniska synpunkterna avses komma att tillmätas särskild vikt. Vårdbehovet vid sjukdoms- och olycksfall förutsätts däremot bli tillgodosett huvudsakligen genom den specialiserade läkarservice som samhället ställer till förfogande. Företagsläkarens sjukvårdande funktioner skulle sålunda begränsas till att omfatta främst första hjälp vid olycksfall och akuta insjuknanden, behandling av mindre skador och sjukdomar med nära relation till arbetet m. m.

Mot bakgrund av de här skisserade uppgifterna – som utvecklats närmare i social-

styrelsens utredning om företagshälsovårdens läkarresurser m. m. (S 1970:4) – anser utredningen, att den nu inledda allmänpraktikerutbildningen bör utgöra en god grund för läkare som är verksamma inom företagshälsovården. Som framhölls i socialstyrelsens utredning kommer läkare med utbildning i allmän praktik att finnas vid statliga offentliga vårdcentraler och läkarstationer. Det bör sålunda finnas goda förutsättningar att organisatoriskt samordna företagshälsovården med den offentliga öppna vården. Detta skulle också innebära, att företagshälsovårdens aspekter beaktas vid utformningen av utbildningen i allmän praktik. Inget hindrar givetvis, att även läkare inom vissa andra verksamhetsområden, t. ex. allmän internmedicin eller i vissa fall också allmän psykiatri, kan fungera som företagsläkare.

För läkare, som skall ägna huvuddelen av sin tid åt företagshälsovård, bör utöver utbildning i allmän praktik eller något angränsande område krävas en kompletterande utbildning med särskilt sikte på företagsläkarens funktioner. För läkare som på heltid verkar inom företagshälsovården bör en sådan utbildning vara ett absolut krav. Genom förslag i prop. 1971:23 har också ett program för företagsläkarutbildning skapats i arbetsmedicinska institutet. Den föreslagna utbildningen omfattar ca två månaders teoretisk kurs vid arbetsmedicinska institutet och praktisk tjänstgöring under minst sex månader. Denna utbildning förutsätts delvis kunna inordnas i allmänpraktikerutbildningen. Ett nära samarbete mellan arbetsmedicinska institutet och nämnden för läkares vidareutbildning förutsätts ske för att på bästa möjliga sätt utnyttja utbildningsresurserna vid institutet.

Utredningen föreslår att socialstyrelsen ges i uppdrag att i samråd med nämnden för läkares vidareutbildning och den centrala delegationen för företagshälsovård utfärda anvisningar om behörighetskrav för läkare i företagshälsovård. Socialstyrelsen bör samtidigt bemyndigas att i samråd med delegationen träffa de överenskommelser som kan erfordras för reglering av tjänstgöring för

läkare under vidareutbildning vid inrättningar för företagshälsovård under enskilt huvudmannaskap.

Vad utredningen i det föregående anför om sambandet mellan vidareutbildningskraven och behörighetsvillkoren för mera fasta tjänster i offentlig hälso- och sjukvård liksom för rätt att överhuvudtaget verka som läkare i självständig ställning aktualiserar slutligen frågan om *ansvaret för regleringen av behörighets- och utbildningskraven*.

Prövningen av frågor sammanhängande med specialistutbildningen och kraven för specialistbehörighet ankommer nu på nämnden för läkares vidareutbildning. Enligt Kungl. Maj:ts instruktion (29.5.1969) skall nämnden sålunda uppmärksamt följa den medicinska utvecklingen och till Kungl. Maj:t avge förslag om indelning i specialiteter och krav för specialistbehörighet. I och med att vidareutbildningen som utredningen föreslagit skall utgöra grundvalen för behörighet till vissa tjänster och för rätt att självständigt verka som privatpraktiker kan det naturligtvis ifrågasättas, om det inte snarare borde ankomma på socialstyrelsen i egenskap av central tillsyns- och planeringsmyndighet för hälso- och sjukvården att bereda frågor som rör vidareutbildningens innehåll och omfattning. Utredningen är dock inte beredd förorda någon sådan ändring utan anser att prövningen av hithörande frågor alltjämt bör ankomma på nämnden. Med nämndens nuvarande konstruktion är det för övrigt väl sörjt för kontakt mellan nämnden och socialstyrelsen.

För tjänster inom nya medicinska verksamhetsfält, för vilka någon utbildningsordning inte regleras i tillämpningskungörelsen till behörighetslagen, måste socialstyrelsen fastställa särskilda behörighetskrav. Utredningen har i det föregående nämnt företagshälsovården. Ett annat område som för närvarande är föremål för särskild utredning i socialstyrelsen är rättsläkarväsendet. Med den pågående utvecklingen inom bl. a. den förebyggande hälsovården kan flera liknande områden komma att aktualiseras i framtiden. I samband med att socialstyrelsen fastställer

villkoren för behörighet till läkartjänster i funktioner av detta slag måste också en utbildningsordning fixeras. I flertalet fall blir det fråga om kompletterande krav till den utbildning som gäller för olika verksamhetsområden enligt tillämpningskungörelsen till behörighetslagen. I vissa fall får dock förutsättas en mera fristående utbildning, som i enlighet med vad tidigare anförts bör utformas i linje med en ordning som gäller för övrig vidareutbildning. Vid utformningen av vidareutbildningen för tjänster med särskilda behörighetsvillkor bör samråd ske mellan socialstyrelsen och nämnden för läkares vidareutbildning liksom andra myndigheter och organisationer, som i förekommande fall är berörda. När ett område nått sådan omfattning att det kan bli aktuellt att reglera utbildningsordningen i tillämpningskungörelsen till behörighetslagen får det i sedvanlig ordning ankomma på Kungl. Maj:t att efter förslag från nämnden för läkares vidareutbildning fastställa vilka utbildningskrav som bör gälla.

Nämnden för läkares vidareutbildning bör givetvis kunna medverka i administrationen av utbildningen på andra områden än sådana som regleras i tillämpningskungörelsen. Detta innebär att nämnden kommer att få vidgade arbetsuppgifter både i fråga om planering och organisation av vidareutbildningen för läkare allteftersom det bli aktuellt att reglera vidareutbildning för nya verksamhetsområden som inte finns upptagna i tillämpningskungörelsen till behörighetslagen. Nämndens instruktioner bör enligt utredningens uppfattning ändras i enlighet härmed.

6.4.3 Författningsändringar, övergångsbestämmelser m. m.

Utredningens förslag leder till att den nya behörighetslagen (jfr kapitel 6.4.1) också måste kompletteras med en *ny tillämpningskungörelse*.

De föreslagna tillämpningsbestämmelserna innebär två genomgripande nyheter. Behörighet för högre läkarbefattning och rätt till egen verksamhet vinnns genom alla vidareut-

bildningslinjer. Några specialiteter skall inte markeras på samma sätt som nu är fallet. Läkarens inriktning anges som "visst verksamhetsområde", detta kan sedan vara allmän praktik eller laboratorieverksamhet eller annat område, allt efter vad Kungl. Maj:t anger som särskilt avgränsat verksamhetsområde.

Den andra nyheten innebär att överensstämmelse förordas gälla för kompetens inom visst område av läkarverksamheten och för andra läkarbefattningar än underläkare. Härigenom har utredningen tillgodosett ett gammalt önskemål om att de nuvarande otidsenliga och otillräckliga behörighetsvillkoren i kungörelsen angående villkor för behörighet till vissa civila läkarbefattningar (1915:559) skall upphöra att gälla. I tillämpningskungörelsen lämnas vidare utrymme för socialstyrelsen att uppställa särskilda behörighetsvillkor för läkartjänster inom verksamhetsområden som inte överensstämmer med något av de av Kungl. Maj:t fastställda områdena i tillämpningskungörelsen.

De av utredningen framlagda förslagen till nya behörighetsregler innebär som framgått väsentliga förändringar i förhållande till nu gällande ordning. Utredningen är medveten om att det i vissa fall kan vara förenat med svårigheter att omedelbart tillämpa de nya reglerna, om dessa skulle ges exklusiv giltighet från en dag till en annan. Det torde därför vara nödvändigt att i anslutning till ifrågasvarande författningar utfärda *övergångsbestämmelser* av nedanstående innebörd.

Utredningen anser det angeläget, att de föreslagna bestämmelserna om den behörighet, som erhålls i samband med läkarexamen, så snart som möjligt kan träda i kraft. I och för sig föreligger heller inget hinder för att omgående ge dessa regler full rättslig verkan. En gemensam dag då samtliga nya bestämmelser på området träder i kraft är emellertid att föredra. Utredningen förordar därför att den i det föregående föreslagna lagen om behörighet som läkare och kungörelsen med tillämpningsbestämmelser till denna lag skall träda i kraft den 1 januari

1973 och gälla de läkare som efter denna dag avlägger läkarexamen enligt den nya studieordningen. Nämnada tidpunkt har valts med hänsyn bl. a. till att den första gruppen studerande, som följer den nya studieordningen för medicine studerande som infördes den 1 juli 1969, beräknas kunna inleda sin allmäntjänstgöring i början av år 1973.

Den som före den 1 januari 1973 legitimerats som läkare erhåller samma behörighet som nu är förenad med legitimationen. Detta bör givetvis också gälla dem som efter denna tidpunkt avlägger medicine licentiatexamen enligt den gamla studieordningen. Dessa skall i enlighet härmed alltfört bli legitimerade. Vederbörande läkare skall också t. ex. ha rätt att utan ytterligare utbildning öppna och driva praktik som läkare. Den som redan innan sistnämnda dag innehar läkartjänst bibehåller givetvis sin behörighet till denna tjänst liksom till annan tjänst av samma karaktär inom motsvarande medicinska verksamhetsområde oavsett de nya reglernas tillkomst. Inte heller bör för begränsad tid meddelat förordnande avbrytas därför att de nya reglerna blivit tillämpliga.

Läkare, som den 1 januari 1973 inte är behörig till viss läkartjänst eller att eljest i självständig ställning utöva läkaryrket och för allmänheten tillkännage särskild kunnskap inom visst medicinskt verksamhetsområde kan komplettera sin vidareutbildning, så att den bringas i nivå med de i tillämpningskungörelsen uppställda fordringarna. Nämnden för läkares vidareutbildning bör i det enskilda fallet kunna ge föreskrifter i dylika frågor.

Beträffande de föreslagna behörighetskraven för innehav av tjänst som överläkare och avdelningsläkare i offentlig sjukvård är det enligt utredningens uppfattning på samma sätt angeläget att den nya ordningen genomförs snarast möjligt. Utredningen är samtidigt införstådd med att det kan föreligga svårigheter att under den närmaste tiden efter införandet av de nya behörighetsreglerna erhålla behöriga sökande till lediga överläkar- och avdelningsläkartjänster inom vissa medicinska verksamhetsområden. Myndighet

som Kungl. Maj:t bestämmer bör i sådana fall — dvs. då sökanden vare sig är behörig enligt de nya reglerna eller innehar tjänst av samma karaktär inom motsvarande medicinska verksamhetsområde — på ansökan och under en övergångstid av förslagsvis högst tre år efter ikraftträdandet kunna lämna dispens från de fastställda behörighetskraven. Efter denna tid bör dispensgivning i enskilda fall meddelas av Kungl. Maj:t. Möjlighet att i stället förordna vikarie på tjänsten finns givetvis också. Efter utgången av nämnda period bör de som saknar erforderlig utbildning endast komma i fråga för vikariat och alltså inte kunna få ordinarie tjänst.

7.1 Inledning

Utredningen har ovan framlagt förslag till ny kategoriindelning och konstruktion av läkartjänsterna. I detta kapitel behandlas formerna för tillsättning av läkartjänster. Meritvärderingsnormer vid tjänstetillsättning behandlas i kapitel 8.

Förfarandet vid tillsättning av läkartjänster i offentlig sjukvård regleras i sjukvårdslagen och sjukvårdskungörelsen. Det bör dock noteras, att vissa läkartjänster under offentligt huvudmannaskap regleras i specialförfattningar eller faller helt vid sidan av det sjukvårdsrättsliga systemet. För tjänster vid kommunala och statliga undervisningssjukhus gäller särskilda bestämmelser (kungörelse om kommunala undervisningssjukhus och reglementen för de statliga undervisningssjukhusen). Förslag till ändring av de författningar som reglerar dessa tjänster kommer att framläggas i ett senare sammanhang (jfr kapitel 9.). Det förutsätts härvid att tillsättningsordningen skall anpassas till det i förevarande kapitel förordade förfarandet, givetvis med de avvikelser som motiveras av undervisningssjukhusens funktioner inom utbildning och forskning.

Förslagen i förevarande kapitel innebär bl. a., att tillsättningen av läkartjänster som regleras i sjukvårdslagen decentraliseras till sjukvårdshuvudmännen. Socialstyrelsens medverkan vid upprättande av förslag till besättande av överläkartjänster föreslås sålunda upphöra. Vidare förordas en revidering

av sakkunnigförfarandet m. m. i samband med tillsättning av läkartjänsterna. För överläkartjänsterna föreslås uppgiften att upprätta förslag åligga särskilda nämnder på sjukvårdsregional nivå. I anslutning till förslagen om tillsättningsförfarandet föreslås även vissa ändringar av reglerna om besvär över beslut om tillsättning av vissa läkartjänster.

7.2 Nuvarande förhållanden

I 20 § 1 mom. sjukvårdslagen och 16 § sjukvårdskungörelsen regleras förfarandet vid tillsättning av *överläkartjänster*.

Sådan tjänst ledigförklaras av sjukvårdsstyrelsen. Ansökningshandlingarna skall emellertid inges till socialstyrelsen. Som undantag från denna regel gäller, att överläkartjänst får utan kungörelseförfarande tillsättas med annan överläkare inom sjukvårdsområdet, om denne till följd av ändrad organisation blivit övertalig.

Efter ansökningstidens utgång skall socialstyrelsen på förslag uppföra de fyra med avseende på förtjänst och skicklighet främsta bland behöriga sökande. Någon inbördes gradering av dem som förs upp på förslag sker numera inte.

När förslaget har upprättats, översänds detta till vederbörande sjukvårdsstyrelse, som efter att ha hört direktionen för det aktuella sjukhuset förordnar en av de föreslagna sökandena.

Några föreskrifter om sakkunnigförfaran-

de vid tillsättning av överläkartjänster ges inte i sjukvårdslagen. Reellt sker emellertid en sakkunnigbedömning i samband med att socialstyrelsen upprättar förslag till tjänsternas besättande. Med stöd av 29 § i socialstyrelsens instruktion den 20 oktober 1967 (nr 606) anlitar nämligen styrelsen vid handläggningen av dessa ärenden regelmässigt ledamot av styrelsens vetenskapliga råd, som företräder den vetenskapsgren eller det medicinska verksamhetsområde som närmast är av betydelse för den sökta tjänsten.

Tjänster som *biträdande överläkare* tillsätts enligt följande ordning.

Tjänst ledigförklaras av sjukvårdsstyrelsen eller, efter styrelsens bemyndigande, av sjukhusdirektionen (17 § sjukvårdskungörelsen). Efter ansökningstidens utgång sker en sakkunnigbedömning med stöd av ett stadgande i sjukvårdslagen. I 20 § 2 mom. förordnas sålunda att sakkunniga, som utses i den ordning Konungen föreskriver, skall upprätta förslag till tjänstens besättande. De sakkunnigas förslag skall omfatta de tre främsta behöriga sökandena, utan någon inbördes gradering. Vid tillsättning av biträdande överläkartjänst gäller samma befordringsgrunder som ifråga om överläkartjänst.

Bestämmelser om sakkunniga återfinns i 18 § sjukvårdskungörelsen. I varje landstingskommun och i Gotlands kommun skall finnas fyra sakkunniga. För varje annan kommun som inte tillhör landstingskommun skall tre sakkunniga finnas. De sakkunniga utses för en tid av fyra år av socialstyrelsen. För var och en av de sakkunniga skall en suppleant utses.

Samtliga sakkunniga skall om möjligt vara överläkare vid sjukhus inom sjukvårdsområdet. I landstingskommun samt i Gotlands kommun skall dock en av de sakkunniga jämte dennes suppleant vara provinsialläkare från sjukvårdsområdet.

Om en sakkunnigs anställning inom sjukvårdsområdet upphör, innan hans mandatid är till ända, skall ny sakkunnig utses för återstoden av tiden.

Vid upprättande av förslag skall de sakkunniga, om ingen av dem är överläkare vid

klirik eller annan motsvarande avdelning av liknande slag som den lediga tjänsten tillhör, tillkalla överläkare vid sådan klinik eller avdelning att ingå i sakkunnigkretsen.

Den som har de flesta åren som överläkare skall vara ordförande vid sammanträde med de sakkunniga.

Sedan de sakkunniga upprättat förslag, skall sjukvårdsstyrelsen eller sjukhusdirektionen — efter hörande av den överläkare, som innehavaren av tjänsten närmast skall vara underställd, och direktionen (om inte direktionen är bemyndigad att förordna) — utvälja och förordna en av de tre föreslagna sökandena.

Under samma förutsättningar som gäller för överläkartjänster får tjänst som biträdande överläkare i undantagsfall tillsättas utan ledigkungörande.

Förfarandet vid tillsättning av tjänster som biträdande överläkare skall i tillämpliga delar gälla även vid tillsättning av *underläkartjänster*. Sedan tjänsten ledigförklarats sker sålunda en sakkunnigbedömning, upprättande av förslag och förordnande på samma sätt som nyss beskrivits för biträdande överläkartjänster (20 § 4 mom. sjukvårdslagen). Samma förfarande gäller även ifråga om *sjukstugu- och sjukhemsläkartjänster* (vid sjukhem med flera än 60 vårdplatser) samt vid tillsättning av *extra läkartjänster* (20 § 3 resp. 5 mom. sjukvårdslagen). Extra läkartjänst som avser uppgifter som ankommer på överläkare tillsätts alltid av sjukvårdsstyrelsen. I övriga fall kan tillsättningen delegeras till sjukhusdirektionen.

Skall extra läkartjänst tillsättas med någon som inte äger behörighet att utöva läkaryrket, meddelas förordnandet av socialstyrelsen eller efter styrelsens bemyndigande av sjukvårdsstyrelsen eller direktionen.

Det bör slutligen påpekas, att socialstyrelsen kan bevilja undantag från det regelmässiga förfarandet vid tillsättning av tjänster som sjukstuguläkare, sjukhemsläkare och extra läkare. I sådant fall torde i regel inte någon sakkunnigbedömning äga rum.

Tjänsteläkarorganisationen — dvs. provinssiälläkar- och stadsdistriktsläkartjänster —

faller inte inom denna utrednings uppdrag att behandla. Utredningen vill i dessa frågor hänvisa till vad som anförts av utredningen om den öppna läkarvården utanför sjukhus (jfr kapitel 3.3.3).

Reglerna om *besvär vid tillsättning* av läkartjänster återfinns i 34 § sjukvårdslagen.

Fr. o. m. den 1 januari 1971 gäller att talan mot sjukvårdsstyrelses beslut om tillsättning av *överläkartjänst* förs genom s. k. kommunalbesvär, vilket innebär att prövningen av beslutet inskränker sig till frågan huruvida ett formellt fel vidlåder detsamma eller inte (jfr 78 § 1 mom. landstingslagen den 14 maj 1954, nr 319). Någon prövning av beslutets materiella innehåll äger sålunda inte rum. Besvären anförs direkt hos Konungen och inom en tid av tre veckor efter det att beslutet tillkännagetts. Besvärshandlingarna skall inges till vederbörande länsstyrelse. Endast den som är medlem av landstingskommunen äger anföra kommunalbesvär.

I 78 § 3 mom. landstingslagen öppnas emellertid en möjlighet till prövning av beslutets lämplighet. Landstingskommun äger enligt bestämmelserna i detta lagrum inrätta en särskild besvärnämnd med uppgift att uppta eller avge besvär över sådana beslut av kommunal nämnd, vilka gäller bl. a. tillsättande av tjänstebefattning hos landstingskommun. Besvärsnämndens beslut kan i sin tur överklagas hos Konungen men prövningen är då återigen enligt ordningen för kommunalbesvär begränsad till att avse beslutets laglighet.

Även socialstyrelsens beslut om förslag till besättande av överläkartjänst kan överklagas hos Konungen. Dessa prövas däremot i hela sin vidd, s. k. förvaltningsbesvär. Enligt 18 § allmänna verksstadgan den 3 december 1965 (nr 600) förs talan mot myndighets beslut hos Konungen om inte annat är föreskrivet. Enligt lagen den 4 juni 1954 (nr 355) om besvärstid vid talan om förvaltande myndighets beslut skall besvär ha inkommit till vederbörande myndighet inom tre veckor från det klaganden fick del av beslutet.

Ifråga om förfarandet vid besvär över sjuk-

vårdsstyrelses (sjukhusdirektions) beslut om tillsättande av *andra läkartjänster* än överläkartjänster gäller att talan skall väckas hos socialstyrelsen. Besvären skall ha inkommit till styrelsen inom tre veckor (34 § 1 mom. sjukvårdslagen). Prövningen sker enligt ordningen för förvaltningsbesvär. Även de sakkunnigas förslag skall sålunda materiellt bedömas i samband med besvärspövningen. Detta innebär bl. a. att en prövning av de sökandes meriter äger rum och att tillsättningsbeslutet kan upphävas, om socialstyrelsen finner att klaganden är mer meriterad eller att något formellt fel vidlåder beslutet.

Rätten att anföra besvär är inte — som vid kommunalbesvär — beroende av tillhörighet till landstingskommun. Var och en som har ett intresse att bevaka i beslutet kan sålunda överklaga detsamma.

7.3 Tidigare diskussion

7.3.1 Allmänt

Reglerna om tillsättning av läkartjänster har under årens lopp undergått åtskilliga förändringar. Så t. ex. var i början av detta sekel och för lång tid framöver rätten att utnämna läkare samlad helt i Kungl. Maj:ts hand. Under senare tid har tillsättningsförfarandet alltmer decentraliserats. Sjukhuslagstiftningskommittén underströk i sitt betänkande med förslag till sjukhuslag m. m. (SOU 1956:27) behovet av en enkel och administrativt lätthanterlig ordning för tillsättning av läkartjänster, i vilken sjukvårdshuvudmännen skulle medverka i betydligt större utsträckning än tidigare.

Som framgår av redovisningen i avsnitt 7.2 tillsätts numera praktiskt taget alla läkartjänster i offentlig vård genom beslut av vederbörande sjukvårdsstyrelse, som även tillerkänts möjlighet att delegera tillsättningsrätten till sjukhusdirektionen — enda undantag är överläkartjänster och extraläkartjänster, vars innehavare skall ha att fullgöra på överläkare ankommande uppgifter.

7.3.2 Tillsättning av överläkartjänster

Frågan om förfarandet vid tillsättning av överläkartjänster blev senast föremål för ingående diskussioner i förarbetena till de ändringar i sjukvårdslagstiftningen som genomfördes den 1 januari 1971.

Tidigare gällde den ordningen, att Kungl. Maj:t utnämnde överläkarna efter förslag från socialstyrelsen och sedan sjukvårdsstyrelsen avgett förord för en av de föreslagna.

I sitt förslag den 29 januari 1969 (socialdepartementet, stencil 1969:1) ställde sig den särskilt tillsatte utredningsmannen kritisk till denna tillsättningsordning. Förfarandet ansågs utgöra en onödig arbetsbelastning för Kungl. Maj:t liksom för socialstyrelsen, som skulle uppföra de fyra främsta sökandena på förslag i den ordning de ansågs bära förekomma till sökt tjänst. Utredningsmannen förutsåg även, att arbetsbelastningen på socialstyrelsen skulle komma att öka, om hans förslag att flera överläkare skulle kunna finnas vid en och samma klinik genomfördes. Det påpekades, att Kungl. Maj:t f. ö. regelmässigt utnämnde den som sjukvårdsstyrelsen gett sitt förord. Utredningsmannen kunde inte heller i övrigt finna några sakliga skäl för att bibehålla Kungl. Maj:ts utnämningssätt utan föreslog, att det i framtiden skulle ankomma på sjukvårdsstyrelsen att anta överläkare.

Den föreskrivna inbördes graderingen av de fyra sökande som skulle uppföras på förslag ansågs obehövlig, eftersom huvudmännen vid avgivande av sitt förord kunde välja vem de ville bland de på förslaget uppförda och Kungl. Maj:t realiter alltid följde förordet.

Utredningsmannen hade också övervägt, om sjukvårdshuvudmännen borde ges rätt att tillsätta överläkartjänst med sökande som inte uppförts på förslag. Då behörighetsvillkoren för överläkartjänster i de flesta fall ansågs helt otillräckliga, borde denna fråga enligt utredningsmannens mening anstå till dess nya behörighetsregler utfärdats. Huvudmännens valrätt borde därför alltså vara begränsad till de fyra mest meriterade sökandena. Det påpekades vidare, att – även om

valrätten bland samtliga kompetenta sökande skulle vara helt fri – huvudmannen ändå borde ha behov av en fackmässig bedömning av sökandena då tjänst skulle tillsättas.

Förslaget att sjukvårdsstyrelsen istället för Kungl. Maj:t skulle utnämna överläkare tillstyrktes vid remissbehandlingen av utredningsmannens förslag av flertalet remissinstanser, däribland Svenska landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet. Från sjukvårdshuvudmännens sida framhölls också, att eftersom överläkarna var anställda hos landstingen det rimligen borde ankomma på dessa att såsom arbetsgivare tillsätta tjänsterna.

Utredningsmannens förslag, att sjukvårdsstyrelsens valrätt vid förordnande av överläkare skulle avse de fyra mest meriterade sökandena, godtogs utan erinran i de flesta remissyttrandena. Särskilt från huvudmannahåll framhölls dock, att huvudmännens valrätt borde utvidgas till att omfatta samtliga behöriga sökande.

Förslaget att den inbördes graderingen av de fyra främsta sökandena skulle slopas tillstyrktes av flertalet remissinstanser däribland Svenska landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet och förvaltningsutskottet i de flesta landstingskommunerna.

Departementschefen anslöt sig i proposition 1970:42 till utredningsmannens förslag. Riksdagen beslöt i enlighet med propositionens förslag (2LU 30, rskr 153).

Frågan om tillsättning av överläkare har diskuterats även sedan de nya bestämmelserna trätt i kraft den 1 januari 1971. Bl. a. har i riksdagen presenterats en motion angående förfarandet vid tillsättandet av läkartjänster (mot. 1971:778 av herr Pettersson i Kvänum m. fl.). I motionen hänvisades bl. a. till de synpunkter som framkommit vid remissbehandlingen av det nyss redovisade utredningsförslaget. Det framhölls bl. a., att de gällande reglerna för upprättande av förslag kommit att framstå som alltmer otidsenliga. Framför allt ansågs det märkligt, att huvudmännen för den lokala sjuk- och hälsovårdande verksamheten inte tillerkänts rätt att fritt välja befattningshavare ur den kategori

varom här var fråga. Det påpekades i anslutning härtill, att en sådan rätt tillkommer huvudmännen när det gäller betydelsefulla tjänster som t. ex. sjukvårds- och sjukhusdirektörer. I konsekvens med denna ordning borde huvudmännen ges ökade möjligheter att fritt välja mellan sökande till läkartjänster, framhölls det i motionen. Motionärerna ansåg dock, att det kunde vara befogat att medge huvudmännen fri valrätt först sedan behörighetsvillkoren antingen moderniserats så att de motsvarade dagens krav eller slopats och ersatts av en kompetensprövning in casu liksom i Norge eller Danmark. För att undanröja vissa nackdelar med det gällande systemet ansågs det rimligt, att förslagen till besättande av läkartjänster tills vidare vidgades till att omfatta åtminstone sex sökande. Sedan en översyn skett av behörighetsvillkoren, borde reglerna för upprättande av förslag på nytt omprövas.

Socialutskottet framhöll i sitt betänkande den 14 april 1971 (SOU 1971:9) i anledning av motionen, att en utvidgning av möjligheterna för sjukvårdshuvudmännen att välja bland de sökande förutsatte att huvudmännen kunde pröva de sökandes kompetens med utgångspunkt i moderna behörighetsregler. Utskottet erinrade härvid om att läkartjänstutredningens uppdrag bl. a. omfattade en översyn av behörighets- och meritvärderingsregler för läkartjänster. Vidare påpekades, att utredningen kunde ha anledning att direkt komma in på frågan om utvidgning av ifrågavarande valmöjligheter. Med hänsyn till dessa omständigheter förklarade utskottet, att utredningens förslag borde avvaktas, innan man tog ställning till den av motionärerna väckta frågan. Utskottet avstyrkte bifall till motionen.

Den från och med den 1 januari 1971 genomförda ordningen att överläkartjänst tillsätts genom beslut av vederbörande sjukvårdsstyrelse i stället för av Kungl. Maj:t har även ändrat förutsättningarna för anförande av *besvär vid tillsättning* av sådana tjänster. Tidigare kunde besvär anföras endast mot socialstyrelsens förslag till besättande av

tjänsterna. Eftersom beslutet om tillsättning fattades av Kungl. Maj:t, fanns däremot ingen möjlighet att överpröva själva tillsättningsbeslutet. Numera kan talan föras mot såväl tillsättningsbeslutet som det av socialstyrelsen uppgjorda förslaget. Besvärsprovningen ifråga om tillsättningsbesluten får dock endast ske i den ordning som gäller för kommunalbesvär.

I sina förslag till ändringar i sjukvårdslagstiftningen (stencil S 1969:1) hade utredningsmannen emellertid förutsatt, att talan mot sjukvårdsstyrelsens beslut om tillsättning av överläkartjänster skulle föras enligt samma besvärregler som gällde ifråga om övriga läkartjänster som tillsattes genom beslut av sjukvårdsstyrelse, nämligen genom överklagande hos socialstyrelsen, varvid överprövningen skulle ske i den för förvaltningsbesvär gällande ordningen. Talan mot socialstyrelsens förslag skulle alltså få föras och förslagets materiella innehåll prövas efter anförande av besvär hos Kungl. Maj:t. Med hänsyn till den låga frekvensen av besvär över socialstyrelsens beslut med förslag till besättande av överläkartjänster ansågs denna ordning utan olägenhet kunna bibehållas. I konsekvens med sitt förslag att sjukvårdsstyrelsen skulle få möjlighet att delegera sin rätt att tillsätta läkartjänster – undantagandes överläkartjänster och tjänster för extra läkare med överläkares arbetsuppgifter – till vederbörande sjukhusdirektion föreslog utredningsmannen blott den ändringen av bestämmelserna i 34 § sjukvårdslagen att dessa i fortsättningen skulle gälla även sjukhusdirektions beslut om tillsättning av läkartjänst.

Under remissbehandlingen av utredningsförslaget framhöll socialstyrelsen, att det från principiell synpunkt var mindre tillfredsställande, att styrelsen både skulle göra upp förslag till överläkartjänst och pröva besvär över sjukvårdsstyrelsens beslut att tillsätta sådana tjänster. Styrelsen ansåg, att man borde överväga att istället införa den kommunala besvärordningen för överläkartjänster. Med hänsyn till det ringa antalet besvär i dessa ärenden biträdde dock styrel-

sen utredningsmannens förslag.

Departementschefen tog i prop. 1970:42 fasta på socialstyrelsens yttrande i besvärfrågan och erinrade samtidigt om att sjukvårdsstyrelserna skulle tillförsäkras fri valrätt bland de fyra sökande som uppförts på förslag till överläkartjänst. Möjligheten att materiellt angripa sådana beslut kunde inte föreligga. Under sådana förhållanden ansåg departementschefen att en ordning med förvaltningsbesvär knappast skulle fylla någon funktion från materiell synpunkt. Med hänsyn härtill föreslogs, att besvär över sjukvårdsstyrelsens beslut angående tillsättning av överläkartjänster endast skulle få föras genom kommunalbesvär. Sjukvårdsstyrelsens beslut i dessa fall skulle alltså inte kunna överklagas hos socialstyrelsen och därifrån till Kungl. Maj:t i statsrådet. Däremot skulle besvär över socialstyrelsens förslag angående vilka fyra sökande som skulle komma ifråga till överläkartjänst alljämt få föras hos Kungl. Maj:t. Som framgår av den tidigare redovisningen ändrades bestämmelserna i sjukvårdslagen i överensstämmelse med departementschefens förslag.

Någon ändring av besvärsordningen ifråga om tillsättningen av andra läkartjänster förklarade sig departementschefen inte beredd att föreslå, innan pågående utredning rörande konstruktionen av läkartjänster redovisats.

7.3.3 Tillsättning av tjänster för läkare under vidareutbildning

Mot bakgrund av den nya vidareutbildningsordningen för läkare tog SLUS upp frågan om fördelningen av läkare på allmänutbildningstjänster. Utredningen framhöll härvid, att alla läkare i anslutning till avlagd medicine licentiatexamen borde beredas plats på sjukhusen för att fullgöra allmänutbildningen. Enligt utredningen var det nödvändigt att på något sätt säkerställa erforderlig platstillgång. Till lösning av detta problem föreslog SLUS, att staten och huvudmännen träffade avtal som säkerställde tjänstgöringsmöjligheterna (jfr kapitel 5.2.2).

Ifråga om fördelningen av läkare på tjänster för allmänutbildning ansåg SLUS, att största möjliga hänsyn borde tas till de sökandes egna önskemål. Härutöver borde man sträva efter att förlägga tjänstgöringen i så omedelbar anslutning som möjligt till medicine licentiatexamen. Fördelningen ansågs kunna ske enligt flera alternativ, som alla rymdes inom två huvudsystem. Enligt det första systemet skulle läkare från samtliga medicinska lärosäten gemensamt fördelas på landets godkända allmänutbildningssjukhus. Enligt det andra skulle läkarna fördelas endast på sjukhus inom en räjong för det lärosäte, där vederbörande avlagt medicine licentiatexamen. Landet skulle sålunda indelas i räjonger med utgångspunkt från de skilda lärosätena och på sådant sätt att antalet tjänster i varje räjong blev lika med det årliga utsläppet av medicine licentiatier vid vederbörande lärosäte.

Efter att ha övervägt de två alternativen förordade SLUS det första systemet. Fördelningen skulle ske efter ett fast system med fyra ansökningstillfällen per år och administreras av nämnden för läkares vidareutbildning. I början av sin sista studietermi skulle de studerande till nämnden ange sina önskemål om tjänstgöringsplatser. Nämnden skulle därefter preliminärt fördela de sökande efter deras önskemål. I de fall, där flera läkare sökt till samma sjukhus, skulle turordningen avgöras efter betygspoäng. I andra hand skulle ordningen bestämmas med hänsyn till om det önskade sjukhuset låg inom räjongen för vederbörande lärosäte. I tredje hand skulle ordningen avgöras genom lottning. Sedan fördelningen verkställts, skulle nämnden lämna den studerande preliminärt besked om vid vilket sjukhus vederbörande kunde genomgå sin allmänutbildning. Läkaren skulle därefter meddela nämnden, om han accepterade att tjänstgöra vid anvisat sjukhus.

Frågan om fördelningen av läkare på tjänster för fortsatt vidareutbildning berördes inte närmare av SLUS. Utredningen utgick härvid från att ett fritt ansökningsförfarande av den typ som för närvarande gäller för underläkartjänster skulle tillämpas.

Socialstyrelsen liksom ett stort antal re-
missinstanser, som yttrade sig över SLUS
förslag, ställde sig tveksamma till lämplighe-
ten av ett centralt antagningsförfarande till
tjänster avsedda för allmäntjänstgöring. I
stället förordades, att man i första hand
skulle tillämpa arbetsmarknadens fria anställ-
ningsprinciper. Socialstyrelsen ansåg emeller-
tid, att frågan borde övervägas ytterligare av
den föreslagna utredningen om konstruktion
av läkartjänster m. m. I avvaktan på resulta-
tet av utredningens arbete föreslogs läkarna
själva få söka anställning på de tjänster som
godkänts för ändamålet.

Formerna för fördelning av läkare på
tjänster avsedda för allmäntjänstgöring har
diskuterats offentligt även senare. Bl. a. från
studerandehåll har förslag framlagts, att
tjänsterna skulle fördelas genom skilda slag
av lottningsförfaranden. Förslagen synes
framför allt ha framförts mot bakgrund av
farhågor för att ett fritt anställningsförfaran-
de enligt arbetsmarknadsmässiga principer
skulle bli komplicerat och vålla onödig tids-
utdräkt med negativa sociala konsekvenser
som följd. Värdet av betygen från grundexa-
men som urvalsinstrument har samtidigt ifrå-
gasatts. Dessutom menar man, att vid ett
fritt förfarande tillräcklig hänsyn inte skulle
kunna tas till andra faktorer, vilka kanske är
av större vikt för läkarverksamheten än så-
dant som kan mätas i graderade betyg. Det
har också påpekats, att i första hand central-
sjukhusen kan komma att dra till sig läkare
med höga betyg, varigenom sjukhusens olika
meritvärde skulle komma att accentueras
mer än vad för närvarande är fallet.

7.4 Utredningens överväganden och förslag

7.4.1 Tillsättning av tjänster för läkare med fullgjord vidareutbildning

Förfarandet vid tillsättningen av *överläkar-
tjänster* har som nämnts nyligen reviderats.
Såvitt utredningen kunnat utröna fungerar
också den rådande tillsättningsordningen i
och för sig tillfredsställande. Med hänsyn
härtill kan det givetvis ifrågasättas, om det

nu finns anledning att ånyo ta upp denna
fråga till övervägande. När det nya systemet
föreslogs, stod det å andra sidan klart, att
lösningen skulle bli interimistisk i avvaktan
på högre behörighetskrav för överläkartjän-
ster. När sådana kommit till stånd, skulle
frågan om en ytterligare decentralisering av
tillsättningsförfarandet övervägas.

Eftersom utredningen nu föreslagit infö-
randet av skärpta behörighetskrav för överlä-
kartjänster, kan förutsättningarna för en för-
nyad prövning av tillsättningsbestämmelser-
na sålunda anses ha uppfyllts. Även andra
motiv kan dock anföras för en revidering av
bestämmelserna.

I betänkandet med förslag till ändring av
sjukvårdslagstiftningen (stencil S 1969:1)
framhöll utredningsmannen, att man måste
räkna med en betydande ökning av antalet
överläkartjänster i och med att man tog bort
den spärr för inrättande av nya tjänster som
bestod i att en ny tjänst också innebar
tillkomsten av en ny klinik. Denna utökning
av överläkarkåren ansågs inte godtagbar utan
en administrativ förenkling av tillsättningen,
framförallt med tanke på den arbetsbelast-
ning på socialstyrelsen som det innebar att
göra upp graderade förslag till tjänsternas
besättande.

De synpunkter läkartjänstutredningen re-
dovisat beträffande utvecklingen av antalet
läkare liksom förslaget till en gemensam
tjänstestruktur för öppen och sluten vård (jfr
kapitel 3) kan på motsvarande sätt antas leda
till en viss ökning av antalet överläkartjän-
ster. Detta kan ses som ett motiv för att nu
ytterligare förenkla tillsättningen av tjänster-
na så att denna decentraliseras till sjukvårds-
huvudmännen enligt nu gällande ordning för
övriga tjänstekategorier.

Förutom av ovan anförda skäl för en
decentralisering kan det även från rent prin-
cipiella utgångspunkter ifrågasättas, om de
förhållanden som ursprungligen motiverade
ett centralt tillsättningsförfarande överhu-
vudtaget längre äger någon aktualitet. En
ordning som i likhet med den nuvarande
inskränker den kommunala arbetsgivarens in-
flytande över tillsättningen uppfattas på

många håll som föråldrad. Som påpekats bl. a. i den tidigare återgivna motionen till riksdagen i frågan kan det förefalla märkligt, att sjukvårdshuvudmännen inte tillerkänts rätt att fritt välja befattningshavare till överläkartjänster när denna rätt samtidigt är oinskränkt beträffande t. ex. viktiga sjukvårdsadministrativa befattningar.

Utredningen anser för sin del att det finns visst fog för den uppfattning som uttryckts i den redovisade motionen. Med de behörighetskrav som föreslagits i det föregående ligger det givetvis nära till hands att på detta område tillämpa samma förfarande, som förekommer på flertalet andra yrkesområden där särskilda villkor författningsmässigt föreskrivits för behörighet till tjänst – nämligen att arbetsgivaren har rätt fritt att välja bland behöriga sökande till tjänsten ifråga. Hälso- och sjukvården är å andra sidan en verksamhet som bedömts vara en sådan viktig angelägenhet att detta berättigar till relativt vittgående författningsföreskrifter syftande till att upprätthålla en hög och över hela riket så långt möjligt likvärdig kvalitet på vården. Liknande föreskrifter tillämpas för övrigt även på vissa andra områden där kvalitetskravens uppfyllande ansetts vara en central angelägenhet, t. ex. undervisningen.

Utredningen anser för sin del övervägande skäl tala för att decentralisera tillsättningen av överläkartjänsterna. En decentralisering bör också kunna ske utan att därför något avkall behöver göras på de kvalitetskrav en central tillsättningsordning hittills ansetts garantera. Med hänsyn härtill vill utredningen förorda, att socialstyrelsens skyldighet att upprätta förslag till besättande av överläkartjänster skall upphöra. Till frågan om sjukvårdshuvudmännens valrätt vid tjänstetillsättningen återkommer utredningen i det följande.

Vid ett decentraliserat tillsättningsförfarande är det givetvis önskvärt, att tillsättningen kan föregås av en ingående meritprövning av de sökande under medverkan av särskilda sakkunniga.

Befordringsgrunderna vid tillsättning av läkartjänster, liksom ifråga om andra offentli-

ga tjänster, är ”förtjänst och skicklighet”. Bedömningen av förtjänsten – som närmast avser antalet tjänstår – bör möjligen kunna ske utan medverkan av medicinskt sakkunniga. Behov av en kvalificerad sakkunnigbedömning föreligger dock i hög grad när det gäller att bedöma skickligheten. Vikten av denna befordringsgrund betonas också i sjukvårdslagen. Särskild hänsyn skall sålunda tas till sökande som inom det område tjänsten avser kan åberopa framstående skicklighet, ådagalagd genom berömvärd tjänstgöring på sjukhus, eller grundlig utbildning eller väl vitsordat vetenskapligt forskningsarbete.

Förfarandet vid upprättandet av förslag till besättande av tjänst kan indelas i två huvudmoment, dels sakkunnigprövningen av de sökande, som nu utförs av socialstyrelsens vetenskapliga råd, dels beslutet att upprätta förslag till besättande av den sökta tjänsten, vilket nu fattas av socialstyrelsen på grundval av bl. a. de vetenskapliga rådens utlåtanden.

Vid ett decentraliserat tillsättningsförfarande anser utredningen, att funktionen att upprätta förslag till besättande av tjänsterna lämpligen bör förläggas till sjukvårdsregional nivå. De medverkande vid upprättande av förslag får härigenom ett bredare erfarenhetsunderlag än om förfarandet knyts till sjukvårdsområdet. Ett regionalt förfarande torde också medverka till större enhetlighet över riket i bedömningen av de sökande till tjänsterna. Det ligger även i linje med nivåstruktureringen av hälso- och sjukvården, som bygger på en regional indelning av vårdresurserna.

I enlighet med det anförda vill utredningen föreslå att funktionen att upprätta förslag till besättande av överläkartjänsterna i fortsättningen läggs på *en särskild förslagsnämnd som utses för varje sjukvårdsregion*.

Förslagsnämnden bör vid behandlingen av tillsättningsärenden lämpligen vara sammansatt av fem ledamöter. En ledamot, som tillika skall vara nämndens ordförande, bör utses direkt av socialstyrelsen. Bl. a. mot bakgrund av de positiva erfarenheterna från den centrala meritvärderingsnämnd som nu prövar sökande till de s. k. specialistläkar-

tjänsterna vill utredningen förorda, att övriga ledamöter utses av socialstyrelsen efter samråd med berörda sjukvårdshuvudmän och Sveriges läkarförbund. Två ledamöter bör sålunda utses efter samråd med Sveriges läkarförbund och lämpligen vara överläkare inom den ifrågavarande sjukvårdsregionen. För att undvika en alltför stark dominans från undervisningssjukhusen bör förskrivas, att minst en av dessa skall vara överläkare vid sjukhus som inte är undervisningssjukhus. Övriga ledamöter av nämnden bör på motsvarande sätt utses efter samråd med sjukvårdshuvudmännen inom ifrågavarande region. Den ene av dessa bör vara fast ledamot av nämnden, medan den andra platsen lämpligen kan vara utbytbar så att vederbörande ledamot direkt kan representera det landstingsområde dit den aktuella tjänsten hör. För varje ledamot bör utses en suppleant. Mandattiden föreslås vara fyra år.

Varje regional förslagsnämnd bör utrustas med ett mindre kansli, lämpligen bestående av en deltidstjänst på kanslistnivå, med uppgift att bereda nämndens sammanträden, sammanställa de sökandes ansökningshandlingar etc.

De viktiga funktioner som är förenade med överläkartjänsterna gör det angeläget att sakkunnigbedömningen sker under medverkan av personer med ingående kännedom om det medicinska verksamhetsområde den sökta tjänsten närmast avser. De av utredningen förordade förslagsnämnderna är inte ämnade att vara så sammansatta, att de alltid kan tillgodse detta krav. I många tillsättningsärenden kan det visserligen antas vara relativt enkelt att avgöra, vilka sökande som i första hand bör komma ifråga för tjänsten. I andra fall får det däremot förutsättas att nämnderna måste anlita erforderlig expertis utanför sin egen krets för sakkunnigprövningen av de sökande. Med hänsyn härtill bör det enligt utredningens mening föreskrivas, att de regionala förslagsnämnderna, om inte särskilda skäl föranleder annat, skall anlita medicinsk expertis inom det verksamhetsområde den sökta tjänsten närmast avser för att inhämta utlåtanden om de sökandes

kvalifikationer.

Utredningen ser ingen anledning att för förslagsnämnderna föreskriva, vilka sakkunniga som bör anlitas inom skilda medicinska verksamhetsområden, utan förutsätter att nämnderna själva skall få avgöra detta. Med hänsyn till intresset av att en för hela riket så långt möjligt enhetlig praxis utformas vid sakkunnigbedömningen kan dock starka skäl anföras för att de regionala nämnderna anlitar en relativt fast krets av sakkunniga. Det bör i detta sammanhang understrykas, att regionnämnderna givetvis är oförhindrade att som sakkunniga kalla läkare som samtidigt ingår som ledamöter i socialstyrelsens vetenskapliga råd.

De regionala förslagsnämnderna bör som underlag för upprättande av förslag till överläkartjänster ha tillgång till sammanställningar över de sökandes meriter, varav framgår antalet förvärvade tjänstar ("förtjänsten"), i vilken utsträckning dessa får tillgodoräknas enligt gällande meritvärderingsnormer etc., ävensom hur meriterna fördelar sig inom olika medicinska verksamhetsområden. Meritsammanställningar är även av värde för tillkallade sakkunniga, som skall yttra sig om de sökandes "skicklighet" för den sökta tjänsten, och för sjukvårdsstyrelsen som sedermera skall fatta beslut om besättande av den sökta tjänsten. Dyliga meritsammanställningar kan givetvis upprättas på respektive förslagsnämnds kansli, där även en prövning av de sökandes behörighet kan ske. I den mån tveksamhet kan råda om rätten till tjänstårsberäkning för viss i ansökningshandlingarna åberopad tjänstgöring, bör även möjlighet finnas att hos socialstyrelsen inhämta uppgifter härom. Bl. a. får det förutsättas, att socialstyrelsen i sitt läkarregister har uppgifter om separata beslut styrelsen fattat rörande rätt till tjänstårsberäkning för tjänstgöring utomlands, som forskare etc.

Det bör i sammanhanget understrykas, att socialstyrelsens medverkan endast kan gälla framtagning av uppgifter om de sökandes kvantifierbara meriter, i första hand tjänståren. Den kvalitativa bedömningen och sammanvägningen av de sökandes "förtjänst och

skicklighet" (värdering av vissa vetenskapliga meriter, undervisningsmeriter etc. för den sökta tjänsten) måste däremot göras av den regionala nämnden och dess tillkallade sakkunniga.

Den av utredningen skisserade ordningen för meritprovningen av sökande till överläkartjänster med representanter för både medicinsk och administrativ expertis torde borge för att bedömningen av de sökande blir allsidig och kommer att tillgodose högt ställda kvalitetsanspråk. De sökande som de sakkunniga anser vara de främsta kan också med fog antas vara bäst skickade att fullgöra med respektive tjänst förenade åligganden. Även om vissa principiella skäl kan anföras för att sjukvårdshuvudmannen bör ha rätt att fritt välja mellan alla behöriga sökande till viss tjänst kan det därför ifrågasättas, om det finns någon anledning att träffa det slutliga valet av tjänsteinnehavare inom en vidare krets än som nu gäller, nämligen de fyra främsta sökandena.

Mot bakgrund av det anförda vill utredningen föreslå, att de regionala nämndernas förslag till besättande av överläkartjänster skall omfatta de fyra främsta bland behöriga sökande utan någon inbördes gradering enligt samma ordning som nu föreskrivs, då socialstyrelsen har att upprätta förslag till överläkartjänst. Bland dessa fyra skall respektive sjukvårdsstyrelse ha att utvälja den som bedöms vara bäst skickad för tjänsten.

Med den ovan föreslagna ordningen skulle handläggningen av ett tillsättningsärende kunna ske enligt följande. Ansökan inges till sjukvårdsstyrelsen som vidarebefordrar handlingarna till respektive regionala förslagsnämnd. På nämndens kansli infordras eventuellt erforderliga kompletterande uppgifter, varefter meritsammanställningar upprättas över de sökande. Enligt ovan kan socialstyrelsen härvid höras i tveksamma fall. Samtidigt provas de sökandes behörighet till tjänsten. Om förslagsnämnden anser att det finns behov av en särskild sakkunnigprovning, överlämnas därefter ansökningshandlingarna och de uppgjorda meritsammanställningarna till av nämnden anlitade sakkunniga inom

det medicinska verksamhetsområde tjänsten närmast avser för avgivande av utlåtande om de sökande. (Särskilt om antalet sökande inte överskrider fyra får remiss till de sakkunniga i regel anses onödig, och regionnämnden kan i stället direkt upprätta förslag som jämte ansökningshandlingarna överlämnas till vederbörande sjukvårdsstyrelse för avgörande.)

Sedan de sakkunniga avgett sina utlåtanden jämte övriga handlingar till förslagsnämnden, upprättar denna förslag om fyra sökande utan någon inbördes gradering.

När förslagsnämnden fattat sitt beslut, överlämnas det upprättade förslaget jämte övriga handlingar till respektive sjukvårdsstyrelse, som efter att i förekommande fall ha hört direktionen därefter förordnar en av de sökande som uppförts på förslag.

Mot bakgrund av det ovan anförda föreslår utredningen, att 20 § 1 mom. sjukvårdslagen ändras i enlighet med förslaget att decentralisera tillsättningen av överläkartjänster. Den nuvarande bestämmelsen i 16 § sjukvårdskungörelsen att de sökande till överläkartjänst skall inge ansökningshandlingarna till socialstyrelsen bör samtidigt ändras genom en föreskrift att ansökningarna i stället skall tillställas vederbörande sjukvårdsstyrelse. Förslaget att beredningen av tillsättningsärendena skall ske på regional nivå föranleder vidare en ändring av 18 § sjukvårdskungörelsen, där regler för närvarande finns intagna om tillvägagångssättet då sakkunniga vid tillsättning av läkartjänster skall utses. Bestämmelserna i denna paragraf föreslås bli ersatta av en föreskrift med innebörden att det skall åligga socialstyrelsen att utforma närmare anvisningar angående sakkunnigförfarandet. Det sistnämnda ändringsförslaget föranleds även av de förslag utredningen framför i det följande beträffande tillsättningen av andra tjänstekategorier än överläkartjänster.

Med hänvisning till den nu föreslagna bestämmelsen angående sakkunnigförfarande föreslås socialstyrelsen få bemyndigande av Kungl. Maj:t att utfärda anvisningar härför i enlighet med de av utredningen angivna rikt-

linjerna.

Beträffande förfarandet vid tillsättning av *avdelningsläkartjänster* vill utredningen anföra följande.

Som angetts i kapitel 6 föreslås för dessa tjänster samma behörighetskrav som för överläkartjänster. Tjänsterna är underordnade. Det är emellertid förutsatt, att avdelningsläkare skall kunna förordnas av sjukvårdshuvudmannen att självständigt svara för vissa arbetsuppgifter inom överläkarens arbetsområde. Den enskilde avdelningsläkaren kan sålunda i vissa fall få en ställning som i mycket stämmer överens med den nuvarande biträdande överläkarens.

Med hänsyn till den förordade konstruktionen av avdelningsläkartjänsterna vill utredningen föreslå, att reglerna om tillsättning av tjänster som avdelningsläkare utformas i stort sett enligt den ordning som nu gäller för biträdande överläkartjänster. Beslut om tillsättning av tjänsterna bör sålunda fattas av sjukvårdsstyrelsen eller i förekommande fall på dess delegation av sjukhusdirektionen. Innan beslut om tillsättning meddelas, skall särskilda sakkunniga bedöma de sökande från merit synpunkt och upprätta förslag till tjänsternas besättande.

De sakkunniga för prövning av sökande till avdelningsläkartjänster bör enligt utredningens mening utses inom sjukvårdsområdet på motsvarande sätt som nu gäller för biträdande överläkartjänster. Socialstyrelsen bör sålunda för varje sjukvårdsområde utse fyra sakkunniga, vilka lämpligen bör vara överläkare. Med tanke på att avdelningsläkartjänster skall kunna finnas även i öppen sjukvård bör en av de sakkunniga företräda denna vårdform. På motsvarande sätt som nu föreskrivs för sakkunniga vid tillsättning av biträdande överläkartjänster bör för de sakkunniga föreskrivas skyldighet att som särskild sakkunnig tillkalla en överläkare vid klinik eller avdelning inom den sökta tjänstens område, om ingen i sakkunnigkretsen själv företräder området.

På en punkt vill utredningen beträffande avdelningsläkartjänster förorda en ordning som avviker från den som nu gäller för

tillsättning av biträdande överläkartjänster. Istället för de tre främsta som nu skall föras upp på förslag vid tillsättning av biträdande överläkartjänster, vill utredningen nämligen föreslå att de sakkunnigas förslag ifråga om avdelningsläkartjänster skall uppta de fyra främsta sökandena. Härigenom uppnås överensstämmelse med den ordning som föreslagits beträffande överläkartjänster.

Med hänsyn till de föreslagna behörighetsvillkoren för innehav av avdelningsläkartjänst kan det givetvis diskuteras, om det beträffande dessa tjänster finns anledning att begränsa sjukvårdshuvudmannens valrätt till de fyra som uppförts på förslag av de sakkunniga. Det kan i sammanhanget erinras om att utredningen angående den öppna läkarvården utanför sjukhus (Stencil S 1971:3) föreslagit, att huvudmannen fritt skall kunna välja mellan alla behöriga sökande till allmänläkartjänster. Samma tillsättningsordning skulle givetvis kunna tänkas för avdelningsläkartjänsterna. Den föreslagna konstruktionen av dessa tjänster innebär dock att befattningshavarna kan få betydande självständiga uppgifter inom överläkarens arbetsområde. Tjänsterna skall vidare i regel tillsättas genom förordnande tillsvidare och får i många fall förutsättas utgöra sluttjänster. Med hänsyn härtill har utredningen stannat för att föreslå att sjukvårdshuvudmannens valmöjlighet beträffande sökande till avdelningsläkartjänster på samma sätt som vid beslut om tillsättning av överläkartjänster skall inskränkas till de fyra som de sakkunniga fört upp på förslag.

Den erforderliga regleringen i sjukvårdslagstiftningen av tillsättningsförfarandet för den av utredningen föreslagna nya kategorin avdelningsläkare sker enklast genom en revidering av 20 § 2 mom. sjukvårdslagen. I enlighet med vad som tidigare anförts beträffande regleringen av sakkunnigförfarandet vid överläkartjänster föreslås socialstyrelsen utfärda anvisningar även för sakkunnigprövningen vid tillsättning av avdelningsläkartjänster.

7.4.2 Tillsättning av tjänster för läkare under vidareutbildning

Utgångspunkten för en diskussion om förfarandet vid tillsättning av underläkartjänster bör enligt utredningens mening vara att dessa läkare liksom annan läkarpersonal så långt möjligt skall fördelas efter de principer som normalt tillämpas på arbetsmarknaden. Utredningen vill sålunda förorda ett i princip fritt ansökningsförfarande för underläkartjänster liksom för övriga tjänstekategorier.

Ifråga om *underläkartjänster för fortsatt vidareutbildning* bör i alla händelser inte göras något avsteg från den fria arbetsmarknadens principer. Läkarna bör sålunda fritt kunna söka och erhålla tjänst på samma sätt som nu gäller ifråga om underläkartjänsterna.

Förfarandet vid tillsättning av underläkartjänster bör vara så utformat att de sökandes meriter kan bli föremål för en allsidig prövning. I många fall torde dock detta kunna ske utan ett formaliserat sakkunnigförfarande av samma slag som ovan förordats för de mera fasta tjänstekategorierna. Givetvis kommer det i allmänhet heller inte att finnas något större underlag för en ingående medicinsk sakkunnigprövning av de sökande. Utredningen är därför inte beredd att för dessa tjänster förorda ett obligatoriskt sakkunnigförfarande av samma slag som nu föreskrivs för underläkartjänster utan föreslår, att huvudmannen fritt får välja mellan alla behöriga sökande. Huvudmannen bör härvid vid behov kunna anlita samma sakkunnigkrets som ovan förordats för avdelningsläkartjänsterna. Med hänsyn till angelägenheten av att detta alltid sker då oklarhet råder om den inbördes meritordningen mellan de sökande vill utredningen också förorda, att det i socialstyrelsens föreslagna anvisningar för reglering av sakkunnigförfarandet m. m. tas in en rekommendation om att det vid tillsättning av underläkartjänster för fortsatt vidareutbildning vid behov sker en sakkunnigprövning.

Tillsättningen av tjänster för läkare under vidareutbildning har som redovisats i det före-

gående blivit föremål för en livlig debatt, sedan SLUS framlade sitt utredningsförslag. Huvudfrågan har härvid varit hur tillsättningen av läkare för allmäntjänstgöring skall organiseras. Tillsättningsordningen för läkare under fortsatt vidareutbildning har däremot knappast alls berörts i diskussionen. Enligt utredningens mening är dock tillsättningen av läkare under fortsatt vidareutbildning en minst lika viktig fråga. Allmäntjänstgöringen är gemensam till innehållet för alla läkare, och utbildningsvärdet avses bli detsamma oavsett på vilket av de för ändamålet godkända tjänstgöringsställena den fullgörs. Den fortsatta vidareutbildningen får däremot en helt annan betydelse för läkarens medicinska profilering och fortsatta karriär, eftersom valet kan stå mellan en mångfald utbildningslinjer, som var och en omfattar en betydligt längre tjänstgöringstid än allmäntjänstgöringen. När allmäntjänstgöringen i det följande behandlas relativt utförligt vill utredningen därför understryka, att det enligt dess uppfattning är av vikt att tillsättningen av tjänster för läkare under fortsatt vidareutbildning föregås av en mera ingående prövning av de sökandes meriter. Detta är också anledningen till att utredningen förordat, att tillsättningen av dessa tjänster vid behov skall föregås av en sakkunnigprövning överensstämmande med den som föreslagits för avdelningsläkartjänster.

Utgångspunkten för ett ställningstagande till fördelningen av läkare på *underläkartjänster för allmäntjänstgöring* bör enligt utredningens mening vara i stort sett densamma som beträffande övriga underläkartjänster. Allmäntjänstgörande läkare skall liksom övriga kategorier verka under fullt professionellt ansvar. Om utredningens förslag om blockförordnanden m. m. genomförs, kommer också ett förordnande för allmäntjänstgöring att omfatta upp till två år och innefatta samtliga de moment som föreskrivs ingå i tjänstgöringen. Med hänsyn härtill anser utredningen det rimligt, att de läkarexaminerade får möjlighet att relativt fritt välja tjänstgöringsställe. Eftersom vederbörande läkare kommer att tjänstgöra så lång tid — och i

många fall sannolikt också fullgöra sin fortsatta vidareutbildning inom samma sjukvårdsområde — kan också sjukvårdshuvudmännen förväntas ha intresse av att kunna välja bland de sökande till tjänsterna.

SLUS förslag om ett centralt system för fördelning av allmäntjänstgörande läkare blev som tidigare visats starkt kritiserat. De flesta remissinstanserna markerade klart, att fördelningen borde ske efter arbetsmarknadsmässiga principer. De förslag till lottningsförfaranden som senare framförts kan enligt utredningen avvisas på delvis samma grunder som SLUS förslag i frågan. Farhågorna för att en tillsättning enligt arbetsmarknadens fria principer skulle bli onödigt komplicerad och tidsödande synes också överdrivna. Som jämförelse kan nämnas att nytutexaminerade sjuksköterskor och tandläkare fritt får söka och på lika villkor konkurrera om ledigförklarade tjänster över hela landet. Totalt utexamineras årligen ca 250 tandläkare, fördelade på i huvudsak två examenstillfällen. Omkring 95 procent av de nytutexaminerade beräknas för närvarande ta anställning inom den offentliga folktandvården. Urvalet bland de sökande sker med utgångspunkt från en värdering av deras skriftliga meriter, huvudsakligen betyg, samt referenser och personliga intervjuer. Liksom för läkare gäller för dessa yrkesgrupper särskilda behörighetskrav, vilket i vissa fall framhållits som en försvarande omständighet vid tillämpningen av de arbetsmarknadsmässiga principerna för fördelning av läkare som skall fullgöra allmäntjänstgöring.

Enligt utredningens mening är det angeläget, att läkarna så snart möjligt efter grundexamen kan beredas plats på underläkartjänster för allmäntjänstgöring. Detta önskemål bör också kunna tillgodoses utan avsteg från den fria arbetsmarknadens principer. För att dröjsmål med anställningen så långt möjligt skall förhindras, måste emellertid den administrativa utformningen av tillsättningsförfarandet anpassas till de speciella förutsättningar som gäller för allmäntjänstgöringen. Även om avlagd läkarexamen är formellt behörighetskrav för tillträde till

tjänst för allmäntjänstgöring, måste sålunda tjänsterna kunna sökas på ett tidigt stadium, helst redan i början av sista terminen före läkarexamen. Detta innebär, att de sökande i vissa fall måste kunna bedömas utan avseende vid betygen från den sista terminens kurser.

Kungörande om lediga tjänster skall ske genom vederbörande sjukvårdsstyrelsens försorg och i den ordning som föreskrivs i 29 § sjukvårdskungörelsen, dvs. i Post- och Inrikes Tidningar eller i annan publikation, som Kungl. Maj:t bestämmer. Av praktiska skäl kan det samtidigt vara lämpligt att ledigkungörande även sker t. ex. på SYLF-listan, i läkartidningen eller på annat sätt.

Utredningen förutsätter, att kungörandet av tjänsterna helt naturligt kommer att koncentreras till i första hand två tillfällen per år, som sammanfaller med examinationstillfällena. Mot bakgrund av vad som ovan anförts synes lämpliga tidpunkter för ledigförklarande av huvuddelen av tjänsterna vara senast den 1 oktober (för dem som beräknas avlägga läkarexamen omkring den 1 februari) och den 1 mars för dem som avlägger examen den 1 juli. Möjligheter att ledigförklara tjänster vid andra tidpunkter på året måste emellertid också finnas.

Med de ovan angivna ansökningsdagarna kan fem månader utnyttjas för urval och tillsättning, som i regel skulle kunna äga rum i början av februari respektive juli månad — eller i vissa fall vid en annan tidpunkt. Beslut om tillsättning kan givetvis inte fattas förrän vederbörande sökande avlagt läkarexamen.

Eftersom huvuddelen av de sökande till underläkartjänster för allmäntjänstgöring kommer att samlas till ett par tillfällen per år, finns givetvis viss risk för köbildning inför vissa tjänster med de nackdelar detta kan medföra för vissa sökande. En viktig förutsättning för att köbildning i görligaste mån skall kunna undvikas är att sjukvårdshuvudmännen upprättar en inbördes samverkan för att vidarebefordra ansökningarna i den mån vederbörande sökande inte kan komma ifråga för tjänstgöring inom ett sökt sjukvårdsområde. Utredningen räknar sålunda med att

sjukvårdshuvudmännen i god tid före 1973, då tillströmningen till tjänsterna inleds, utformar en tillsättningsordning som så långt möjligt förhindrar dröjsmål mellan läkarexamen och anställning på underläkartjänster för allmäntjänstgöring.

Underlaget för en meritvärdering av de sökande till underläkartjänster för allmäntjänstgöring kommer att vara tämligen bristfälligt. Det sökande torde i allmänhet inte kunna visa upp några formella meriter utöver betyg från grundutbildningen. I många fall kan heller inte betygen från den sista terminens kurser ingå i underlaget för meritbedömningen. Enligt utredningens uppfattning bör dock inte tillsättningen baseras uteslutande på betygen från grundutbildningen. För det första kan deras betydelse som värdemätare på den examinerades lämplighet för läkaryrket diskuteras, eftersom många egenskaper av betydelse för utövning av yrket inte kommer fram i betygen. Spännvidden i betygen är heller inte särskilt betydande. Vid en undersökning av 365 legitimationssökande medicine licentiat under perioden april – årsskiftet 1970 har utredningen sålunda funnit, att medelbetyget i medicine kandidatexamen under den aktuella tiden var 7,4 poäng. De genomsnittligt högsta betygen per vecka under perioden var 8,7, de lägsta 5,4 poäng. Genomsnittsbetyg i medicine licentiatexamen var 32 poäng. Högsta genomsnittsbetyg per vecka var ca 35,8, genomsnittligt lägsta betyg 28 poäng.

Betygens bristfällighet som mått på de sökandes lämplighet understryker vikten av att sjukvårdsstyrelsen för sitt slutliga ställningstagande har tillgång till omdömen även om de sökandes praktiska erfarenheter och personliga egenskaper av betydelse för de uppgifter som är förenade med den sökta tjänsten. Av stor vikt är vidare att beakta de sökandes intresseprofil beträffande den medicinska inriktningen av deras fortsatta verksamhet som läkare. För huvudmannen bör uppgifter härom vara av särskilt intresse i de fall de sökande också kan förväntas fullgöra sin fortsatta vidareutbildning inom sjukvårdsområdet.

Om det bedöms erforderligt bör mot bakgrund av det anförda prövningen av de sökandes meriter vid tillsättningen lämpligen ske med biträde av överläkare inom närmast berörda medicinska verksamhetsområden. Granskningen av de sökande kan härvid utmynna i ett yttrande till sjukvårdshuvudmannen över de sökandes lämplighet till tjänsterna i fråga, varefter huvudmannen på grundval av yttrandet beslutar om utfärdande av förordnandet.

Vad utredningen ovan anför om betygen ger slutligen anledning understryka vikten av att det sker en analys och utvärdering av betygssystemet i den medicinska grundutbildningen. I sammanhanget bör också erinras om att en översyn över utformningen av betygen i universitetsutbildningen för närvarande pågår inom den s. k. universitetspedagogiska utredningen i universitetskanslersämbetet. För den medicinska grundutbildningen är det enligt utredningens uppfattning angeläget att betygen får en sådan utformning att de inte bara ger ett mått på de studerandes förmåga att inhämta teoretiska kunskaper utan även kan ge viss vägledning för en bedömning av de studerandes lämplighet med hänsyn till den praktiska yrkesinriktningen inom det medicinska fältet.

7.4.3 Besvärsordning m. m. vid tillsättning av läkartjänster

De nuvarande bestämmelserna i 34 § sjukvårdslagen om överklagande av beslut om tillsättning av läkartjänster föreskriver som tidigare nämnts olika besvärsförfaranden beroende på om tillsättningsbeslutet avser överläkartjänst eller annan läkartjänst. I det förra fallet sker överprövningen enligt ordningen för kommunalbesvär, i det senare fallet tillämpas reglerna om förvaltningsbesvär.

Ett välgående skäl för en övergång till den kommunala besvärsordningen vid talan mot sjukvårdsstyrelsens beslut om tillsättning av överläkartjänster var, som ovan nämnts, att det ansågs principiellt otillfredsställande att socialstyrelsen både skulle upprätta förslag till besättande av dylika tjänster och i egen-

skap av besvärinstans överpröva tillsättningsbesluten. Detta argument mot ordningen med förvaltningsbesvär förlorar givetvis sin relevans, om socialstyrelsen i fortsättningen inte skulle ha att upprätta förslag till besättande av tjänsterna ifråga. Något socialstyrelsens beslut i första instans att överklaga till Kungl. Maj:t kommer ju i så fall inte att finnas i dessa tillsättningsärenden.

Med hänsyn till överläkartjänsternas betydelse bör enligt utredningens mening för dessa tjänster väljas en besvärsordning som i likhet med den nu gällande medger en materiell överprövning av förslagen till besättande av tjänsterna. En tänkbar lösning är härvid att tillämpa samma besvärsordning som nu gäller för biträdande överläkartjänster, dvs. att sjukvårdsstyrelsens tillsättningsbeslut skall kunna överprövas i form av förvaltningsbesvär. Därvid skulle förslagen till besättande av tjänsterna kunna bedömas materiellt i samband med överprövningen av tillsättningsbeslutet. De regionala förslagsnämndernas förslag skulle däremot inte kunna överklagas i särskild ordning.

Ett andra alternativ är att möjlighet öppnas att, liksom nu gäller, anföra förvaltningsbesvär direkt över förslagsinstansens — i detta fall regionnämndens — beslut och härvid bibehålla den kommunala besvärsordningen vid överprövningen av sjukvårdsstyrelsens tillsättningsbeslut.

Under utredningsarbetet har både sjukvårdshuvudmännens och Sveriges läkarförbunds representanter betonat sitt intresse av att besvärsordningen utformas i enlighet med det sistnämnda alternativet. Motiven här för synes främst vara dels att beredningen av tillsättningsärendet härigenom blir mera fullständig, innan sjukvårdsstyrelsen går att fatta sitt beslut, dels att de sökande kan antas uppfatta en sådan besvärsordning som mera tillfredsställande från rättssäkerhets synpunkt.

Mot den ifrågavarande lösningen talar å andra sidan att besvärsordningen blir mera komplicerad än enligt det förstnämnda alternativet. Besvärsfrekvensen kan också antas bli något högre och leda till en större arbets-

belastning för socialstyrelsen. Med hänsyn till de starka önskemål som uttryckts av arbetsmarknadsparternas företrädare vill utredningen dock förorda en besvärsordning enligt det andra alternativet.

Utredningen föreslår sålunda, att överprövningen vid tillsättande av överläkartjänster skall kunna ske dels i form av förvaltningsbesvär hos socialstyrelsen över de regionala nämndernas beslut om upprättande av förslag till besättande av tjänsterna, dels i form av kommunalbesvär över sjukvårdsstyrelsens tillsättningsbeslut. Eftersom överprövningen av de regionala nämndernas beslut skall avse i första hand den medicinska sakkunnigbedömningen, vill dock utredningen föreslå, att socialstyrelsens beslut i dessa besvärärenden inte skall kunna överklagas i högre instans.

Även när det gäller ordningen för anförande av besvär över sjukvårdsstyrelsens eller — i förekommande fall — sjukhusdirektions beslut om tillsättning av *avdelningsläkartjänst* kan olika lösningar diskuteras.

Den förordade konstruktionen av avdelningsläkartjänsterna kan i och för sig motivera att besvärsordningen för dessa tjänster får en utformning av ungefär samma karaktär som nu gäller t. ex. för biträdande överläkartjänster. Talan mot sjukvårdsstyrelsens eller sjukhusdirektions tillsättningsbeslut skulle sålunda ske i form av förvaltningsbesvär, innefattande en materiell prövning av de sakkunnigas förslag.

Utredningen vill emellertid framhålla, att denna tjänstekategori på sikt kommer att rymma ett mycket stort antal läkare. Det är därför möjligt att antalet ärenden rörande besvär över beslut om tillsättning av avdelningsläkartjänster skulle bli så högt, att socialstyrelsens arbetsbörda vid en ordning med materiell överprövning i form av förvaltningsbesvär skulle bli alltför betungande. Detta skulle i sin tur leda till att tiden mellan besvärens anhängiggörande och avgörande kunde bli orimligt lång.

Det bör i detta sammanhang erinras om att även den kommunala besvärsordningen medger en materiell prövning av överklagade

beslut, nämligen om överprövningen sker vid kommunal besvärsnämnd. Enligt vad utredningen erfarit finns dylika besvärsnämnder inrättade i praktiskt taget alla landstingskommuner. Det fåtal kommuner som ännu saknar besvärsnämnd kan också förväntas inom kort inrätta sådana.

Med hänsyn till det nu anförda föreslår utredningen, att talan mot beslut om tillsättning av avdelningsläkartjänst skall föras i enlighet med den för kommunalbesvär gällande ordningen.

En förutsättning för en meningsfull materiell prövning och eventuell ändring av ett tillsättningsbeslut är att det material som legat till grund för beslutet och som kan anföras till stöd för en ändring är så omfattande att det medger en differentierad bedömning. Detta villkor är i och för sig uppfyllt när det gäller beslut om tillsättning av tjänster för i första hand överordnade läkare, eftersom sökandena till dessa tjänster för att komma ifråga måste kunna åberopa betydande meriter. När det gäller *underläkartjänster* utgör däremot de meriter de sökande kan uppvisa i allmänhet inte ett tillräckligt underlag för en mera ingående materiell överprövning. Utredningen vill därför föreslå, att talan mot beslut om tillsättning av underläkartjänst skall föras såsom kommunalbesvär.

Under utredningens arbete med utformningen av förfarandet vid tillsättning och meritvärdering av de sökande till läkartjänster, särskilt överläkartjänsterna, har diskuterats att inrätta en *central meritnämnd* för kontinuerligt samråd mellan socialstyrelsen, sjukvårdshuvudmännen och Sveriges läkarförbund. Något förslag om inrättande av en sådan nämnd finns inte anledning framlägga i detta sammanhang. Sedan slutlig ställning tagits till utredningens förslag beträffande tillsättning av läkartjänster och meritvärderingsnormernas utformning får det i stället ankomma på socialstyrelsen att efter samråd med arbetsmarknadsparterna besluta i frågan. Redan nu bör dock understrykas, att det enligt utredningens uppfattning otvivelaktigt är värdefullt, om erfarenheterna från den

föreslagna regionala och lokala sakkunnigprövningen, utformningen av meritvärderingsnormer m. m. kan bli föremål för en fortlöpande diskussion och utvärdering under medverkan av de berörda parterna. Det bör dock stå klart att en sådan nämnd inte kan ges annan ställning än som ett forum för diskussion och samråd.

8.1 Inledning

Utredningen har i föregående kapitel framlagt förslag till behörighetsvillkor (kapitel 6) och former för tillsättning av läkartjänster (kapitel 7).

Mot bakgrund av utredningens uppdrag att undersöka, vilka regler för värderingen av läkares meriter som kan behövas vid tillsättning av olika läkartjänster, presenteras i det följande vissa förslag i hithörande frågor.

Utredningens förslag innefattar vissa riktlinjer för meritvärderingsnormer vid tillsättning av läkartjänster. Förslaget innehåller vidare bl. a. ett schema över hur de olika meriteringsgrundande kvaliteterna bör vägas in beroende på den sökta tjänstens karaktär. Med hänsyn till den öppna hälso- och sjukvårdens förväntade starka expansion presenteras även vissa förslag till regler för samordning av meriter förvärvade i slutet respektive öppen vård. Socialstyrelsen föreslås slutligen få i uppdrag att – efter samråd med arbetsmarknadens parter – på grundval av gällande meritvärderingsnormer och de riktlinjer utredningen skisserat utfärda preciserade anvisningar för värdering av läkares meriter.

8.2 Nuvarande förhållanden

8.2.1 Gällande befordringsgrunder och meritvärderingsföreskrifter

Vid tillsättning av tjänster inom statlig för-

valtning sker en värdering av de sökande efter deras "förtjänst och skicklighet". Begreppen "förtjänst och skicklighet" är hämtade från regeringsformens 28 § och har av Malmgren (Sveriges grundlagar) kommenterats på följande sätt:

"Med skicklighet torde enligt allmän praxis få förstås kompetens och lämplighet för den befattning, varom fråga är, ådagalagda genom teoretisk och praktisk utbildning samt den dittillsvarande verksamhetens art. Förtjänsten betecknar den förvärvade rutinen, bedömd med ledning av ancienniteten. Därvid skall hänsyn tagas till all verksamhet i statens tjänst, men arbetet inom området för den lediga tjänsten eller med denna till uppgiften besläktade befattningar måste taxeras högre såsom ägnat att bibringa en högre grad av skicklighet."

Jägerskiöld (Svensk tjänstemannarätt) anför bl. a. att

"'förtjänst' anses betyda de meriter, vederbörande överhuvudtaget förvärvat i stats-tjänst, och vilka böra räknas honom tillgodo vid befordran, d. v. s. väl vitsordad tjänstgöring. Vunnen förtjänst kan uttryckas i tjänsteår, antalet dylika anger måttet av förtjänst. . .

'skicklighet' avser sökandens förmåga. Den kan bedömas med ledning av tidigare tjänstgöring. Flit, noggrannhet, förmåga av självständig verksamhet och initiativ, fantasi-begåvning och andra kvaliteter bli härvid att beakta. Alla tjänster ställa givetvis icke enahanda krav på innehavaren och skickligheten blir därför att bedöma med hänsyn även till den aktuella tjänstens krav. Skicklighet kan även vara att bedöma med hänsyn till avlag-

da examina eller godkända prov eller skrifter. Bestämmande bli härvid de för de olika tjänsterna gällande villkoren, där examensbetyg kunna beaktas eller vetenskapliga skrifter vara av högt värde. Vid universitet, skola och kyrka ävensom sjukhusväsendet äga de vetenskapliga meriterna stor betydelse, inom förvaltningen åter den i tjänsten ådagalagda individuella förmågan. . .”

När det gäller tillsättning av statliga och kommunala läkartjänster gäller i princip samma regler om ”förtjänst och skicklighet” som för tjänster i allmänhet inom statlig förvaltning. Man beaktar sålunda inte endast antalet förvärvade tjänstår, d. v. s. ”förtjänsten” utan också ”skickligheten”, i den mån denna ådagalagts i den kliniska verksamheten eller dokumenterats genom vetenskapligt arbete.

Detta återspeglas även i sjukvårdsförordningarna i de lagrum som reglerar tillsättning av läkartjänster. De befordringsgrunder som återges i det följande avser överläkartjänster men gäller i princip för alla läkartjänster.

I 20 § 1 mom. *sjukvårdslagen* stadgas, att det åligger socialstyrelsen att, i den mån behöriga sökande anmält sig till ledig tjänst som överläkare, på förslag uppföra de fyra med avseende på förtjänst och skicklighet främsta sökandena. Kan en sökande inom det område som tjänsten avser åberopa ”framstående skicklighet, ådagalagd genom berömvärd tjänstgöring å sjukhus, eller grundlig utbildning eller väl vitsordat vetenskapligt forskningsarbete” skall särskild hänsyn tas därtill.

I 9 § *kungörelsen om kommunala undervisningsjukhus* (SFS 1970:704) föreskrivs beträffande överläkartjänst, som inte är förenad med professur, biträdande professur (motsv.), att de sakkunniga skall pröva varje sökandes behörighet och skriftligen yttra sig om samtliga behöriga sökandes skicklighet för tjänsten. Vid bedömningen av skickligheten skall hänsyn tas till ”utbildning, skicklighet i utövningen av läkaryrket och ådagalagd vetenskaplig skicklighet”. Något krav på ådagalagd undervisningsskicklighet eller skyldighet att underkasta sig läraryrkesprov stadgas inte.

I *reglementena för de statliga undervisningssjukhusen* — akademiska sjukhuset respektive karolinska sjukhuset — stadgas beträffande överläkartjänst, som inte är förenad med professur eller biträdande professur (motsv.), att de sakkunniga i sitt utlåtande skall bedöma de sökandes ”skicklighet för tjänsten med hänsyn till såväl de sjukvårdande uppgifterna som med tjänsten förenade undervisningsuppgifter”. Graderingen av de sökande skall ske med hänsyn till ådagalagd skicklighet.

Sökande är skyldig underkasta sig läraryrkesprov respektive äger rätt påfordra läraryrkesprov. Provet anordnas i enlighet med bestämmelserna angående läraryrkesprov för professur.

Överläkartjänster, som är förenade med professur eller biträdande professur (motsv.), skall däremot såväl vid statliga som kommunala undervisningssjukhus tillsättas i den ordning som är föreskriven i *universitetsstadgan* (SFS 1946:461, senaste ändring SFS 1970:370) för nämnda läraryrkesprov.

Enligt *universitetsstadgan* (109 §) får vid befordran till annan ordinarie läraryrkesprov än universitetslektorat ej andra grunder avses eller åberopas än graden av vetenskaplig skicklighet. Vid bedömningen av skickligheten skall hänsyn jämväl tas till ådagalagd skicklighet att meddela vetenskaplig undervisning. Utöver den i *universitetsstadgan* föreskrivna befordringsgrunden — graden av vetenskaplig skicklighet — skall beaktas klinisk skicklighet i det ämne som tjänsten omfattar.

I fråga om tjänst som biträdande professor stadgas vidare som behörighetskrav, att vederbörande skall ha styrkt vetenskaplig skicklighet utöver den som fordras för docentur. För professur finns ingen motsvarande precisering av behörighetsnivån.

Som vägledning vid socialstyrelsens upprättande av förslag till överläkartjänster tillämpas sedan 1962 vissa *meritvärderingsnormer*, som antagits av styrelsen efter överläggningar med Sveriges läkarförbund. Nu gällande normer användes till en början på försök men har sedan 1965 formen av en överenskommelse mellan socialstyrelsen och läkar-

förbundet. Normerna, som bygger på den allmänna bestämmelsen om "förtjänst och skicklighet", har dock inte fastställts av Kungl. Maj:t (jfr kapitel 8.3.1).

För att inte "förtjänsten", d. v. s. antalet tjänstår, skall överbetonas jämfört med skicklighetsaspekten har i meritvärderingsnormerna införts ett nytt begrepp — *meritår*. Sålunda omräknas tjänståren efter vissa fastställda regler till meritår, vilket medför att antalet meritår ofta kommer att överskrida antalet tjänstår. Som exempel kan nämnas att tjänstgöring som överläkare vid undervisningsklinik under viss tid ger dubbla meritår. Även tjänstgöring som överläkare och biträdande överläkare ger förhöjt antal meritår. Förutom rena tjänstgöringsmeriter omräknas även andra meriter till meritår. Så ger t. ex. medicine doktorsgrad ett meritår och docentur inom den sökta specialiteten ytterligare ett meritår. Syftet med meritårsberäkningen har sålunda varit att i vissa fall söka översätta dokumenterat vetenskapligt arbete i mätbara termer och vidare att ge särskild vikt åt viss tjänstgöring, som ansetts ha högt meritvärde.

Normerna återges i det följande.

I Meriter förvärvade genom tjänstgöring vid andra kliniker än undervisningskliniker

- a) läkare i underordnad ställning: meritår = tjänstår;
biträdande överläkare: meritår = tjänstår + betr. tjänstgöring inom den sökta disciplinen 50 % för vart och ett av de första 5 tjänståren;
överläkare: meritår = tjänstår + betr. tjänstgöring inom den sökta disciplinen 100 % för vart och ett av de första 5 tjänståren.

Anm. Vid transport från odelat lasarett till kirurgisk klinik dubbelräknas endast de första 3 åren för överläkare och biträdande överläkare.

- poliklinikläkare: meritår = tjänstår under högst 3 år om motsvarande antal år fullgjorts i sluten vård inom specialiteten;
b) heltidsanställd läkare vid sjukstuga: meritår = tjänstår;
läkare i administrativ tjänst kan efter prövning av socialstyrelsen få räkna tjänstår = meritår under högst 3 år.

II Meriter förvärvade genom tjänstgöring å undervisningsklinik

- a) läkare i underordnad ställning: av tjänstetiden må 3 år fördubblas, därefter är tjänstår = meritår;
b) bitr. överläkare = bitr. överläkare enligt I a;
c) överläkare = överläkare enligt I a;
d) poliklinikläkare = poliklinikläkare enligt I a.

III Vetenskapliga meriter

- a) med. doktorsgrad = 1 meritår;
b) docenter:
1 docentur inom specialiteten = 1 meritår;
2 docent med klinisk lärtjänst och tf. professur = bitr. överläkare respektive överläkare;
3 e. o. docent i teoretiskt ämne får räkna tjänstår = meritår under högst 3 år i ämnena:
A bakteriologi, fysiologi, medicinsk kemi och farmakologi vid sökande av laboratorstjänst¹
B anatomi och patologi vid sökande av överläkartjänst i patologi;
c) forskarstipendiater och bitr. lärare i varje särskilt fall efter socialstyrelsens prövning;
d) teoretiska discipliner: meritår = tjänstår i enlighet med vad som gäller beträffande randmeriter (punkt IV nedan).

¹ Härmed avses nuvarande överläkartjänst vid kliniskt laboratorium.

IV Randmeriter

Randutbildning *inom*¹ en specialitet tillgodoräknas fullt under högst 3 år inom varje utbildningsgren, dock ej längre tid än sökandes tid inom den sökta disciplinen.

Randutbildning *utom*¹ en specialitet tillgodoräknas under högst 1 år inom varje utbildningsgren, dock sammanlagt högst 3 år.

¹ Bedömningen av vad som skall anses falla *inom* respektive *utom* sker med vägledning av en särskild tabell som inte tagits med här.

V Ev. andra meriter och svårtolkade meriter

bedöms i varje särskilt fall av socialstyrelsen.

I inledningen till redovisningen av de refererade värderingsnormerna framhålls bl. a. att i fråga om tjänster vid undervisningssjukhus — regionsjukhus särskild hänsyn skall tas

inte bara till antalet meritår utan även till mera specialiserad utbildning eller väl vitsordat vetenskapligt arbete.

Utredningen vill i detta sammanhang nämna något om meritvärderingsförfarandet, när det gäller *tillsättning av specialistläkartjänster i öppen vård*. Dessa tjänster, som tillkommit på senare tid i samband med huvudmännens utbyggnad av den öppna hälso- och sjukvården, är inte författningsmässigt reglerade. Mellan Svenska landstingsförbundet och Sveriges läkarförbund träffades emellertid i juli 1968 ett avtal angående anställningsvillkor för sådana specialistläkare, innehållande bl. a. en överenskommelse om kungörande, meritvärdering och tillsättning av tjänsterna. Som följd av avtalet utsåg parterna i september 1968 en meritvärderingsnämnd, vilken består av två representanter för vardera parten samt härutöver en av parterna gemensamt utsedd ledamot. Det ankommer på denna nämnd att upprätta förslag till tjänsterna, varvid skall gälla samma befordringsgrunder som gäller vid upprättande av förslag till överläkartjänst enligt sjukvårdslagen. Förslagen tillställs därefter vederbörande huvudman.

Som behörighetskrav för specialistläkare i öppen vård gäller enligt den nämnda överenskommelsen specialistkompetens inom den sökta tjänstens medicinska verksamhetsområde. Till grund för sina bedömningar vid upprättande av förslag till tjänsterna har meritvärderingsnämnden gjort meritårsberäkningar i huvudsak enligt socialstyrelsens nysnämnda normer för tillsättande av överläkartjänster i slutna vård. Detta motiveras med att man dels funnit denna systematisering ändamålsenlig, dels ansett sig böra sträva efter enhetlighet i meritvärderingsreglerna för den slutna och den öppna vården och därigenom i möjligaste mån underlätta integrationen av dessa vårdområden. Normerna har emellertid måst modifieras i vissa avseenden för att kunna användas i detta sammanhang. Nämnden har sålunda värderat tjänstgöring i öppen vård på samma sätt som tjänstgöring i slutna vård och därvid låtit de sökande tillgodoräkna även privat läkarverk-

samhet. Nämnden har vidare ansett sig böra maximera den totala tid som får tillgodoräknas till 25 meritår. Med tanke på att remitterings- och konsultationsmöjligheter i många fall är mera begränsade vid verksamhet i öppen vård utanför sjukhus än vid sjukhusen har nämnden ansett, att särskild vikt bör läggas vid randmeritering, som vid jämviktslägen mellan flera sökande bör kunna ha avgörande betydelse. Varken vetenskapliga eller administrativa meriter har däremot ansetts böra spela någon avgörande roll vid meritering till specialistläkartjänster.

8.2.2 Nuvarande praxis inom socialstyrelsen vid upprättande av förslag till överläkartjänster

Som redovisats i kapitel 7 upprättar socialstyrelsen *dels* förslag till besättande av sådan överläkartjänst som avses i sjukvårdslagen, *dels* fr. o. m. den 1 januari 1971 förslag till besättande av sådan överläkartjänst som inte är förenad med statlig lärartjänst vid kommunala undervisningssjukhus.

Styrelsens praxis vid upprättande av förslag till överläkartjänster är beroende på vilken sjukhuskategori tjänsten faller inom. Med kategoriindelning avses därvid den indelning (i kategori I och kategori II) som fastställts i socialstyrelsens cirkulär den 13 juni 1969 om kategoriindelning av sjukhus för vidareutbildning av läkare (MF nr 37/1969).

Till kategori I-sjukhus hänförs undervisningssjukhus, regionsjukhus, större centrallasarett och vissa större specialistsjukhus.

Till kategori II-sjukhus förs samtliga övriga delade lasarett för somatisk och i vissa fall även för psykiatrisk vård, vilka har såväl anestesio- som röntgenavdelning, samt specialsjukhus. Vidare förs till denna grupp alla lasarett för psykiatrisk vård, vilka inte klassificerats som kategori I-sjukhus.

Den kategoriindelning av sjukhusen som gjorts med avseende på deras engagemang i bl. a. läkarnas vidareutbildning har ansetts motivera en motsvarande differentiering av befordringsgrunderna, framför allt av de kva-

liteter som kan anses uttrycka "skickligheten"; tjänsternas faktiska innehåll blir med andra ord beroende av på vilken nivå i organisationen de är inplacerade.

Vid upprättande av förslag enligt sjukvårdslagens bestämmelser till överläkartjänst vid *kategori I-sjukhus* har socialstyrelsen lagt större vikt vid vetenskapliga meriter och undervisningsmeriter än när det gäller förslag till överläkartjänst vid *kategori II-sjukhus*. Styrelsen har sålunda vid förslag till överläkartjänst vid *kategori I-sjukhus*, vid vilka viss del av den nya vidareutbildningen för läkare skall fullgöras, fäst stor vikt vid, förutom förtjänsten, grundlig utbildning och väl vitsordat vetenskapligt arbete och här ansett det vara av stort värde med såväl lärarerfarenhet som administrativa meriter. Socialstyrelsen har därvid låtit inte enbart antalet meritår bli utslagsgivande utan tillmätt förekomsten av ovannämnda speciella kvalifikationer särskild betydelse.

När det gäller förslag till överläkartjänst vid *kategori II-sjukhus* måste beaktas, att dessa sjukhus inte utgör någon enhetlig grupp. Enstaka sjukhus är högt differentierade med åtta à nio kliniker eller avdelningar, medan andra kan innehålla endast fyra à fem kliniker. Denna skillnad sjukhusen emellan innebär även en skillnad i arbetsuppgifter och arbetskrav på innehavarna av respektive överläkartjänster. När det gäller en överläkare vid ett mera differentierat sjukhus, är kraven på denne större i fråga om samarbete med övriga specialiteter och kunskap om de skilda specialiteternas samverkan för uppnående av det bästa resultatet än när det gäller verksamheten vid ett mindre differentierat sjukhus.

Vid upprättande av förslag till överläkartjänst vid de mera differentierade sjukhusen har styrelsen ansett, att meritårsberäkningen är av visst värde för placering av de sökande på förslag. Då det gäller sökande med högt antal meritår, har styrelsen emellertid även ansett sig böra lägga stor vikt vid andra faktorer såsom den typ av sjukhus, till vilket den sökta tjänsten är förlagd, lämplig utbildning för den sökta tjänsten och vetenskapligt

arbete samt administrativa meriter. Styrelsen har sålunda låtit sådana kvalifikationer få en större tyngd vid den inbördes värderingen av de sökandes meriter än enbart det antal meritår, som ligger över t. ex. 25 meritår.

Vid förslag till tjänst vid mindre differentierade sjukhus och även vid odelade lasarett har socialstyrelsen fäst mindre avseende vid kvalifikationer av nu nämnd art. I stället har lång tjänstgöring med självständig verksamhet tillmätts större värde. Antalet meritår har därvid ofta varit avgörande för förslaget.

Som ovan angivits har socialstyrelsen att fr. o. m. den 1 januari 1971 uppräta förslag även till överläkartjänst (ej förenad med statlig lärartjänst) vid *kommunala undervisningssjukhus*. De av medicinska fakulteten utsedda tre sakkunniga, som skall biträda socialstyrelsen vid bedömningen av de sökande, skall pröva varje sökandes behörighet och skriftligen yttra sig om samtliga behöriga sökandes skicklighet för tjänsten. Vid bedömningen av skickligheten skall hänsyn tas till utbildning, skicklighet i utövningen av läkaryrket och ådagalagd vetenskaplig skicklighet. Sedan de sakkunniga yttrat sig, skall socialstyrelsen på förslag uppföra de fyra främsta sökandena. Någon gradering inom förslaget skall sålunda inte göras.

På förslaget får uppföras endast den som är behörig till motsvarande tjänst vid annat sjukhus än kommunalt undervisningssjukhus.

Beträffande förslag till ifrågasvarande överläkartjänster har helt naturligt någon praxis ännu inte hunnit utbildas inom socialstyrelsen. Det synes dock naturligt, att styrelsens praxis beträffande förslag till överläkartjänster vid *kategori I-sjukhus* kommer att kunna tillämpas även vid förslag till överläkartjänster vid *kommunala undervisningssjukhus*. Värdet av forsknings- och undervisningsmeriter kan emellertid förväntas bli i högre grad accentuerat i fråga om dessa tjänster.

8.3 Tidigare diskussion

8.3.1 Befordringsgrunder och meritvärdering

Debatten om meritvärderingen har framför allt haft sin grund i olika åsikter om hur förtjänst och skicklighet skall vägas samman. Allt efter medicinens utveckling och framsteg har skillnaden i fråga om resurser och graden av specialisering mellan olika sjukvårdsinrättningar blivit större. Därmed har också läkarnas utbildning blivit beroende av vid vilken sjukhustyp de valt att förlägga sin vidareutbildning. Vidare har de vetenskapliga meriterna kommit att tillmätas allt större betydelse.

Detta återspeglas också i den utveckling av lasarettsläkarens karriärgång, som skett sedan 1920-talet och innebär att allt fler läkare kommit att välja en utbildningsväg över undervisningssjukhusen. Särskilt i samband med tillsättandet av kirurgiska överläkartjänster vid de större, specialiserade lasaretten av centrallasarett- och regionsjukhustyp aktualiserades mot slutet av 1950-talet och under 1960-talet diskussionen om meritvärdering. Anledningen härtill var att man just vid dessa kliniker haft ett mycket stort antal sökande. Härigenom accentuerades också konflikten mellan två olika utbildningsvägar – den ena över odelade lasarett och normallasarett med en ringa grad av specialisering och den andra över en längre akademisk utbildning med vetenskaplig verksamhet och undervisning som viktiga inslag.

Innebörden av "förtjänst och skicklighet" har i flera sammanhang ansetts böra preciseras vid tillsättning av läkartjänster. Särskilt skicklighetsbegreppet har ansetts svårämbar. Vilken vikt förtjänsten skall tillmätas har också diskuterats.

Detta utgjorde bl. a. en viktig bakgrund till att Sveriges läkarförbund 1952 beslöt att tillsätta en kommitté för utarbetande av meritvärderingsnormer att användas vid tillsättning av överläkar- och biträdande överläkartjänster. Dåvarande medicinalstyrelsen var också representerad i kommittén.

På grundval av den allmänna bestämmel-

sen om "förtjänst och skicklighet" utarbetade meritvärderingskommittén förslag till normer för meritvärdering. Kommittén var starkt medveten om meritvärderingens svårigheter och framhöll, att någon "millimeter-rättvisa" naturligtvis aldrig kunde uppnås med något system. Förslag till en tjänst kunde heller inte göras upp genom en enkel räkneoperation. De föreslagna normerna ansågs dock kunna bli till god nytta för en grundläggande placering av de sökande på förslag.

Efter överläggningar mellan Sveriges läkarförbund och dåvarande medicinalstyrelsen antog styrelsen i februari 1962 med vissa jämkningar de föreslagna normerna. Dessa skulle tills vidare tjäna som vägledning vid upprättandet av förslag till överläkartjänst vid normallasarett, odelade lasarett och liknande sjukhus. I fråga om överläkartjänst vid centrallasarett och regionsjukhus skulle särskild hänsyn tas till verksamhetens art vid de kliniker, där vederbörande tjänstgjort, samt till vetenskapliga meriter (jfr kapitel 8.2.1). Meritvärderingsnormerna publicerades i Läkartidningen nr 16/1963 och anmäldes till Kungl. Maj:t genom skrivelse den 28 maj 1962.

Sedan de antagna normerna tillämpats några år, anhöll Sveriges läkarförbund i skrivelse till dåvarande medicinalstyrelsen om nya överläggningar rörande meritvärdering för läkartjänster. Enligt förbundets mening fanns det nämligen flera vägande skäl att göra de gällande normerna till föremål för en fullständig översyn. Socialstyrelsen beslöt i juni 1968 att tillsätta en för styrelsen och Sveriges läkarförbund gemensam arbetsgrupp med uppdrag att handlägga meritvärderingsproblemet. I denna arbetsgrupp skulle ingå två ledamöter från vardera socialstyrelsen och Sveriges läkarförbund, varjämte Svenska landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet inbjöds att tillsammans utse ytterligare två ledamöter i gruppen.

Sedan socialstyrelsen erhållit i uppdrag att utföra förevarande utredningsuppdrag rörande tjänster för läkare under vidareutbildning m. m., beslöt styrelsen den 5 februari 1970

för sin del upplösa den ovannämnda arbetsgruppen. Gruppen hade emellertid dessförinnan bl. a. utarbetat ett förslag till schema för sammanvägning av olika meriteringsgrunder för skilda tjänstekategorier. Detta schema har utgjort ett viktigt underlag för det förslag som presenteras i det följande angående differentiering av befodringsgrunderna "förtjänst och skicklighet" (jfr kapitel 8.4.3.2).

Under de senaste årens diskussion om meritvärdering vid tillsättning av läkartjänster har också möjligheterna att tillgodoräkna *deltidstjänstgöring* berörts i vissa sammanhang. En utredning i denna fråga avgavs sålunda hösten 1970 av en arbetsgrupp inom Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF). I utredningen framhölls bl. a. att det finns ett ökande intresse för deltidstjänstgöring bland såväl läkarna som sjukvårdshuvudmännen. Utredningen påpekade också, att gällande läkaravtal tillsammans med de allmänna bestämmelserna för offentligt anställda tjänstemän gav klara möjligheter att anordna deltidstjänster för underläkare. Sjukvårdshuvudmännen behövde heller inget tillstånd från socialstyrelsen för att deltidanställa underläkare. SYLF:s arbetsgrupp konstaterade dock, att anvisningar saknades om hur deltidstjänstgöring som underläkare skulle tillgodoräknas med avseende på specialistutbildning respektive vid ansökan om tjänst. Gruppen ifrågasatte också den princip som socialstyrelsen hittills tillämpat, att deltidstjänstgöring som underläkare tillgodoräknas inom specialistutbildningen i direkt proportion till deltidens omfattning (jfr kapitel 8.4.4.1). Detsamma gällde meritvärdet vid ansökan till tjänst. Enligt SYLF:s arbetsgrupp var det reella utbildningsvärdet under vissa förhållanden större. Därför borde även tillgodoräkandet av deltidstjänstgöring göras större än nämnda proportionalitet.

SYLF:s arbetsgrupp föreslog slutligen bl. a., att SYLF ifråga om deltidstjänstgöringens meritvärde på lämpligt sätt skulle söka åstadkomma, att tillfredställande regler skapades för att utbildningsmässigt tillgodoräkna deltidstjänstgöring som underläkare.

Möjliga vägar borde också prövas att erbjuda specialistutbildning på deltid utan att antalet utbildningsår avsevärt ökade, t. ex. genom försöksverksamhet i regi av nämnden för läkares vidareutbildning. Det underströks vidare, att det meritmässiga tillgodoräkandet av deltidstjänstgöring borde få en tillfredställande lösning i de kommande meritvärderingsreglerna.

Bland andra delfrågor som också upptagits till diskussion under senare år är *dubbel tjänstårsberäkning* samt det berättigade i att omräkna t. ex. *vetenskapliga meriter* till meritår. Diskussionen kring dessa frågor berörs närmare under kapitel 8.4.4.1.

8.3.2 Meritvärderingsnormernas hittillsvarande tillämpning

Meritvärderingsnormerna har tjänat som vägledning för socialstyrelsen vid upprättande av förslag till överläkartjänster och utgjort grunden för en placering av de sökande på förslag. Normerna har fungerat som ett instrument för att mäta förtjänsten och i viss mån även skickligheten, då denna dokumenterats genom doktorsgrad och docentur och genom tjänstgöring på undervisningssjukhus. Övriga kvalifikationer, som ingår under begreppet skicklighet, har därutöver fått vägas in särskilt alltefter den sökta tjänstens karaktär.

Socialstyrelsen har genom normerna kunnat hävda betydelsen av vissa meriter. Normerna har därigenom i viss mån fått en styrfunktion för läkarnas val av utbildningsvägar. Normerna har vidare varit vägledande inte endast för socialstyrelsen vid upprättande av förslag till överläkartjänster utan som regel också betjänat de av socialstyrelsen utsedda sakkunniga vid upprättande av förslag till biträdande överläkartjänster m. fl.

En undersökning av besvärshäufigheten över socialstyrelsens förslag till besättande av överläkartjänster visar, att av de 590 förslag till överläkartjänster som socialstyrelsen upprättat under åren 1965–1970 endast 43 givit anledning till besvär hos Kungl. Maj:t. I anledning av de anförda besvaren har Kungl.

Maj:t undanröjt styrelsens förslag i två fall.

Under nyssnämnda tidsperiod har i fem fall hos socialstyrelsen anförts besvär över sjukvårdsstyrelsens beslut om tillsättning av biträdande överläkartjänster. I två fall har besvären föranlett ändring av besluten. I båda dessa fall undanröjdes besluten på formella grunder.

8.4 Utredningens överväganden och förslag

8.4.1 Allmänt

Genom att det hittills ankommit på socialstyrelsen att upprätta förslag till överläkartjänster har styrelsen haft möjlighet att utöva en kvalitetskontroll och på så sätt hävda riksintressen vid meritprövning i samband med tillsättning av överläkartjänster. Styrelsens principer vid upprättande av förslag till överläkartjänster har också varit styrande för läkarnas utbildning, när det gällt för dem att kvalificera sig till överläkartjänster. De av socialstyrelsen tillämpade meritvärderingsnormerna har även kommit till användning vid tillsättning av vissa andra läkartjänster. Härigenom har meritvärderingsnormerna givit styrelsen möjlighet att indirekt utöva en viss kvalitetskontroll och styrning även av andra tjänster än överläkartjänster.

För att vid ett mer eller mindre decentraliserat tillsättningsförfarande enligt utredningens förslag i kapitel 7 åstadkomma en enhetlig meritbedömning över hela landet av sökande till läkartjänster är det enligt utredningens mening nödvändigt, att såväl huvudmannen som de sakkunniga vid tillsättning och vid upprättande av förslag till tjänster har tillgång till vissa centralt utformade *meritvärderingsnormer*.

Även för socialstyrelsen som central tillsynsmyndighet är det som ovan antytts angeläget, att det finns vissa enhetliga normer, vilka kan användas som grund för värdering av de sökandes meriter. Eftersom socialstyrelsen även avses fungera som besvärinstans över sjukvårdsstyrelsens beslut om tillsättning av överläkartjänster, är det enligt utredningens mening vidare angeläget, att besvär-

prövningen kan ske med stöd av enhetliga meritvärderingsnormer. Besvärsprövningen bör i sådant fall kunna innefatta även en prövning av hur gällande meritvärderingsnormer tillämpats i besvärärendet (jfr kapitel 7.4.3).

8.4.2 Författningsmässig reglering

Som tidigare visats har frekvensen av besvär över förslag upprättade på grundval av gällande meritvärderingsnormer varit ringa. Man torde därför kunna dra den slutsatsen, att de sökande uppfattat normerna som välmotiverade och rättvisande. Även om normerna sålunda hittills fungerat väl som ett instrument för en preliminär sammanvägning av de sökandes meriter, är de dock enligt utredningens mening på vissa punkter i behov av modernisering och omarbetning. Framför allt gäller detta med hänsyn till meriter förvärvade genom tjänstgöring inom den öppna hälso- och sjukvården. Det är också utredningens mening, att de gällande meritvärderingsnormerna i vissa avseenden bör kunna förenklas.

Utredningen har också diskuterat vilken form meritvärderingsnormerna i fortsättningen bör ges. En möjlighet är att meritvärderingsnormerna som hittills får formen av en överenskommelse mellan socialstyrelsen och arbetsmarknadens parter. Inför möjligheten av ett mera decentraliserat förfarande vid tillsättning av överläkartjänster anser dock utredningen, att meritvärderingsnormerna bör få en mera offentlighetsrättslig karaktär – i likhet med vad som exempelvis gäller för skolområdet, där skolöverstyrelsen efter bemyndigande av Kungl. Maj:t utfärdar anvisningar om meritvärdering vid tillsättning av vissa lärtjänster. Utredningen vill sålunda föreslå, att socialstyrelsen på motsvarande sätt ges bemyndigande av Kungl. Maj:t att utfärda anvisningar om meritvärdering vid tillsättning av vissa läkartjänster, varvid hänsyn skall tas till den sökta tjänstens art.

Utredningen har inte sett som sin uppgift att nu utarbeta några detaljerade meritvärderingsföreskrifter utan har stannat vid att

diskutera några riktlinjer härför. Det förut-sätts sålunda, att socialstyrelsen bemyndigas att efter samråd med arbetsmarknadens par-ter utforma preciserade normer för meritvär-dering på grundval av de riktlinjer som anges i det följande.

8.4.3 Meritvärderingsnormernas innehåll

8.4.3.1 Tjänstekategorier

Vid tillsättning av en viss läkartjänst är me-ritbedömningen av de sökande beroende av vilka funktioner som är förenade med den sökta tjänsten. Till grund för utredningens förslag i det följande redovisas här i korthet de uppgifter som i huvudsak är förenade med de olika läkartjänster som utredningen förordat i kapitlen 4 och 5. Det bör i sammanhanget understrykas, att de föreslag-na läkarkategorierna — överläkare, avdel-ningsläkare, underläkare — skall kunna före-komma inom såväl slutet som öppen vård. Nedanstående definitioner av tjänster gäller sålunda i princip oavsett inom vilket medi-cinskt verksamhetsområde eller inom vilken vårdform de är placerade.

Överläkartjänst, vars innehavare har ett medicinskt ledningsansvar för ett visst verks-amhetsområde. Tjänsteinnehavaren är skyl-dig att motta vissa förordnanden, som inne-bär administrativa chefsfunktioner. För inne-hav av överläkartjänst krävs fullgjord vidare-utbildning inom det verksamhetsområde tjänsten närmast avser;

avdelningsläkartjänst, vars innehavare är en underordnad befattningshavare med upp-gift att biträda överläkare. Tjänsteinnehava-ren kan dock i särskild ordning även förord-nas att fullgöra del av överläkares uppgifter och i sådant fall självständigt ansvara för de uppgifter som anförtrots honom. Denne skall dessutom vid tillfälligt förfall för över-läkaren utan särskilt förordnande fullgöra dennes uppgifter. För innehav av avdelnings-läkartjänst krävs fullgjord vidareutbildning inom det verksamhetsområde tjänsten när-mast avser;

underläkartjänst, vars innehavare är läkare under vidareutbildning med uppgift att biträda i sjukvården. Tjänsteinnehavaren skall vid tillfälligt förfall för överordnad läkare fullgöra dennes arbetsuppgifter.

8.4.3.2 Befordringsgrunder

Tillämpningen av begreppen "*förtjänst och skicklighet*" vid tillsättning av läkartjänster har ofta varit förenad med vissa svårigheter (jfr kapitel 8.2.1). "Förtjänsten", som vanli-gen uttrycks i antalet förvärvade tjänstår, är givetvis relativt lätt att mäta. Begreppet "skicklighet" rymmer däremot ett flertal skilda kvaliteter, som var för sig skulle kunna utgöra separata befordringsgrunder. Den är därför betydligt mera svårämbar. Möjlighe-terna att uttrycka befordringsgrunden "skicklighet" i kvantitativa termer är natur-ligtvis också begränsade. Det kan därför an-ses motiverat att göra en noggrannare preci-sering av innebörden av de meriteringsgrun-der som kan anses uttrycka "skickligheten". Samtidigt bör det framhållas, att det även med en sådan precisering alltid är svårt att objektivt bedöma skickligheten, då tolk-ningen av skicklighetsbegreppet i varje en-skilt fall måste anpassas till den sökta tjäns-tens karaktär. Förutsättningarna att mäta skickligheten är naturligtvis också på andra sätt beroende av den sökta tjänsten. I fråga om överordnade tjänster har de sökande i allmänhet en lång meritlista att hänvisa till. Bedömningen av de sökande kan härigenom nyanseras på ett helt annat sätt än vid tillsättning av underordnade tjänster, då de sökande till dylika tjänster utöver sin grund-utbildning ofta saknar väsentliga meriter.

Mot bakgrund av vad som anförts ovan vill utredningen förorda, att de meriteringsgrun-der som bör komma ifråga för att tolka "skickligheten" vid tillsättning av läkartjäns-ter indelas i fyra grupper:

Klinisk skicklighet, varmed avses genom berömvård tjänstgöring inom den sökta tjänstens område ävensom genom tjänstgö-ring inom verksamhetsområde av betydelse för den sökta tjänsten förvärvad kunskap och erfarenhet. Vid bedömningen skall sär-skild hänsyn tas till framstående kliniska insatser, som bidragit till utvecklingen av ifrågavarande medicinska verksamhetsområ-de, samt till verksamhetens art.

Vetenskaplig skicklighet, som ådagalagts genom väl vitsordat dokumenterat forsk-ningsarbete. Särskild hänsyn bör tas till

forskningsarbete av betydelse för den sökta tjänstens verksamhetsområde.

Administrativ skicklighet, varmed avses erfarenhet och kunskap inom företrädesvis det sjukvårdsorganisatoriska området. Administrativ skicklighet kan vitsordas bl. a. genom insatser i allmän sjukvårdsplanering, sjukhusplanering eller utredningsuppdrag i statlig, kommunal eller enskild regi. Särskild hänsyn bör tas till administrativ erfarenhet, som vunnits genom chefskap över klinik eller annan vårdinrättning, genom förordnande som styresman, chefsläkare eller blockchef vid sjukhus jämväl genom tjänstgöring som föredragande i socialstyrelsen eller motsvarande.

Undervisningsskicklighet, varmed avses skicklighet och erfarenhet att planera och meddela klinisk undervisning och handledning i första hand inom ramen för grund-, vidare- och efterutbildning av läkare. Undervisningsskicklighet bör vitsordas med tjänstgöringsintyg, som utvisar arten och omfattningen av den pedagogiska verksamhet vederbörande bedrivit. I förekommande fall skall hänsyn även tas till vederbörandes pedagogiska författarskap och till genomgången utbildning i undervisningsteknik.

Meriter, som inte direkt kan hänföras till någon av de fyra ovannämnda meriteringsgrunderna som t. ex. studieresor, fortbildningskurser eller andra motsvarande verksamheter av betydelse för den sökta tjänsten, bör även få åberopas.

De nu tillämpade befordringsgrunderna "förtjänst och skicklighet" gäller i princip för samma typ av tjänst, oavsett vilken sjukvårdsenhet tjänsten ifråga är knuten till. Som tidigare redovisats sker däremot i praktiken — bl. a. som resultat av konkurrensförhållandena — en skiktning mellan de olika nivåerna i sjukhushierarkin (jfr kapitel 8.2.2).

Utredningen anser, att man vid meritvärdering i samband med tillsättning av läkartjänst även för framtiden bör differentiera befordringsgrunderna ungefär enligt den kategoriindelning av sjukhusen som f. n. tillämpas. En nackdel med en differentiering, som följer kategoriindelningen av sjukhus, är emellertid att öppen sjukvård utanför sjukhus härigenom inte kan tas med. En ny utgångspunkt av intresse för diskussionen om indelning av värdenheter, som också ger

möjlighet att räkna in den öppna, icke sjukhusanknutna värden, har nyligen behandlats i Spris projekt 3006. Som redovisats i kapitel 3 föreslås i detta projekt en funktionell indelning av sjukvårdsresurserna, där nivåer och nivåkillnader konstitueras i första hand av resursuppsättningen på respektive vårdnivå. Nivåindelningen utgår från idén om en successiv upptrappning av resurstillgången alltefter de insatser för adekvat diagnostik och terapi som patientens tillstånd fordrar. Nivå I — primärvården — svarar för icke sjukhusansluten vård och service. På nivå II meddelas slutna vård med begränsade diagnostiska och terapeutiska resurser. Även halvöppna vårdformer kan förekomma på nivå III. På övriga nivåer (III och IV) meddelas såväl slutna som öppna vård samt olika slag av förekommande mellanvårdsformer. Handlingsberedskapen beräknas vara hög på dessa nivåer.

Vid jämförelse mellan den ovannämnda nivåindelningen av de medicinska funktionerna och den tidigare omnämnda kategoriindelningen av sjukhus kan kategori I-sjukhusen, vad gäller den slutna vården, närmast sägas motsvara nivåerna III och IV i Spris projekt 3006; kategori II-sjukhusens slutna del faller närmast in under nivå II. Denna nivå omfattar därutöver t. ex. annexsjukhus och odelade lasarett. Nivå I saknar av naturliga skäl någon motsvarighet inom ramen för kategoriindelningen av sjukhus enligt nuvarande ordning.

Med hänsyn till att innehållet i verksamheten på de skilda nivåerna ställer olika krav på läkarna är det enligt utredningens mening nödvändigt att ge meriteringsgrunderna olika vikt beroende på var tjänsten ifråga är placerad. Nedan presenteras ett schema över hur utredningen anser, att de olika meriteringsgrundande kvaliteterna bör sammanvägas med hänsyn till dels vilken kategori tjänsten ifråga tillhör, dels tjänstens placering i nivåstrukturen enligt förslaget i Spris ovannämnda projekt. Tjänster förenade med akademisk lärartjänst har därvid helt lämnats utanför med hänsyn till att dessa för närvarande är föremål för utredning i annat sammanhang.

Överläkare

- a) vid kategori I-sjukhus (nivå III och IV):

Klinisk skicklighet

Vetenskaplig skicklighet

Undervisningsskicklighet

Administrativ skicklighet

För denna tjänst förutsättes en hög grad av klinisk skicklighet, som endast till en del kan mätas i antalet tjänstår. Stor hänsyn skall därför tas till andra kvaliteter som bedömes uttrycka klinisk skicklighet som t. ex. framstående kliniska insatser, som bidragit till utvecklingen av ifrågavarande medicinska verksamhetsområde, samt verksamhetens art.

Vetenskaplig skicklighet och undervisningsskicklighet är kvaliteter som ofrånkomligen måste förekomma på denna nivå och tillmätas speciellt värde.

Administrativ skicklighet är ett krav med hänsyn till att vid utlösande av skyldigheten att motta administrativa uppdrag det som regel innebär ansvar för stora enheter.

- b) vid kategori II-sjukhus och ej kategoriindelade sjukhus inklusive odelade lasarett och sjukhem (nivå II):

Klinisk skicklighet utgör på denna nivå huvudmeriten.

Särskild hänsyn skall tas till erfarenhet i fråga om

klinisk handledning av underordnad personal, särskilt läkare, samt

sjukvårdsadministrativ erfarenhet.

Meriter med avseende på *vetenskaplig verksamhet* bör tillmätas betydelse och vid i övrigt lika konkurrens vara avgörande.

- c) i öppen vård utanför sjukhus (nivå I):

Klinisk skicklighet

Meriter med avseende på *vetenskaplig verksamhet* bör tillmätas betydelse och vid i övrigt konkurrens vara avgörande.

Om innehavaren av tjänsten förväntas fungera som handledare inom ramen för vidareutbildning av läkare bör erfarenhet

från motsvarande verksamhet tillmätas särskild betydelse.

Avdelningsläkare

Vid samtliga sjukvårdsenheter är meriteringsgrunderna:

klinisk skicklighet,

vetenskaplig skicklighet och

undervisningsskicklighet

Vid tjänst på kategori I-sjukhus (nivå III och IV) bör meriter med avseende på vetenskaplig verksamhet och undervisning tillmätas särskild betydelse.

Underläkare

Vid samtliga sjukvårdsenheter är meriteringsgrunderna kvaliteterna i den medicinska grundutbildningen såväl som i annan utbildning och tjänstgöring av betydelse för den sökta tjänsten jämte i förekommande fall fullgjord del av vidareutbildning. Vidare bör hänsyn tas till de intresseinriktningar, anlag m. m., som kan visa sig vid prövningen av de sökande.

8.4.4 Vissa andra problem i samband med meritvärdering

8.4.4.1 Tjänstår/meritår

Enligt bestämmelserna i 9 § allmänna läkarinstruktionen får tjänstgöring som läkare i anställning, som avses i sjukvårdslagen och 14 § hälsovårdsstadgan (stadsläkare), tillgodoräknas som om anställningen innehafts hos staten, d. v. s. den medför rätt till tjänstårsberäkning. På samma sätt får efter socialstyrelsens prövning och medgivande även viss annan läkartjänstgöring tillgodoräknas.

Vid tillgodoräkning av tjänstår förutsätts generellt att tjänstgöringen fullgjorts på heltid. Sättet att beräkna tjänstår vid *deltidstjänstgöring* anges ej i de grundläggande bestämmelserna. Enligt ett uttalande av inrikesdepartementets rättsavdelning den 6 november 1962 bör dock inget hinder möta mot att tillgodoräkna deltidstjänstgöring – givetvis med den reduktion som påkallas av tjänstgöringens omfattning. Socialstyrelsen har som praxis, att basen för tjänstårsberäk-

ning vid reducerad tjänstgöring är den tjänstetid som enligt träffat avtal är föreskriven för tjänsten. Deltidstjänstgöringen meritvärderas sålunda i proportion till den reglerade tjänstetiden. Tjänstgöring, som omfattar mindre tid än halvtid, har inte givit något meritvärde. Vid medgivande av tjänstårsberäkning för tjänstgöring, som inte automatiskt är förenad med rätt till tjänstårsberäkning (t. ex. tjänstgöring som läkare vid en fristående poliklinik), har socialstyrelsen emellertid haft som norm att för halvtids-tjänstgöring kräva minst 18 veckotimmar och för heltidstjänstgöring minst 30 veckotimmar. Tjänstgöring utöver den stipulerade tiden för heltidstjänstgöring ger ingen extramerit enligt nuvarande praxis.

Deltidstjänstgöring kan i framtiden förväntas bli allt mer efterfrågad bland läkarna. Sannolikt kommer också sjukvårdens behov av läkare med deltidstjänstgöring att öka. Utredningen är för sin del positivt inställd till att det skapas normer för meritvärdering av sådan tjänstgöring. Något preciserat förslag härom presenteras dock inte i detta sammanhang. Utredningen förutsätter därvid, att socialstyrelsen i samband med att normer för meritvärdering närmare utformas även utreder meritvärdet av deltidstjänstgöring. Redan nu bör dock betonas vikten av att deltidstjänsternas innehåll noggrant studeras, innan de åsätts visst meritvärde.

I samband med diskussionen om möjligheterna att tillgodoräkna deltidstjänstgöring har utredningen också tagit upp frågan om *meritvärdet av forskarnas deltagande i sjukvården*. Beträffande bl. a. kliniska forskare har socialstyrelsen den 28 mars 1968 fastställt vissa normer för tillgodoräknande av deras tjänstgöring vid ansökan till tjänst. Som en allmän förutsättning för tillgodoräknande av kliniskt forskningsarbete gäller enligt de fastställda normerna bl. a., att forskaren med stöd av tillstånd från vederbörande sjukvårdshuvudman deltagit i rutinsjukvården vid ifrågasvarande klinik minst sex timmar per vecka samt därutöver bedrivit den sjukvård som varit anknuten till forskningsprojektet. Vidare krävs att vederbörande före anställ-

ningen som forskare fullgjort viss annan klinisk tjänstgöring i ämnet.

Nu gällande regler för tillgodoräknande av kliniskt forskningsarbete bör enligt utredningens uppfattning kunna tillämpas i sina huvuddrag även för framtiden. Utredningen vill i sammanhanget erinra om den förändring i tjänstestrukturen och tjänsternas konstruktion som kan komma att ske vid undervisningssjukhusen. Om en förändring av dessa tjänstekategorier genomförs, bör det dock ankomma på socialstyrelsen att i samband med utarbetande av regler för meritvärdering av deltidstjänstgöring även beakta forskarnas tjänstgöring och de eventuella behov att ändra nu gällande normer, som utredningens förslag angående undervisningssjukhusens tjänster kan föranleda.

I vissa fall har Kungl. Maj:t för att underlätta rekrytering till vissa läkartjänster genom särskilda beslut medgivit, att vederbörande läkare under vissa villkor får tillgodoräkna sin tjänstgöring med *dubbla tjänstår*. För närvarande gäller sålunda dubbel tjänstårsberäkning för tjänstgöring som provinsialläkare i vissa distrikt i Norrland och på Gotland. Tidigare gällde sådan dubbel tjänstårsberäkning även för tjänstgöring vid svenska röda korsets sjukhus i Korea och efter dess avveckling även vid det upprättade skandinaviska undervisningssjukhuset i Korea.

Utredningen finner för sin del, att dubbel tjänstårsberäkning från meritsynpunkt inte är berättigad. Genom den förväntade ökningen av läkartillgången finns numera heller ingen anledning att från rekryteringssynpunkt medge dubbel tjänstårsberäkning. Rätten att få tillgodoräkna viss tjänstgöring med dubbla tjänstår föreslås sålunda bli avskaffad. Hittills utfärdade bestämmelser om förhöjd tjänstårsberäkning för provinsialläkare vid tjänstgöring i vissa läkardistrikt bör enligt utredningen upphöra att gälla fr. o. m. den 1 januari 1973.¹

¹De bestämmelser som här avses är angivna i ämbetsskrivelser från socialdepartementet och inrikesdepartementet till dåvarande medicinalstyrelsen den 7 oktober 1921, 15 oktober 1926, 26 april 1946, 21 maj och 19 november 1948, 21 januari och 24 mars 1949, 30 december 1952, 11 oktober 1963 och 6 mars 1964.

Utredningen vill i sammanhanget erinra om att dåvarande medicinalstyrelsen den 6 mars 1964 gavs i uppdrag av Kungl. Maj:t att utreda det fortsatta behovet av dubbel tjänstårsberäkning för läkare. Ärendet har under utredningsarbetet överlämnats till läkartjänstutredningen. Med hänsyn till att uppdraget numera förlorat sin aktualitet vill utredningen föreslå, att socialstyrelsen befrias från fullgörandet av uppdraget.

Som tidigare visats omräknas vid meritvärdering tjänståren efter vissa fastställda regler till meritår, varvid inte endast ren tjänstgöringstid omräknas till meritår utan även andra meriter åsätts meritårsvärde, t. ex. vetenskapliga meriter. Svårigheten att rättvist kunna kvantifiera sådana *svärmätbara meriter* har ofta framhållits. Så har t. ex. i de av skolöverstyrelsen utfärdade anvisningarna för meritvärdering vid tillsättning av vissa läkartjänster framhållits, att de flesta meriter, som är av vikt vid jämförelse mellan sökande till läkartjänst, inte objektivt kan mätas i talvärden. En lärares undervisningsskicklighet utgör t. ex. ingen kvantitativ egenskap. När man trots detta evalverar sådana meriter i talvärden, har man enligt anvisningarna strängt taget i stor utsträckning kvantifierat på ett oberättigat sätt.

När det gäller meritvärdering vid tillsättning av läkartjänster finner man, att många svärmätbara meriter får ett allt större värde i en allt mer differentierad vårdapparat. Det kan då synas inkonsekvent, att som nu sker i meritvärderingsnormerna endast en del dylika meriter åsätts ett numerärt värde – meritår (jfr kapitel 8.2.1). Det skulle vara mera logiskt att låta meritåren bli en värdemätare endast för läkarens fullgjorda tjänstgöringstid. Andra svärmätbara meriter bör beskrivas på annat sätt än som meritår och tillmätas värde beroende på den sökta tjänstens karaktär. Enligt utredningens mening bör sålunda vid meritårsberäkning hänsyn tas endast till fullgjord tjänstårsberättigad tjänstgöringstid under det att meriter förvärvade på annat sätt bör kunna beskrivas verbalt. Sålunda bör vetenskapliga meriter, undervisningsmeriter och administrativa meriter inte vägas in

bland meritåren utan istället räknas den sökande tillgodo bland de meriter, som kan sägas uttrycka "skicklighet" och vilkas förekomst är av betydelse allt efter den sökta tjänstens karaktär. Utredningen hänvisar till det schema i kapital 8.4.3.2., av vilket detta framgår.

I linje med det anförda vill utredningen förorda, att tjänstgöring på undervisnings-sjukhus inte i fortsättningen skall ge dubbla meritår. Mervärdet av denna art av tjänstgöring får i stället vägas in vid bedömningen av skickligheten. Inte heller tjänstgöring som överläkare eller biträdande överläkare bör i fortsättningen ge förhöjt antal meritår utan får beaktas vid bedömningen av bl. a. den kliniska skickligheten.

Sveriges läkarförbunds representanter har ställt sig tvekande till att avskaffa det hittills tillämpade sättet att kvantifiera dessa meriter. De normer för meritvärdering som socialstyrelsen skall utfärda bör enligt deras mening utformas så, att så många meriter som möjligt ges kvantifierade värden. Även om dessa inte motsvarar någon objektiv verklighet, anses de nämligen ge möjlighet till tydlig jämförelse mellan olika sökandes meriter. En verbal beskrivning, som kanske i det särskilda fallet kan bli mera adekvat, anses sålunda inte ge samma jämförelsemöjligheter och betraktas därmed som ett mindre ändamålsenligt urvalsinstrument.

Utredningen delar för sin del uppfattningen, att såväl tjänstgöring som underläkare vid undervisningssjukhus som tjänstgöring som överläkare och biträdande överläkare är värdefulla meriter, vilka kan ge en sökande inte endast klinisk skicklighet utan – beroende på tjänstens innehåll och fullgörande – även vetenskaplig skicklighet, undervisningsskicklighet och administrativ skicklighet. Mot bakgrund av vad som tidigare anförts i frågan anser dock utredningen, att det inte bara är vanskligt utan också i princip fel att mäta dessa meriter i kvantitativa termer. Utredningen förordar i stället en kvalitativ värdering, som kan erhållas genom verbal beskrivning av ifrågavarande aktiviteter. Utredningen vill i sammanhanget bestämt un-

derstryka, att dess ställningstagande i denna fråga inte innebär någon nedvärdering av de ifrågasvarande meriterna. Tvärtom bör man i ett kvalitativt system med hänsyn till den sökta tjänstens beskaffenhet kunna ge sådana meriter varom här är fråga ett högre värde än det nuvarande meritvärderingssystemet medger.

I enlighet med vad utredningen ovan föreslagit kommer i fortsättningen endast läkartjänstgöring att redovisas i kvantitativa termer, vilket innebär att bl. a. *vetenskapliga meriter* bör redovisas på annat sätt. De bör enligt utredningens mening beskrivas verbalt och vid bedömningen av graden av vetenskaplig skicklighet bör tillämpas samma praxis som utvecklats vid tillsättning av forskartjänster vid medicinsk fakultet. Därvid bör vid värderingen hänsyn tas till dels de vetenskapliga meriter som enligt gällande normer omräknas till meritår (jfr kapitel 8.2.1), dels andra dokumenterade aktiviteter inom det vetenskapliga området, för vilka det nuvarande meritvärderingssystemet saknar normer.

I nu gällande meritvärderingsnormer ingår inte särskilda regler för omräkning av *undervisningsmeriter* till meritår annat än då undervisningsmeriter ingår i sådana vetenskapliga meriter, som omräknas till meritår, t. ex. docentur. Med hänsyn till tjänstens karaktär har dock undervisningsmeriter vid tjänstgöring som assistent och amanuens vid teoretisk institution vägt in i meritårsberäkningen. Mot bakgrund av en klarare distinktion mellan å ena sidan "förtjänstmeriter" och å andra sidan "skicklighetsmeriter" finner utredningen, att tjänstgöring som assistent och amanuens vid vetenskaplig institution bör tillgodoräknas som tilläggsmerit och därvid betraktas i första hand som uttryck för dokumenterad erfarenhet inom undervisningsområdet, dvs. meriteringsgrunden "undervisningsskicklighet". I vissa fall torde dock tjänstgöring som assistent huvudsakligen ha avsett arbetsuppgifter av vetenskaplig karaktär. I dessa fall bör meriteringen anses falla under kriteriet "vetenskaplig skicklighet", i den mån tjänstgöringen lett fram till vetenskapliga resultat, som kan dokumente-

ras. Undervisningsmeriter i övrigt bör enligt utredningens mening beskrivas verbalt och räknas den sökande tillgodo beroende på den sökta tjänstens karaktär.

Det har på senare år framhållits det stora värdet av *sjukvårdsadministrativa meriter* för en överläkare. Huvudmännen har betonat, att administrativa meriter i ännu högre grad än vad som sker i dag bör tas i beaktande i samband med meritvärdering av sökande till överläkartjänst. Enligt nu gällande normer kan läkare i administrativ tjänst efter prövning av socialstyrelsen i varje särskilt fall få räkna tjänstår lika med meritår inom sin specialitet under högst tre år. Enligt utredningens mening bör tjänstgöring som styresman, chefsläkare, blockchef och biträdande blockchef eller klinikchef och biträdande klinikchef få tillgodoräknas som administrativ merit. Även en föredragande i socialstyrelsen eller motsvarande skulle kunna få tillgodoräkna dylik tjänstgöring omfattande minst 10 veckotimmar som sådan merit. I övrigt får meriter inom området underställas en individuell prövning. Utredningen anser dock, att administrativa meriter inte i fortsättningen bör omräknas i meritår utan i likhet med vad som föreslagits beträffande vetenskapliga meriter och undervisningsmeriter beskrivas verbalt vid meritbedömningen.

8.4.4.2 Samordning av meriter förvärvade i öppen respektive slutna vård

Nu gällande meritvärderingsnormer (jfr kapitel 8.2.1.) innehåller regler för meritvärdering av tjänstgöring inom den öppna vården endast i fråga om tjänstgöring som poliklinisk läkare. Inför perspektivet av en stark expansion av den öppna vården och utbyggnaden av specialisläkarfunktioner finner utredningen det nödvändigt att skapa meritvärderingsbestämmelser dels för tillgodoräkning av tjänstgöring inom den öppna vården vid sökande av tjänst inom den slutna vården och vice versa, dels för tillgodoräkning av öppenvårdstjänstgöring vid sökande av tjänst inom samma vårdområde. När det gäller att föreslå meritvärderingsregler för samordning

av meriter förvärvade i öppen respektive slutna vård har utredningen ansett det värdefullt att inhämta specialisternas synpunkter på denna fråga. Utredningen har därför låtit utsända en enkätskrivelse till Sveriges läkarförbunds olika specialistföreningar m. fl. med anhållan om synpunkter på ett upprättat preliminärt förslag till regler för meritvärdering i nämnda avseende. Förslaget innebar, att tjänstgöring inom öppen specialistvård vid sökande av tjänst inom motsvarande medicinska verksamhetsområde i slutna vård skulle få tillgodoräknas enligt fyra olika alternativ, beroende på vilket medicinskt verksamhetsområde tjänstgöringen avsåg. De fyra olika alternativen innebar tillgodoräknande enligt följande:

Alt I	1:a – 2:a året	100 %
	3:e året	50 %
	tid därutöver	0 %
Alt II	1:a – 3:e året	100 %
	4:e – 5:e året	50 %
	tid därutöver	0 %
Alt III	1:a – 5:e året	100 %
	tid därutöver	0 %
Alt IV	hela tjänstgöringstiden	100 %

Till alternativ I har hänförs framför allt de kirurgiska specialiteterna, till alternativ II framför allt de invärtesmedicinska specialiteterna, till alternativ III de psykiatriska specialiteterna och medicinsk rehabilitering samt till alternativ IV audiologi och foniatri.

Vissa i förslaget uppräknade verksamhetsområden, som inte förekommer inom öppen vård, ansågs inte aktuella i sammanhanget och upptogs därför inte under något av de fyra alternativen.

Utredningen föreslog vidare, att tjänstgöring inom slutna vård skulle få tillgodoräknas fullt vid sökande av tjänst inom motsvarande medicinska verksamhetsområde i öppen vård.

Svar på enkäten inkom från 18 läkarföreningar. Av dessa förklarade sig 13 föreningar inte ha något att invända mot förslaget angående tillgodoräknande av tjänstgöring inom öppen vård vid ansökan till slutna vård. Fem föreningar hade däremot avvikande förslag.

De avvikande förslagen innebar följande:

Cardiologföreningen ansåg, att det var tillräckligt med tre alternativ för tillgodoräknande av tjänstgöring inom öppen specialistvård vid sökande av tjänst inom motsvarande medicinska verksamhetsområde i slutna vård. Föreningen föreslog, därför att alternativ II och alternativ III skulle utgöra en grupp. Vidare borde tillgodoräknande med 50 % utgå.

Svenska psykiatriska föreningen ansåg det önskvärt, att en betydande del av den utbyggda psykiatriska öppenvården vore fast förankrad vid en kliniskorganisation med regelbundet återkommande tjänstgöring även inom den slutna vården. Med hänsyn härtill ansåg föreningen, att denna form av öppenvårdstjänstgöring borde ge fullt meritvärde utan tidsbegränsning och alltså hänförs till alternativ IV. Föreningen framhöll vidare bl. a., att alternativ I kunde accepteras generellt för psykiatrisk öppenvård innebärande enskild mottagningsverksamhet.

Rehabiliteringsläkarföreningen ansåg, att tjänstgöring inom öppen rehabiliteringsvård med medicinsk medverkan borde tillgodoräknas enligt alternativ II samt att tjänstgöring vid arbetsvårdsinrättning, som inte är knuten till sjukhus, där rehabiliteringsklinik finns, borde tillgodoräknas enligt alternativ I.

Internmedicinsk förening förordade, att invärtes sjukdomar, endokrina sjukdomar, hjärtsjukdomar, matsmältningsorganens medicinska sjukdomar och medicinska njursjukdomar hänförs till alternativ I istället för enligt utredningens förslag till alternativ II. Svenska endokrinologföreningen hade däremot ingen invändning mot utredningens förslag att alternativ II skulle omfatta såväl endokrina sjukdomar som invärtes sjukdomar.

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri ansåg, att tjänstgöring inom barn- och ungdomspsykiatri borde inplaceras under alternativ IV i stället för enligt utredningens förslag under alternativ III.

På utredningens fråga om synpunkter beträffande tillgodoräknande av slutna vård vid ansökan till öppen vård har ingen förening opponerat sig mot förslaget om fullt tillgodoräknande.

Utredningen har för sin del ifrågasatt om inte tjänstgöring inom slutna vård borde ges ett reducerat meritvärde vid ansökan till tjänst inom öppen vård. Med hänsyn till att det vid tjänstgöring inom snart sagt varje

form av slutna vård för närvarande även ingår viss tjänstgöring inom öppen vård har utredningen emellertid inte ansett sig böra föreslå någon sådan minskning av meritvärdet. Utredningen har sålunda funnit, att tjänstgöring inom slutna vård tills vidare bör få tillgodoräknas fullt vid sökande av tjänst inom samma verksamhetsområde, oavsett om det gäller öppen eller slutna vård.

Tjänstgöring inom öppen vård bör enligt utredningen få tillgodoräknas fullt vid sökande av tjänst inom motsvarande verksamhetsområde i öppen vård. Däremot bör tjänstgöring inom öppen vård ges successivt reducerat meritvärde vid sökande av tjänst inom motsvarande verksamhetsområde i slutna vård. Meritvärdets minskning i detta avseende är beroende av vilken specialitet det gäller. Ifråga om en manuell specialitet som t. ex. kirurgi finns sålunda uppenbara skillnader mellan verksamhet i slutna vård och verksamhet i öppen vård. Svårare vårdfall remitteras t. ex. regelmässigt till högt kvalificerade sjukhuskliniker, medan verksamheten i öppen vård av naturliga skäl måste begränsas till sådana fall, som ställer mindre anspråk på tekniska och personella resurser. Läkaren, som tjänstgör inom öppen vård, kan sålunda efter en tid antas förlora en del av de färdigheter som krävs för utövande av specialiteten vid sjukhus. När det däremot gäller en icke-manuell specialitet, kan man räkna med att läkaren under längre tid kan vara borta från tjänstgöring inom den slutna vården, innan han "tappar meriter" för återgång till slutna vård.

Mot bakgrund av det ovan anförda och av de synpunkter som framkommit vid utredningens enkät till specialistföreningarna föreslår utredningen följande meritvärderingsnormer:

När det gäller *ansökan avseende visst verksamhetsområde inom öppen vård* bör tjänstgöring såväl inom slutna som öppen vård inom den sökta tjänstens verksamhetsområde tillgodoräknas fullt. Tjänstgöring inom andra verksamhetsområden avses kunna tillgodoräknas som randmerit enligt de regler som gäller i nu använt meritvärderingssys-

tem. Till ledning för bedömning av vilka verksamhetsområden som bör räknas som randutbildning *inom* eller *utom* verksamhetsområdet bör utarbetas ett särskilt upprättat schema. Grundregeln bör härvid vara att randutbildning *inom* verksamhetsområdet får tillgodoräknas under högst tre år, under det att randutbildning *utom* verksamhetsområdet får tillgodoräknas under högst ett år.

Vid *ansökan avseende visst verksamhetsområde inom slutna vård* bör tjänstgöring inom motsvarande verksamhetsområde i slutna vård tillgodoräknas helt, medan tillgodoräkning av tjänstgöring inom samma verksamhetsområde i öppen vård bör begränsas beroende på vilket medicinskt verksamhetsområde det gäller. Regler för meritvärderingen kan lämpligen fastställas i ett upprättat schema. Därvid bör hänsyn tas till de synpunkter, som framkommit genom enkäten till Sveriges läkarförbunds specialistföreningar m. fl.

Tjänstgöring inom andra verksamhetsområden avses kunna tillgodoräknas som randmerit enligt de regler som gäller i nu använt meritvärderingssystem, varvid i likhet med vad ovan föreslagits ett schema bör utarbetas till ledning för bedömning av randmeritens värde.

Utredningen är medveten om att det finns flera *särskilda öppenvårdstjänster*, t. ex. som specialistläkare, socialläkare, företagsläkare m. fl., som nu inte är författningsmässigt reglerade och därför inte heller tjänstårsberättigande. Dylig läkarverksamhet har givetvis sitt meritvärde och frågan om att offentligt reglera ifrågavarande tjänster prövas f. n. i annat sammanhang. I samband härmed förväntas också tjänstårsrätten för dessa komma att prövas generellt. I sammanhanget bör erinras om att vissa sådana tjänster enligt särskilda beslut av socialstyrelsen redan har medgivits tjänstårsrätt.

Då en läkare utanför den offentliga sektorn söker en statlig eller kommunal tjänst, bör enligt utredningens mening värdet av verksamheten liksom hittills prövas vid meritbedömningen. Självfallet åligger det den sökande att styrka arten och omfattningen

av tjänstgöringen. Detta ansluter sig till den praxis som tillämpas av meritvärderingsnämnden för specialläkare i öppen vård (jfr kapitel 8.2.1.) Nämnden gör för sin del inte någon åtskillnad mellan meriter förvärvade som privatpraktiserande läkare och meriter förvärvade i offentlig tjänst.

Under utredningsarbetet har försvarets sjukvårdsstyrelse väckt frågan om tillgodoräkning av tjänstårsberättigad tjänstgöring som läkare vid förband inom krigsmakten dels som merit vid sökande av läkartjänst inom den offentliga sektorn, dels som utbildningsmerit inom vidareutbildningen för läkare. Vissa överläggningar i frågan har också ägt rum mellan representanter från nämnden för läkares vidareutbildning och försvarets sjukvårdsstyrelse. För att utreda frågan har sjukvårdsstyrelsen därefter tillsatt en arbetsgrupp, i vilken nämnden för läkares vidareutbildning är representerad. Frågan om möjligheten att tillgodoräkna förbandstjänstgöring i ovannämnda avseenden är sålunda under övervägande, varför det inte ansetts föreligga anledning att här ta upp sakfrågan om meritvärdering av ifrågavarande tjänstgöring. Utredningen förutsätter, att förslag i frågan kommer att framläggas av den för ändamålet tillsatta arbetsgruppen.

9 Läkartjänster vid undervisningssjukhusen

I läkartjänstutredningens uppdrag ingår bl. a. att pröva frågan om tjänstetyper vid olika slag av sjukvårdsinrättningar. Därvid torde särskild anledning finnas att behandla undervisningssjukhusen — dvs. sjukhus som utnyttjas för grundutbildning av läkare m. m. — med hänsyn till de speciella krav som ställs på verksamheten där. I den promemoria från socialdepartementet som fogats till utredningsuppdraget anges för övrigt, att utredningen vid sin bedömning av läkartjänsternas konstruktion skall beakta behovet av att "läkarna i enkel form skall kunna tilläggas särskilda uppgifter, såsom t. ex. särskilt ansvar för undervisning". Vidare har utredningen att pröva frågan hur läkartjänstgöring bör kombineras med forskarutbildning i kliniska ämnen.

I samband med behandlingen av konstruktionen av läkartjänster vid undervisningssjukhusen har det också befunnits lämpligt att pröva den i andra sammanhang diskuterade frågan om nya särskilda tjänster, bl. a. som universitetslektor i kliniska ämnen. Den pågående debatten om ledningen och organisationen av undervisningssjukhusen ger vidare anledning att beröra även vissa andra frågor, som direkt påverkar konstruktionen av läkartjänsterna vid dessa sjukhus.

Förhållandena skiljer sig i dagens läge vad gäller ledning, organisation och konstruktion av läkartjänster vid de olika undervisningssjukhusen. Vid de statliga undervisningssjukhusen är i princip alla läkartjänster förenade

med skyldighet att medverka i läkarutbildningen, således även sådana som inte är förenade med lärarbefattning på universitetsstat. För vissa läkartjänster — överläkare och biträdande överläkare — är skyldigheten att medverka i utbildningen också närmare preciserad i omfattning. Vid de kommunala undervisningssjukhusen finns för utbildningsändamål förutom professorer och biträdande professorer (motsv.) vissa särskilda kombinerade lärar/läkartjänster — kliniska lärare och kliniska amanuenser. Även övriga läkare vid dessa sjukhus har emellertid skyldighet att biträda vid handledningen av medicine studerande. Dessutom åligger det överläkare och biträdande överläkare att motta uppdrag att ombesörja erforderlig undervisning eller examination för läkarutbildningen inom sitt verksamhetsområde.

De nu rådande skillnaderna i fråga om konstruktionen av läkartjänsterna vid olika undervisningssjukhus utgör enligt utredningen i och för sig inget hinder att vid dessa sjukhus tillämpa samma tjänstestruktur som läkartjänstutredningen föreslagit för övriga sjukhus. Biträdande överläkartjänster vid både de statliga och kommunala undervisningssjukhusen skulle sålunda kunna omvandlas till överläkar- eller avdelningsläkartjänster på samma sätt som utredningen tidigare föreslagit, utan ändring av de utbildningsfunktioner som är förenade med tjänsterna. De uppgifter som för närvarande är förenade med tjänst som klinisk lärare vid kommunala

undervisningssjukhus bör också utan vidare kunna förenas med överläkar- eller avdelningsläkartjänster. Beträffande underläkartjänsterna vid samtliga undervisningssjukhus och tjänsterna som klinisk amanuens vid de kommunala undervisningssjukhusen får dock förutsättas vissa avvikelser beträffande förordnandetider m. m. i förhållande till motsvarande tjänster vid andra sjukhus, bl. a. med hänsyn till de krav som forskarutbildningen ställer.

Även om det av läkartjänstutredningen presenterade förslaget till tjänstestruktur och konstruktion av läkartjänster sålunda skulle kunna tillämpas även på undervisningssjukhusen efter mindre, huvudsakligen formella justeringar av vissa tjänster, har det ansetts önskvärt att i detta sammanhang diskutera även en mera övergripande förändring av läkartjänsterna vid undervisningssjukhusen bl. a. för att enhetlighet skall nås i tjänstestrukturen vid samtliga undervisningssjukhus. Den diskussion som pågått i dessa frågor under senare år med anledning av förslag från klinikutredningen och utredningen angående de kommunala undervisningssjukhusen samt i samband med forskarutbildningsreformen och de nyligen genomförda förhandlingarna om statens bidrag för investering och driftkostnader vid de kommunala undervisningssjukhusen — de s. k. LUA-förhandlingarna — ger sålunda anledning ifrågasätta, om det inte redan nu bör övervägas en tjänstekonstruktion, som ger möjligheter att utnyttja läkararbetskraften vid undervisningssjukhusen på ett mera flexibelt sätt än den nuvarande medger.

Utredningen är klart medveten om att den ordning som nu råder ifråga om ledningen och resursstyrningen av undervisningssjukhusens funktioner — sjukvård, utbildning och forskning — inte medger någon långtgående förändring av konstruktionen av läkartjänsterna vid undervisningssjukhusen. En förutsättning härför är sålunda att förhandlingar och nya överenskommelser kommer till stånd mellan staten och huvudmännen för de kommunala undervisningssjukhusen, bl. a. om fördelningen av kostnaderna för de olika

verksamhetsgrenarna vid undervisningssjukhusen samt om ledningen av och verksamhetens organisation vid dessa sjukhus. Avtal om att utredning och sådana förhandlingar skall upptas med sikte på en ny överenskommelse mellan berörda parter har emellertid redan träffats mellan staten och huvudmännen för kommunala undervisningssjukhus (prop. 1971:44, SoU 1971:8, rskr 1971:98). Genom Kungl. Maj:ts beslut den 30 juni 1971 har en sakkunnig tillkallats med uppdrag att — med beaktande av vad som anförts i nyssnämnda avtal — utreda frågor som är av betydelse för samarbetet mellan stat och kommun beträffande de kommunala sjukvårdsinrättningar som tas i anspråk för grundläggande utbildning för läkarexamen samt för forskarutbildning och forskning. Denna utredning skall vara slutförd före den 1 november 1972.

Forskarutbildningen i kliniska ämnen är för närvarande föremål för utredning inom universitetskanslersämbetet. Därvid har också i en särskild promemoria redovisats vissa preliminära förslag enligt vilka forskarutbildning skulle kunna genomföras med en viss förlängning av förordnandetider på underläkartjänster (motsv.) vid undervisningssjukhusen.

Bl. a. på grund av att det under arbetet med frågan om tjänster för läkare vid undervisningssjukhusen m. m. aktualiserats vissa spörsmål, som delvis berör även andra förhållanden än de som läkartjänstutredningen primärt har att behandla, har det inte varit möjligt att slutföra denna del av arbetet i förevarande utredningsetapp. I sammanhanget bör vidare erinras om det pågående utredningsarbetet inom universitetskanslersämbetet angående forskarutbildning i kliniska ämnen samt den nyligen tillsatta utredningen av frågor av betydelse för stat och kommun beträffande de kommunala undervisningssjukhusen.

Mot bakgrund av det ovan anförda avser utredningen att senare återkomma med förslag beträffande konstruktionen av läkartjänster vid undervisningssjukhusen m. m. Förslaget avses givetvis i princip bygga på

utredningens förslag i detta betänkande beträffande sjukvården i övrigt. En förändring av tjänstekonstruktionerna för att tillgodose behovet av vidareutbildning efter allmän-tjänstgöring i kombination med forskarut-bildning blir för övrigt inte aktuell förrän tidigast i slutet av år 1974, då ett nytt avtal mellan staten och de kommunala sjukvårds-huvudmännen bör ha träffats.

10.1 *Uppdraget*

Utredningens uppdrag (jfr *kapitel 1*) innefattar bl. a. att utreda och lägga fram förslag beträffande konstruktionen av läkartjänsterna, regler för behörighet att utöva läkaryrket och för olika slag av läkartjänster, regler för meritvärdering, som kan behövas vid tillsättning av läkartjänster, samt de författningsändringar som följer av utredningens ställningstaganden i berörda frågor.

10.2 *1969 års reform av läkarutbildningen*

En viktig bakgrund till läkartjänstutredningens uppdrag utgörs av det beslut om ett nytt system för vidareutbildning av läkare som fattades av statsmakterna under 1969. Härigenom har den medicinska grundutbildningen förkortats. Medicine licentiatexamen har ersatts av läkarexamen. Assistenttjänstgöringarna, som tidigare ingick i grundutbildningen, har avskaffats och ersatts av en ny första tjänstgöringsperiod om sammanlagt 21 månader – allmäntjänstgöringen – vilken avses vara i princip obligatorisk för alla läkare. Efter allmäntjänstgöringen skall följa en mera specialiserad utbildningsperiod, den fortsatta vidareutbildningen. När denna avslutats, skall läkaren ha vunnit kompetens som specialist inom ett visst medicinskt verksamhetsområde. En utbildningsordning har även fastställts för allmän praktik. Det har också förutsatts att i princip alla läkare skall gå igenom vidareutbildning.

Vid beslutet om genomförande av den nya ordningen för vidareutbildning av läkare togs även vissa principbeslut beträffande tjänster för dem som genomgår vidareutbildning. Sålunda beslöts, att särskilda underordnade tjänster i framtiden skulle reserveras för läkare under vidareutbildning. Förordnande på tjänsterna skulle vidare vara tidsbegränsat och i princip endast avse den tid läkaren behöver för att kunna fullfölja sin vidareutbildning. Det stod dock samtidigt klart att konstruktionen av läkartjänsterna krävde fortsatt utredningsarbete. Detsamma gällde vissa frågor om regleringen av behörigheten att verka som läkare. Någon slutgiltig ställning togs inte i denna fråga i samband med 1969 års reform. Läkaren skulle dock först sedan han tjänstgjort en tid efter genomgången grundutbildning få samma rätt att verka självständigt som läkarlegitimationen nu ger.

1969 års reform kan ses som ett fullföljande av vissa idéer om läkarutbildningens uppbyggnad som diskuterats sedan lång tid tillbaka och vilka i viss mån även påverkar ett ställningstagande såväl till konstruktionen av vissa läkartjänster som till vissa behörighetsfrågor. Med hänsyn härtill har utredningen i *kapitel 2* skildrat huvuddragen i den debatt som förts under de senaste årtiondena beträffande läkarnas grundutbildning och vidareutbildning samt innebörden av den senaste reformen angående vidareutbildning för läkare m. m.

10.3 En enhetlig tjänstestruktur

Vid sidan av vidareutbildningsreformen utgör sjukvårdens organisatoriska utveckling den centrala utgångspunkten för ett ställningstagande till utformningen av läkartjänsternas struktur och konstruktion. Dessa frågor behandlas i *kapitel 3*.

Formerna för sjukvårdens ledning och organisation har under 1960-talet blivit föremål för flera viktiga förändringar, som innebär att en allt större del av ansvaret för hälso- och sjukvården överförs från staten till de kommunala sjukvårdshuvudmännen. Underlag har härigenom skapats för en samordnad utbyggnad av olika vårdgrenar. Samtidigt har en relativt kraftigare satsning skett på utbyggnaden av öppna och halvöppna vårdformer, medan resurserna för den slutna vården alltmer kommit att koncentreras till rikt specialiserade sjukhus. Vissa beslut har redan fattats om att bl. a. den öppna läkarvården skall prioriteras i den fortsatta utbyggnaden av hälso- och sjukvården under 1970-talet. Den ökade tillgång på läkare som väntas bli resultatet av statsmakternas beslut om ökat intag till den medicinska grundutbildningen medger också en ökad utbyggnad av denna vårdform. Den ökade läkartillgången kommer även att möjliggöra en ökad satsning på förebyggande vård, vilket i sin tur på längre sikt kan förväntas medföra betydande konsekvenser för behovet av resurser för slutna vård. Av betydelse i sammanhanget är vidare det utredningsarbete som för närvarande pågår inom socialstyrelsen och Spri för att strukturera hälso- och sjukvården i bestämda nivåer med hänsyn till bl. a. vårdfunktionernas personella och tekniska resurskrav och grad av närhet till patienten. Ett viktigt syfte är härvid att bygga ut den öppna hälso- och sjukvården till en decentraliserad primärvårdsnivå med specialiserade flerläkarmottagningar, vårdcentraler, som också avses bli engagerade i hälsovårdsarbete. Samverkan förutsätts även ske med socialvården.

Möjligheterna till en utbyggnad av primärvården enligt de antydda riktlinjerna förut-

sätts kunna underlättas genom bl. a. de förslag till avskaffande av provinsialläkarväsendet och en delvis ny konstruktion av läkartjänsterna i öppen vård, som nyligen framlagts av en utredning angående den öppna hälso- och sjukvården utanför sjukhus. Även detta utredningsförslag redovisas i *kapitel 3*.

Mot bakgrund av den pågående utvecklingen mot en nivåstrukturerad av hälso- och sjukvården, prioriteringen av den öppna hälso- och sjukvårdens utbyggnad och önskemålen att satsa på förebyggande vårdformer under det närmaste decenniet har läkartjänstutredningen funnit, att det för framtiden knappast finns anledning att markera någon bestämd skillnad av det slag som nu gäller mellan läkartjänster i öppna och slutna vårdformer. I stället bör en så långt möjligt *enhetlig tjänstestruktur* tillämpas med samma konstruktion och samma beteckning på läkartjänsterna för hela hälso- och sjukvården oavsett vilken vårdfunktion det gäller. Med ökningen av antalet läkare inom den huvudsakligen öppna primärvården får det också förutsättas att tjänstestrukturen där vid behov skall kunna differentieras på samma sätt som på andra, huvudsakligen slutna vårdnivåer. Samma grundläggande författningsbestämmelser bör också gälla för läkartjänster inom samma kategori på alla vårdnivåer. Utredningen har även övervägt en sådan ändring av sjukvårdsförfattningarna att läkartjänsterna inte längre knyts till viss vårdinrättning, t. ex. sjukhus, utan i stället sjukvårdsområdet. Möjligheter kan härigenom öppnas för sjukvårdshuvudmännen att på ett friare sätt än hittills disponera läkartjänsterna för skilda vårdfunktioner.

En enhetlig tjänstestruktur kan enligt utredningens mening således ses som en naturlig följd av den öppna, icke sjukhusbundna vårdens expansion. Den kan även förväntas påskynda utvecklingen av den öppna icke sjukhusbundna vården till en självständig primärvårdsnivå med i princip samma tjänstestruktur, organisation och befordringssystem för personalen som nu finns inom sjukhusvården. Till den grad det är organisatoriskt och medicinskt motiverat förutsätter utred-

ningen vidare, att läkararbetskraften skall kunna alternera mellan tjänstgöring i öppna och slutna vårdformer.

I kapitel 3 berörs även läkartjänsterna inom hälsovården, som nu inte regleras i sjukvårdslagen. Utredningen betonar vikten av att såväl offentliga som enskilda tjänster av detta slag, bl. a. för företagshälsovården, kommer under viss etableringskontroll från samhällets sida. En sådan kontroll bedöms vara av betydelse för att en prioritering skall kunna ske mellan utbyggnaden av hälsovården och andra vårdområden. Etableringskontroll erfordras även för att vidareutbildningen skall kunna organiseras inom ännu icke offentligt reglerade delar av hälso- och sjukvården.

10.4 Tre tjänstekategorier

En betydelsefull utgångspunkt för utredningens ställningstagande till utformningen av tjänstestrukturen för läkare utgörs av regleringen av de medicinska ansvarsförhållandena mellan olika tjänstekategorier. En redovisning härav sker i *kapitel 4*.

Utredningen konstaterar, att alla läkare arbetar under ett medicinskt professionellt ansvar, som innebär att läkaren själv ansvarar inför socialstyrelsen för sin medicinska yrkesutövning. Med vissa tjänster måste här till förenas ett medicinskt ledningsansvar, som innebär att läkaren ansvarar inte bara för sitt eget utan även den underställda personalens handlande. Klinik- och blockchefsfunktionen, som närmast avser ett administrativt ansvar, lämnas härvid utanför. Vid utformningen av tjänstestrukturen måste emellertid hänsyn tas till utredningens ställningstagande i behörighetsfrågorna. Dessa innebär bl. a. förslag om att behörighet att självständigt verka som läkare skall inträda först när läkaren fullgjort sin vidareutbildning (jfr kapitel 10.6).

Den sammanvägning av ansvars- och behörighetsregleringen som utredningen gör leder till att en tjänstekategori kommer att konstitueras av att läkarna inom kategorin har samma ställning i avseende på medicinskt

ledningsansvar och befinner sig på samma behörighetsnivå. Härvid följer behov av minst tre tjänstekategorier i offentlig hälso- och sjukvård:

- 1) medicinskt och administrativt underordnade tjänster avsedda för läkare som genomgår vidareutbildning och ännu inte vunnit behörighet att självständigt utöva yrket,
- 2) tjänster i underordnad ställning för läkare med fullgjord vidareutbildning samt
- 3) överordnade tjänster förenade med medicinskt ledningsansvar.

Flera skäl talar enligt utredningen för att indela läkartjänsterna i så få kategorier som möjligt. Utredningen förordar därför en tjänstestruktur bestående av det minimiantal tjänstekategorier som befunnits erforderligt – dvs. tre slag av läkartjänster, som avses kunna tillämpas i såväl slutna som öppna hälso- och sjukvård. Utredningen gör här en grundläggande indelning i dels *tjänster för läkare under vidareutbildning*, dels *tjänster för läkare med fullgjord vidareutbildning*.

För alla läkare under vidareutbildning föreslås en gemensam, såväl medicinskt som administrativt underordnad tjänstekategori, benämnd *underläkartjänster*. Några särskilda tjänster för t. ex. allmäntjänstgörande läkare föreslås sålunda inte.

Tjänster för läkare med fullgjord vidareutbildning föreslås bestå av två kategorier: dels överordnade tjänster, *överläkartjänster*, för vilka förordas i princip samma konstruktion som nu tillämpas, dels en ny tjänstekategori, *avdelningsläkartjänster*. De sistnämnda tjänsterna skall enligt förslaget vara underordnade. I kraft av sin behörighet avses dock läkare på dessa tjänster kunna fungera i relativt självständiga funktioner på delegation av överläkare. I likhet med överläkare skall de vidare kunna fullgöra bakjour och vid tillfälligt förfall för överläkaren utan formellt förordnande för varje enskilt tillfälle kunna inträda i dennes funktioner. För den händelse det från sjukvårdsorganisatoriska utgångspunkter bedöms lämpligt skall sjukvårdshuvudmannen enligt förslaget också ha möjlighet att i särskild ordning förordna

en avdelningsläkare att mera permanent självständigt ansvara för en viss del av överläkarens verksamhetsområde.

Med den konstruktion utredningen föreslagit för avdelningsläkartjänsterna har det inte ansetts nödvändigt att bibehålla de nuvarande tjänsterna som biträdande överläkare. Ytterligare ett motiv för ett avskaffande av dessa tjänster är den ändring av överläkartjänsternas konstruktion som nyligen genomförts och som innebär att sambandet mellan överläkartjänst och chefskap för klinik har upplösts. De biträdande överläkartjänsterna föreslås sålunda utgå ur lagstiftningen och endast övergångsvis behållas. Tjänsterna föreslås successivt bli omvandlade till överläkare eller avdelningsläkartjänster. Utredningen föreslår vidare att efter den 1 januari 1972 inga nya biträdande överläkartjänster skall få inrättas. Däremot skall innehavare av befintlig tjänst kunna omförordnas även efter nämnda datum.

10.5 Tjänstekonstruktion

Konstruktionen av läkartjänsterna behandlas i *kapitel 5*.

Förordnande på *underläkartjänster* för allmäntjänstgöring förordas få karaktären av s. k. blockförordnande, som i regel innefattar alla de föreskrivna tjänstgöringsmomenten av allmäntjänstgöringen.

Även för tjänster för läkare under fortsatt vidareutbildning har utredningen ansett att möjligheter bör öppnas att utforma förordnandena som blockförordnanden, omfattande huvuddelen av de tjänstgöringsavsnitt som ingår i den fortsatta vidareutbildningen.

Något författningsmässigt krav på blockförordnanden kan enligt utredningen inte uppställas. Utredningen räknar dock med att huvudmännen successivt kommer att skapa förutsättningar för blockförordnanden på flertalet underläkartjänster.

Om systemet med blockförordnanden genomförs, måste förordnandetiden för underläkartjänster i hög grad komma att variera dels mellan allmäntjänstgöringen och den fortsatta vidareutbildningen, dels efter

vilket område den fortsatta vidareutbildningen avser. Med hänsyn härtill har utredningen inte ansett det lämpligt att det längre anges en generell förordnandetid för underläkartjänster i sjukvårdslagen. Utredningen föreslår, att sjukvårdslagens nuvarande regel om treårsförordnanden i stället ersätts av en ny regel om att förordnanden på underläkartjänster skall omfatta viss tid. Närmare regler angående förordnandetider m. m. för underläkartjänster föreslås i fortsättningen bli utformade i särskilda anvisningar från socialstyrelsen.

Utredningen förordar att förordnandetiden för allmäntjänstgörande läkare sätts till högst två år. En sådan föreskrift medger att blockförordnande kan utfärdas för hela allmäntjänstgöringen. Den ger härtill ytterligare tre månaders utrymme för den händelse läkaren t. ex. inte hinner fullgöra den avsedda tjänstgöringen på stipulerad minimitid. Förlängning av förordnandet häruöver skall enligt förslaget kunna meddelas direkt av sjukvårdshuvudmannen. För att garantera socialstyrelsen viss kontroll över att ingen läkare tjänstgör längre tid inom varje område än som är förutsatt behövas för allmäntjänstgöringen förordas dock att sjukvårdshuvudmännen åläggs skyldighet att anmäla till socialstyrelsen, när en läkare under allmäntjänstgöring medgetts förlängt förordnande.

Även för underläkare under fortsatt vidareutbildning förutsätter utredningen att förordnandetiden i stort skall anpassas till den tid vidareutbildningen kräver inom skilda medicinska verksamhetsområden. Utöver den tid vidareutbildningen kräver föreslås en generell möjlighet till ett halvt års förlängning av förordnandet. Förordnandet skall i särskilda fall även kunna ytterligare förlängas av sjukvårdshuvudmannen. På samma sätt som föreslagits för allmäntjänstgörande läkare skall sådan förlängning anmälas till socialstyrelsen.

För att garantera genomströmning på underläkartjänsterna får det enligt utredningens mening förutsättas att socialstyrelsen liksom hittills i vissa fall utfärdar bestämmelser om kortare förordnandetider. I första

hand kan detta bli aktuellt för tjänster vid kategori-I sjukhus, där ett år av vidareutbildningen obligatoriskt skall fullgöras.

Ansvaret för den centrala planeringen av läkararbetskraftens användning föreslås som hittills vila på socialstyrelsen. Styrelsens medgivande skall sålunda krävas för att inrätta läkartjänster. Tjänsterna är dock redan nu av begränsat värde som styrinstrument. På grund av jourkompensation och ledigheter av annat slag måste nämligen anställas fler än en läkare per tjänst för att hålla denna kontinuerligt besatt. För närvarande beräknas förekomma i genomsnitt 1,4 läkare per underläkartjänst.

Med den reglering av förordnanden för underläkartjänster utredningen föreslagit blir bristen på analogi mellan tjänst och befattningshavare än mer uttalad än hittills. Med hänsyn härtill har utredningen ansett, att tjänstebegreppet vid regleringen av antalet läkartjänster och deras fördelning i fortsättningen bör kopplas till den för läkarna reglerade arbetstiden. En tjänst skall sålunda i princip motsvara ett läkarmanår med den genomsnittliga tjänstgöringstid per vecka som regleras i gällande lag och avtal. läkartjänsterna aktualiserar även en diskussion rörande bestämmelserna om rätt att vikariera och för vidareutbildningen tillgodoräkna vikariat som läkare.

Med hänsyn bl. a. till den rådande knappa läkartillgången har vikariatsreglerna för närvarande en mycket generös utformning. Med ökad läkartillgång anser utredningen att reglerna måste skärpas. I synnerhet kan det enligt utredningen diskuteras om medicine kandidater skall få vikariera som läkare och tillgodoräkna dessa vikariat i vidareutbildningen.

Behovet av läkararbetskraft har inte ansetts medge någon omedelbar skärpning av vikariatsbestämmelserna. Utredningen förutsätter dock att socialstyrelsen efter samråd med huvudmännen successivt kommer att inskränka vikariatsrätten. Även intresset av genomströmning på tjänsterna för läkare under vidareutbildning har bedömts kunna påfordra en sådan skärpning inom en

relativt snar framtid.

I fråga om regleringen av ledighet för semester etc. förutsätter utredningen, att nu gällande bestämmelser för den fortsatta vidareutbildningen skall utsträckas att gälla även allmäntjänstgöringen. Detta innebär, att ledigheter så långt möjligt skall fördelas lika mellan olika avsnitt under tjänstgöringen och sålunda inte kunna uttas under endast ett tjänstgöringsavsnitt.

Utredningens förslag ifråga om konstruktionen av *tjänster för läkare med fullgjord vidareutbildning* innebär bl. a. följande.

För överläkartjänsterna föreslås endast en mindre författningsjustering. I linje med förslaget om en enhetlig tjänstestruktur för hela den offentligt reglerade hälso- och sjukvården föreslås vidare att de särskilda tjänsterna som sjukstugu- och sjukhemsläkare skall utmönstras ur lagstiftningen och ersättas av i första hand överläkar- eller avdelningsläkartjänster. I vissa fall, då sjukstugu- eller sjukhemsläkartjänst har karaktären av ett deltidsuppdrag vid sidan av ordinarie befattning, utgår utredningen från att tjänstgöringen även kan ske utan att tjänsten därför regleras.

För avdelningsläkartjänst föreslås förordnande bli utfärdat av sjukvårdsstyrelsen eller i förekommande fall av sjukhusdirektionen tills vidare eller för viss tid. Med hänsyn till tjänsternas karaktär utgår utredningen från att förordnande tills vidare skall vara regel.

10.6 Behörighetsfrågor

I utredningens uppdrag ingår att pröva behörighetsvillkoren dels för utövande av läkaryrket, dels för olika slag av läkartjänster. Dessa frågor behandlas i *kapitel 6*.

Huvudvillkor för *behörighet att utöva läkaryrket* är för närvarande innehav av legitimation som läkare. Legitimation söks efter avlagd medicinsk grundexamen och utfärdas av socialstyrelsen. Om läkaren dömts till ansvar för vissa allvarigare brott eller på annat sätt visat sig uppenbart olämplig att utöva läkaryrket, kan hans legitimation åter-

kallas genom beslut av medicinalväsendets ansvarsnämnd.

Utredningen konstaterar, att legitimationsordningens största betydelse ligger i att den dels utgör ett instrument för samhällets kontroll över läkarverksamheten, dels för läkarna fungerar som ett kompetensbevis gentemot allmänheten. Legitimationen ger läkaren permanent och i princip oinskränkt rätt att utöva läkaryrket. Med den nya ordning för vidareutbildning av läkare som beslöts 1969 har emellertid förutsättningarna för regleringen av läkarbehörigheten ändrats. Under förarbetet till reformen var sålunda flertalet berörda myndigheter och organisationer ense om att en legitimation av nuvarande vidsträckta innebörd inte kunde tilldelas läkaren omedelbart vid läkarexamen utan först efter en tids vidareutbildning. Under mellantiden skulle läkaren få en mer begränsad behörighet knuten till tjänsten.

Utredningen anser för sin del att behörigheten bör regleras redan från den tidpunkt läkaren tidigast kan vara yrkesverksam, dvs. i omedelbar anslutning till läkarexamen. Härmed aktualiseras också en mera ingående och förutsättningslös prövning av formerna för behörighetsregleringen.

De möjligheter som legitimationsordningen nu ger att kontrollera läkarverksamheten måste enligt utredningens uppfattning finnas även i fortsättningen. Begreppet legitimation är emellertid inte behövligt för att samhället skall kunna utöva denna kontroll. I stället för att återkalla legitimationen kan man helt enkelt ta ifrån läkaren behörigheten. Läkartiteln är numera f. ö. skyddad genom en bestämmelse i kvacksalverilagen, varför legitimationsinstitutet kan anses ha förlorat sin betydelse även som behörighetsbevis gentemot allmänheten.

Behörighet som läkare skall enligt utredningens förslag följa automatiskt när den medicinska grundutbildningen fullgjorts och läkarexamen avlagts. Någon särskild kompetensförklaring, utöver beviset om avlagd läkarexamen, skall inte erfordras. Genomgången grundutbildning skall i stället utgöra den faktiska behörighetsgrunden. Så snart

någon avlagt läkarexamen skall vederbörande också anses stå under socialstyrelsens tillsyn.

Uppgifter om avlagda läkarexamina föreslås bli meddelade till socialstyrelsen direkt från varje utbildningsanstalt, varefter den examinerade förs in i socialstyrelsens läkarregister. Motsvarande uppgifter om utländska läkare som i Sverige genomgått föreskriven kompletterande utbildning lämnas av socialstyrelsens nämnd för utländsk medicinalpersonal.

Den behörighet som följer vid avlagd läkarexamen skall enligt förslaget vara begränsad. Läkarexamen skall sålunda ge behörighet för underläkartjänst i offentligt reglerad sjukvård. Läkaren skall dock ha vissa begränsade möjligheter att verka även utanför tjänsten, t. ex. förskriva läkemedel och utfärda intyg, som inte kräver särskild tjänsteställning eller behörighet. Han skall däremot inte äga rätt att vara yrkesmässigt verksam som privatpraktiker. För rätt att öppna privat patientmottagning eller eljest yrkesmässigt tillhandagå allmänheten med läkarvård utanför offentligt reglerad tjänstutövning skall enligt förslaget krävas att läkaren fullgjort sin vidareutbildning inom visst medicinskt verksamhetsområde.

Behörighetsvillkor för olika slag av läkartjänster regleras för närvarande i 1915 års behörighetskungörelse. De villkor som där anges har länge ansetts otillfredsställande. Ett ofta framfört yrkande har varit att behörighetskraven för mera fasta tjänster i offentlig sjukvård skall motsvara specialistutbildningskraven. Utredningen delar för sin del denna uppfattning. Behörighetskraven för innehav av överläkartjänst och avdelningsläkartjänst föreslås sålunda vara att läkaren fullgjort vidareutbildning inom det medicinska område tjänsten närmast avser. De gällande utbildningskraven för allmän praktik föreslås gälla för motsvarande tjänster inom detta område.

Specialist- och allmänpraktikerutbildningen samt behörighetskraven för läkartjänster föreslås bli reglerade i en och samma kungörelse. Samtidigt föreslås begreppen "specialitet" och "specialist" bli utmönstra-

de ur lagstiftningen och ersättas av "medicinskt verksamhetsområde" respektive "läkare inom visst medicinskt verksamhetsområde". Motivet för ändringen är dels att det är språkligt ologiskt att beteckna allmän praktik som en specialitet, dels att vidareutbildningen härigenom klarare anknyts till behörighetsvillkoren för tjänster som överläkare och avdelningsläkare.

När läkaren fullgjort sin vidareutbildning får han bevis härom av nämnden för läkares vidareutbildning. Något särskilt behörighetsbevis härutöver skall enligt utredningen inte utfärdas. Kontrollen av att vederbörande läkare fullgjort sin vidareutbildning och sålunda är behörig för överläkar- och avdelningsläkartjänst liksom för att enskilt vara yrkesmässigt verksam som läkare kan ske genom att uppgifter om fullgjord vidareutbildning ingår i socialstyrelsens läkarregister.

För vissa läkartjänster måste *särskilda behörighetsvillkor* föreskrivas. Detta gäller i första hand tjänster inom sådana medicinska verksamhetsområden för vilka någon vidareutbildning inte är fastställd i tillämpningskungörelsen till behörighetslagen. Ett sådant är företagshälsovården. För detta område föreslår utredningen att Kungl. Maj:t ger socialstyrelsen i uppdrag att i samråd med nämnden för läkares vidareutbildning och den nyligen inrättade centrala delegationen för företagshälsovård utfärda anvisningar om behörighetskraven. Styrelsen föreslås samtidigt få bemyndigande att träffa de överenskommelser som kan erfordras för att organisera tjänstgöring för läkare under vidareutbildning inom företagshälsovård under enskilt huvudmannaskap.

I övrigt föreslås socialstyrelsen kunna fastställa särskilda behörighetsvillkor för vissa tjänster i offentlig hälso- och sjukvård. Vid utformningen av vidareutbildning för sådana tjänster förutsätts nämnden för läkares vidareutbildning medverka.

Utredningens förslag i behörighetsfrågorna innebär att *ny behörighetslag* och *ny tillämpningskungörelse till denna lag* måste utformas. Vissa övergångsbestämmelser måste vidare utfärdas till de föreslagna för-

fattningarna, som avses träda i kraft den 1 januari 1973. Den som före detta datum legitimeras som läkare föreslås sålunda få samma behörighet som nu är förenad med legitimation. Detsamma skall även gälla den som efter denna tidpunkt avlägger medicine licentiatexamen enligt den gamla studieordningen. Den som innehar läkartjänst före den 1 januari 1973 skall också efter denna tidpunkt bibehålla sin behörighet till detta slags tjänst. Läkare som vid samma tidpunkt saknar behörighet för viss tjänst förutsätts kunna komplettera sin vidareutbildning.

Utredningen är medveten om att de föreslagna behörighetskraven för överläkar- och avdelningsläkartjänst inte omedelbart kan genomföras. Generell dispens från dessa krav föreslås därför kunna lämnas under en övergångstid av i första hand tre år efter de nya författningarnas ikraftträdande.

10.7 Tillsättningsförfarande

I linje med vissa tidigare utredningsförslag och beslut av statsmakterna har utredningen syftat till en decentralisering och förenkling av tillsättningsförfarandet för samtliga läkartjänster. Förslag härom återfinns i *kapitel 7*.

Ordningen för tillsättning av överläkartjänster har nyligen reviderats. Bl. a. med hänsyn till den av utredningen föreslagna skärpningen av behörighetsvillkoren för innehav av tjänsterna har utredningen ansett det motiverat att på nytt ta upp frågan till övervägande. Utredningens förslag till en ny tjänstestruktur för läkare inom hela den offentligt reglerade hälso- och sjukvården har utgjort skäl för en översyn av tillsättningsbestämmelserna även för andra läkartjänster.

Överläkartjänster föreslås även i fortsättningen bli tillsatta av vederbörande sjukvårdsstyrelse. Däremot skall socialstyrelsen inte längre ha att upprätta förslag till besättande av tjänsterna. Denna funktion föreslås istället åvila en särskild förslagsnämnd, som utses för varje sjukvårdsregion. Förslagsnämnderna föreslås bestå av fem ledamöter, varav en skall vara nämndens ordförande och utses av socialstyrelsen. Övriga ledamöter

skall tillsättas av socialstyrelsen efter samråd med sjukvårdshuvudmännen i respektive region och Sveriges läkarförbund.

Förslagsnämnderna skall ha möjlighet att vid behov anlita särskilda sakkunniga utanför sin egen krets, t. ex. läkare som är ledamot av socialstyrelsens vetenskapliga råd.

Med hänsyn bl. a. till den föreslagna sammansättningen av regionnämnderna anser utredningen, att förslag till överläkartjänst alltså bör omfatta de fyra främsta behöriga sökandena. Bland dessa fyra som förts upp på förslag skall sjukvårdshuvudmannen ha att utnämna innehavare av tjänsten.

Med hänsyn till den förordade konstruktionen av *avdelningsläkartjänsterna* har utredningen föreslagit, att de nuvarande reglerna om tillsättning av tjänster som biträdande överläkare i stort sett oförändrade skall överföras till att gälla avdelningsläkartjänster.

Förordnande skall sålunda utfärdas av sjukvårdsstyrelse eller, efter dess delegation, av sjukhusdirektion och avse viss tid eller tills vidare. Tillsättningsbeslutet skall föregås av ett sakkunnigförfarande inom respektive sjukvårdsområde. Sakkunnigkretsen skall alltså utses av socialstyrelsen.

Liksom ifråga om överläkartjänster anser utredningen att förslag till avdelningsläkartjänster skall omfatta de fyra främsta sökandena. Likaså bör enligt utredningens uppfattning huvudmannens valrätt begränsas till de fyra sökande som uppförts på förslag.

Som utredningen visat kommer *underläkartjänsterna* i fortsättningen att besättas av läkare under vidareutbildning. Vid tillsättningen av tjänsterna föreslås gälla ett i princip fritt ansökningsförfarande liksom för övriga läkartjänster.

Förordnande på underläkartjänst skall liksom nu utfärdas av sjukvårdsstyrelse eller sjukhusdirektion. Med hänsyn till det relativt begränsade meritunderlag de sökande till dylika tjänster i allmänhet kan förväntas presentera, kan det enligt utredningens mening inte bli fråga om en obligatorisk sakkunnigprövning av de sökande av samma karaktär som vid tillsättning av överläkar- och avdelningsläkartjänster. Vid tillsättningen av

underläkartjänster för fortsatt vidareutbildning anser dock utredningen, att tillsättningsbeslutet i vissa fall skall kunna föregås av en sakkunnigprövning. Vid behov skall sjukvårdshuvudmannen härvid kunna anlita samma sakkunniga som utredningen förordat för avdelningsläkare.

Sökande till underläkartjänster för allmäntjänstgöring kan i regel inte förväntas uppvisa andra meriter än betygen från grundutbildningen. Utredningen har därför inte ansett det motiverat med någon formaliserad sakkunnigprövning av de sökande vid tillsättning av dessa tjänster. Urvalet av de sökande för allmäntjänstgöring avses dock inte bli baserat enbart på betygen från grundutbildningen. Utredningen förutsätter sålunda att sjukvårdshuvudmannen, med biträde av t. ex. överläkarna inom närmast berörda verksamhetsområden, vid behov inhämtar yttrande om de sökandes praktiska erfarenheter och personliga egenskaper av betydelse för den sökta tjänsten m. m.

Någon begränsning av huvudmannens rätt att välja bland behöriga sökande till underläkartjänster bör enligt utredningens mening inte föreskrivas.

I förhållande till nu gällande ordning för anförande av *besvär* över beslut om tillsättning av läkartjänster har utredningen föreslagit vissa ändringar.

Talan mot sjukvårdsstyrelsens beslut om tillsättning av överläkartjänst skall enligt förslaget även i fortsättningen föras i den ordning som gäller för kommunalbesvär. Sådant beslut kan sålunda bli föremål för materiell prövning endast om kommunal besvärskommitté finns inrättad.

Med hänsyn till överläkartjänsternas betydelse anser utredningen, att förslagen till dessa tjänster skall kunna överprövas till sitt materiella innehåll. Utredningen har därför föreslagit, att talan mot de regionala förslagsnämndernas beslut skall föras i den ordning som gäller för förvaltningsbesvär. Besvär skall sålunda kunna anföras hos socialstyrelsen. Med hänsyn till att det här måste bli fråga om i första hand en medicinsk sakpröv-

ning skall socialstyrelsens beslut enligt förslaget inte kunna överklagas hos Kungl. Maj:t.

För närvarande kan sjukvårdsstyrelses/sjukhusdirektions beslut om tillsättning av tjänster för biträdande överläkare och underläkare överklagas genom anförande av förvaltningsbesvär. De sakkunnigas förslag kan däremot inte separat överklagas. Utredningen har ansett att det i och för sig är önskvärt att beslut om tillsättning av avdelningsläkartjänster kan överprövas i materiell form. Det konstateras dock, att även den kommunala besvärsordningen medger detta. Utredningens förslår därför att talan mot beslut om tillsättning av avdelningsläkartjänster skall föras enligt denna ordning.

Den kommunala besvärsordningen föreslås gälla även i fråga om beslut om tillsättning av underläkartjänster.

10.8 Meritvärdering

I enlighet med sina direktiv har utredningen undersökt (*kapitel 8*), vilka regler för värdering av läkares meriter som kan behövas vid tillsättning av olika läkartjänster. Utredningen har härvid kommit fram till att det alltjämt är nödvändigt att vid läkartillsättningar ha tillgång till vissa centralt utformade meritvärderingsnormer.

De meritvärderingsnormer som hittills kommit till användning har haft formen av en överenskommelse mellan socialstyrelsen och Sveriges läkarförbund. Med hänsyn bl. a. till den av utredningen föreslagna decentraliseringen av tillsättningsförfarandet för överläkartjänster har utredningen funnit, att meritvärderingsnormerna nu bör ges en fastare förankring. Utredningen förordar sålunda, att Kungl. Maj:t ger socialstyrelsen i uppdrag att efter samråd med arbetsmarknadens parter utforma preciserade normer för meritvärdering på grundval av vissa riktlinjer som utredningen skisserat.

Beträffande innehållet i meritvärderingsnormerna, som skall följa de allmänna bestämmelserna om "förtjänst och skicklighet", har utredningen framhållit, att medan

"förtjänsten" kan uttryckas genom antalet förvärvade tjänstår, får "skickligheten" anses kunna bli dokumenterad genom ett flertal meriteringsgrundande kvaliteter. Utredningen har därför sökt precisera innebörden av dessa kvaliteter och föreslagit en uppdelning i fyra grupper, nämligen klinisk skicklighet, vetenskaplig skicklighet, undervisnings-skicklighet och administrativ skicklighet. Vid meritvärdering bör dessa meriteringsgrunder sammanvägas med hänsyn dels till vilken sjukhuskategori den sökta tjänsten tillhör, dels till tjänstens placering i nivåstrukturen. Mot denna bakgrund har utredningen utformat ett schema över hur en sådan sammanvägning bör ske.

Vidare har utredningen föreslagit, att vid meritvärdering endast tjänstårsberättigad läkartjänstgöring skall kvantifieras, medan andra mera svårämbara meriter, t. ex. vetenskapliga meriter, inte som hittills skall åsättas ett numerärt värde utan i stället ges en kvalitativ värdering genom en verbal beskrivning. I linje härmed har utredningen föreslagit, att tjänstgöring vid undervisnings-sjukhus och som överläkare och biträdande överläkare inte skall som för närvarande ges särskild vikt genom förhöjt talvärde, utan att mervärdet av dylik tjänstgöring istället bör beaktas vid bedömningen av bl. a. den kliniska skickligheten.

Nu gällande meritvärderingsnormer omfattar i stort sett endast den slutna värden. Med hänsyn till den pågående utbyggnaden av den öppna hälso- och sjukvården har utredningen funnit det angeläget att föreslå regler för samordning av meriter förvärvade i slutet respektive öppen vård. Utredningens förslag innebär, att tjänstgöring inom öppen vård får tillgodoräknas fullt vid sökande av tjänst inom motsvarande verksamhetsområde i öppen vård men ges ett successivt reducerat meritvärde vid sökande av tjänst inom motsvarande verksamhetsområde i slutet vård. Tjänstgöring inom slutet vård föreslås få tillgodoräknas fullt vid sökande av tjänst inom motsvarande verksamhetsområde, oavsett om denna avser slutet eller öppen vård. Tjänstgöring inom andra verksamhetsområ-

den än den sökta tjänstens skall enligt förslaget få tillgodoräknas som randmerit enligt vissa föreslagna regler.

Utredningen har förutsatt, att socialstyrelsen i samband med att normer för meritvärdering närmare utformas även utreder meritvärdet av deltidstjänstgöring.

10.9 *Läkartjänster vid undervisningssjukhusen*

Förslag beträffande dessa tjänster avses följa i ett särskilt delbetänkande (jfr *kapitel 9*). Utredningen utgår härvid från att tjänstestrukturen och konstruktionen av tjänsterna vid undervisningssjukhusen i stort skall kunna anpassas till utredningens förslag beträffande läkartjänster vid övriga sjukhus. Vissa avvikelser får dock förutsättas med hänsyn till undervisningssjukhusens funktioner inom utbildning och forskning.

Särskilt yttrande

av hrr Carl-Axel Nilsson och Stig-Bertil Nilsson

Som läkarförbundets representanter i samrådsgruppen har vi i vissa avseenden inte kunnat ansluta oss till utredningens förslag, nämligen i 3.4., 4.3.3., 6.4.1. och 6.4.2.4. Skälen är följande.

Nivåstruktur och läkartjänster. Konsekvenser för den öppna vården

Utredningens resonemang om enhetlighet i tjänstekonstruktionen leder med utredningens överväganden i kap. 4 till att man inför en mellanläkarkategori som kan ha men inte alltid har ett självständigt medicinskt ansvar. Det förhållandet leder till att läkarens kontakt med och ansvar för patienten inte blir odelat utan får delas mellan flera läkare. Det är klart olyckligt att i den öppna vården införa ett system som motverkar en av de viktigaste och mest eftersträvade kvaliteterna i sjukvård, nämligen det personliga förtroendeförhållandet mellan en patient och en läkare, så mycket mera som detta ej kan motiveras med behörighetsskäl.

Det är naturligt och ofrånkomligt att sjukvården nivådifferentieras. Utredningen drar emellertid delvis fel slutsatser om de centrala konsekvenser detta får eller bör få för tjänstekonstruktionen.

1. Ökningen av antalet öppenvårdsläkare gör det i sig inte "rimligt" eller "naturligt" att strukturen blir enhetlig med den slutna vårdens. Tjänstekonstruktionerna måste anpassas i första hand till arbetet i den öppna

vården och inte till antalet tjänster.

2. När det gäller att underlätta samordning mellan nivåerna påpekar utredningen själv att rent medicinska skillnader i arbetsuppgifterna för läkare i primärvård och i specialiserad slutenvård motverkar integration. Det är ofrånkomligt att det nivåstrukturerade systemet som eftersträvas och förutses av alla i stor utsträckning innebär hinder för enhetlighet, i allt högre grad ju mer det förverkligas eftersom enhetlighet är motsatsen till det som systemet förväntas åstadkomma.

3. För fördelningen av läkare på de olika vårdområdena spelar, bortsett från utbildningstjänster, tjänstestrukturen mindre roll än inrättade tjänsters attraktivitet.

4. Att ett befordringssystem av samma slag som den slutna vårdens är rekryteringsbefrämjande är riktigt endast vad gäller överläkartjänster men säkert fel beträffande avdelningsläkartjänster.

Enligt vår mening talar istället, utöver rekryteringsaspekten, följande skäl för att den öppna vården (innefattande allmänläkare och övriga specialister) får en egen tjänstestruktur med en kategori överordnade läkare med självständigt medicinskt ansvar på sluttjänster och en kategori underordnade läkare på utbildningstjänster.

A. Den medicinska karaktären på arbetet förutsätter att någon nivåstruktur inom nivåns gränser inte skall skapas — det skulle motverka allt det väsentliga i de ekonomiska

och funktionella krav på nivådifferentiering som nu reses. Fallet skall färdigbehandlas av vederbörande läkare på primärvårdsnivå eller remitteras till nästa nivå men de skall inte hänvisas till annan läkare på samma nivå. Att underordnade läkare under vidareutbildning handleds på nivån hindrar inte principen.

Den funktionella samordning, som utredningen eftersträvar och som också enligt vår mening är nödvändig, måste nås genom att sjukvårdshuvudmannen styr verksamheten med samordning över hela nivån. Det måste ske genom funktioner av de slag som på senare tid införts såsom blockchefer i sektorsblock och andra tjänsteinnehavare med administrativa ledningsfunktioner. Tjänstestrukturen inom de olika vårdområdena vart för sig, enhetlig eller ej, torde ha mycket litet inflytande på innehåll och tillgodosende av dessa krav.

B. Om man utgår från den tänkta omfattningen på en vårdcentral på nivå-I, drygt 10 specialiteter med omkring 25 läkare, framgår det tydligt att det i normalfallet, med undantag för allmänläkarvård, blir ett så begränsat antal läkare i varje specialitet att en struktur med 3 tjänstekategorier av rent praktiska skäl aldrig kommer till användning.

Av de skäl som ovan anförts kan vi inte ansluta oss till förslaget att införa en mellanläkarkategori i den öppna vården utanför sjukhus, vilket blir den praktiska och oundvikliga konsekvensen av utredningens förslag om en enhetlig tjänstestruktur i slutet och öppen vård. Det förutsätter också utredningen i kap. 5.

För läkarförbundet som facklig partsintressent tillkommer dessutom den aspekten att utredningen avser att föreslå en förändring som får mycket stora och negativa effekter för kåren, i den mån mellanläkarkategorin avses ersätta dagens specialistläkare och provinsialläkare.

Benämningen avdelningsläkare

Vi anser benämningen avdelningsläkare för den nya mellankategorin vara olämplig av följande skäl.

Benämningen har viss anknytning till hierarkin i offentlig förvaltning. Inom sjukvård har emellertid (vård-)avdelning en särskild innebörd och en fast förankring i språkbruket. Detta språkbruk bör inte ändras. Den nya mellankategorin skall inte funktionellt knytas till vårdavdelning. Det är möjligt att vissa mellanläkare mer än dagens biträdande överläkare skall vara verksamma på vårdavdelning men detta är långt ifrån självklart eftersom samtidigt antalet tillgängliga underläkare kommer att öka kraftigt. Utredningen bör under alla omständigheter inte förutsätta en sådan utveckling som kan vara irrationell.

Benämningen avdelningsläkare används idag allmänt av patienter och sjukvårdspersonal som beteckning på en annan kategori, nämligen sådana underläkare som svarar för den primära läkarfunktionen på vårdavdelning. Detta språkbruk är fast förankrat, funktionellt lämpligt och bör ej ändras med mindre man har en bestämd avsikt att ändra på underläkarnas funktion inom kliniken, vilket skulle innebära ett mycket stort ingrepp i den kliniska sjukvårdens organisation och arbetsfördelning och som i så fall först noga behöver utredas.

Vi anser i första hand att den nya mellanläkarkategorin bör benämnas *biträdande överläkare*, som väl motsvarar funktionen, vilket torde vara ostridigt. Att nuvarande bül kommer att finnas kvar övergångsvis är inte tillräckligt skäl häremot, då deras ställning regleras särskilt och deras befogenhet dessutom rymms inom den befogenhet som den föreslagna författningstexten ger möjlighet att ge den nya mellanläkarkategorin. Att de nya biträdande överläkarna får en annan ställning ger i princip inte mer skäl till ändring av benämningen än när innehållet i överläkarbegreppet ändrades 1.1. 1971.

Skulle benämningen biträdande överläkare trots allt anses diskvalificerad för den nya mellankategorin, föreslår vi istället assisterande överläkare, vilket anknyter till nordiskt och övrigt internationellt språkbruk.

Behörighetsfrågor

Vi delar utredningens mening att fullgjord grundutbildning utgör en tillräcklig garanti för att generella kvalitetskrav är uppfyllda. Att samhället ändå, även i fortsättningen, måste kunna kontrollera läkarverksamheten och ta ifrån en läkare rätt att utöva yrket är naturligtvis ofrånkomligt. När utredningen emellertid anför att socialstyrelsens kontroll vid utfärdande av legitimation är av huvudsakligen formell natur och endast i sällsynta fall leder till legitimationsvägran eller deslegitimation och av detta drar slutsatsen att legitimationen bör utgå ur lagstiftningen menar vi att detta är ett felslut. Antalet åtgärder har inte med principen att göra. Idag lika väl som 1915, när kontrollinstitutet legitimation – deslegitimation infördes, gäller att behörighet att utöva läkaryrket ej skall meddelas när vid ansökan föreligger omständigheter som beträffande behörig läkare bort medföra fråntagande av behörig-

Utredningen föreslår

Läkarex. avläggs och ger automatiskt behörighet. Registrering sker på grundval av anmälan från utbildningsmyndighet (fakultet eller NUL).

En prövning företas av socialstyrelsen om omständigheter föreligger som bör föranleda att behörighet ej skall komma ifråga. Om så (undantagsvis) finns vara fallet: Förfarande enl. p. 2 nedan, i den mån fråga om fråntagande av behörighet uppkommer.

Anm: Frågan om prövande och beslutande instans bör övervägas.

Om hinder ej föreligger för behörighet

På direkt begäran utfärdas registerutdrag. Legitimation utfärdas. (kommer att gälla i ett fåtal fall).

Läkaren förs in i förteckningen över behöriga läkare

Fråga uppkommer om fråntagande av behörighet

Ansvarsnämnden prövar och beslutar frånta behörigheten.

Läkaren stryks ur registret.

Legitimationen återkallas. Läkaren stryks ur registret.

het, d. v. s. deslegitimation. Det är självklart att detta måste vara fallet blott undantagsvis och har inte med dagens generella kvalitet på grundutbildning att göra.

Visserligen krävs, som utredningen påpekar inte att kontrollen utövas just genom institutet legitimation – deslegitimation. Behörighet kan tillerkännas och fråntas på andra sätt, t. ex. såsom utredningen föreslår. Eftersom utredningens förslag bl. a. i nu berörda delar ”leder till genomgripande ändringar av behörighetslagstiftningen” bör enligt vår mening starka skäl föreligga för den föreslagna ändringen. Sådana skäl har inte anförts.

De ändringar utredningen föreslår bör jämföras med nu gällande förhållande:

(Jämförelsen avser administrativa åtgärder; av utredningen framgår att den rättsliga relevansen av legitimation inte motsvaras av någon självständig rättslig betydelse hos registrering).

Nu gäller

1. Åtgärder i anslutning till läkarexamen (motsv.)

Legitimation sker på grundval av ansökan från den individuella läkaren och ger behörighet.

Visserligen innebär det föreslagna förfarandet med automatisk behörighet vid examen att registreringsförfarandet kan automatiseras och därigenom göras administrativt i viss mån enklare och snabbare än vid ett legitimationsförfarande. Enligt vår mening framgår det ändå tydligt att — ehuru behörigheten i det föreslagna systemet grundas på avlagd examen (motsvarande) och ej på legitimation — någon väsentlig ändring i handläggningsavseende ej kommer till stånd genom förslaget. Begreppet legitimerad läkare kommer att bytas mot beteckningen ”behörig läkare” eller ”registrerad läkare”. För övrigt kommer i stort sett samma slags åtgärder att vidtas i det föreslagna som i det gamla systemet. Tillräckliga skäl kan inte sägas ha förebragts för att ändra nu tillämpliga regler.

Detta gäller även om man skulle finna skäl att ändra behörighetsbevisets beteckning till något annat än legitimation, med motiveeringen att detta begrepp framdeles får en delvis annan innebörd. Oavsett vilken benämning man väljer bör man betrakta utövandet av allmänläkarverksamheten i privatpraktik — som f. n. avser några hundra läkare — som en gren av yrkesverksamhet och inte som ett uttryck för permanent och oinskränkt behörighet. Redan idag gäller att särskilda kompetenskrav utöver avlagd examen ställs på den läkare som önskar tjänstgöra som annat än underläkare eller privatpraktiker. Dessa kompetenskrav kommer att höjas i det kommande systemet som dessutom för allmän privatpraktik uppställer särskilda krav utöver examen. Detta senare är den enda förändringen av principiell innebörd i det nya systemet. Uttrycket ”permanent och oinskränkt behörighet” har inte någon egentlig mening åtminstone inte i det nya systemet och bör inte användas.

Vissa frågor i samband med det föreslagna systemet måste också övervakas noggrant: eftersom fråntagande av behörighet åvilar ansvarsnämnden, borde den om också blott ytligt granska alla nyexaminerade läkare; — vilken legal betydelse får ett beslut om fråntagande av behörighet innan det är

kungjort och/eller delgivet berörd läkare och vilken innebörd har det att läkare är upptagen i register och förteckning över behöriga läkare respektive stryks därur? Dessa och andra komplikationer talar också emot att införa det nya systemet.

Det föreslagna systemet med behörighet som automatiskt träder i kraft när läkaren uppnår vissa kompetensnivåer får på högre nivåer i karriären otillfredsställande konsekvenser. Behörighet får självständig verksamhet, d. v. s. innehav av överordnad tjänst eller utövande av privatpraktik tillkommer den som uppnår specialistkompetens (s. k. särskild skicklighet och erfarenhet inom visst medicinskt verksamhetsområde) eller motsvarande kompetens. Redan när det gäller erkända och förtecknade specialiteter är det rimligt att den privatpraktiserande läkaren har bevis som för patienten styrker att läkaren är behörig att utöva yrket och mindre rimligt att förutsätta att det är känt för allmänheten att fullgjord vidareutbildning, om vilket vederbörande läkare i förekommande fall erhållit bevis, konstituerar sådan behörighet.

När det är fråga om en gren av medicinsk verksamhet som inte regleras av specialistutbildningsbestämmelserna — och sådana kommer med säkerhet alltid att finnas i form av uppkommande subspecialiteter och andra nya områden på vilka den medicinska verksamheten utvecklar sig — måste ändå särskilda beslut om behörighet för självständig verksamhet fattas.

Vad slutligen gäller terminologin kan vi inte dela utredningens mening att begreppet specialist och specialitet måste utgå ur författningarna. Det är visserligen sant att det är språkligt ologiskt att beteckna allmänpraktik som specialitet. Det är emellertid inte heller invändningsfritt att beteckna delar av den medicinska vetenskapen ”som verksamhetsområden” (jfr ordalydelsen i 29 §, Instruktion för socialstyrelsen). Men framför allt innebär förslaget ett väsentligen onödigt ingrepp i en både nationellt och internationellt vedertagen och allmänt, både bland läkare

och allmänhet, tillämpad terminologi som tjänar ett praktiskt syfte och fungerar väl. Den påtalade ologiskheten innebär ingen försämring härvidlag annat än vad avser en rent formell fråga av ringa betydelse.

Man kan med säkerhet förutsätta att begreppen och benämningarna specialist och specialist kommer att fortsätta att användas. Det är härvidlag möjligen inte helt betydelsefullt att den föreslagna författningsändringen får den märkliga konsekvensen att det främdeles inte skulle bli formellt förbjudet att utge sig för "specialist", framför allt inom "verksamhetsområden" där vidareutbildningen fram till specialistkompetens/särskild skicklighet och erfarenhet inte är reglerad av vidareutbildningsmyndigheten.

På grund av vad som anförts kan vi inte ansluta oss till förslaget att ersätta det nuvarande systemet med utfärdande av särskilt behörighetsbevis (legitimation etc.) med ett system där behörighet automatiskt ernås vid avläggande av examen (etc.).

Ej heller kan läkarförbundets representanter ansluta sig till att begreppen och beteckningarna specialist och specialist utgår ur lagstiftningen.

Utredningen föreslår att socialstyrelsen ges i uppdrag att utfärda anvisningar om behörighetskrav för läkare i företagshälsovård samt att specialister i allmänpraktik även som t. ex. i allmän internmedicin och psykiatri skall kunna på deltid fungera som företagsläkare. Enligt vår mening skall företagshälsovård bedrivas av läkare med särskild behörighet härför, oavsett vilken omfattning tjänstgöringen kan komma att få beroende av arbetsuppgifternas kvantitativa omfattning. Vidareutbildningskraven skall fastställas på samma sätt som övriga sådana krav, d. v. s. i det särskilda organet på området, Nämnden för Läkares Vidareutbildning, i likhet med vad utredningen förordar för övriga behörighetskrav. Ifrågavarande behörighetskrav bör därför regleras i tillämpningskungörelsen till behörighetslagen. Inte heller i nu berörda avseenden kan vi därför ansluta oss till utredningens förslag.

Författningsförslag med specialmotiveringar

- 1 *Lag om behörighet som läkare*
- 2 *Kungörelse med tillämpningsföreskrifter till lagen om behörighet som läkare*
- 3 *Lag om ändring i lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område*
- 4 *Lag om ändring i sjukvårdslagen (1962:242)*
- 5 *Kungörelse om ändring i sjukvårdskungörelsen (1970:703)*
- 6 *Kungörelse om ändring i Kungl. Maj:ts instruktion för socialstyrelsen (1967:606)*

**Förslag till
Lag om behörighet som läkare**

Härigenom förordnas som följer.

1 §

Behörighet som läkare tillkommer den som avlagt läkarexamen i Sverige. Även den som avlagt läkarexamen utomlands äger behörighet som läkare, om han genomgått av Konungen föreskriven kompletterande utbildning i Sverige.

Den som vunnit behörighet som läkare enligt första stycket kan fråntagas behörigheten, om sådana omständigheter föreligger som angives i 6–8 §§ denna lag.

2 §

Den som är behörig enligt 1 § äger icke vara yrkesmässigt verksam som läkare med mindre han uppehåller av socialstyrelsen godkänd läkartjänst eller fullgjort sådan vidareutbildning som Konungen föreskriver.

3 §

Den som är förordnad att uppehålla statlig eller kommunal läkartjänst eller att tjänstgöra som extra läkare äger under tjänsteutövningen behörighet som läkare även om han icke uppfyller förutsättningarna enligt 1 § första stycket.

4 §

Begränsad behörighet att i Sverige utöva läkaryrket kan meddelas av Konungen eller efter Konungens bemyndigande av socialstyrelsen. För utövning av läkaryrket inom kommun intill riksgränsen får begränsad behörighet meddelas att gälla läkare som vid varje tidpunkt uppehåller offentlig läkartjänst i angränsande läkardistrikt i Finland eller Norge.

5 §

Läkare får icke för allmänheten tillkännage att han äger särskild skicklighet och erfarenhet inom visst medicinskt verksamhetsområde med mindre han uppfyller de villkor Konungen eller, efter Konungens bemyndigande, socialstyrelsen fastställer.

6 §

Har läkare genom dom, som vunnit laga kraft, dömts till fängelse eller avsatts eller suspenderats från läkartjänst för brott, som han förövat under utövning av läkaryrket, dömts

till fängelse i minst sex månader för annat brott eller funnits skyldig till medverkan till obehörig utövning av läkaryrket eller till medverkan till hälsofarligt kvacksalveri eller medverkan till brott, som avses i 10 § lagen om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område, eller till obehörig utövning av tandläkaryrket eller medverkan därtill, kan socialstyrelsen framtaga honom behörigheten, om han genom brottet visat sig olämplig att utöva läkaryrket.

7 §

Har läkare visat grov oskicklighet vid utövning av läkaryrket eller eljest visat sig uppenbart olämplig som läkare utan att ha gjort sig skyldig till brott som sägs i 6 §, kan socialstyrelsen framtaga honom behörigheten.

Läkare som genom auktorisation i annat nordiskt land blivit behörig som läkare i Sverige förlorar denna behörighet om auktorisationen framtages honom.

8 §

Om läkare på grund av psykisk sjukdom eller annan psykisk abnormitet är ur stånd att nöjaktigt utöva läkaryrket, skall socialstyrelsen ofördröjligen framtaga honom behörigheten, om ej särskilda skäl föreligger.

Om det finns grundad anledning antaga att läkare bör framtagas behörigheten av skäl som sägs i första stycket, kan socialstyrelsen förordna, att han skall genomgå läkarundersökning för att hans förmåga att utöva läkaryrket skall kunna bedömas.

I samband med att socialstyrelsen förordnar om läkarundersökning enligt nästföregående stycke, kan styrelsen tillika framtaga läkaren behörigheten för tiden intill dess ärendet slutligen avgöres. Vägrar den som skall undersökas att inställa sig till undersökning, skall polismyndighet på styrelsens begäran lämna behövlig handräckning.

9 §

Den som förordnats till innehavare av läkartjänst kan icke framtagas behörigheten så länge han innehar tjänsten. Utan hinder härav kan behörigheten framtagas honom för tid då han på grund av suspension icke är i tjänst eller då han av anledning som anges i 8 § första stycket icke uppehåller tjänsten.

10 §

Den som framtagits behörigheten som läkare skall på egen begäran av socialstyrelsen åter förklaras behörig, när förhållandena medger det.

11 §

Förordnande, som medför behörighet att utöva läkaryrket, meddelas av socialstyrelsen eller, efter styrelsens bemyndigande, av sjukvårdsstyrelse, sjukhusdirektion eller annan myndighet. (Om delegation MF 126–128/1970).

12 §

Den som framtagits behörighet som läkare eller vars behörighet eljest upphört men likväl utövar läkaryrket dömes för obehörig utövning av läkaryrket till böter eller fängelse i högst ett år. Till samma straff dömes läkare som utan att uppfylla förutsättningarna enligt 2 § är

yrkesmässigt verksam som läkare samt läkare, som tillagts begränsad behörighet som läkare och under yrkesutövningen åsidosätter de föreskrifter om behörighetens omfattning som meddelats honom.

Läkare, som bryter mot föreskriften i 5 § dömes till böter.

13 §

Beslut, som socialstyrelsen meddelar enligt denna lag gäller omedelbart, om icke annat förordnas.

14 §

Konungen äger meddela närmare bestämmelser för tillämpningen av denna lag.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1973, då lagen den 30 juni 1960 (nr 408) om behörighet att utöva läkaryrket skall upphöra att gälla. Förekommer i lag eller författning hänvisning till lagrum i den äldre lagen, som ersatts genom bestämmelse i den nya lagen, skall i stället den senare bestämmelsen gälla.

Den som är legitimerad läkare när lagen träder i kraft eller därefter erhåller sådan legitimation äger vara yrkesmässigt verksam som läkare utan hinder av vad som sägs i 2 §.

Den som avlagt medicine licentiatexamen enligt tidigare gällande studieordning skall oavsett bestämmelserna i denna lag kunna erhålla legitimation som läkare jämlikt reglerna i 2 § lagen den 30 juni 1960 (nr 408) om behörighet att utöva läkaryrket.

Om legitimation återkallas med stöd av bestämmelserna i 1960 års behörighetslag skall fråga om legitimationens återvinnande prövas enligt reglerna i 7 § i samma lag.

Specialmotivering till förslag till lag om behörighet som läkare

Som redovisats i kapitel 6 anser utredningen att förslaget om läkarlegitimationens avskaffande och införandet av nya regler ifråga om läkarbehörigheten är av så genomgripande art att en ny lag om läkarbehörighet bör utfärdas. Rubriken har valts mot bakgrund av att lagen reglerar läkarens verksamhet redan från en tidpunkt då han är underkastad inskränkningar i rätten att yrkesmässigt vara verksam som läkare.

ad 1 §

När grundutbildningen avslutats, utfärdas ett examensbevis av utbildningsmyndigheten för den studerande. Någon formell ansökan till socialstyrelsen skall inte fordras för att behörighet skall tilläggas vederbörande. Genom utbildningsmyndighetens försorg anmäls examen till socialstyrelsen, som inför läkaren i registret över läkare (jfr kapitel 6.4.1.3).

Den som fått sin läkarutbildning vid utländsk utbildningsanstalt och som sedermera kompletterat denna i Sverige skall på samma sätt få bevis om att hans kunskaper härigenom motsvarar vad som krävs för erhållande av svensk läkarexamen (jfr 12 § förslaget till kungörelse med tillämpningsföreskrifter till lagen om behörighet som läkare samt specialmotiveringen till detta författningsrum).

I andra stycket föreskrivs, att läkaren kan berövas behörigheten om han inte längre på grund av sådana förhållanden som anges i 6–8 §§ i denna lag är lämplig att vara verksam som läkare. Den som får sin behörighet indragen bibehåller givetvis läkarexamen men får inte ägna sig åt någon form av läkarverksamhet. Om vederbörande likväl gör detta, drabbas han av påföljd enligt 12 § lagen.

ad 2 §

Läkarexamen medför behörighet som läkare. Innan vederbörande fullgjort föreskriven vidareutbildning, är han dock underkastad vissa inskränkningar i sin verksamhet. Avlagd läkarexamen medför behörighet till tjänst som underläkare men ger inte rätt att fritt verka som läkare. Här ligger en grundläggande skillnad i förhållande till den nu gällande ordningen. Utredningen förutsätter, att tjänstgöring som underläkare skall kunna ske inte endast i statlig eller kommunal hälso- och sjukvård utan även i motsvarande funktioner under enskilt huvudmannaskap som godkänts av socialstyrelsen. Begreppet tjänst i förevarande paragraf behöver sålunda inte inskränkas till att gälla endast tjänst inom offentlig sjukvård. Även annan verksamhet i underordnad ställning under tillsyn av behörig läkare och på dennes medicinska ansvar skall enligt utredningens mening kunna ifrågakomma. Det får ankomma på socialstyrelsen att i sådana fall reglera tjänstgöring i underordnad ställning. Att bedöma utbildningsvärdet av tjänstgöringen ankommer på nämnden för läkares vidareutbildning.

Genom förordnande på en underläkartjänst erhåller läkaren rätt att såsom underläkare

yrkesmässigt utöva läkaryrket. Utredningen vill emellertid framhålla att vederbörande även utom tjänsten är att betrakta som läkare (jfr kapitel 6.4.1.4). Sedan föreskriven vidareutbildning fullgjorts är läkaren principiellt inte längre underkastad några inskränkningar i sin verksamhet. Vederbörande kan sålunda öppna egen praktik eller fortsätta inom den offentliga sjukvårdskarriären. Fullgjord vidareutbildning ger också behörighet till tjänst som överläkare och avdelningsläkare i offentlig sjukvård, dock endast inom det medicinska verksamhetsområde vidareutbildningen ifråga närmast avser (jfr 1 § förslag till kungörelse med tillämpningsföreskrifter till lagen om behörighet som läkare).

ad 3 §

Paragrafen har tillkommit för att sjukvårdshuvudmännen även i fortsättningen skall ha möjlighet att på underordnade läkartjänster förordna medicine kandidater och utländska läkare utan svensk behörighet enligt 1 §. Det är givet, att dessa personer äger läkarbehörighet under tjänsteutövningen. Till skillnad från de läkare, som vunnit behörighet enligt 1 § men ej uppfyller förutsättningarna för fri yrkesmässig verksamhet enligt 2 §, är de förordnade däremot inte behöriga att överhuvudtaget verka som läkare utanför tjänsten.

ad 4 §

Paragrafen har sin motsvarighet i 9 § nuvarande behörighetslag.

ad 5 §

Denna paragraf kompletterar 2 § i förevarande lagförslag och motsvarar närmast 10 § i nu gällande behörighetslag. Kungl. Maj:t bestämmer omfattningen av och innehållet i den vidareutbildning som fordras för kompetens inom visst medicinskt verksamhetsområde. Utbildningskraven finns upptagna i tillämpningskungörelsen till lagförslaget (jfr bilaga 1.2). Till skillnad från vad som nu gäller kommer, om den här förordade behörighetsordningen genomföres, varje läkare som förvärvat rätt att öppna egen praktik också ha rätt att tillkännage för allmänheten att han äger särskild skicklighet och erfarenhet inom det medicinska verksamhetsområde hans fortsatta vidareutbildning avser. Förevarande paragraf är närmast att betrakta som en ordningsföreskrift. Den läkare som annonserar särskild kunnighet inom visst medicinskt verksamhetsområde utan att ha rätt därtill kan drabbas av bötesstraff enligt 12 § andra stycket lagen.

ad 6 §

Denna paragraf motsvarar till innehållet 3 § nu gällande lag.

ad 7 §

Paragrafen motsvarar närmast 4 § i den gällande lagen. Läkare med grundexamen från annat nordiskt land förutsätts vara oförhindrade att – under förutsättning av reciprocitet och att det inte står i strid mot gällande avtal om läkarutbyte mellan de nordiska länderna – vinna behörighet enligt 1 § lagen (jfr specialmotivering till 12 § i förslag till tillämpningskungörelse, bil. 1.2).

ad 8 §

Paragrafen har sin motsvarighet i 5 § gällande lag. Vissa ändringar har föreslagits mot bakgrund av den nya begreppsbildningen inom psykiatrin. Det får förutsättas att paragrafen liksom hittills tillämpas med försiktighet, särskilt mot bakgrund av de svårigheter som kan föreligga när det gäller att i det enskilda fallet avgöra fråga om psykisk abnormitet.

ad 9 — 11 §

Bestämmelserna har sin motsvarighet i 6–8 §§ nu gällande lag.

ad 12 §

I denna paragraf lämnas påföljdsbestämmelser för överträdelse av behörighetsbestämmelserna. Ansvar kan i första hand drabba läkare, som frångått sin behörighet men likväl är verksam som läkare. Bestämmelserna har utvidgats i jämförelse med de nu gällande. Detta har skett som en konsekvens av utredningens förslag i 2 § att läkaren först efter fullgjord vidareutbildning äger oinskränkt rätt att vara yrkesmässigt verksam i självständig ställning utanför offentligt reglerad sjukvård. Utredningen finner det följdriktigt, att ansvar för obehörigt utövande av läkaryrket också drabbar den läkare som överskrider sin behörighet genom att yrkesmässigt utöva yrket enskilt, innan han fullgjort sin vidareutbildning.

I andra stycket lämnas bestämmelse om ansvar för den som utan täckning anger sig ha fullgjort sin vidareutbildning och vunnit särskild kunnighet inom visst medicinskt verksamhetsområde. Vid konkurrens mellan första och andra styckena torde första stycket bära ta över i ansvarshänseende. Om en läkare som endast fullgjort grundutbildningen öppnar praktik, vilket är straffbart enligt första stycket, och därjämte för allmänheten tillkännager särskild kunnighet inom visst medicinskt verksamhetsområde, torde han bära dömas enligt första stycket därvid även andra stycket bör åberopas i domen.

ad 13 §

Socialstyrelsens beslut enligt lagen skall kunna överklagas till Kungl. Maj:t. Med hänsyn till vikten av att beslut i behörighetsfrågor länder till omedelbar efterrättelse bör styrelsens beslut gälla utan hinder av att besvär anförs över dem.

ad 14 §

I överensstämmelse med vad som nu gäller bör Kungl. Maj:t också för framtiden ha möjlighet att utfärda bestämmelser för tillämpningen av lagen. I fråga om bestämmelser rörande vidareutbildningens utformning och särskilda behörighetsvillkor har Kungl. Maj:t lämnats bemyndigande att meddela sådana enligt 1, 2, 4 och 5 §§.

Övergångsbestämmelser

Den som studerat enligt den äldre studieordningen och avlagt medicine licentiatexamen bör även efter det att den nya behörighetslagen trätt i kraft kunna erhålla legitimation som läkare enligt bestämmelserna i nuvarande behörighetslag.

Den som avlagt medicine licentiatexamen och erhållit legitimation enligt nu gällande regler skall ha rätt att öppna praktik och i övrigt ta enskilda uppdrag under samma förhållanden

som hittills.

För behörighet till överläkar- eller avdelningsläkartjänst måste läkaren emellertid genomgå erforderlig fortsatt vidareutbildning om inte hans utbildning enligt 11 § tillämpningskungörelsen till behörighetslagen befunnits i huvudsak likvärdig med vidareutbildning inom visst medicinskt verksamhetsområde. Den som före den 1 januari 1973 genom förordnande tills vidare eller eljest innehar läkartjänst, för vilken särskilda behörighetsregler gäller enligt den gamla ordningen, förlorar inte sin behörighet till denna eller annan tjänst av samma karaktär inom motsvarande medicinska verksamhetsområde, sedan den nya lagen trätt i kraft. Detta innebär, att han även efter längre tids tjänstledighet eller suspension skall kunna återinträda i sin tjänst och vara behörig till annan sådan tjänst. Ej heller skall genom att den nya lagen träder i kraft för viss tid meddelat förordnande på sådan läkartjänst avbrytas.

Om en läkare som har legitimation berövas denna, skall den gamla lagen vara tillämplig på vederbörande vad gäller rätten att återfå legitimationen.

**Förslag till
kungörelse med tillämpningsföreskrifter till lagen om
behörighet som läkare**

Härigenom förordnas som följer.

1 §

Den som vunnit behörighet som avses i 1 § lagen om behörighet som läkare är under iakttagande av bestämmelserna i 7 § denna kungörelse behörig till tjänst som underläkare. För behörighet till annan läkartjänst fordras att läkaren genomgått i denna kungörelse föreskriven vidareutbildning inom det medicinska verksamhetsområde tjänsten närmast avser, om inte socialstyrelsen för viss tjänst fastställt särskilda villkor.

Läkare som fullgjort vidareutbildning enligt denna kungörelse äger rätt att enskilt utöva läkaryrket.

2 §

Vidareutbildning som läkare består av allmäntjänstgöring och fortsatt vidareutbildning. Utbildningen skall fullgöras som underläkare i verksamhet som socialstyrelsen godkänt för ändamålet.

3 §

Allmäntjänstgöring som läkare skall fullgöras under 21 månader, varav sex månader i medicin, sex månader i kirurgi, tre månader i psykiatri och sex månader i öppen vård.

Två månader av tjänstgöringen i medicin bör fullgöras inom långtidssjukvård. Av tjänstgöringen i kirurgi skall en till två månader förläggas till intensivvårdsavdelning och två månader kunna fullgöras vid barnmedicinsk klinik.

Allmäntjänstgöring i medicin, kirurgi och psykiatri skall avslutas med skriftligt kunskapsprov.

4 §

Fortsatt vidareutbildning får avse följande medicinska verksamhetsområden.

1. allmän praktik
2. anesthesiologi
3. barnålderns invärtes sjukdomar eller pediatrik

4. hudsjukdomar och veneriska sjukdomar eller dermatologi och venerologi
5. invärtes sjukdomar:
 - a) invärtes sjukdomar eller allmän internmedicin
 - b) endokrina sjukdomar eller endokrinologi
 - c) hjärtsjukdomar eller kardiologi
 - d) akuta infektionssjukdomar
 - e) lungsjukdomar eller pneumologi
 - f) matsmältningsorganens medicinska sjukdomar eller gastroenterologi
 - g) medicinska njursjukdomar eller nefrologi
 - h) reumatiska sjukdomar eller reumatologi
 - i) långvårdsmedicin
6. kirurgiska sjukdomar:
 - a) kirurgiska sjukdomar eller allmän kirurgi
 - b) barnkirurgi
 - c) handkirurgi
 - d) neurokirurgi
 - e) ortopedisk kirurgi
 - f) plastikkirurgi
 - g) thoraxkirurgi
 - h) urologisk kirurgi
7. klinisk laboratorieverksamhet:
 - a) blodgruppsserologi och transfusionslära
 - b) klinisk bakteriologi
 - c) klinisk fysiologi
 - d) klinisk kemi
 - e) klinisk neurofysiologi
 - f) klinisk patologi
 - g) klinisk virologi
8. kvinnosjukdomar och förlossningar eller gynekologi och obstetrik
9. nervsjukdomar eller neurologi
10. psykiska sjukdomar:
 - a) psykiska sjukdomar eller allmän psykiatri
 - b) barn- och ungdomspsykiatri
 - c) rättspsykiatri
11. radiologi:
 - a) röntgendiagnostik
 - b) allmän radioterapi
 - c) gynekologisk radioterapi
12. ögonsjukdomar eller oftalmologi
13. öron-, näs- och halssjukdomar:

- a) öron-, näs- och halssjukdomar eller oto-rhino-laryngologi
- b) hörselrubbningsar eller audiologi
- c) röst- och talrubbningsar eller foniatri

14. medicinsk rehabilitering

Bevis om fullgjord vidareutbildning meddelas av nämnden för läkares vidareutbildning.

5 §

Läkare får för allmänheten tillkännage särskild kunnighet inom endast ett i 4 § omnämnt medicinskt verksamhetsområde. I följande fall får dock sådan kunnighet inom flera områden tillkännages, nämligen:

- 1. allmän internmedicin, allmän kirurgi, allmän psykiatri samt öron-, näs- och halssjukdomar tillsammans med ett annat område inom samma grupp,
- 2. kvinnosjukdomar och förlossningar tillsammans med gynekologisk radioterapi,
- 3. barnålderns invärtes sjukdomar tillsammans med barn- och ungdomspsykiatri.

6 §

Den som vill förvärva behörighet för allmän praktik skall efter fullgjord allmäntjänstgöring ha tjänstgjort

- a) vid medicinsk klinik under ett och ett halvt år, varav högst ett år vid klinik för långvarigt kroppssjuka eller ett halvt år vid klinik eller avdelning för medicinsk rehabilitering,
- b) vid psykiatrisk klinik under ett halvt år,
- c) i öppen vård eller vid socialmedicinsk institution under ett halvt år.
- d) vid barnmedicinsk klinik under tre månader, samt
- e) vid valfri klinik för kroppssjukvård under tre månader.

Under utbildningen skall läkare deltaga i systematisk undervisning och kunskapsprov enligt föreskrifter som meddelas av nämnden för läkares vidareutbildning.

7 §

Den som vill förvärva behörighet inom annat medicinskt verksamhetsområde än allmän praktik skall efter fullgjord allmäntjänstgöring genomgå fortsatt vidareutbildning bestående av huvudutbildning inom det område behörigheten skall avse samt sidoutbildning inom annat område som är av betydelse för den sökta behörigheten.

8 §

Huvudutbildning och sidoutbildning skall omfatta följande tjänstgöring inom varje verksamhetsområde.

1. *anestesiologi*:

huvudutbildning:

3 års tjänstgöring vid anestesiavdelning;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik och

1/2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik;

2. *barnålderns invärtes sjukdomar eller pediatrik:*

huvudutbildning:

3 års tjänstgöring vid medicinsk barnklinik;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid infektionsklinik och

1/2 års tjänstgöring vid barn- och ungdomspsykiatrisk klinik eller specialsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda;

3. *hudsjukdomar och veneriska sjukdomar eller dermatologi och venerologi:*

huvudutbildning:

3 års tjänstgöring vid hudklinik;

sidoutbildning:

1 års tjänstgöring vid medicinsk klinik, varav högst 1/2 år får fullgöras vid klinik för långvarigt kroppssjuka eller medicinsk barnklinik;

4. *invärtes sjukdomar:*

a) *invärtes sjukdomar eller allmän internmedicin:*

huvudutbildning:

4 års tjänstgöring vid medicinsk klinik, varav högst 1 år får fullgöras vid medicinsk specialklinik eller klinik för långvarigt kroppssjuka;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik;

b) *endokrina sjukdomar eller endokrinologi:*

huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid endokrinologisk klinik och

2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik, varav högst 1/2 år får fullgöras vid klinik för långvarigt kroppssjuka;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik;

c) *hjärtsjukdomar eller kardiologi:*

huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid kardiologisk klinik och

2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik, varav högst 1/2 år får fullgöras vid klinik för långvarigt kroppssjuka;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik;

d) *akuta infektionssjukdomar:*

huvudutbildning:

3 års tjänstgöring vid infektionsklinik;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik,

1/2 års tjänstgöring vid medicinsk barnklinik och

1/2 års tjänstgöring vid klinisk-bakteriologiskt eller klinisk-virologiskt laboratorium;

e) *lungsjukdomar eller pneumologi:*

huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid lungklinik och

2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik, varav högst 1/2 år får fullgöras vid klinik för långvarigt kroppssjuka;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid röntgenavdelning eller röntgendiagnostisk avdelning;

f) *matsmältningsorganens medicinska sjukdomar eller gastroenterologi:*

huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik, varav högst 1/2 år får fullgöras vid klinik för långvarigt kroppssjuka, och

2 års tjänstgöring vid avdelning av medicinsk klinik, där gastroenterologisk verksamhet bedrivs i betydande omfattning och under ledning av läkare med fullgjord vidareutbildning inom området.

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik;

g) *medicinska njursjukdomar eller nefrologi:*

huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid medicinsk njurklinik och

2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik, varav högst 1/2 år får fullgöras vid klinik för långvarigt kroppssjuka;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid urologisk klinik;

h) *reumatiska sjukdomar eller reumatologi:*

huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid reumatologisk klinik och

2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik, varav högst 1/2 år får fullgöras vid klinik för långvarigt kroppssjuka;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid ortopedisk klinik eller ortopedisk-kirurgisk klinik;

i) *långvårdsmedicin:*

huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik och 2 års tjänstgöring vid klinik för långvarigt

kroppssjuka;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik;

5. *kirurgiska sjukdomar:*

a) *kirurgiska sjukdomar eller allmän kirurgi:*

huvudutbildning:

4 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik, varvid om frakturkirurgi ej bedrivs vid kliniken 1 år skall fullgöras vid klinik där ortopedisk kirurgi utövas;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid anesthesiavdelning;

b) *barnkirurgi:*

huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid kirurgisk barnklinik och

2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik, varav högst 1/2 år får fullgöras vid medicinsk barnklinik;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid anesthesiavdelning;

c) *handkirurgi:*

huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid handkirurgisk klinik och

2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik, varav högst 1 år får fullgöras vid ortopedisk, ortopedisk-kirurgisk eller plastikkirurgisk klinik;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid anesthesiavdelning;

d) *neurokirurgi:*

huvudutbildning:

4 års tjänstgöring vid neurokirurgisk klinik, varav högst 1/2 år får fullgöras vid neurologisk klinik, och

1 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid anesthesiavdelning;

e) *ortopedisk kirurgi:*

huvudutbildning:

2 års tjänstgöring vid ortopedisk eller ortopedisk-kirurgisk klinik och

2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik, varvid minst 2 år av dessa sammanlagt 4 år skall fullgöras vid klinik, där frakturkirurgisk verksamhet bedrivs;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid anesthesiavdelning;

f) *plastikkirurgi:*

huvudutbildning:

- 2 års tjänstgöring vid plastikkirurgisk klinik och
- 2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik;

sidoutbildning:

- 1/2 års tjänstgöring vid anesthesiavdelning;

g) *thoraxkirurgi:*

huvudutbildning:

- 3 års tjänstgöring vid thoraxkirurgisk klinik och
- 2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik;

sidoutbildning:

- 1/2 års tjänstgöring vid anesthesiavdelning;

h) *urologisk kirurgi:*

huvudutbildning:

- 2 års tjänstgöring vid urologisk klinik och
- 2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik;

sidoutbildning:

- 1/2 års tjänstgöring vid anesthesiavdelning;

6. *klinisk laboratorieverksamhet:*

a) *blodgruppserologi och transfusionslära:*

huvudutbildning:

- 3 års tjänstgöring vid blodgivarcentral med särskild överläkare, varav högst 1 år får fullgöras vid laboratorium, där blodgruppserologisk verksamhet bedrivs i betydande omfattning och under ledning av läkare med fullgjord vidareutbildning inom området.

sidoutbildning:

- 1/2 års tjänstgöring vid klinisk-kemiskt laboratorium eller medicinsk-mikrobiologisk institution och
- 1/2 års tjänstgöring vid kirurgisk eller medicinsk klinik;

b) *klinisk bakteriologi:*

huvudutbildning:

- 4 års tjänstgöring vid klinisk-bakteriologiskt laboratorium, varav högst
- 1 år får fullgöras vid medicinsk-mikrobiologisk institution;

sidoutbildning:

- 1/2 års tjänstgöring vid infektionsklinik;

c) *klinisk fysiologi:*

huvudutbildning:

- 4 års tjänstgöring vid klinisk-fysiologiskt laboratorium, varav högst 1 år får fullgöras vid medicinsk-fysiologisk institution;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik;

d) *klinisk kemi:*

huvudutbildning:

4 års tjänstgöring vid klinisk-kemiskt laboratorium, varav högst 1 år får fullgöras vid medicinsk-kemisk institution;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik;

e) *klinisk neurofysiologi:*

huvudutbildning:

4 års tjänstgöring vid klinisk-neurofysiologiskt laboratorium, varav högst 1 år får fullgöras vid medicinsk-neurofysiologisk institution eller vid medicinsk-fysiologisk institution, där omfattande neurofysiologisk verksamhet bedrivs;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid neurologisk eller neurokirurgisk klinik;

f) *klinisk patologi:*

huvudutbildning:

4 års tjänstgöring vid patologavdelning eller patologisk institution, varav minst 1 år skall fullgöras vid patologavdelning och högst 1 år får fullgöras vid rättsläkarstation eller patologisk specialavdelning;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid medicinsk eller kirurgisk klinik;

g) *klinisk virologi:*

huvudutbildning:

4 års tjänstgöring vid klinisk-virologiskt laboratorium, varav högst 1 år får fullgöras vid medicinsk-mikrobiologisk institution;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid infektionsklinik;

7. *kvinnosjukdomar och förlossningar eller gynekologi och obstetrik:*

huvudutbildning:

3 års tjänstgöring vid kvinnoklinik, varav högst 1/2 år får fullgöras vid gynekologisk avdelning av radioterapeutisk klinik;

sidoutbildning:

1 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik och

1/2 års tjänstgöring vid anesthesiavdelning;

8. *nervsjukdomar eller neurologi:*

huvudutbildning:

3 års tjänstgöring vid neurologisk klinik;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik och

1/2 års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik;

9. *psykiska sjukdomar:*

a) *psykiska sjukdomar eller allmän psykiatri:*

huvudutbildning:

3 1/2 års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik, varav högst 1/2 år får fullgöras vid barn- och ungdomspsykiatrisk klinik eller specialsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik eller klinik för långvarigt kroppssjuka och

1/2 års tjänstgöring vid neurologisk eller neurokirurgisk klinik;

b) *barn- och ungdomspsykiatri:*

huvudutbildning:

2 1/2 års tjänstgöring vid barn- och ungdomspsykiatrisk klinik och 1 års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik, varav högst 1/2 år får fullgöras vid specialsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda;

sidoutbildning:

1 års tjänstgöring vid medicinsk barnklinik;

c) *rättpsykiatri:*

huvudutbildning:

1 1/2 års tjänstgöring vid rättpsykiatrisk klinik eller station och

1 1/2 års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik, varav högst 1/2 år får fullgöras vid specialsjukhus för psykiskt utvecklingsstörda;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik,

1/2 års tjänstgöring vid neurologisk eller neurokirurgisk klinik och

1/2 års tjänstgöring vid barn- och ungdomspsykiatrisk klinik;

10. *radiologi:*

a) *röntgendiagnostik:*

huvudutbildning:

4 års tjänstgöring vid röntgenavdelning eller röntgendiagnostisk avdelning;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid medicinsk eller kirurgisk klinik;

b) *allmän radioterapi:*

huvudutbildning:

3 års tjänstgöring vid allmän avdelning av radioterapeutisk klinik;

sidoutbildning:

1/2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik,

- 1/2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik och
- 1/2 års tjänstgöring vid röntgenavdelning eller röntgendiagnostisk avdelning

c) *gynekologisk radioterapi:*

huvudutbildning:

- 2 års tjänstgöring vid radioterapeutisk klinik, varav 1 1/2 år vid gynekologisk avdelning och 1/2 år vid allmän avdelning, och
- 2 års tjänstgöring vid kvinnoklinik;

sidoutbildning:

- 1 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik;

11. *ögonsjukdomar eller oftalmologi:*

huvudutbildning:

- 3 1/2 års tjänstgöring vid ögonklinik;

sidoutbildning:

- 1/2 års tjänstgöring vid medicinsk klinik;

12. *öron-, näs- och halssjukdomar:*

a) *öron-, näs- och halssjukdomar eller oto-rhino-laryngologi:*

huvudutbildning:

- 3 1/2 års tjänstgöring vid öron-, näs- och halsklinik, varav högst 1/2 år får fullgöras vid audiologisk avdelning;

sidoutbildning:

- 1/2 års tjänstgöring vid kirurgisk klinik och
- 1/2 års tjänstgöring vid anesthesiavdelning;

b) *hörselrubbingar eller audiologi:*

huvudutbildning:

- 2 års tjänstgöring vid audiologisk avdelning och
- 2 års tjänstgöring vid öron-, näs- och halsklinik;

sidoutbildning:

- 1/2 års tjänstgöring vid barn- och ungdomspsykiatrisk klinik;

c) *röst- och talrubbingar eller foniatri:*

huvudutbildning:

- 2 års tjänstgöring vid foniatrisk avdelning och
- 1 års tjänstgöring vid öron-, näs- och halsklinik;

sidoutbildning:

- 1/2 års tjänstgöring vid audiologisk avdelning,
- 1/2 års tjänstgöring vid neurologisk klinik och
- 1/2 års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik eller barn- och ungdomspsykiatrisk klinik;

13. medicinsk rehabilitering:

huvudutbildning:

3 års tjänstgöring vid klinik eller avdelning för medicinsk rehabilitering, varav högst 1/2 år får fullgöras vid neurologisk eller ortopedisk klinik;

sidoutbildning:

1 års tjänstgöring vid medicinsk klinik, varav högst 1/2 år får fullgöras vid klinik för långvarigt kroppssjuka, och

1/2 års tjänstgöring vid psykiatrisk klinik.

Med tjänstgöring vid klinik som avses i första stycket likställes tjänstgöring vid avdelning av annan klinik eller inrättning, om verksamheten där är av betydande omfattning och av samma slag som vid klinik enligt första stycket och leds av läkare med fullgjord vidareutbildning inom området.

Doktorsexamen eller godkänt disputationsprov för doktorsgrad får tillgodoräknas som tjänstgöring enligt första stycket under högst ett halvt år.

Under huvudutbildningen skall läkaren delta i systematisk undervisning med kunskapsprov enligt föreskrifter som nämnden för läkares vidareutbildning meddelar.

9 §

Utbildning som avses i 8 § skall fullgöras vid sjukvårdsinrättning som socialstyrelsen godkänt för sådan utbildning. Sjukhus och övriga inrättningar indelas efter sina möjligheter att meddela undervisning i två kategorier, I och II. Ett år av huvudutbildningen skall fullgöras vid sjukhus eller inrättning som tillhör kategori I.

Utbildning får fullgöras även vid sådant sjukhus i Danmark, Finland och Norge som socialstyrelsen förklarar likvärdigt med sjukhus som avses i första stycket.

10 §

Tillfälligt uppehållande av tjänst som överläkare eller motsvarande befattning vid klinik eller avdelning där tjänstgöringen fullgöres eller i öppen vård får tillgodoräknas som fortsatt vidareutbildning.

Högst ett halvt år av huvudutbildningen får fullgöras som vikarie om ej vikariatet äger rum i omedelbar anslutning till innehav av tjänst eller avser längre sammanhängande tid än ett halvt år. Fristående vikariat av kortare varaktighet än fyra veckor får dock ej tillgodoräknas.

11 §

Bevis om fullgjord vidareutbildning får, när särskilda skäl föranleder det meddelas läkare, trots att hans utbildning avviker från vad som föreskrives i denna kungörelse, om hans behörighet prövas vara i huvudsak likvärdig med den till vilken bestämmelserna syftar.

12 §

Den som utom riket avlagt läkarexamen skall för vinnande av sådan behörighet som avses i 1 § lagen om behörighet som läkare genomgå kurs i svenska medicinalförfattningar enligt föreskrifter som socialstyrelsen meddelar i samråd med universitetskanslersämbetet och riksförsäkringsverket.

Läkare som avses i första stycket skall därjämte genomgå sådan övrig komplettering av sin utbildning som finnes nödvändig för att hans kunskaper skall motsvara vad som krävs för avläggande av läkarexamen i Sverige. Härom meddelar socialstyrelsens nämnd för utländsk medicinalpersonal närmare föreskrifter.

Utländsk läkare skall styrka att han har erforderliga kunskaper i svenska språket.

Nämnden för läkares vidareutbildning lämnar i samråd med socialstyrelsens nämnd för utländsk medicinalpersonal närmare föreskrifter om vidareutbildning av läkare med utländsk läkarutbildning.

13 §

Närmare föreskrifter för tillämpningen av denna kungörelse meddelas av socialstyrelsen.

1. Denna kungörelse träder i kraft den 1 januari 1973, då kungörelsen den 29 maj 1969 (nr 422) med tillämpningsföreskrifter till lagen den 30 juni 1960 (nr 408) om behörighet att utöva läkaryrket och kungörelsen den 17 december 1915 (nr 559) angående villkor för behörighet till vissa civila läkarbefattningar skall upphöra att gälla.
2. Socialstyrelsen får intill den 1 juli 1975 medge att tjänstgöring vid andra sjukhus eller inrättningar än som avses i 9 § får tillgodoräknas som huvudutbildning och sidoutbildning.
3. Läkare som före den 1 januari 1973 fått bevis om specialistkompetens får tillkännage denna enligt äldre bestämmelser.
4. Läkare som avlagt medicine licentiatexamen före den 1 juli 1969 har rätt att erhålla bevis om specialistkompetens enligt bestämmelserna i kungörelsen den 25 november 1960 (nr 653) med tillämpningsföreskrifter till lagen om behörighet att utöva läkaryrket om han ansöker härom senast den 30 juni 1975. De beteckningar på specialiteter som anges i denna kungörelse får därvid användas.
5. Läkare som den 1 januari 1973 innehar tjänst, till vilken han är behörig enligt kungörelsen (1915:559) angående villkor för behörighet till vissa civila läkarbefattningar äger jämväl efter nämnda dag åberopa sådan behörighet vid ansökan till annan tjänst av samma karaktär inom motsvarande medicinska verksamhetsområde.

**Specialmotivering till
förslag till kungörelse med tillämpningsföreskrifter till lagen om
behörighet som läkare**

ad 1 §

I denna paragraf anges att läkarexamen och – i fråga om dem som har utländsk medicinsk examen – i Sverige genomgången godkänd kompletterande utbildning medför behörighet till tjänst för läkare under vidareutbildning. Vidareutbildningen skall fullgöras på underläkartjänst som socialstyrelsen godkänt.

Den som genomgått fastställd vidareutbildning äger enligt 2 § behörighetslagen generell behörighet att självständigt utöva läkaryrket. Däremot äger han icke för allmänheten tillkännage särskilda kunskaper och erfarenheter på annat medicinskt verksamhetsområde än det inom vilket han fullgjort sin vidareutbildning. Genom bestämmelserna i förevarande paragraf preciseras fordringarna för behörighet till tjänst som överläkare eller avdelningsläkare. Härför krävs, att vederbörande genomgått vidareutbildning inom det medicinska verksamhetsområde tjänsten närmast avser. Genom denna ordning finns i princip ej längre anledning att i särskild författning reglera behörighetsvillkoren för läkartjänster i offentlig sjukvård. Utredningen har därför funnit att 1915 års behörighetskungörelse kan upphävas.

Orden ”om inte socialstyrelsen för viss tjänst fastställt särskilda villkor” har tillkommit på grund av att tjänster som överläkare etc. i vissa fall måste kunna inrättas inom verksamhetsområden som inte överensstämmer med de områden som regleras i tillämpningskungörelsen (jfr kapitel 6.4.2.5).

ad 2 §

Vidareutbildningen skall fullgöras på underläkartjänst. Regleringen av förordnandetider m. m. förutsätts ske i särskilt cirkulär från socialstyrelsen (jfr kapitel 5.4.1).

ad 3 §

Allmäntjänstgöringens omfattning och innehåll framgår av denna paragraf. Förordnande som underläkare för allmäntjänstgöring förutsätts regelmässigt ske som blockförordnande (jfr kapitel 5.4.1).

Socialstyrelsen har hittills medgett (MF 1969:38), att viss vikariatstjänstgöring får tillgodoräknas som allmäntjänstgöring. Beträffande behörighetsvillkor för vikariatstjänstgöring och möjligheterna att tillgodoräkna vikariat för allmäntjänstgöring och fortsatt vidareutbildning hänvisas till kapitel 5.4.1.3.

ad 4 §

I paragrafen räknas de olika medicinska verksamhetsområden upp inom vilka fortsatt

vidareutbildning för närvarande kan ske. Utredningen föreslår att utbildningen för kompetens som allmänpraktiker förs samman med övriga utbildningslinjer och att i samband därmed begreppen "specialist" och "specialitet" avskaffas. Genom den föreslagna ordningen kan Kungl. brev den 29 maj 1969 angående bl. a. särskild utbildning för allmän praktik upphävas och bestämmelserna om denna utbildningslinje fogas in i kungörelsen. Särskilda bevis om vunnen behörighet – utöver bevis om genomgången vidareutbildning, som utfärdas av nämnden för läkares vidareutbildning – förutsätts inte bli utfärdade. Tjänstgöringen för vidareutbildning kommer att registreras fortlöpande i socialstyrelsens läkarregister. När läkaren fullgjort vad som föreskrivs för behörighet inom visst område framgår detta sålunda av registret.

ad 5 §

Denna paragraf har sin motsvarighet i 4 § gällande kungörelse.

ad 6 §

Paragrafen anger den utbildning som ger behörighet för utövande av allmän praktik som läkare och motsvarar innehållet i det tidigare nämnda Kungl. brevet den 29 maj 1969.

ad 7 §

Paragrafen har närmast sin motsvarighet i 5 § gällande kungörelse.

ad 8 – 9 §§

Paragrafen motsvarar 7–8 §§ i gällande kungörelse.

ad 11 §

Paragrafen motsvarar 10 § i gällande kungörelse.

ad 12 §

I denna paragraf har de bestämmelser som hänför sig till läkare med utländsk medicinsk utbildning förts samman. Bestämmelsen om att dessa läkare skall genomgå kurs i författningskunskap rörande det medicinska området kvarstår från den nuvarande ordningen. Likaså skall utländsk läkare även framdeles styrka, att han har erforderliga kunskaper i svenska språket. Detta sker – som regel – genom avläggande av särskilt anordnat prov.

För att en person med utländsk läkarexamen skall få genomgå vidareutbildning i Sverige och därunder tjänstgöra som underläkare måste principiellt krävas, att han har kunskaper som motsvarar vad som krävs för avläggande av svensk läkarexamen. Sådan läkares kunskaper måste därför bli föremål för prövning. Det bör härvid ankomma på socialstyrelsens nämnd för utländsk medicinalpersonal att tillse, att endast läkare som besitter sådana kunskaper bereds tillträde till underläkartjänst.

Det bör framhållas, att läkare som avlagt läkarexamen i Danmark eller Norge men inte fullgjort för obegränsad auktorisation föreskriven praktisk tjänstgöring är att anse som jämställda med läkare som avlagt läkarexamen i Sverige. De är – sedan de genomgått författningskursen – sålunda behöriga till underläkartjänst för allmäntjänstgöring. Bestäm-

melsen i andra stycket i den mot denna paragraf svarande 1 § nu gällande kungörelse med tillämpningsföreskrifter till lagen om behörighet att utöva läkaryrket, med krav på ett års läkartjänstgöring har därför utgått.

Danska och norska läkare med obegränsad auktorisation liksom finska legitimerade läkare är — sedan de genomgått författningskursen — att betrakta som jämställda med läkare, som i Sverige fullgjort allmäntjänstgöring. De är alltså behöriga till underläkartjänst avsedd för fortsatt vidareutbildning.

I övrigt bör gälla, att läkare med utländsk verksamhet och utbildning bakom sig inordnas i den svenska sjukvårdsorganisationen allt efter den behörighetsnivå vederbörande befinner sig på. Det får liksom nu ankomma på socialstyrelsen att övervaka dessa frågor.

Övergångsbestämmelser

Den föreslagna kungörelsen avses ersätta kungörelsen den 29 maj 1969 (nr 422) med tillämpningsföreskrifter till lagen den 30 juni 1960 (nr 408) om behörighet att utöva läkaryrket och kungörelsen den 17 december 1915 (nr 559) angående villkor för behörighet till vissa civila läkartjänster. Punkterna 2—4 i övergångsbestämmelserna till den nuvarande tillämpningskungörelsen har överförts till den nu föreslagna kungörelsen endast med den ändringen att den i punkten 3 angivna tidpunkten framflyttas till den 1 januari 1973.

Genom den föreslagna ordningen för behörighet till bl. a. överordnade läkartjänster kommer, som tidigare framhållits bestämmelserna i 1915 års kungörelse att bli överflödiga. Som påpekats i kapitel 6.4.3 anser utredningen, att under en övergångstid räknat från och med den 1 januari 1973 möjlighet bör finnas för myndighet som Kungl. Maj:t bestämmer att lämna dispens från de nya behörighetsreglerna vid tillsättning av överläkar- och avdelningsläkartjänster.

Förslag
till lag om ändring i lagen den 30 juni 1960 (nr 409)
om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Härigenom förordnas, att 6 § lagen den 30 juni 1960 (nr 409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område skall ha nedan angivna lydelse.

(Nuvarande lydelse)

(Föreslagen lydelse)

6 §

Har den som -----
----- ursprung och beskaffenhet.

I övrigt må ej den som utövar i 1 § första stycket avsedd verksamhet i samband därmed beteckna sig läkare eller doktor eller begagna titel eller yrkesbeteckning, vari sådan benämning ingår eller som giver sken av att han är legitimerad eller eljest auktoriserad av myndighet eller *har specialistkompetens som läkare.*

Har den som -----
----- ursprung och beskaffenhet.

I övrigt må ej den som utövar i 1 § första stycket avsedd verksamhet i samband därmed beteckna sig läkare eller doktor eller begagna titel eller yrkesbeteckning, vari sådan benämning ingår eller som giver sken av att han *äger behörighet som läkare*, är legitimerad eller eljest auktoriserad av myndighet eller *besitter särskild kunnighet eller erfarenhet inom medicinskt verksamhetsområde.*

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1973.

Specialmotivering
till den föreslagna lydelsen av 6 § lagen den 30 juni 1960 (nr 409)
om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

De föreslagna ändringarna i paragrafen är föranledda av utredningens förslag dels att genomgången grundutbildning i fortsättningen skall utgöra den faktiska grunden för behörighet som läkare och dels att begreppen "specialitet" och "specialist" skall utgå ur sjukvårdslagstiftningen (jfr kapitel 6).

**Förslag till
lag om ändring i sjukvårdslagen den 6 juni 1962 (nr 242)**

Härigenom förordnas att 16 § 2 och 3 mom., 20 och 34 §§ sjukvårdslagen (1962:242) skall ha nedan angivna lydelse.

(Nuvarande lydelse)

(Föreslagen lydelse)

16 § 2 och 3 mom.

2 mom. Läkare som avses i 1 mom. benämnes

- 1) vid lasarett överläkare
- 2) vid sjukstuga sjukstuguläkare samt
- 3) vid sjukhem sjukhemsläkare eller, om socialstyrelsen efter framställning av sjukvårdsstyrelsen så förordnat, överläkare.

Såvida ej annat föreskrives, skall vad i denna lag och med stöd därav meddelade bestämmelser stadgas om sjukhemsläkare äga tillämpning å motsvarande läkare vid förlossningshem.

3 mom. För fullgörande av viss del av överläkares åligganden må anställas biträdande överläkare. Därjämte må för biträde i sjukvården anställas underläkare och extra läkare.

Om särskilda ----- tjänstens tillsättning.

2 mom. Läkare som avses i 1 mom. benämnes vid lasarett överläkare. Även läkare vid annan vårdinrättning än lasarett må benämnas överläkare, om han har sådan uppgift som sägs i 1 mom.

3 mom. I sjukvården må jämväl anställas avdelningsläkare, underläkare och extra läkare.

Avdelningsläkare må äläggas fullgöra på överläkare ankommande uppgifter.

20 §

1 mom. Överläkare förordnas ----- tills vidare.

När överläkartjänst skall tillsättas efter ansökning, åligger det socialstyrelsen att, i den mån behöriga sökande anmält sig, på förslag uppföra de fyra med avseende å förtjänst och skicklighet främsta sökandena. Kan sökande inom det område som tjänsten avser åberopa framstående skicklighet, ådagalagd genom berömvärd tjänstgöring på sjukhus, eller grundlig utbildning eller väl vitsordat vetenskapligt forskningsarbete,

När överläkartjänst skall tillsättas efter ansökning, åligger det särskild nämnd, vilken utses i den ordning Konungen föreskriver, att på förslag uppföra de fyra med avseende å förtjänst och skicklighet främsta sökandena. Kan sökande inom det område som tjänsten avser åberopa framstående skicklighet, ådagalagd genom berömvärd tjänstgöring på sjukhus, eller grundlig utbildning eller väl vitsordat vetenskapligt forsknings-

(Nuvarande lydelse)

skall särskilda hänsyn tagas därtill.

Sedan förslag upprättats, förordnar sjukvårdsstyrelsen efter direktionens hörande en av de sökande, som uppförts på förslaget, till överläkare.

2 mom. *Biträdande överläkare* förordnas av sjukvårdsstyrelsen eller, efter styrelsens bemyndigande, av direktionen tills vidare eller för viss tid. Förordnande, som meddelats för viss tid må förlängas.

När tjänst som *biträdande överläkare* skall tillsättas efter ansökning, åligger det sakkunniga, vilka utses i den ordning Konungen föreskriver, att under iakttagande av de i 1 mom. angivna befordringsgrunderna på förslag uppföra de *tre* främsta sökandena.

Sedan förslag upprättats, har sjukvårdsstyrelsen, efter hörande av den överläkare, som innehavaren av tjänsten närmast skall vara underställd, och direktionen för sjukhuset, att till *biträdande överläkare* förordna en av de sökande, som uppförts på förslag.

3 mom. *Sjukstuguläkare och sjukhemsläkare* förordnas av sjukvårdsstyrelsen tills vidare.

Vid tillsättning av tjänst som *sjukstuguläkare* eller som *sjukhemsläkare* vid sjukhem med flera än sextio vårdplatser förfares, om ej socialstyrelsen medgivit undantag, i tillämpliga delar på sätt är stadgat i 2 mom.

4 mom. Underläkare förordnas av sjukvårdsstyrelsen eller, efter styrelsens bemyndigande, av direktionen för högst *tre* år. Vid tillsättning av tjänst som *underläkare* förfares i tillämpliga delar på sätt är stadgat i 2 mom.

Har förordnande meddelats för kortare tid än *tre* år, må förordnandet förlängas så, att den sammanlagda tiden för förordnandet kommer att uppgå till högst *tre* år. Utöver vad nu sagts må förlängning av förordnande såsom *underläkare* icke ske utan socialstyrelsens medgivande.

Socialstyrelsen äger föreskriva, att förordnande å viss *underläkartjänst* må meddelas

(Föreslagen lydelse)

arbete, skall särskilda hänsyn tagas därtill.

Sedan förslag upprättats, förordnar sjukvårdsstyrelsen, *i förekommande fall* efter direktionens hörande, en av de sökande, som uppförts på förslaget, till överläkare.

2 mom. *Avdelningsläkare* förordnas av sjukvårdsstyrelsen eller, efter styrelsens bemyndigande, av direktionen tills vidare eller för viss tid. Förordnande, som meddelats för viss tid, må förlängas.

När tjänst som *avdelningsläkare* skall tillsättas efter ansökning, åligger det sakkunniga, vilka utses i den ordning Konungen föreskriver, att under iakttagande av de i 1 mom. angivna befordringsgrunderna på förslag uppföra de *fyra* främsta av de till *tjänsten* behöriga sökandena.

Sedan förslag upprättats, har sjukvårdsstyrelsen, efter hörande av den överläkare, som innehavaren av tjänsten närmast skall vara underställd, och *i förekommande fall* direktionen för sjukhuset, att till *avdelningsläkare* förordna en av de sökande, som uppförts på förslag.

(Bestämmelserna i detta moment utgår. Nuvarande 4 mom. blir med ändrad lydelse nytt 3 mom.).

3 mom. Underläkare förordnas av sjukvårdsstyrelsen eller, efter styrelsens bemyndigande, av direktionen för *viss* tid. *Föreskrifter om förfarandet i samband med förordnande av underläkare* meddelas av Konungen eller myndighet som Konungen bestämmer.

endast för kortare tid än tre år och att den, som under tre år innehaft underläkartjänst, ej må förordnas å annan sådan tjänst vid samma klinik eller, därest sjukhuset ej är uppdelat på kliniker, vid samma sjukhus.

5 mom. Extra läkare tillsättes av sjukvårdsstyrelsen eller, när tjänsten ej avser åligganden som ankomma på överläkare, efter styrelsens bemyndigande av direktionen genom förordnande på viss tid, dock att beträffande den som icke äger behörighet att utöva läkaryrket förordnande meddelas av socialstyrelsen eller efter styrelsens bemyndigande av sjukvårdsstyrelsen eller direktionen. När sjukvårdsstyrelsen eller direktionen förordnar extra läkare skall, om ej socialstyrelsen medgivit undantag, som enligt 17 § må meddelas utan socialstyrelsens medgivande, förfaras på sätt är stadgat i 2 mom.

4 mom. Extra läkare tillsättes av sjukvårdsstyrelsen eller, när tjänsten ej avser åligganden som ankomma på överläkare, i förekommande fall, efter styrelsens bemyndigande av direktionen genom förordnande på viss tid, dock att beträffande den som icke äger behörighet att utöva läkaryrket förordnande meddelas av socialstyrelsen eller efter styrelsens bemyndigande av sjukvårdsstyrelsen eller direktionen. När sjukvårdsstyrelsen eller direktionen förordnar extra läkare skall, om ej socialstyrelsen medgivit undantag, förfaras på sätt är stadgat i 2 mom.¹

34 §

1 mom. Talan mot sjukvårdsstyrelsens eller direktionens beslut om tillsättande av läkartjänst i andra fall än som avses i 20 § 1 mom. föres genom besvär hos socialstyrelsen. Besvären skola hava inkommit till socialstyrelsen inom tre veckor från den dag, då verkställd justering av det över beslutet förda protokollet tillkännagivits å landstingskommunens anslagstavla. Vid prövning av besvaren må jämväl de sakkunnigas förslag avseende tjänsten komma under bedömande.

1 mom. Talan mot beslut av nämnd som jämlikt 20 § 1 mom har att upprätta förslag till besättande av överläkartjänst föres genom besvär hos socialstyrelsen. Besvären skola hava inkommit till socialstyrelsen inom tre veckor från den dag, då klaganden fick del av beslutet.

Mot socialstyrelsens beslut i anledning av besvär som i första stycket sägs får talan icke föras.

Om besvär över beslut av sjukvårdsstyrelse eller direktion gäller vad som stadgas i landstingslagen eller kommunallagen.

Om besvär över annat beslut av sjukvårdsstyrelse eller direktion gäller vad som stadgas i landstingslagen eller kommunallagen.²

2 mom. Vad i ----- att fatta.

Övergångsbestämmelser.

10. Enligt äldre bestämmelser meddelat förordnande som biträdande överläkare, sjukstuguläkare och sjukhemsläkare skall gälla även efter den 31 december 1972, till dess läkaren avgått från tjänsten. Har förordnandet för läkaren meddelats för viss tid må det förlängas.

¹ Denna lydelse överensstämmer med förslag av utredningen om den öppna vårdens organisation m. m. (Socialdepartementets stencil 1971)

² Detta moment kommer att gälla i ny lydelse från och med den 1 januari 1972 (SFS 1971:667). Den företagna ändringen är av formell natur och berör tiden för ingivande av besvär.

**Specialmotivering till
förslagen till ändringar i sjukvårdslagen den 6 juni 1962 (nr 242)**

ad 16 §

Utredningen har i sitt betänkande funnit, att antalet läkartjänster så långt möjligt bör begränsas. I enlighet härmed har utredningen föreslagit en tjänstestruktur omfattande överläkar-, avdelningsläkar- och underläkartjänster. Denna tjänstestruktur avses kunna tillämpas i alla vårdformer, sålunda också i den öppna vården. Utredningen får hänvisa till vad som anförts i frågan i kapitlet 3, 4 och 5.

2 mom. Som en konsekvens av utredningens förslag om en enhetlig tjänstestruktur bör de särskilda benämningarna "sjukstuguläkare" och "sjukhemsläkare" utgå ur lagtexten (jfr kapitel 5.4.2.1).

Utredningen rörande den öppna läkarvården utanför sjukhus har föreslagit ny lydelse av detta moment med innebörden att även läkare utanför sjukhus med uppgifter motsvarande överläkares skall kunna benämnas överläkare. Läkartjänstutredningen ansluter sig i princip till ändringsförslaget. Med hänsyn till förslaget att begreppen "sjukstuguläkare" och "sjukhemsläkare" skall utgå ur lagtexten, anser utredningen att ordet "sjukhus" bör bytas ut mot det mer begränsade begreppet "lasarett".

3 mom. I enlighet med utredningens tjänstestrukturförslag har beteckningen biträdande överläkare här ersatts av avdelningsläkare (jfr kapitel 3.4). — Regler om biträdande överläkare föreslås intagna i övergångsbestämmelserna till sjukvårdslagen.

Bestämmelserna innebär, att en avdelningsläkare av sjukvårdsstyrelsen kan förordnas att självständigt svara för vissa uppgifter inom överläkares arbetsområde (jfr kapitlet 4 och 5).

Utredningen har förutsatt att extra läkare även i fortsättningen skall anställas för tillgodosende av tillfälliga sjukvårdsbehov.

ad 17 §

Utredningen rörande den öppna läkarvården utanför sjukhus har föreslagit, att nuvarande 17 § sjukvårdslagen skall utgå och ersättas av en ny paragraf, 31 §. Eftersom bestämmelserna i nuvarande 17 § delvis berör tjänster och förhållanden som läkartjänstutredningen har att uppmärksamma vill utredningen framhålla, att innehållet i den föreslagna 31 § stämmer väl överens med utredningens synpunkter på den nödvändiga etableringskontrollen för inrättande av nya läkartjänster (jfr kapitel 3.5).

ad 20 §

1 mom. Utredningen har i kapitel 7 i sitt betänkande föreslagit att en decentralisering av förfarandet vid tillsättning av överläkartjänster bör äga rum. Skyldigheten att upprätta förslag till besättning av sådana tjänster föreslås sålunda bli överförd från socialstyrelsen till

en särskild nämnd varav det skall finnas en inom varje sjukvårdsregion (jfr kapitel 7.4.1 och utredningens förslag till ny lydelse av 18 § sjukvårdskungörelsen med specialmotivering).

Enligt den nuvarande lydelsen av förevarande moment skall vid meritvärderingar särskild hänsyn tas till bl. a. framstående skicklighet, som sökanden genom "berömvärd tjänstgöring å sjukhus" kan åberopa. Med hänsyn till vad utredningen anfört i kapitel 8 föreslås ordet "sjukhus" utgå ur texten.

3 mom. Nuvarande 3 mom. till förevarande paragraf föreslås utgå. I stället bör ett nytt 3 mom. införas som närmast skall svara mot nuvarande 4 mom. Med tanke på att underläkartjänsterna skall tjäna också ett utbildningssyfte och att utbildningen ifråga om sitt innehåll och med avseende på tiden är starkt differentierad, kan någon fast högsta tidsgräns för underläkartjänsternas längd såsom nu är fallet inte stadgas. Närmare föreskrifter om förordnandetider och förfarandet vid förordnande på underläkartjänster föreslås bli meddelade i särskilda anvisningar av Kungl. Maj:t eller myndighet som Kungl. Maj:t bestämmer (jfr kapitel 5).

ad 34 § 1 mom.

Läkartjänster som avses i 20 § sjukvårdslagen skall tillsättas genom beslut av sjukvårdsstyrelse eller, efter styrelsens delegation, av vederbörande sjukhusdirektion. Överläkartjänster skall dock alltid tillsättas av sjukvårdsstyrelse.

Enligt utredningens förslag, skall talan mot beslut om tillsättning av tjänst som överläkare, avdelningsläkare och underläkare föras i den för kommunalbesvär gällande ordningen.

Enligt nuvarande besvärsordning kan socialstyrelsens beslut med förslag till besättande av överläkartjänst överklagas hos Konungen. Utredningen har föreslagit att styrelsens förslagsfunktion skall överföras till särskilda regionala förslagsnämnder. I förevarande paragraf har införts möjlighet för sökande att genom förvaltningsbesvär överklaga förslag som sådan nämnd har upprättat.

Besvären skall inges till socialstyrelsen inom tre veckor från det klaganden fick del av förslaget. Utredningen förutsätter härvid att samtliga sökande delges besluten på ett sådant sätt att misstag beträffande besvärstiden inte uppkommer. Genom det förordade förfarandet kommer i första hand den medicinska sakkunnigbedömningen att kunna materiellt överprövas. Då denna prövning kommer att ske i socialstyrelsen anser utredningen fog saknas att genom talan mot styrelsens beslut föra besvären vidare till Kungl. Maj:t.

Specialmotivering till p 10 övergångsbestämmelserna till sjukvårdslagen.

Utredningen har förordat att biträdande överläkartjänster skall bibehållas under en övergångstid efter det att den föreslagna nya ordningen trätt i kraft. Läkare som är förordnad att t. v. vara biträdande överläkare skall sålunda bibehålla sitt förordnande till dess han slutgiltigt frånträder tjänsten. Deslegitimerad biträdande överläkare som återfått sin behörighet skall kunna återinträda i sin tjänst som biträdande överläkare utan hinder av att de nya reglerna trätt i kraft. Har förordnandet om biträdande överläkare meddelats för viss tid skall förlängning av förordnandet kunna ske. Är en biträdande överläkare tjänstledig på grund av semester, sjukdom eller annan orsak skall vikarie kunna förordnas uppehålla tjänsten. Däremot skall ny innehavare av tjänst som biträdande överläkare inte kunna förordnas. I och med att en biträdande överläkare lämnar sin tjänst förutsätts tjänsten utgå ur organisationen för att eventuellt bli ersatt av tjänst som överläkare eller avdelningsläkare. Inte heller kan det komma ifråga att inrätta nya tjänster som biträdande överläkare efter det de nya reglerna vunnit giltighet.

Förslag till ändringar i sjukvårdskungörelsen den 13 november 1970 (nr 703)

Härigenom förordnas dels att 11, 16, 17, 18, 23, 24 och 26 §§ sjukvårdskungörelsen (1970:703) skall ha nedan angivna lydelse, dels att 25 § skall upphöra att gälla.

(Nuvarande lydelse)

(Föreslagen lydelse)

11 §

Klinikchef är -----
Sjukvårdsstyrelsen eller, efter styrelsens bemyndigande, direktionen får förordna överläkare eller *biträdande överläkare* vid kliniken att som biträdande klinikchef fullgöra vissa uppgifter som ankommer på klinikchef och klinikchef eller annan överläkare inom blocket att som biträdande blockchef fullgöra vissa uppgifter som ankommer på blockchef.

----- fyra år.
Sjukvårdsstyrelsen eller, efter styrelsens bemyndigande, direktionen får förordna överläkare eller *avdelningsläkare* vid kliniken att som biträdande klinikchef fullgöra vissa uppgifter som ankommer på klinikchef och klinikchef eller annan överläkare inom blocket att som biträdande blockchef fullgöra vissa uppgifter som ankommer på blockchef.

Vad i ----- sådan avdelning.

16 §

När tjänst som överläkare skall tillsättas, har sjukvårdsstyrelsen att kungöra tjänsten ledig till ansökan med angivande att ansökningshandlingarna skall inges till *socialstyrelsen i två exemplar*. Tjänst som överläkare får dock tillsättas med annan överläkare inom sjukvårdsområdet som till följd av ändrad organisation blivit övertalig utan att tjänsten kungöres ledig till ansökan.

När tjänst som överläkare skall tillsättas, har sjukvårdsstyrelsen att kungöra tjänsten ledig till ansökan med angivande att ansökningshandlingarna skall inges till *sjukvårdsstyrelsen*. Tjänst som överläkare får dock tillsättas med annan överläkare inom sjukvårdsområdet som till följd av ändrad organisation blivit övertalig utan att tjänsten kungöres ledig till ansökan. *Socialstyrelsen får medge att läkartjänst, vars innehavare skall ha att ansvara för vården vid sjukstuga eller sjukhem, även annars tillsättes utan att tjänsten kungöres ledig till ansökan.*

Socialstyrelsen skall omedelbart efter ansökningstidens utgång underrätta sjukvårdsstyrelsen om anmälda sökande.

17 §

När tjänst som *biträdande överläkare, sjukstuguläkare, sjukhemsläkare vid sjukhem med flera än sextio vårdplatser*, extra läkare eller underläkare skall tillsättas, har sjukvårdsstyrelsen eller efter styrelsens bemyndigande direktionen att kungöra tjänsten ledig till ansökan. Tjänst som *biträdande överläkare, sjukstuguläkare eller sjukhemsläkare vid sjukhem med flera än sextio vårdplatser* får dock tillsättas med annan innehavare av motsvarande tjänst inom sjukvårdsområdet som till följd av ändrad organisation blivit övertalig utan att tjänsten kungöres ledig till ansökan. Socialstyrelsen får medge att tjänst som *sjukstuguläkare eller sjukhemsläkare vid sjukhem med flera än sextio vårdplatser* även annars tillsättes utan att tjänsten kungöres ledig till ansökan.

Extra läkare som enligt 17 § sjukvårdslagen (1962:242) får anställas utan socialstyrelsens medgivande får förordnas utan att tjänsten kungöres ledig till ansökan.

När tjänst som *avdelningsläkare*, extra läkare eller underläkare skall tillsättas, har sjukvårdsstyrelsen eller *i förekommande fall*, efter styrelsens bemyndigande, direktionen att kungöra tjänsten ledig till ansökan. Tjänst som *avdelningsläkare* får dock tillsättas med annan innehavare av motsvarande tjänst inom sjukvårdsområdet, som till följd av ändrad organisation blivit övertalig utan att tjänsten kungöres ledig till ansökan. Socialstyrelsen får medge att tjänst som *extra läkare* tillsättes utan att tjänsten kungöres ledig till ansökan.

18 §

Socialstyrelsen utser för högst fyra år sakkunniga som avses i 18 § 2 mom. och 20 § 2 mom. sjukvårdslagen (1962:242). För varje landstingskommun och för Gotlands kommun utses fyra och för varje annan kommun som ej tillhör landstingskommun tre sakkunniga samt en suppleant för var och en av de sakkunniga.

Sakkunnig skall om möjligt vara överläkare vid sjukhus inom sjukvårdsområdet. I landstingskommun och i Gotlands kommun skall dock en sakkunnig samt en suppleant vara provinsialläkare inom sjukvårdsområdet. Upphör sakkunnigs anställning inom sjukvårdsområdet under mandattiden, utser socialstyrelsen ny sakkunnig för återstoden av tiden.

Den till sakkunnig utsedde provinsialläkaren får endast delta när förslag upprättas till tjänst som biträdande provinsialläkare. När förslag upprättas till tjänst som biträdande överläkare skall de sakkunniga,

Sakkunniga som avses i 20 § sjukvårdslagen (1962:242) och suppleant för sådan sakkunnig utses för högst fyra år i den ordning socialstyrelsen bestämmer.

om ingen av dem är överläkare vid klinik eller annan motsvarande avdelning av liknande slag som den lediga tjänsten tillhör, tillkalla en överläkare vid sådan klinik eller avdelning att ingå som sakkunnig.

Den som har de flesta tjänsteåren som överläkare för ordet vid sammanträde med sakkunniga.

Sjukhusläkares åligganden

Läkares åligganden

23 §

Överläkare åligger att

1. ansvara för sjukvårdens

Överläkare vid sjukhus åligger att

nämnda lag.

Överläkare i öppen vård utanför sjukhus skall i tillämpliga delar ställa sig till efterrättelse de i förevarande paragraf under punkterna 1–12 meddelade föreskrifterna. Vad nu sagts skall jämväl gälla läkare som utan att vara överläkare ansvarar för vården vid sjukstuga eller sjukhem.

Finns biträdande överläkare, är överläkaren befriad från åligganden enligt första och andra styckena såvitt avser biträdande överläkarens verksamhetsområde. Biträdande överläkaren är i övrigt i den mån ej annat följer av 11 § andra stycket underställd överläkaren. Överläkaren är skyldig att ge biträdande överläkaren råd rörande sjukvården.

Finns avdelningsläkare, som enligt bestämmelserna i 24 § sjukvårdskungörelsen förordnats fullgöra på överläkare ankommande arbetsuppgifter är överläkaren befriad från åligganden enligt första och andra styckena såvitt avser avdelningsläkarens verksamhetsområde. Avdelningsläkaren är i övrigt i den mån ej annat följer av 11 § andra stycket underställd överläkaren. Överläkaren är skyldig att ge avdelningsläkaren råd rörande sjukvården.

24 §

Biträdande överläkare skall ansvara för den sjukvård som anförtrotts honom. Han skall därvid i tillämpliga delar ställa sig till efterrättelse de föreskrifter som enligt 23 § gäller för överläkare. Han skall vidare biträda överläkaren och vid tillfälligt förfall för överläkaren fullgöra dennes arbetsuppgifter, om sjukvårdsstyrelsen ej föreskriver annat.

Avdelningsläkare skall biträda överläkaren och vid tillfälligt förfall för överläkaren fullgöra dennes arbetsuppgifter, om inte sjukvårdsstyrelsen föreskriver annat. Härutöver må avdelningsläkare i den utsträckning han därtill av sjukvårdsstyrelsen förordnas åläggas fullgöra arbetsuppgifter, som ankommer på överläkaren.

Då avdelningsläkare fullgör på överläkaren ankommande uppgifter skall han i tillämpliga delar ställa sig till efterrättelse de bestämmelser som enligt 23 § gäller för överläkare.

25 §

Sjukstuguläkare och sjukhemsläkare skall i tillämpliga delar ställa sig till efterrättelse de bestämmelser som enligt 23 § gäller för överläkare.

Paragrafen utgår.

26 §

Underläkare och extra läkare som ej fullgör göromål som ankommer på överläkare skall biträda överläkare eller motsvarande läkare och i den omfattning överläkaren bestämmer *biträdande överläkaren*. De skall därvid i tillämpliga delar ställa sig till efterrättelse de bestämmelser som gäller för nämnda läkare.

Underläkare och extra läkare som ej fullgör göromål som ankommer på överläkare skall biträda överläkare eller motsvarande läkare och i den omfattning överläkaren bestämmer *avdelningsläkaren*. De skall därvid i tillämpliga delar ställa sig till efterrättelse de bestämmelser som gäller för nämnda läkare.

Underläkare är ----- sådan läkare.

Övergångsbestämmelser till sjukvårdskungörelsen (1970:704).

Denna kungörelse träder i kraft den 1 januari 1973, därvid dock följande övergångsbestämmelser skall gälla:

1. Bestämmelserna i 11, 24 och 26 §§ sjukvårdskungörelsen skall alltjämt gälla beträffande biträdande överläkare, som efter den 31 december 1972 kvarstår i tjänst.
2. Bestämmelserna i 25 § sjukvårdskungörelsen skall alltjämt gälla beträffande sjukstuguläkare som sjukhemsläkare, som efter den 31 december 1972 kvarstår i tjänst.
3. Vid tillsättande av vikariat på tjänst som biträdande överläkare, sjukstuguläkare och sjukhemsläkare, vilket beräknas vara minst sex månader i följd, skall förfaras på sätt är stadgat i 20 § 2 mom. sjukvårdslagen, om ej socialstyrelsen medgett undantag.

**Specialmotivering till
förslagen till ändringar i sjukvårdskungörelsen den 13 november 1970 (nr 703)**

ad 11 §

Med hänsyn till utredningens förslag att tjänster som biträdande överläkare enbart övergångsvis skall bibehållas har bestämmelserna om dessa tjänster utmönstrats ur sjukvårdskungörelsen och ersatts med en samlingsregel införd som övergångsbestämmelse till kungörelsen. Motsvarande regel gäller också sjukstuguläkare och sjukhemsläkare, begrepp som likaledes på sikt föreslås utgå ur sjukvårdslagstiftningen.

På grund av ovan nämnda förhållanden har i förevarande paragraf orden "biträdande överläkare" bytts ut mot "avdelningsläkare".

Förslaget innebär sålunda att avdelningsläkarna skall kunna förordnas som biträdande klinikchef. Utredningen förutsätter dock att biträdande klinikchef regelmässigt utses bland överläkarna om det finns flera överläkare vid en och samma klinik. Om avdelningsläkare utses som biträdande klinikchef utgår utredningen från att det blir fråga om sådan avdelningsläkare som innehar förordnande att självständigt ansvara för vissa uppgifter enligt 24 §.

ad 16 §

Socialstyrelsens skyldighet att upprätta förslag till besättande av överläkartjänster föreslås övergå till i särskild ordning utsedda regionala nämnder (jfr kapitel 7.4.1 och utredningens förslag till ny lydelse av 20 § 1 mom. sjukvårdslagen med specialmotivering). Då socialstyrelsen inte vidare skall handlägga dessa tillsättningsärenden – utom som besvärsinstans – bör sökande till ledig överläkartjänst framdeles inge sina ansökningshandlingar direkt till vederbörande sjukvårdsstyrelse.

ad 17 §

Mot bakgrund av utredningens förslag till kategoriindelning av läkartjänster har bestämmelserna om biträdande överläkare, sjukstuguläkare och sjukhemsläkare borttagits.

Paragrafen föreslås kompletterad – i enlighet med förslag av utredningen rörande den öppna läkarvården utanför sjukhus – med en regel som ger socialstyrelsen möjlighet att medge att tjänst som extra läkare får tillsättas utan ledigförklarande.

ad 18 §

Utredningen har föreslagit, att socialstyrelsen skall erhålla i uppdrag att utfärda bestämmelser om hur sakkunniga för upprättande av förslag till besättande av läkartjänster skall utses. Utredningen får ifråga om detta spörsmål hänvisa till framställningen i kapitel 7.4.1.

ad 23 §

23–26 §§ i sjukvårdskungörelsen är nu intagna under rubriken ”Sjukhusläkares åligganden”. För att bestämmelserna i tillämpliga delar också skall gälla för läkare i offentlig sjukvård utanför sjukhus föreslås rubriken ändrad till ”Läkares åligganden”.

I enlighet med tanken att tjänster som överläkare skall kunna inrättas också inom öppen vård utanför sjukhus, har i förevarande paragraf intagits en bestämmelse om sådana överläkares åligganden. Med hänsyn till att vissa läkare ansvarar för sjukvården vid sjukstuga eller sjukhem utan att för den skull inneha befattning som överläkare vid sjukvårdsinrättningen ifråga har en bestämmelse intagits i förevarande paragraf som ersätter tidigare 25 § sjukvårdskungörelsen.

Beträffande överläkares möjligheter att bli befriad från delar av verksamheten som annan läkare förordnas ansvara för har de nuvarande bestämmelserna om biträdande överläkare överförts till avdelningsläkare, som av sjukvårdshuvudmannen särskilt förordnats för motsvarande funktion.

ad 24 §

Bestämmelserna i nuvarande 24 § sjukvårdskungörelsen, som avser åligganden för biträdande överläkare har utmönstrats. I stället har en ny bestämmelse införts som gäller avdelningsläkares uppgifter (jfr kapitel 4).

ad 25 §

Av tidigare anförda skäl föreslås bestämmelserna i denna paragraf rörande uppgifter för sjukstuguläkare och sjukhemsläkare utgå.

Specialmotivering till förslag om övergångsbestämmelser

Tjänster som biträdande överläkare, sjukstuguläkare och sjukhemsläkare avses utgå ur sjukvårdsorganisationen i och med att den nya ordningen vinner giltighet och bibehållas endast så länge de vid ikraftträdandet befintliga befattningshavarna på respektive tjänst behåller densamma. Ny innehavare skall sålunda inte kunna utnämnas på en sådan tjänst. Några regler om tillsättning av ifrågavarande tjänster är därför inte erforderliga. Övriga bestämmelser i sjukvårdskungörelsen rörande dessa läkarkategorier bör däremot äga giltighet så länge dylika tjänster finns kvar. Allmänna bestämmelser härom har därför införts.

Förslag till
kungörelse om ändring i Kungl. Maj:ts instruktion den 20 oktober 1967 (nr 606)
för socialstyrelsen

Härigenom förordnas, att 29 § instruktionen (1967:606) för socialstyrelsen skall ha nedan angivna lydelse.

(Nuvarande lydelse)

(Föreslagen lydelse)

29 §

När socialstyrelsen upprättar förslag till *sjukhusläkar*-, länsläkar-, rättsläkare-, rättspsykiater- eller tandläkartjänst, som skall tillsättas av Kungl. Maj:t, skall ledamot av vetenskapliga rådet, vilken företräder den vetenskapsgren eller det verksamhetsområde som närmast är av betydelse för tjänsten, delta i ärendets handläggning, om särskilda omständigheter ej föranleder annat.

När socialstyrelsen upprättar förslag till länsläkar-, rättsläkar-, rättspsykiater- eller tandläkartjänst, som skall tillsättas av Kungl. Maj:t, skall ledamot av vetenskapliga rådet vilken företräder den vetenskapsgren eller det verksamhetsområde som närmast är av betydelse för tjänsten, delta i ärendets handläggning, om särskilda omständigheter ej föranleder annat.

Denna kungörelse träder i kraft den 1 januari 1973.

Specialmotivering till
förslag till kungörelse om ändring i Kungl. Maj:ts instruktion
den 20 oktober 1967 (nr 606) för socialstyrelsen.

ad 29 §

Ändringen av paragrafen motiveras av utredningens förslag (kapitel 7.4.1) att socialstyrelsen i fortsättningen inte skall upprätta förslag till överläkartjänster.

Statens offentliga utredningar 1971

Kronologisk förteckning

1. SOU 71. Handbok för det officiella utredningstrycket. Beckman, Fi.
2. Post- och Inrikes Tidningar. Norstedt & Söner, Ju.
3. Veterinärdistriktindelningen, m m. Svenska Reproduktions AB, Jo.
4. Kommunala val. Esselte, C.
5. Svensk industri under 70-talet med utblick mot 80-talet. Bilaga 2. Esselte, Fi.
6. Ny sjömanslag. Esselte, K.
7. Finansiella tillväxtaspekter 1960–1975. 1970 års långtidsutredning. Bilaga 4. Esselte, Fi.
8. Arbetskraftsresurserna 1965–1990. 1970 års långtidsutredning. Bilaga 1. Esselte, Fi.
9. Större företags offentliga redovisning. Esselte, Fi.
10. Snatteri. Berlingska Boktryckeriet, Lund, Ju.
11. Ett nytt bilregister. Göteborgs Offsettryckeri AB, K.
12. Miljövärden i Sverige under 70-talet. 1970 års långtidsutredning. Bilaga 8. Esselte, Fi.
13. Utvecklingstendenser inom offentlig sektor. 1970 års långtidsutredning. Bilaga 6. Esselte, Fi.
14. Varuhandeln fram till 1975. 1970 års långtidsutredning. Bilaga 3. Esselte, Fi.
15. Förslag till aktiebolagslag m m. Tryckeribolaget, Ju.
16. Regional utveckling och planering. 1970 års långtidsutredning. Bilaga 7. Esselte, Fi.
17. Malm - Jord - Vatten. Svenska Reproduktions AB, I.
18. Mått och vikt. Norstedt & Söner, Fi.
19. Familjepensionsfrågor m m. Berlingska Boktryckeriet, Lund, S.
20. Europeisk överenskommelse om internationell transport av farligt gods på väg. (ADR) Betänkande I. Norstedt & Söner, K.
21. Europeisk överenskommelse om internationell transport av farligt gods på väg. (ADR) Bilaga A. Norstedt & Söner, K.
22. Europeisk överenskommelse om internationell transport av farligt gods på väg. (ADR) Bilaga B. Norstedt & Söner, K.
23. Europeisk överenskommelse om internationell transport av farligt gods på väg. (ADR) Register m m. Norstedt & Söner, K.
24. Vuxenpedagogisk forskning och utbildning. Berlingska Boktryckeriet, Lund, U.
25. Boendeservice 3. Kommunstudien. Esselte, In.
26. Boendeservice 4. Projektstudien. Esselte, In.
27. Boendeservice 5. Totalkostnadsstudien. Esselte, In.
28. Boendeservice 6. Strukturstudien. Esselte, In.
29. Kyrkan kostar. Göteborgs Offsettryckeri AB, U.
30. Sjömanspension. Göteborgs Offsettryckeri AB, K.
31. Den svenska betalningsbalansstatistiken. Esselte, Fi.
32. Valutareserven och utrikeshandels finansiella struktur. Bilaga till Den svenska betalningsbalansstatistiken. Esselte, Fi.
33. Fri affärstid. Göteborgs Offsettryckeri AB, H.
34. Lastbil och Taxi. Beckman, K.
35. Den fria rörligheten för personer inom EEC. Esselte, In.
36. Produktionsresurser för tv och radio i utbildningen. Esselte, U.
37. Konsumentpolitik-riktlinjer och organisation. Tryckeribolaget, H.
38. Särskilda tandvårdsanordningar för vissa patientgrupper. Göteborgs Offsettryckeri AB, S.
39. Den svenska köpkraftsfördelningen 1967. Berlingska Boktryckeriet, Lund, In.
40. Export och import 1971–1975. 1970 års långtidsutredning. Bilaga 5. Esselte, Fi.
41. Ny domstolsadministration. Göteborgs Offsettryckeri AB, Ju.
42. Försäkring och annat kontant stöd vid arbetslöshet. Esselte, In.
43. Arbetskraftens struktur och dimensioner. Esselte, In.
44. Bilagor till KSA-utredningens betänkande. Esselte, In.
45. Utsökningsrätt XI. Norstedt & Söner, Ju.
46. Teknisk översyn av kapitalbeskattningen. Norstedt & Söner, Fi.
47. Psykologiska urvalsmetoder inom statsförvaltningen. Göteborgs Offsettryckeri AB, Fi.
48. Personurval med hjälp av psykologiska undersökningar. Göteborgs Offsettryckeri AB, Fi.
49. Unga lagöverträdare I. Esselte, Ju.
50. Räddningstjänst. Göteborgs Offsettryckeri AB, C.
51. Invandrarutredningen I. Göteborgs Offsettryckeri AB, In.
52. Byggandets industrialisering. Beckman, In.
53. Lärarnas arbete. En statistisk arbetstidsstudie. Göteborgs Offsettryckeri AB, U.
54. Lärarnas arbete. Bilaga I. Tekniska rapporter. Göteborgs Offsettryckeri AB, U.
55. Lärarnas arbete. Bilaga II. Tabeller. Göteborgs Offsettryckeri AB, U.
56. Handräkning inom försvaret. Esselte, Fö.
57. Utbildning av vissa värnpliktiga i stabstjänst. Esselte, Fö.
58. Rätten till abort. Göteborgs Offsettryckeri AB, Ju.
59. Högsta domstolens kansli. Göteborgs Offsettryckeri AB, Ju.
60. Universitetsstudier utan examen. Göteborgs Offsettryckeri AB, U.
61. Val av utbildning och yrke. Göteborgs Offsettryckeri AB, U.
62. Högre utbildning och arbetsmarknad. Göteborgs Offsettryckeri AB, U.
63. Vintersjöfart. Beckman, K.
64. Sanering I. Esselte, In.
65. Sanering II. Bilagor. Esselte, In.
66. Mellanölsfrågan. Göteborgs Offsettryckeri AB, Fi.
67. Räntheomfördelning och vinstutdelning. Göteborgs Offsettryckeri AB, In.
68. Läkartjänster. Göteborgs Offsettryckeri AB, S.

Kronologisk förteckning

1. Forskning med relation till utbildning för åldersklasserna 16—19 år.
2. Harmonisering av matematikundervisningen i årskurs 1—6 i de nordiska länderna.
3. Konsument- och marknadsföringsfrågor.
4. Nordiska transportproblem.
5. Nordiska ministerrådets arbetsformer.

Statens offentliga utredningar 1971

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

Post- och Inrikes Tidningar. [2]
Snatteri. [10]
Förslag till aktiebolagslag m m. [15]
Ny domstolsadministration. [41]
Utsökningsrätt XI. [45]
Unga lagöverträdare I. [49]
Rätten till abort. [58]
Högsta domstolens kansli. [59]

Socialdepartementet

Familjepensionsfrågor m m. [19]
Särskilda tandvårdsanordningar för vissa patientgrupper. [38]
Läkartjänster. [68]

Försvarsdepartementet

Utredningen om handräckningsvärnpliktiga. 1. Handräckning inom försvaret. [56] 2. Utbildning av vissa värnpliktiga i stabstjänst. [57]

Kommunikationsdepartementet

Ny sjömanslag. [6]
Ett nytt bilregister. [11]
Utredningen angående befordran av farligt gods på väg m m. 1. Europeisk överenskommelse om internationell transport av farligt gods på väg. (ADR) Betänkande 1. [20] 2. Europeisk överenskommelse om internationell transport av farligt gods på väg. (ADR) Bilaga A. [21] 3. Europeisk överenskommelse om internationell transport av farligt gods på väg. (ADR) Bilaga B. [22] 4. Europeisk överenskommelse om internationell transport av farligt gods på väg. (ADR) Register m m. [23]
Sjömanspension. [30]
Lastbil och Taxi. [34]
Vintersjöfart. [63]

Finansdepartementet

SOU 71. Handbok för det officiella utredningstrycket. [1]
1970 års långtidsutredning. 1. Svensk industri under 70-talet med utblick mot 80-talet. Bilaga 2. [5]
2. Finansiella tillväxtaspekter 1960–1975. Bilaga 4. [7] 3. Arbetskraftsresurserna 1965–1990. Bilaga 1. [8] 4. Miljövärden i Sverige under 70-talet. Bilaga 8. [12] 5. Utvecklingstendenser inom offentlig sektor. Bilaga 6. [13] 6. Varuhandeln fram till 1975. Bilaga 3. [14] 7. Regional utveckling och planering. Bilaga 7. [16] 8. Export och import 1971–1975. Bilaga 5. [10]
Större företags offentliga redovisning. [9]
Mätt och vikt. [18]
Betalningsbalansutredningen. 1. Den svenska betalningsbalansstatistiken. [31] 2. Valutareserven och utrikeshandelns finansiella struktur. Bilaga. [32]
Teknisk översyn av kapitalbeskattningen. [46]

Testutredningen. 1. Psykologiska urvalsmetoder inom statsförvaltningen. [47] 2. Personurval med hjälp av psykologiska undersökningar. [48]
Mellanölsfrågan. [66]

Utbildningsdepartementet

Vuxenpedagogisk forskning och utbildning. [24]
Kyrkan kostar. [29]
Produktionsresurser för tv och radio i utbildningen. [36]
Utredningen rörande lärarnas arbetsförhållanden. 1. Lärarnas arbete. En statistisk arbetsstudsstudie. [53] 2. Lärarnas arbete. Bilaga I. Tekniska rapporter. [54] 3. Lärarnas arbete. Bilaga II. Tabeller. [55]
1968 års utbildningsutredning 1. Universitetsstudier utan examen. [60] 2. Val av utbildning och yrke. [61] 3. Högre utbildning och arbetsmarknad. [62]

Jordbruksdepartementet

Veterinärdistriktindelningen, m m. [3]

Handelsdepartementet

Fri affärstid. [33]
Konsumtpolitik – riktlinjer och organisation. [37]

Inrikesdepartementet

Servicekommittén. 1. Boendeservice 3. Kommunstudien. [25] 2. Boendeservice 4. Projektstudien. [26] 3. Boendeservice 5. Totalkostnadsstudien. [27] 4. Boendeservice 6. Strukturstudien. [28]
Den fria rörligheten för personer inom EEC. [35]
KSA-utredningen. 1. Försäkring och annat kontant stöd vid arbetslöshet. [42] 2. Arbetskraftens struktur och dimensioner. [43] 3. Bilagor till KSA-utredningens betänkande. [44]
Invandrarutredningen 1. [51]
Byggandets industrialisering. [52]
Saneringsutredningen. 1. Sanering I. [64] 2. Sanering II. Bilagor [65]
Ränteomfördelning och vinstutdelning. [67]

Civildepartementet

Kommunala val. [4]
Räddningstjänst. [50]

Industridepartementet

Malm – Jord – Vatten. [17]

KUNGL. BIBL.

STOCKHOLM







Allmänna Förlaget