

Ref

# KOMPETENS- UTVECKLINGEN EFTER LÄKAREXAMEN



Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2014



National Library  
of Sweden

1987:53



Betänkande av utredningen  
om läkarnas specialistutbildning m.m.

LSU 85

Ray

# KOMPETENS- UTVECKLINGEN EFTER LÄKAREXAMEN



1987:53



Betänkande av utredningen  
om läkarnas specialistutbildning m.m.

LSU 85







Statens offentliga utredningar  
1987:53  
Socialdepartementet

# Kompetensutvecklingen efter läkarexamen

Betänkande av utredningen om  
läkarnas specialistutbildning m. m. (LSU 85)  
Stockholm 1987



Beställningsadress:  
Allmänna Förlaget  
Kundtjänst  
106 47 STOCKHOLM  
Tel: 08/739 96 30

Allmänna Förlagets bokhandel:  
Informationsbokhandeln  
Malmtorgsgatan 5, Stockholm

Beställare som är berättigade till remissexemplar  
eller friexemplar kan beställa sådana under adress:

Regeringskansliets förvaltningskontor  
SOU-förrådet  
103 33 Stockholm  
Tel: 08/763 23 20 Telefontid 8.10—12.00 (externt och internt)  
08/763 10 05 12.00—16.40 (endast internt)

ISBN 91-38-10057-6  
ISSN 0375-250X

Omslag ALLF/AD  
Produktion Allmänna Förlaget AB  
Svenskt Tryck Stockholm 1987 725598

## Till Statsrådet och chefen för socialdepartementet

Vid regeringssammanträde den 31 januari 1985 bemyndigades det statsråd som har till uppgift att föredra ärenden om hälso- och sjukvård att tillkalla en särskild utredare — omfattad av kommittéförelösningsordningen (1976:119) — med uppdrag att föreslå hur vidareutbildningen efter läkarexamen skall utformas i framtiden.

Landshövdingen Göte Fridh förordnades den 14 februari 1985 till särskild utredare.

Som experter åt utredaren förordnades samma dag sjukvårdsdirektören Sven-Erik Bergman, Stockholms läns landsting; departementssekreteraren Birgitta Bratthall, socialdepartementet; bitr. landstingsdirektören Henric Hultin, Älvsborgs läns landsting; docenten Thomas Ihre, Sveriges läkarförbund; 1:e sekreteraren Åke Jonsson och avdelningschefen Gunilla Lamnevik, Landstingsförbundet; departementssekreteraren Ewa Lindqvist, utbildningsdepartementet samt avdelningschefen Gunnar Wennström, socialstyrelsen. Vidare förordnades den 5 mars 1985 som experter generaldirektören S.Åke Lindgren, socialdepartementet; byråchefen Johny Hultin, socialstyrelsen och professorn Tore Scherstén, medicinska fakulteten vid Göteborgs universitet samt den 9 maj 1985 docenten Stephan Rössner, Svenska Läkaresällskapet.

Att som sekreterare biträda utredaren förordnades fr.o.m. den 1 april 1985 byråchefen Lennart Rinder och fr.o.m. den 1 februari 1986 utredningssekreteraren Connie van der Capellen.

Utredningen har antagit namnet utredningen om läkarnas specialistutbildning m.m. (LSU 85).

Härmed överlämnar utredningen betänkandet Kompetensutvecklingen efter läkarexamen. I särskild huvudbilaga redovisas utredningens förslag till målbeskrivningar för basspecialiteter och för övriga specialiteter. Arbetet med utformningen av huvudbilagan har på utredarens uppdrag letts av S.Åke Lindgren.

Utredaren har därmed slutfört sitt uppdrag.

Ett särskilt yttrande har avgetts av Birgitta Bratthall, Johny Hultin, Ewa Lindqvist och Gunnar Wennström.

Vänersborg och Stockholm i oktober 1987

*Göte Fridh*

*/Connie van der Capellen  
Lennart Rinder*





# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	9
<b>Författningsförslag</b> .....	15
1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) .....	15
2 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1984:545) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. ....	16
3 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1982:771) om behörighet till vissa tjänster inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården och om tillsättning av sådana tjänster .....	20
<b>1 Inledning</b> .....	21
1.1 Utredningsuppdraget .....	21
1.2 En historisk återblick .....	22
1.3 Tidigare utredningar och statsmaktsbeslut .....	23
<b>2 Nuvarande förhållanden</b> .....	27
2.1 Allmän översikt av läkarnas utbildningsförhållanden .....	27
2.2 Vidareutbildningen .....	29
2.2.1 Författningsregleringen .....	29
2.2.2 Allmäntjänstgöringen (AT) .....	30
2.2.3 Tjänstgöringen för specialistutbildning (FV) .....	32
2.3 Läkarfördelningsprogrammet (LP) .....	37
2.4 Överenskommelsen om gemensam nordisk arbetsmarknad för läkare .....	38
<b>3 Några utvecklingsdrag inom hälso- och sjukvården åren 1970—1985</b> .....	43
<b>4 Utbildningen närmast efter läkarexamen — allmäntjänstgöring (AT) som ger legitimation</b> .....	49
4.1 Inledning .....	49
4.1.1 Utgångspunkter .....	49
4.1.2 Sambandet grundutbildning — vidareutbildning ...	49
4.1.3 Terminologin .....	50



4.2	Överväganden och förslag .....	50
4.2.1	Målet för AT-perioden .....	50
4.2.2	AT-periodens utformning .....	52
4.2.3	Systematisk utbildning under AT .....	56
4.2.4	Målbeskrivning .....	57
4.2.5	Handledning .....	58
4.2.6	Kvalitetskontroll .....	59
4.2.7	Avskiljandefrågor .....	60
4.2.8	Konstruktionen och regleringen av AT-tjänsterna ..	61
4.2.9	Särregler för forskare och forskarstuderande .....	63
<b>5</b>	<b>Den fortsatta kompetensutvecklingen efter legitimationen — specialiseringen (ST) .....</b>	<b>65</b>
5.1	Inledning .....	65
5.1.1	Utgångspunkter .....	65
5.1.2	Direktivens krav på den framtida specialistutbild- ningen .....	66
5.1.3	Terminologin .....	67
5.2	Överväganden och förslag .....	68
5.2.1	Målet för specialiseringstjänstgöringen .....	68
5.2.2	Specialiseringstjänstgöringens uppbyggnad — fort- gående kompetensutveckling .....	69
5.2.3	Kompetensområden för målstyrd specialistutbild- ning .....	70
5.2.4	Den praktiska tjänstgöringen .....	73
5.2.5	Målbeskrivningar .....	74
5.2.6	Handledningen under ST .....	75
5.2.7	Systematisk utbildning .....	76
5.2.8	Kvalitetskontrollen .....	78
5.2.9	Klinisk forskarutbildning under ST .....	80
5.2.10	Myndighetsuppgifter .....	80
<b>6</b>	<b>Särskilda frågor .....</b>	<b>83</b>
6.1	Författningsfrågor .....	83
6.1.1	Nuvarande författningsreglering .....	83
6.1.2	Förslag till författningsändringar .....	84
6.2	Det nordiska samarbetet .....	88
6.3	Planeringsfrågor .....	90
<b>7</b>	<b>Målbeskrivningar .....</b>	<b>93</b>
7.1	Inledning .....	93
7.2	Förslag till gemensamma bestämmelser i målbeskrivningar- na .....	94
7.3	Förslag till särskilda bestämmelser i målbeskrivningarna för specialiteterna .....	98
	<b>Särskilt yttrande .....</b>	<b>101</b>

**Bilagor**

Bilaga 1	Direktiven till LSU 85 .....	103
Bilaga 2	Förteckning över inkomna skrivelser .....	111
Bilaga 3	Utlysta AT-block för den första av de två omgångarna under år 1987 .....	115
Bilaga 4	Förteckning över de nuvarande specialiteterna i 3 § i behörighetsförordningen .....	116
Bilaga 5	Nuvarande specialiteter inom primär- och länssjukvård .....	118

**Kapitel 1**

I kapitel 1 behandlas sammanlagt en bakgrund till utgåvan av denna utvärdering.

**Kapitel 2**

I detta kapitel behandlas utbildningen till läkare i kapitel 2 av denna utvärdering samt nordiska läkare.

**Kapitel 3**

I kapitel 3 behandlas sjukvården i framtida.

**Kapitel 4**

I detta kapitel behandlas utvärdering.

**● Inledning**

● LSU i sex-månader





# Sammanfattning

## Kapitel 1 Inledning

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

## Kapitel 2 Nuvarande förhållanden

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

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

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

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

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

- Inledningsvis slås det fast att AT skall vara grunden för allmän behörighet att utöva läkaryrket och leda fram till legitimation och rätt att påbörja specialiseringsperioden.
- LSU 85 föreslår att AT-perioden skall omfatta två år, fördelade på tre sex-månaders och två tre-månaderstjänstgöringar. Huvuddelen av AT



skall fullgöras inom de tre breda medicinska verksamhetsområdena allmänmedicin, internmedicin och kirurgi. Vidare skall tre månader fullgöras inom den moderna sektoriserade psykiatriska vården. Härutöver föreslås en period om tre månader som får fullgöras inom ett i princip valfritt medicinskt verksamhetsområde.

- Under medicin- eller kirurgitjänstgöringen skall en viss tids tjänstgöring (ca två månader) förläggas till en anestesi-intensivvårdsenhet. Tjänstgöringen i allmänmedicin skall förläggas till vårdcentral eller motsvarande.
- AT-perioden föreslås inledas med antingen medicin eller kirurgi. Därefter följer psykiatri och allmänmedicin. AT föreslås avslutas med den valfria perioden.
- LSU 85 anser att det övergripande målet för AT-perioden är att AT-läkaren
  - uppnår god förmåga att självständigt utföra basrutinerna i hälso- och sjukvården
  - utvecklar goda attityder och värderingar i patientarbetet
  - lär känna hälso- och sjukvårdsorganisationen
  - får kännedom om angränsande samhällsområden såsom socialtjänsten och den allmänna försäkringen
  - utvecklar kännedom om och samarbetsförmågan med andra personalgrupper
  - får en bred grund för arbetet under specialiseringsperioden.
- Det övergripande målet bör enligt utredningen ytterligare konkretiseras och utvecklas i form av målbeskrivningar för AT som helhet och för dess olika tjänstgöringsperioder.
- Utredningen föreslår att AT-provet ges formen av ett sammanhållet prov med syfte att pröva målpuppfyllelsen för hela AT-perioden. Det bör framför allt inriktas på att pröva det kliniska omdömet i vanliga, realistiska situationer.
- Godkända AT-tjänstgöringar och godkänt AT-prov tillsammans med den lämplighetsprövning i övrigt som socialstyrelsen gör skall leda till legitimation som läkare. Legitimation skall utfärdas av socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen skall utforma målbeskrivningar och AT-prov. Detta arbete skall göras i nära samverkan med företrädare för landstingen och läkarnas organisationer samt de medicinska fakulteterna.
- Det är viktigt med en god handledning under AT. LSU 85 föreslår att varje AT-läkare skall tilldelas en personlig handledare, antingen för hela AT-perioden eller för varje tjänstgöringsdel. Handledaren bör vara en erfaren, specialistkompetent läkare.
- LSU 85 bedömer att de nuvarande formerna för AT fungerat förhållandevis väl och anser att allmäntjänstgöring liksom för närvarande skall fullgöras i form av blockförordnande på tidsbegränsade tjänster. Detta är nödvändigt bl.a. för att säkerställa genomströmning under AT-perioden och för att kunna dimensionera och fördela AT-tjänsterna.



- Forskningsinriktade läkare bör få möjlighet att förlänga sitt AT-block, dvs. kunna lägga in perioder för heltidsforskning. AT-tjänstgöringarna bör kunna fördelas ut under en fyra-årsperiod så att två år därav kan användas för heltidsforskning.

## Kapitel 5 Den fortsatta kompetensutvecklingen efter legitimationen — specialiseringen (ST)

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

- Utredningen framhåller att medicinsk kompetens av hög kvalitet i form av bl.a. skickliga läkare är avgörande för en fortsatt framgångsrik utveckling av den svenska hälso- och sjukvården. Kompetensutvecklingen till specialist inom ett medicinskt verksamhetsområde måste i huvudsak ske genom praktiskt arbete under handledning som läkare i vårdorganisationen. Teoretiska studier är ett nödvändigt komplement för att stödja kompetensutvecklingen.
- Specialisering är i huvudsak en naturlig process som uppkommer även utan en formaliserad styrning. Utredningens förslag är därför mera stödjande än styrande. Den enskilde läkaren måste ta ett betydande eget ansvar för sin kompetensutveckling, men det är viktigt att det finns vägledning i form av målbeskrivningar för specialiteterna och möjligheter till kvalitetskontroller under vidareutbildningen till specialist.
- Läkarbefattningar som en läkare innehar under sin specialisering måste vara vårdmässigt motiverade. Kontinuiteten i läkarbemanningen vid vårdenheterna är viktig. Tjänstgöringen bör bl.a. därför vara förlagd till den verksamhet som specialiseringen avser. Behov av kompletterande tjänstgöring skall kunna tillgodoses på ett flexibelt sätt. Dessa utgångspunkter leder till att LSU 85 föreslår en betydande avreglering med stora förenklingar i systemet för specialistutbildningen.
- Utredningen anser att termerna specialitet och specialist bör behållas. Specialiseringsperioden bör benämnas specialiseringstjänstgöring (ST) i analogi med allmäntjänstgöring (AT).
- Målet för ST är att uppnå specialistkompetens. Sådan kompetens innebär förmåga att på ett rutinerat sätt och med självständighet kunna handlägga det som är vanligt förekommande inom specialiteten.
- LSU 85 föreslår att dagens detaljstyrning av specialistutbildningen med tidsmässigt fixerade huvud- och sidoutbildningar ersätts av målbeskrivningar för resp. specialitet. Målbeskrivningen skall ange de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som läkaren skall ha tillägnat sig när han anses ha uppnått specialistkompetens. Målbeskrivningarna bör kunna bli ett verksamt medel för att förnya specialistutbildningen och ge den ett högt kvalitativt innehåll till nytta för såväl patienter, läkare som sjukvårdshuvudmän.



- Huvuduppgiften för utredningen är att utforma utbildningskraven för läkare som skall vara verksamma i primär- och länssjukvård. Utredningen har i samverkan med läkarnas organisationer tagit fram förslag till målbeskrivningar för sådana specialiteter. De redovisas i huvudbilaga (SOU 1987:54) till betänkandet. Framdeles bör socialstyrelsen svara för regelbunden revidering av dessa målbeskrivningar. Läkarnas organisationer har även, på begäran av LSU 85, tagit fram förslag till målbeskrivningar för specialiteter som är företrädda inom regionsjukvården och vid större länssjukhus. Även dessa målbeskrivningar redovisas i huvudbilagan till betänkandet. Det bör ankomma på socialstyrelsen att ansvara för revisioner och kompletteringar också då det gäller dessa målbeskrivningar.
- Den praktiska tjänstgöringen för att uppnå specialistkompetens fullgör läkaren på en anställning där han bedömer att han kan få den kompetensen. Efter en allmän introduktion på arbetsplatsen ges läkaren under sin ST-möjlighet att växla mellan arbetsplatsens funktioner på lämpligt sätt och att delta i intern fortbildning. Om den kompetens som anges i målbeskrivningen under en tid fordrar tjänstgöring även på annan arbetsplats, skall läkaren beredas möjlighet till detta.
- Behovet från utbildningssynpunkt av fasta block och tidsbegränsningar av tjänstgöringen i form av visstidsförordnande bortfaller. Utredningen föreslår därför att huvudregeln skall vara tillsvidareförordnande under specialiseringstjänstgöringen, dvs. den på arbetsmarknaden gängse anställningsformen.
- Handledning är viktig under ST. Handledningsansvaret är en del av det allmänna arbetsgivaransvaret och ledningsansvaret för en klinikchef. En handledare måste själv ha relevant specialistkompetens.
- Utöver praktisk tjänstgöring under handledning behövs systematisk utbildning i form av egna studier och deltagande i kurser för att uppnå kraven i en målbeskrivning. Staten bör, liksom nu, genom socialstyrelsen svara för dessa kurser, som benämns SK-kurser (specialistkompetenskurs). Kurserna bör i första hand anvisas för specialiteter som prioriteras ur hälso- och sjukvårdspolitisk synvinkel. De medicinska fakulteterna bör i större utsträckning än hittills svara för det praktiska genomförandet av SK-kurser men möjligheterna att förlägga kurser också utanför universitetsorterna bör tas till vara.
- När det gäller kvalitetskontrollen under specialistutbildningen anser LSU 85 att den viktigaste är den som genom arbetsledare och handledare utförs i det löpande vårdarbetet och som bl.a. avspeglas i tjänstgöringsbetygen.
- Utredningen har också övervägt lämpligheten att införa en kvalitetskontroll i form av specialistexamen som villkor för att erhålla bevis om specialistkompetens. LSU 85 anser att det är mycket värdefullt att läkarnas organisationer erbjuder frivilliga examina, diagnostiska prov och liknande som kan vara stödjande för utvecklingen av den enskilde läkarens kompetens till specialist. Däremot bör inte en formell specialistexamen införas.



- Erforderliga bevis om specialistkompetens bör som hittills utfärdas av socialstyrelsen. LSU 85 har inte till uppgift att pröva om sådant kompetensbevis skall utgöra formellt behörighetskrav för innehav av vissa läkarbefattningar.

## Kapitel 6 Särskilda frågor

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

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

## Kapitel 7 Målbeskrivningar

- Grundläggande för utredningens förslag är att kompetensutvecklingen under specialiseringstjänstgöringen främst skall styras av målbeskrivningar för resp. specialitet som anger kraven på erforderliga färdigheter, kunskaper och förhållningssätt m.m.
- LSU 85 har uppdragit åt Sveriges läkarförbund och Svenska Läkarsällskapet att gemensamt och i samråd med socialstyrelsens ämnesexpertgrupper ta fram underlag för målbeskrivningar.

- Utredningen redovisar i huvudbilaga (SOU 1987:54) till betänkandet förslag till målbeskrivningar för primärvårdens och länssjukvårdens basspecialiteter liksom för specialiteter inom regionsjukvården och vid större länssjukhus. I denna huvudbilaga finns konkreta förslag till dels gemensamma bestämmelser för specialistutbildningen inom alla specialiteter och dels särskilda bestämmelser för följande specialiteter:

allergologi	klinisk neurofysiologi
allmänmedicin	klinisk näringslära
anestesi och intensivvård	klinisk patologi
arbets- och miljömedicin	klinisk virologi
barn- och ungdomsallergologi	koagulations- och blödnings- rubbningar
barn- och ungdomskardiologi	kvinnosjukdomar och förlossningar
barn- och ungdomskirurgi	medicinsk lungsjukvård
barn- och ungdomsmedicin	medicinsk mag- och tarmsjukvård
barn- och ungdomsneurologi med habilitering	medicinsk njursjukvård
barn- och ungdomspsykiatri	medicinsk radiologi
barn- och ungdomsradiologi	medicinsk rehabilitering
endokrinologi	neurokirurgi
företagshälsovård	neurologi
geriatrik	neuroradiologi
gynekologisk tumörsjukvård	ortopedi
handkirurgi	plastikkirurgi
hematologi	psykiatri
hud- och könssjukvård	reumatologi
hörselrubbningar	rättsmedicin
infektionssjukvård	rättspsykiatri
internmedicin	röst- och talrubbningar
kardiologi	skolhälsovård
kirurgi	socialmedicin
klinisk bakteriologi	thoraxkirurgi
klinisk cytologi	transfusionsmedicin
klinisk farmakologi	tumörsjukvård
klinisk fysiologi	urologi
klinisk genetik	yrkesmedicin
klinisk immunologi	ögonsjukvård
klinisk kemi	öron-, näs- och halsjukvård



# Författningsförslag

## 1 Förslag till Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 15 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall ha följande lydelse.

### *Nuvarande lydelse*

Läkare under allmäntjänstgöring eller specialistutbildning enligt lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket skall förordnas för viss tid.

### *Föreslagen lydelse*

#### 15 §

Läkare under allmäntjänstgöring enligt lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. skall förordnas för viss tid.

*Regeringen får föreskriva att läkare under specialistutbildning enligt nämnda lag, som tjänstgör vid enheter som har upplåtits för grundläggande utbildning av läkare, med hänsyn till utbildningens och forskningens intressen skall förordnas för viss tid.*

## 2 Förslag till

## Förordning om ändring i förordningen (1984:545) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m.

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (1984:545) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m.

*dels att § 9 skall upphöra att gälla,*

*dels att §§ 2 — 7 skall ha följande lydelse och*

*dels att en övergångsbestämmelse 12 skall gälla.*

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*2§<sup>1</sup>

Allmäntjänstgöring som läkare enligt 2 § lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. skall fullgöras under *ett år och nio månader*, fördelade på verksamhetsområden enligt följande:

1. 6 månader *allmän kirurgi*,
2. 6 månader *allmän internmedicin*, varav *högst två månader får bytas ut mot tjänstgöring inom långvårdsmedicin*,
3. 3 månader *allmän psykiatri eller barn- och ungdomspsykiatri*,
4. 6 månader *allmänmedicin*.

Allmäntjänstgöring skall fullgöras på läkartjänst för allmäntjänstgöring (blockförordnande). Om synnerliga skäl föreligger får socialstyrelsen medge undantag härifrån.

*Intyg som huvudmannen har utfärdat om fullgjord allmäntjänstgöring skall ges in till socialstyrelsen,*

Allmäntjänstgöring som läkare enligt 2 § lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. skall fullgöras under *två år*, fördelade på verksamhetsområden enligt följande:

1. 6 månader *kirurgi*,
2. 6 månader *internmedicin*,
3. 3 månader *psykiatri*,
4. 6 månader *allmänmedicin*,
5. 3 månader *inom något av verksamhetsområdena under 1—4 eller inom ett annat verksamhetsområde*.

Allmäntjänstgöring skall fullgöras på läkartjänst för allmäntjänstgöring (blockförordnande) *under handledning*. Om synnerliga skäl föreligger får socialstyrelsen medge undantag härifrån.

*Läkare som vill få legitimation för yrket skall med godkänt resultat avlägga ett sammanhållet kunskapsprov i ämnena kirurgi, internmedicin, psykiatri och allmänmedicin som anordnas av socialstyrelsen.*

<sup>1</sup>) Senaste lydelse 1987:80



## Nuvarande lydelse

## Föreslagen lydelse

som meddelar beslut om godkänd  
allmäntjänstgöring.

Socialstyrelsen skall meddela ytterligare föreskrifter om allmäntjänstgöring.

3 §<sup>2</sup>

## Nuvarande lydelse

Den legitimerade läkare som vill förvärva specialistkompetens skall genomgå vidareutbildning som består av

1. huvudutbildning enligt nedanstående tabell, samt

2. sidoutbildning inom ett eller flera verksamhetsområden som är av betydelse för den sökta kompetensen. Sidoutbildningen skall omfatta tjänstgöring under minst sex månader och högst ett år och sex månader.

Specialitet	Tjänstgöring inom verksamhetsområde	Tjänstgöringens längd	Anm.
1. Allmänmedicin	Allmänmedicin	2 år	Högst ½ år av tjänstgöringen inom allmänmedicin får bytas ut mot en eller två tjänstgöringar inom allmän kirurgi, ortopedisk kirurgi, medicinsk rehabilitering, öron-, näs- och halssjukdomar, socialmedicin eller vid enhet för företagshälsövård; en tjänstgöring får dock inte vara kortare än tre månader
	Allmän internmedicin	1 år	
	Allmän psykiatri	1/2 år	

16. Gruppen öron-,  
näs- och hals-  
sjukdomar

a) Öron-, näs- och halssjukdomar (oto-rhino-laryngologi)	Öron-, näs- och halssjukdomar	3 ½ år	Högst ½ år får bytas ut mot tjänstgöring inom hörselrubbningar och högst 2 månader mot tjänstgöring inom röst- och talrubbningar
b) Hörselrubbningar (audiologi)	Hörselrubbningar	2 år	Högst ½ år av tjänstgöringen inom öron-, näs- och halssjukdomar får bytas ut mot tjänstgöring inom röst- och talrubbningar
	Öron-, näs- och halssjukdomar	2 år	

<sup>2</sup>) Senaste lydelse 1985:243

c) Röst- och tal- rubbningar (fonia- tri)	Röst- och tal- rubbningar	2 år
	Öron-, näs- och halssjukdomar	1 år

Socialstyrelsen skall meddela ytterligare föreskrifter om vidareutbildning för specialistkompetens.

## 3 §

*Föreslagen lydelse*

Den legitimerade läkare som vill förvärva specialistkompetens skall genom tjänstgöring som läkare under handledning och genom systematisk utbildning i av socialstyrelsen fastställd specialitet ha förvärvat de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som för den sökta specialistkompetensen anges i en av socialstyrelsen fastställd målbeskrivning.

Socialstyrelsen skall meddela ytterligare föreskrifter om vidareutbildning för specialistkompetens.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse*

## 4 §

Doktorsexamen i ett ämne av betydelse för den sökta kompetensen får tillgodoräknas som tjänstgöring enligt 3 § under högst ett halvt år.

Doktorsexamen eller motsvarande vetenskaplig utbildning får beaktas av socialstyrelsen vid prövning av rätt till bevis om specialistkompetens i den utsträckning styrelsen prövar skäligt.

## 5 §

Vidareutbildning för att få specialistkompetens skall fullgöras genom tjänstgöring på läkartjänst för specialistutbildning.

Vidareutbildning för att få specialistkompetens skall fullgöras genom tjänstgöring på läkartjänst under handledning.

Som sådan vidareutbildning får dock också räknas tillfälligt uppehållande av

a) tjänst som överläkare eller annan tjänst för specialistutbildad läkare vid den medicinska enhet där tjänstgöringen i övrigt fullgörs, eller

b) tjänst som distriktsläkare eller annan tjänst för specialistutbildad läkare inom det distrikt av den öppna vården utanför sjukhuset där tjänstgöringen i övrigt fullgörs.

Fristående vikariat som är kortare än en månad får inte räknas som huvudutbildning.



## Nuvarande lydelse

## Föreslagen lydelse

## 6 §

Tjänstgöring inom specialiteten allmänmedicin skall fullgöras vid vårdcentral som socialstyrelsen godkänt.

Tjänstgöring inom övriga specialiteter skall om inte socialstyrelsen beslutar annat fullgöras vid sjukhus eller andra inrättningar som socialstyrelsen godkänt. Ett år av huvudutbildningen i dessa specialiteter skall fullgöras vid sjukhus eller inrättningar som socialstyrelsen godkänt som särskilt lämpliga att meddela utbildning.

Bedrivs en verksamhet, som faller inom området för en fastställd specialitet, endast inom en begränsad del av specialiteten, får socialstyrelsen föreskriva i vilken utsträckning tjänstgöring inom verksamheten skall godtas som tjänstgöring inom specialiteten.

Utbildning får fullgöras även vid vårdcentraler, sjukhus eller inrättningar i Danmark, Finland, Island och Norge som socialstyrelsen har förklarat likvärdiga med vårdcentraler, sjukhus eller inrättningar som anges i första och andra styckena.

## 7 §

Under specialistutbildningen skall läkaren delta i systematisk undervisning med kunskapsprov enligt föreskrifter som socialstyrelsen meddelar.

Socialstyrelsen beslutar i vilken utsträckning tjänstgöring som läkare vid vårdenheter i Danmark, Finland, Island och Norge kan godtas som vidareutbildning för att få specialistkompetens.

Under specialiseringstjänstgöringen skall läkaren delta i systematisk utbildning med prov enligt föreskrifter som socialstyrelsen meddelar.

## Övergångsbestämmelse

12. En legitimerad läkare som påbörjat specialistutbildning före ikraftträdandet av de ändrade bestämmelserna enligt SFS 1988:00 och som fullgjort huvuddelen av utbildningen får fullfölja denna enligt de äldre bestämmelserna i SFS 1984:545.



### 3 Förslag till Förordning om ändring i förordningen (1982:771) om behörighet till vissa tjänster inom den landstings- kommunala hälso- och sjukvården och om tillsättning av sådana tjänster

Häri genom föreskrivs att 2 och 17 §§ förordningen (1982:771) om behörighet till vissa tjänster inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården och om tillsättning av sådana tjänster skall ha följande lydelse.

#### *Nuvarande lydelse*

#### *Föreslagen lydelse*

##### 2 §<sup>1</sup>

Behörig till tjänst för läkare under specialistutbildning eller för därmed jämförlig utbildning är den som har legitimation som läkare.

Behörig till tjänst för allmäntjänstgöring är den som avlagt läkarexamen. Detsamma gäller för den som genomgått medicinsk utbildning utomlands och skall genomgå kompletterande utbildning.

Den som har bevis om specialistkompetens eller uppfyller kraven för *sådan kompetens* får inte utan socialstyrelsens medgivande inneha tjänst som avses i *första eller andra* stycket.

Den som har *legitimation*, bevis om specialistkompetens eller uppfyller kraven för *specialistkompetens* får inte inneha tjänst som avses i andra stycket.

##### 17 §

*Tjänster för läkare under specialistutbildning tillsätts genom förordnande för högst sex månader utöver den sammanlagda tid som behövs för den sökta utbildningen.*

Tjänster som läkare för allmäntjänstgöring tillsätts genom förordnande för *högst två* år.

Förordnanden som har meddelats enligt första *eller andra* stycket får förlängas utöver den föreskrivna längsta tiden om särskilda skäl föreligger och socialstyrelsen inte förordnar annat. *Landstingskommunen skall till socialstyrelsen anmäla när sådan förlängning har skett.*

Tjänster som läkare för allmäntjänstgöring tillsätts genom förordnande för *två* år.

Förordnanden som har meddelats enligt första stycket får förlängas utöver den föreskrivna längsta tiden om särskilda skäl föreligger och socialstyrelsen inte förordnar annat.

<sup>1</sup>) Senaste lydelse 1983:753



# 1 Inledning

## 1.1 Utredningsuppdraget

Direktiven för utredningen om läkarnas specialistutbildning m.m. (LSU 85) finns i sin helhet i *bilaga 1*.

Som skäl till att en förändring bör göras av läkarnas specialistutbildning m.m. anger direktiven att huvudlinjerna för nuvarande system lades fast i slutet av 1960-talet. Det är därför präglat av de förhållanden och det synsätt som rådde för 15–20 år sedan. Tiden därefter har medfört nya förutsättningar i många avseenden. Ny lagstiftning har genomförts. Hälso- och sjukvården får en ny inriktning och omstruktureras. Stora personalpolitiska förändringar påverkar utbildningssystemet. På en rad punkter har kritik framförts mot det nuvarande systemet för läkarnas vidareutbildning.

Huvuduppgiften för utredaren är att utforma krav på teoretisk undervisning och på praktisk tjänstgöring för de läkare som skall vara verkamma i primär- och länssjukvården. Dessa läkare måste ha en bred kompetens som gör dem väl skickade att klara av de mångskiftande situationer och problem som de ställs inför. Utredaren skall också överväga om, och i så fall i vilken utsträckning, mer specialiserade utbildningar kan inrymmas i systemet.

Utredaren skall se över såväl allmäntjänstgöringen som själva specialistutbildningen.

Utredningen påbörjade sitt arbete i maj 1985.

Utredaren har hållit 15 sammanträden med experterna, vid ett par tillfällen som tvådagarssammanträden i internatform. Som underlag här för har sekretariatet sammanställt ett 40-tal promemorior med bl.a. fakta-redovisningar och problemanalyser. Ett antal skrivelser har inkommit till utredningen. Dessa finns förtecknade i *bilaga 2*.

I fråga om arbetet med målbeskrivningar (se avsnittet 5.2.5 och kapitel 7) för specialistutbildningen har utredaren uppdragit åt utredningens expert, generaldirektören S.Åke Lindgren, att leda detta. Företrädare för berörda specialistföreningar och sektioner inom Sveriges läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet har tagit fram underlag för målbeskrivningarna. LSU 85:s förslag till målbeskrivningar för såväl basspecialiteter som övriga specialiteter redovisas i *huvudbilaga* (SOU 1987:54) till betänkandet.



Utredningen har samrått med företrädare för det nordiska kontaktorganet för läkares vidareutbildning (NKLV) och den arbetsgrupp under Nordiska ministerrådet som har till uppgift att följa tillämpningen av den gemensamma nordiska arbetsmarknaden för hälso- och sjukvårdspersonal. Sekretariatet har deltagit i nordiska sammankomster, som bl.a. behandlat specialistutbildningsfrågor, samt i några andra sammankomster inom landet som berört vidareutbildningen av läkare. Sekretariatet har besökt företrädare för vissa verksamheter vid landstingen i Norrbottens och Örebro län.

## 1.2 En historisk återblick

Dagens svenska differentierade läkarspecialistväsende med ett 60-tal officiellt erkända läkarkompetenser kan sägas ha sitt ursprung i folkmedicinen under medeltiden. Det var badarna, bardskärarna eller fältskärarna samt munkar och nunnor som var dåtidens specialister inom läkekonsten. Först under 1500-talet började några enstaka utländska universitetsutbildade läkare — fysikus — att praktisera i Sverige som hovläkare och för de besuttna i övrigt.

Det var starka motsättningar mellan å ena sidan de skråorganiserade kirurgerna-fältskärarna och badarna och å andra sidan de akademiskt utbildade läkarna. De senare organiserades år 1663 med kunglig auktorisation i Collegium medicum. År 1797 bestämdes i lag att inte endast läkarna utan också kirurgerna skulle examineras av collegium som villkor för att få utöva läkarkonsten — ett första steg mot en förening av den akademiskt och teoretiskt präglade medicinen och den jordnära och praktiskt inriktade kirurgien.

Den akademiska medicinen differentierades tidigare än den rent praktiska läkarutövningen. Någon uppdelning av läkarvården i olika medicinska verksamhetsområden fanns i stort sett inte alls fram till 1860-talet. De fåtaliga provinsialläkarna skötte huvuddelen av läkarvården i landet. Då fanns, förutom de tre universitetssjukhusen, endast ett lasarett som var uppdelat i avdelningar för medicin och kirurgi. Ytterligare tre sådana tillkom fram till år 1906.

År 1930 fanns vid de ca 100 lasaretten i landet drygt 20 avdelningar för vardera medicin, kirurgi och obstetrik samt tio eller färre för de övriga nio etablerade specialiteterna. Flertalet lasarett var fortfarande odelade med lasarettsläkaren som ansvarig för hela vården.

År 1940 hade en mycket kraftig ökning ägt rum så att det fanns totalt ca 330 specialavdelningar. År 1960 hade antalet sådana avdelningar ökat till ca 660.

Fram till år 1960 fanns inte någon offentligrättslig reglering av läkares rätt att beteckna sig som specialist inom ett avgränsat medicinskt verksamhetsområde eller någon annan offentlig styrning av läkarnas specialistutbildning. För de fackligt anslutna läkarna hade läkarförbundet i olika omgångar fastställt regler för vilken kompetens som skulle krävas



för rätten att annonsera specialitet. Detta gjordes senast år 1953 då 25 specialiteter fastställdes med krav på femårig tjänstgöring efter legitimationen.

Utvecklingen i fråga om läkerspecialiteter synes ha varit likartad i övriga nordiska länder och i andra jämförbara länder med den i Sverige.

### 1.3 Tidigare utredningar och statsmaktsbeslut

Sedan 1950-talet har specialitetsväsendet för läkare och läkarnas specialistutbildning helt eller delvis setts över vid några tillfällen genom offentliga utredningar eller myndighetsinitiativ. I det följande redogörs kortfattat för dessa utredningars uppdrag och förslag.

#### *Kvacksalveriutredningen*

År 1950 tillsattes kvacksalveriutredningen med uppdrag att i första hand granska frågan om lekmannaverksamheten på läkarkonstens område. Utredningen skulle också omfatta en allmän översyn av reglerna om behörighet för de utbildade läkarna. År 1956 överlämnade utredningen ett enhälligt betänkande (SOU 1956:29) med förslag till lag om behörighet att utöva läkekonsten.

Kvacksalveriutredningen ansåg att läkarförbundet även fortsättningsvis borde svara för meddelande av specialistkompetens, men statsmakterna beslutade (prop. 1960:141, LU 44, rskr 332) att frågorna om specialitetsindelning, specialistkompetens och därmed sammanhängande rätt för läkare att annonsera sig som specialist borde regleras av det allmänna. Den tidigare lagen om behörighet att utöva läkaryrket ersattes med en ny (1960:408) i vilken bl.a. stadgades att villkoren för rätt att tillkännage specialitet skulle fastställas av medicinalstyrelsen. Medicinalstyrelsen meddelade i sina föreskrifter (MF 1960:114) om behörighet att utöva läkaryrket bl.a. bestämmelser om 28 specialiteter samt fastställde utbildningens art och längd inom de olika specialiteterna. Härmed upphörde läkarförbundets direkta befattning med meddelande av specialistkompetensbevis.

#### *Specialist- och Läkarutbildningssakkunnigas förslag (SLUS)*

År 1965 uppdrog Kungl. Majt. åt medicinalstyrelsen och universitetskanslersämbetet att gemensamt utreda förutsättningarna för att ansluta Sverige till ett avtal mellan Danmark, Finland, Norge och Sverige om enhetliga regler rörande specialistkompetens för läkare. Därvid skulle även förutsättningarna utredas att begränsa tidsåtgången för läkarutbildningen fram till medicine licentiatexamen.

En utgångspunkt för Kungl. Majt:s utredningsuppdrag var det förslag till en nordisk överenskommelse om enhetliga regler för specialistbehörighet för läkare som lagts fram av en nordisk arbetsgrupp år 1965 efter en rekommendation av Nordiska rådet.



Medicinalstyrelsen tillkallade år 1966 professorn Thyresson och docenten Risholm att såsom sakkunniga gemensamt fullgöra nämnda utredningsuppdrag. De sakkunniga kallade sig Specialist- och Läkareutbildningssakkunniga (SLUS). De överlämnade år 1967 till de båda myndigheterna betänkandet (SOU 1967:51) Läkares grundutbildning och vidareutbildning.

### *Riksdagsbeslutet år 1969 om en reformerad vidareutbildning*

SLUS:s förslag överarbetades av socialstyrelsen och universitetskanslersämbetet gemensamt. Dess förslag ledde till ett riksdagsbeslut om vidareutbildning och fördelning av läkare m.m. (prop. 1969:35, SU 83, rskr 215). Härigenom lade statsmakterna fast nuvarande ordning för läkarnas fortsatta utbildning efter läkarexamen.

I propositionen vidgades perspektivet på frågan om specialistreglerna och vidareutbildningen till att mera målmedvetet än hittills se dessa frågor som ett led i den allmänna sjukvårdsplaneringen och som ett medel att förverkliga de hälso- och sjukvårdspolitiska målsättningarna. Bakgrunden var bl.a. den alltmer besvärande allmänna läkarbristen och särskilt svårigheterna att få läkare till den öppna vården utanför sjukhusen, den psykiatriska vården och långtidssjukvården.

Man borde, enligt propositionen, mera konsekvent än hittills arbeta med två olika slag av läkartjänster inom (den offentliga) sjukvården, nämligen dels fasta tjänster och dels tjänster för läkare under vidareutbildning. De sistnämnda borde vid varje tidpunkt inte vara fler än att de motsvarar antalet läkare som efterfrågar sådan utbildning. Vidare borde de vara fördelade på sjukvårdens olika sektorer så att de motsvarar det sjukvårdsbehov som kan förutses. Genom ett sådant system bedömdes läkarresurserna kunna kanaliseras till de områden där de bäst behövdes. Samtliga tjänster skulle vara sjukvårdsmässigt motiverade. Läkare under vidareutbildning skulle alltså utföra sjukvårdsarbete som anställda och under eget professionellt ansvar och inte betraktas som elever eller assistenter på samma sätt som under grundutbildningen.

Riksdagsbeslutet ledde till att de nio månadernas assistenttjänstgöringarna lyftes ur grundutbildningen och ersattes med en obligatorisk, enhetlig allmäntjänstgöring (AT). Denna skulle förläggas efter läkarexamen och vara ett villkor för att erhålla legitimation som läkare. Grundutbildningen omfattade därmed 5 1/2 år och AT 21 månader. Specialistutbildningen fick benämningen fortsatt vidareutbildning (FV). Ett helt nytt inslag i specialistutbildningen var kravet på att tjänstgöringarna i sjukvården skulle vara kombinerade med systematisk undervisning dels i form av planlagda självstudier, dels i form av korta heltidskurser, avslutade med kunskapskontroll. Socialstyrelsen fastställde senare bl.a. på grund av statsmakternas medelstilldelning att alla blivande specialister skulle genomgå sex sådana veckokurser.

Reformen med särskilda läkartjänster för läkare under vidareutbildning krävde vidare att underläkartjänsterna inom den offentliga sjukvår-



den förändrades. Socialstyrelsen fick Kungl. Maj:ts uppdrag att i samråd med berörda myndigheter och organisationer lägga fram förslag beträffande dels konstruktionen av läkartjänster, dels behörighetsvillkoren för att utöva läkaryrket och för olika slag av läkartjänster, dels även erforderliga författningsändringar. Socialstyrelsen redovisade uppdraget med betänkandet (SOU 1971:68) *Läkartjänster. Konstruktion, behörighet, tillsättning m.m.* Efter remissbehandling utgjorde detta grunden för propositionen (1972:104, SoU 37, rskr 286) med förslag till ändring i sjukvårdslagstiftningen m.m., varigenom bl.a. lades fast att det skulle finnas särskilda tidsbegränsade underläkartjänster för allmäntjänstgöringen (s.k. AT-underläkare) med blockkonstruktion och likaledes tidsbegränsade underläkartjänster för läkare under specialistutbildning (s.k. FV-underläkare).

Genom 1969 års riksdagsbeslut fastslogs principen att de offentliga sjukvårdshuvudmännen inrättar och finansierar de AT- och FV-underläkartjänster som behövs för läkarnas vidareutbildning, medan staten svarar för finansiering och genomförande av den systematiska kursundervisningen med tillhörande kunskapskontroll.

Riksdagsbeslutet utgjorde vidare grunden för att gå vidare med det arbete med läkarfördelningsprogram, LP, som påbörjats under slutet av 1960-talet inom socialdepartementets sjukvårdsdelegation och som vidareutvecklades under 70-talet. Socialstyrelsen tilldelades ansvaret för LP-systemet och för godkännandet av sjukhus och andra enheter för vidareutbildningstjänstgöringen.

Slutligen ledde riksdagsbeslutet till att en helt ny myndighet inrättades, nämnden för läkares vidareutbildning (NLV), för den kvalitativa planeringen och för genomförandet av den kursmässiga undervisningen och kunskapsproven m.m. Vid omorganisationen av socialstyrelsen år 1981 inordnades NLV:s uppgifter under styrelsen.

#### *Översyn av vissa specialistutbildningsfrågor (Ösut)*

År 1977 tog Nämnden för läkares vidareutbildning initiativ till en översyn av vissa specialistutbildningsfrågor. Översynen kallades Ösut och behandlade bl.a. frågan om en mera ändamålsenlig specialitetsindelning. Översynen ledde inte till någon samlad rapport eller några mera omfattande ändringsförslag. När NLV upphörde år 1981 överlämnades Ösut:s material till socialstyrelsen.

#### *Arbetsgrupp för översyn av allmänläkarutbildningen (Aga)*

Under slutet av 1970-talet väcktes frågan om utbildningen av allmänläkare borde göras mera jämställd med specialistutbildningen, bl.a. då utbildningstiden borde bli samma som för specialisterna och att allmänläkarkompetens även officiellt borde betraktas som en specialistkompetens.

NLV tillkallade därför, inom ramen för Ösut, en arbetsgrupp för över-

syn av allmänläkarutbildningen (Aga). Dess förslag ledde till att allmän-  
medicin år 1981 upptogs som en specialitet i behörighetsförordningen  
med en utbildningstid om 4 1/2 år, dvs. samma som för flertalet andra  
specialiteter. Vidare utarbetades, som en följd av Aga:s förslag, ett ut-  
bildningsprogram för allmänmedicin.



## 2 Nuvarande förhållanden

### 2.1 Allmän översikt av läkarnas utbildningsförhållanden

#### *Grundutbildning*

Grundutbildningen, som leder fram till läkarexamen, ingår i den grundläggande högskoleutbildningen. Den tillhör sektorn för utbildning för vårddyrken, som är en av de fem utbildningssektorerna inom högskolan. Läkarlinjen är en av de 13 allmänna utbildningslinjer som finns inrättade inom denna sektor.

Läkarlinje finns för närvarande inrättad vid de statliga högskoleenheterna (universiteten) i Umeå, Uppsala, Linköping, Göteborg och Lund/Malmö samt vid Karolinska institutet i Stockholm. Läkarlinjen omfattar 220 poäng vilket innebär 5 1/2 års heltidsstudier.

Antalet nybörjarplatser per år vid läkarlinjerna är 845 fr.o.m. budgetåret 1986/87.

För läkarutbildningen finns en av UHÄ fastställd utbildningsplan som anger målsättningen och innehållet i utbildningen i grova drag. Den nu gällande utbildningsplanen fastställdes år 1983.

Planeringen av utbildningen vid läkarlinjen och handläggningen av övriga frågor om vad utbildningen skall innehålla och om hur utbildningen skall organiseras åvilar en linjenämnd. Varje linjenämnd har betydande frihet att utforma kurser och kunskapskontroller. En genomgång av de lokala planerna för läkarlinjerna visar emellertid en ganska stor överensstämmelse när det gäller benämningar och omfattning av de ingående kurserna och praxis när det gäller prov för kunskapskontroll.

Sedan samtliga kurser och övriga utbildningsmoment som ingår i den lokala planen fullföljts med godkända prov erhåller den studerande ett utbildningsbevis, läkarexamen, som anger att läkarlinjen genomgått på ett tillfredsställande sätt. Därmed erhålls behörighet att påbörja det första ledet av vidareutbildningen, allmäntjänstgöringen, för att kunna erhålla legitimation som läkare.

#### *Vidareutbildning*

Med begreppet vidareutbildning av läkare avses den praktiska tjänstgöring under handledning på en i princip underordnad läkarbefattning



inom hälso- och sjukvården som den som avlagt läkarexamen skall fullgöra samt den systematiska undervisning denne skall genomgå för att erhålla legitimation och senare bevis om specialistkompetens. Vidareutbildningen fram till legitimation kallas allmäntjänstgöring (AT) och den följande perioden kallas fortsatt vidareutbildning (FV) eller specialistutbildning.

I avsnittet 2.2 lämnas en närmare redogörelse för den nuvarande ordningen för AT och FV.

### *Forskarutbildning*

Grundläggande riktlinjer och bestämmelser för forskarutbildningen finns i högskolelagen och -förordningen, främst i förordningens kap. 8. Forskarutbildning skall anordnas vid samtliga medicinska fakulteter inom de ämnen där det finns lärare som kan ge handledning i erforderlig omfattning. Enligt huvudregeln får man tillträde till forskarutbildning först efter genomgången allmän utbildningslinje om minst 80 poäng, t.ex. läkarlinjen. Fakultetsnämnd kan ge dispens och medge tillträde före avlagd läkarexamen.

Andelen läkarstuderande och läkare som påbörjar och fullföljer forskarutbildning har sedan åtskilliga decennier varit hög, periodvis omkring en tredjedel av samtliga som påbörjat grundutbildning. För närvarande antas årligen drygt 500 personer till forskarutbildning vid medicinsk fakultet. Åtskilliga av dessa har dock annan grundutbildning än vid läkarlinje. Antalet aktiva i forskarutbildning vid medicinsk fakultet har under de senaste åren varit mer än 2.000 och antalet doktorsexamina har varit 250 — 300 årligen. Man kan således räkna med att ungefär en fjärdedel av dem som avlägger läkarexamen också genomgår forskarutbildning.

### *Fortbildning*

Fortbildning omfattar den utbildning som behövs för att den som har erhållit sin grundläggande utbildning och vidareutbildning skall kunna vidmakthålla sin kompetens och tillägna sig nyttillkommande kunskaper inom sitt område. Fortbildningen syftar således inte till att höja kompetensen till en högre nivå. Fortbildning är i första hand en uppgift för berörd arbetsgivare.

Förutom de enskilda landstingen erbjuder Landstingsförbundet kurs-er främst i administrativa och hälso- och sjukvårdspolitiska frågor.

Den mest omfattande fortbildningsverksamheten för läkare bedrivs av Svenska Läkaresällskapet med dess drygt 50-talet sektioner och föreningar.

Myndigheter som socialstyrelsen, arbetarskyddsstyrelsen, statens miljömedicinska laboratorium, statens bakteriologiska laboratorium och statens strålskyddsinstitut har vissa resurser för fortbildningskurser som riktar sig till olika kategorier av läkare.



Läkarförbundet och dess delföreningar bedriver också verksamhet av fortbildningskaraktär för sina medlemmar.

Svenska läkemedelsföretag och representanterna för utländska läkemedelsföretag erbjuder informationssammanskomster.

Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg erbjuder kurser och seminarier.

En del läkare genomgår kurser utomlands, t.ex. de som erbjuds i England av British Medical Council.

Vetenskapligt aktiva läkare, men även t.ex. åtskilliga företagsläkare, erhåller fortbildning genom deltagande i internationella kongresser och andra vetenskapliga sammankomster i Norden eller i utomnordiska länder.

## 2.2 Vidareutbildningen

### 2.2.1 Författningsregleringen

De nu gällande författningsreglerna kring läkarnas vidareutbildning finns främst i 1984 års lag och förordning om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. I *behörighetslagen* (1984:542) finns de grundläggande bestämmelserna om behörighet till yrken inom hälso- och sjukvården, kompetensbevis och skyddet för yrkestitel och yrkesbeteckning m.m. I *behörighetsförordningen* (1984:545 m.fl.) ges mera detaljerade bestämmelser för dels personal med svensk utbildning, dels för dem med utländsk utbildning.

Med stöd av bemyndigandena i behörighetslag och -förordning har socialstyrelsen utfärdat vissa *föreskrifter beträffande AT och FV* (SOSFS 1985:11). Dessa avser främst socialstyrelsens skyldighet att ange innehållet i och längden av sidoutbildningen för resp. specialitet. Vidare preciseras förordningens bestämmelser om hur AT skall fullgöras och ges bestämmelser om AT-provet.

I 15 § i *hälso- och sjukvårdslagen* (1982:763) finns bestämmelsen att läkare under allmäntjänstgöring eller specialistutbildning skall förordnas för viss tid. Denna lagregel är nödvändig för att möjliggöra tidsbegränsade förordnanden som AT- eller FV-underläkare som ett undantag från huvudregeln om att en anställning skall vara tillsvidare enligt lagen (1982:80) om anställningsskydd.

Med utgångspunkt i bl.a. den ovan nämnda 15 § har regeringen meddelat en särskild förordning om behörighet till vissa tjänster inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården och om tillsättning av sådana tjänster, *tjänstetillsättningsförordningen* (1982:771). I denna föreskrivs att behörig till tjänst för allmäntjänstgöring är den som avlagt läkarexamen och att behörig till tjänst för läkare under specialistutbildning eller därmed jämförlig utbildning är den som har legitimation som läkare. Vidare föreskrivs att tjänst som läkare för allmäntjänstgöring tillsätts genom förordnande för högst två år och tjänst för läkare under specialist-



utbildning genom förordnande för högst sex månader utöver den sammanlagda tid som behövs för den sökta utbildningen (dvs. vanligen 4 1/2 år).

### 2.2.2 Allmäntjänstgöringen (AT)

#### *Bakgrund*

Genom 1969 års läkarutbildningsreform infördes en obligatorisk praktiktjänstgöring efter läkarexamen kallad allmäntjänstgöring (AT). AT syftar till att komplettera den praktiska tjänstgöringen i den kliniska grundutbildningen och ge läkarna de ytterligare erfarenheter som är nödvändiga för alla läkare — oavsett senare inriktning — och som utgör grund för allmän behörighet att utöva läkaryrket (legitimation).

Ett viktigt syfte med allmäntjänstgöringen var det sjukvårdspolitiska, nämligen att förse landstingen med underordnade läkare som kunde utföra en hel del av det basala och rutinmässiga sjukvårdsarbetet och på så vis möta den stora efterfrågan på läkare.

Ett annat syfte med AT var att få en bättre planering av den allmänna hälso- och sjukvården genom att fördela de nyexaminerade läkarna på s.k. AT-block så jämnt som möjligt över landet.

Vidare åstadkoms genom införandet av AT en bättre överensstämmelse mellan de nordiska ländernas läkarutbildningar. AT motsvaras av assistenttjänstgöring i Finland samt turnus i Danmark resp. Norge.

Slutligen tillgodosåg AT också det utbildningspolitiska intresset av att läkarna fick en väl definierad praktisk erfarenhetsperiod, i stort sett enhetlig för alla inom fyra breda och stora områden av den medicinska verksamheten.

#### *AT:s konstruktion*

AT skall fullgöras på underläkartjänst för allmäntjänstgöring i form av blockförordnande. Samtliga tjänstgöringsperioder fullgörs i princip sammanhängande på ett i förväg bestämt sätt vid bestämda sjukhuskliniker och vårdcentraler hos samma landsting (motsv.) och så långt möjligt på samma ort eller närliggande orter. "Lösa" vikariat före eller efter läkarexamen godtas således inte som allmäntjänstgöring. Om synnerliga skäl föreligger får dock socialstyrelsen medge undantag från kravet på blockförordnande för AT.

AT-blocken tillsätts två gånger om året. Antalet AT-block som fördelas per år ligger omkring 940, varav ca 90 % inrättas av sjukvårdshuvudmännen.

#### *AT:s omfattning*

AT omfattar i dag 21 månader och fördelar sig enligt följande:

- *Allmän kirurgi* sex månader, varav högst två månader får bytas mot tjänstgöring inom ortopedisk kirurgi om inte frakturkirurgisk verk-



samhet ingår i tjänstgöringen inom allmän kirurgi. Av tjänstgöringen skall sammanlagt minst en och högst två månader vara förlagda till verksamhetsområdet anesthesiologi eller ha motsvarande omfattning om modellen med integrerad kirurgi- och anestesitjänstgöring väljs.

- *Allmän internmedicin* sex månader, varav högst två månader får fullgöras inom antingen långvårdsmedicin eller barnålderns invärtes sjukdomar.
- *Psykiatri* eller barn- och ungdomspsykiatri tre månader.
- *Allmänmedicin* (öppen vård) sex månader.

Den rekommenderade ordningsföljden är kirurgi — medicin — psykiatri — allmänmedicin.

Ordningsföljden och innehållet i AT varierar emellertid mellan de olika landstingen. Den beror mycket på den sjukvårdsorganisation och den tjänstestruktur, som vederbörande sjukvårdshuvudman kan erbjuda.

Inom vissa landsting har AT kunnat förlängas med en valfri utfyllnadsperiod på tre månader så att den sammanlagda AT har blivit två år. Antalet annonserade AT-block för den första av de två tillsättningsomgångarna under år 1987 redovisas i *bilaga 3*.

#### *AT:s innehåll*

Målsättningen för innehållet i AT, som den beskrivs i den s.k. "AT-handboken" (Läkarens AT, Målsättning, organisation, innehåll m.m. Rapport utarbetad inom NLV 1972), motsvaras av den sjukvård som bedrivs vid länsdels- och länssjukhus samt i primärvård.

Särskild vikt skall läggas vid att bibringa läkaren erfarenhet av och förmåga att ta hand om patienter med akuta sjukdomstillstånd. Största möjliga bredd skall erhållas inom varje delområde och praktisk erfarenhet fås av olika typer av medicinskt vårdarbete, slutenvård, öppen vård, sjukvård under varierande grad av beredskap etc. Även fördjupad erfarenhet av samarbete med serviceavdelningar — laboratorier, röntgenavdelning m.m. — bör eftersträvas.

AT-läkaren skall medverka i jour- och annan akutverksamhet i den omfattning och under de former som bedöms lämpligt med hänsyn till vederbörandes utbildning och erfarenhet. Vid inplacering i journalschema eller motsvarande skall behovet av en viss inskolningstid beaktas. Beslut om inplacering i journalschema fattas av överläkare.

Parallellt med den praktiska yrkesträningen skall AT-läkaren få hälso- och sjukvårdens roll belyst i ett vidare samhällsperspektiv. Centralt är härvid samarbete med andra instanser inom socialtjänst, allmän försäkring, arbetsmarknad etc. samt förståelse för sociala faktorerens betydelse i diagnostiska, terapeutiska och rehabiliterande sammanhang.

I AT bör också ingå individuell utveckling av insikter och attityder för en god relation mellan läkare och patient och träning i samarbete med andra personalgrupper i sjukvården. Även sjukvårdens organisation, med grundläggande sjukvårdsadministrativa och ekonomiska aspekter,



t.ex. principer för remisser till servicediscipliner, vårdplanering, läkemedelsförskrivning bör belysas.

AT-läkaren förväntas genom egna litteraturstudier fördjupa sina teoretiska kunskaper. Han skall genom handledning få stöd för sin kompetensutveckling från överordnade läkare och annan erfaren personal.

### *AT-prov och legitimation*

AT-provet består av tre skriftliga prov med frågor av flervalskaraktär i medicin, kirurgi och psykiatri. AT-läkaren genomgår i allmänhet dessa prov i slutet av sin AT-period. Syftet med AT-provet är framför allt att kontrollera att läkaren förvärvat kliniskt väsentliga kunskaper för att kunna handlägga basala sjukvårdsproblem.

På grundval av intyg från den huvudman där AT fullgjorts och de godkända proven utfärdar socialstyrelsen efter ansökan läkarlegitimation.

Legitimationen berättigar enligt behörighetslagen till att bedriva enskild läkarverksamhet. Legitimationen ger också behörighet att inneha läkartjänst för specialistutbildning. Däremot ger enbart legitimation inte behörighet till att inneha en tjänst inom den allmänna hälso- och sjukvården som avdelningsläkare, bitr. överläkare eller överläkare eller som distriktsläkare. För dessa tjänster krävs formell specialistkompetens.

## **2.2.3 Tjänstgöringen för specialistutbildning (FV)**

### *FV:s konstruktion och omfattning*

Det stora flertalet läkare väljer att fortsätta sin vidareutbildning inom specialitet efter sin legitimation. Visserligen berättigar legitimation till att bedriva enskild läkarverksamhet. Fullgjord specialistutbildning krävs emellertid för att erhålla en fast tjänst inom den offentliga hälso- och sjukvården.

En översiktlig jämförelse mellan antalet meddelade specialistkompetensbevis och avlagda läkarexamina för perioden 1978 — 1983 visar att ca 95 % av de legitimerade läkarna tar ut specialistkompetensbevis.

Specialistutbildningen består till största delen av att, under handledning, tjänstgöra på en avlönad läkarbefattning i den offentliga vården. Tjänstgöringen sker i regel på särskilt inrättade, tidsbegränsade tjänster, s.k. FV-block. Men även vikariatstjänstgöring kan tillgodoräknas. Härutöver krävs bl.a. systematisk undervisning i form av minst sex veckolånga kurser, s.k. NLV-kurser. När en läkare fullgjort de föreskrivna tjänstgöringarna samt genomgått sex NLV-kurser kan han ansöka om bevis om specialistkompetens hos socialstyrelsen.

I behörighetsförordningen och i socialstyrelsens föreskrifter om vidareutbildning av läkare finns i detalj föreskrivet vad en specialistutbildning skall innehålla i form av huvud- och sidoutbildningar samt tjänstgöringstider härför för att kunna godkännas för specialistkompetens. Även vissa utbytbarsregler anges.



Den sammanlagda tiden som behövs för att bli specialist är vanligen 4 1/2 år. Längden på huvud- resp. sidoutbildningarna skiljer sig åt mellan de olika specialiteterna. Som exempel kan nämnas att den som specialistutbildar sig inom allmänmedicin måste genomgå ett block som består av minst sex delar: huvudutbildning i allmänmedicin vid vårdcentral under 1 1/2 — 2 år, i allmän internmedicin under 1 år och i allmän psykiatri under 1/2 år vid sjukhus samt sidoutbildning vid sjukhus under vardera 4 månader inom långvårdsmedicin, barnsjukdomar och gynekologi. Därtill kommer utbytbarmöjligheter som kan innebära ytterligare korta tjänstgöringar vid andra enheter i vården.

Den helt övervägande delen av de tjänstgöringar som krävs för en specialistkompetens skall fullgöras vid enheter där sluten vård eller medicinsk service är huvuduppgiften, dvs. vid sjukhuskliniker eller laboratorier etc. Även under specialistutbildningen för allmänmedicin fullgörs mindre än hälften av tjänstgöringen utanför sjukhus. Tjänstgöring vid vårdcentral är inte något krav för och inte heller rekommenderat i specialistutbildningen för någon av de många "sjukhusspecialiteterna".

#### *Specialiteter och behörighetsämnen*

Det finns 44 officiellt erkända specialiteter i behörighetsförordningen. De är förtecknade i *bilaga 4*.

Formellt finns endast begreppet specialitet. Det finns ingen uppdelning i stam- och grenspecialiteter eller andra benämningar som ger uttryck för att vissa specialiteter har en mer eller mindre omfattande gemensam bas av kunskaper och färdigheter. Emellertid är vissa specialiteter i förteckningen sammanförda till grupper. Det gäller grupperna invärtes sjukdomar, kirurgiska sjukdomar, klinisk laboratorieverksamhet, tumörsjukdomar, psykiska sjukdomar samt öron-, näs- och halssjukdomar. För dessa (utom gruppen klinisk laboratorieverksamhet) gäller att specialiteterna inom gruppen har en viss gemensam bas i form av krav på upptill två års huvudutbildning inom "moderspecialiteten". T.ex. för sex av de åtta specialiteterna i kirurgigruppen krävs två års huvudutbildning i allmän kirurgi.

Vid sidan av de 44 specialiteterna i behörighetsförordningen finns ett antal s.k. behörighetsämnen, som i praktiken fått ställning av specialiteter. För närvarande finns det 15 behörighetsämnen för vilka det finns särskilda utbildningsföreskrifter i socialstyrelsens författningssamling.

Företagshälsovård är inte en officiell specialitet och det finns således i nuläget ingen offentligrättslig reglering av vilken kompetens som erfordras för att arbeta som företagsläkare. Arbetsmarknadens parter har utfärdat rekommendationer i frågan till de huvudmän som anställer företagsläkare, men varje huvudman har full frihet att anställa vem han vill som företagsläkare.

Staten kan ändå sägas styra utbildningen till företagsläkare genom den statligt finansierade teoretiska vidareutbildning för blivande eller redan anställd företagsläkare som bedrivs av arbetarskyddsstyrelsen sedan år 1976 i form av nioveckorskurs uppdelad i perioder.



I den av riksdagen godtagna propositionen (1984/85:89, SoU 13, rskr 172) om företagshälsovård och arbetsanpassning hänvisas i frågan om företagshälsovård som specialitet och hithörande utbildningsfrågor till direktiven till LSU 85. Statsmakterna utgår således från att LSU 85 skall pröva frågan om utbildningen av företagsläkare.

### *Den systematiska undervisningen*

Enligt behörighetsförordningen skall läkaren under specialistutbildningen delta i systematisk undervisning med kunskapsprov enligt föreskrifter av socialstyrelsen. Det krävs för närvarande minst sex s.k. NLV-kurser, i regel veckolånga, och således tillsammans omfattande ca 240 timmar. Med begreppet systematisk undervisning brukar avses inte endast de nämnda NLV-kurserna utan också de teoretiska självstudier som en läkare under specialistutbildning förväntas bedriva, t.ex. som litteraturstudier inför en NLV-kurs.

Normalt är antalet kursplatser vid en NLV-kurs 25, undantagsvis färre. Inom specialiteter med stor efterfrågan kan antalet platser per kurs i vissa fall överstiga 30. En allmän höjning av kursplatsantalet från tidigare 20 gjordes år 1983. Vid översökning ges förtur åt läkare med förordnande på FV-block samt till läkare som inte innehar block men som har mindre än ett års tjänstgöring kvar till specialistkompetens. Läkare som tjänstgör på vikariat och den vägen avser att förvärva specialistkompetens har således lägre prioritet till dess att mindre än ett år återstår av tjänstgöringstiden.

Socialstyrelsen utger varje vår en kurskatalog för NLV-kurserna. I denna ges allmän information om den systematiska undervisningens målsättning, organisation, formerna för ansökan, antagningsvillkor, rese- och traktamentsvillkoren för dem som är berättigade därtill etc.

För budgetåret 1986/87 annonserades 286 kurser med tillsammans ca 7 150 kursplatser eller ca 35 750 kursdagar. Härav föll 76 kurser inom allmänmedicinen.

En genomgående tendens är att kurserna för specialiteten allmänmedicin är förlagda till vårdcentraler eller till kliniker vid länssjukhus och endast ett fåtal till universitetskliniker, medan tendensen är den motsatta för de övriga specialiteterna.

Kursledningen är skyldig att genomföra kunskapskontroll och insända förteckning över godkända kursdeltagare till socialstyrelsen. Kunskapskontrollen sker oftast i form av avslutande diskussioner och seminarier men skriftliga prov förekommer också. Det är mycket ovanligt att en kursdeltagare underkänns och då huvudsakligen till följd av alltför liten närvaro vid undervisningen.

Undervisningen sker i form av föreläsningar, gruppdiskussioner under handledning, laborationer och demonstrationer av undersöknings-tekniker och operationer etc. beroende på ämnets natur. Som kursledare anlitas genomgående erkända auktoriteter inom resp. ämne, i regel med minst docentkompetens.



### *Bevis om specialistkompetens*

När en läkare fullgjort de för en viss specialitet föreskrivna tjänstgöringarna samt genomgått sex NLV-kurser, eller anser sig ha grund för att begära dispens från kraven, kan han med stöd av tjänstgöringsintyg och -betyg m.m. ansöka om bevis om specialistkompetens hos socialstyrelsen.

Efter prövning av att villkoren för meddelande av specialistkompetens är uppfyllda utfärdar socialstyrelsen bevis om kompetens i viss specialitet eller eventuellt i två specialiteter enligt särskilda regler härom i behörighetsförordningen. Om styrelsen avslår en ansökan om kompetensbevis skall beslutet enligt en särskild bestämmelse i behörighetsförordningen innehålla uppgift om i vilka avseenden kompetensen ansetts otillräcklig. Ett sådant beslut får överklagas hos kammarrätten genom besvär. Ett avslag hos kammarrätten kan prövas hos regeringsrätten om denna meddelar prövningstillstånd.

### *Det administrativa ansvaret för vidareutbildningen*

Genom 1969 års vidareutbildningsreform inrättades som nämnts fr.o.m. den 1 juli 1969 en ny utbildningsmyndighet — NLV — för administrationen av läkarnas vidareutbildning.

NLV inrättade tre delegationer eller arbetsutskott som beredande organ eller i vissa fall även beslutande på NLV:s vägnar. Dessa var delegationen för allmäntjänstgöring, delegationen för systematisk undervisning och delegationen för behörighetsfrågor.

I samband med omorganisationen av socialstyrelsen år 1981 övertog socialstyrelsen NLV:s uppgifter och NLV upphörde som utbildningsmyndighet.

I det konkreta arbetet med vidareutbildningsfrågorna har socialstyrelsen byggt vidare på NLV-traditionerna och behållit flertalet av de beredande och rådgivande funktioner som fanns under NLV-tiden. NLV-delegationerna togs dock bort och en rådgivande expertnämnd för läkarnas vidareutbildning tillsattes år 1981. Expertnämnden har en rådgivande ställning i frågor som rör planering, genomförande och utvärdering av läkares vidareutbildning samt dess innehåll och utformning. Nämnden sammanträder 4-6 ggr årligen. I nämnden diskuteras framför allt frågor av policynatur beträffande AT och FV-tjänstgöringen, den systematiska undervisningen och kunskapskontrollen.

För det praktiska arbetet med vidareutbildningsfrågorna har socialstyrelsen inrättat ett antal ämnesexpertgrupper för de olika specialiteterna. Det finns 39 ämnesexpertgrupper. Därjämte finns en särskild sammankallande för gruppen invärtes sjukdomar. Gruppernas ordföranden och övriga ledamöter utses av socialstyrelsen efter förslag från UHÄ, läkarförbundet och Läkaresällskapet för perioder om tre år. Vanligen har en ämnesexpertgrupp tre ledamöter, undantagsvis två eller för de större specialiteterna upp till tio. Totalt är ca 130 personer engagerade i expertgrupperna. En ledamot brukar vara lärare vid medicinsk fakultet och en



ledamot representerar yngre läkare under fortsatt vidareutbildning.

Ämnesexpertgrupperna arbetar främst med planeringen och genomförandet av den systematiska undervisningen, dvs. veckokurserna, under FV. En ämnesexpertgrupp skall således inom sitt ämnesområde bedöma vilka kurser som är lämpliga att anordna, kontakta kursledare och kurssekreterare etc. och söka utvärdera kurserna samt eftersträva en jämn regional fördelning och att en del kurser förläggs utanför undervisnings-sjukhusen vid t.ex. lämpliga länssjukhus eller vårdcentraler. Dessutom anlitas ämnesexpertgrupperna för att bedöma tillgodoräkandet av kurser utanför NLV-systemet som likvärdiga med NLV-kurser.

Ämnesexpertgrupperna förväntas också arbeta med frågan om utformningen av och innehållet i tjänstgöringen under FV. Bl.a. har tjänstgöringsprogram tagits fram för specialistutbildningen i allmänmedicin samt psykiatri och barnpsykiatri.

Ämnesexpertgrupperna anlitas även av socialstyrelsen för vissa bedömningar av tillgodoräkande av tjänstgöringar för specialistkompetens och i vissa behörighetsfrågor.

År 1970 påbörjades inrättandet av regionala organ, regionkommittéer för vidareutbildningsfrågor, för den regionala samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen, de medicinska fakulteterna och andra intressenter i vidareutbildningen. De fick en viss knytning till de regionala samverkansnämnderna för regionsjukvården. Dessa samverkanskommittéer (RLV) har inte fått någon större betydelse för utvecklingen av kursverksamhetens innehåll. Däremot har de sju regionala kanslierna som inrättades till dessa samverkanskommittéer alltmer övertagit ansvaret för en rad administrativa rutiner såsom hantering av reseräkningar för kursdeltagare, provgenomförande under AT, utbetalning av arvoden m.m.

### *Finansieringen av vidareutbildningen*

Under såväl AT som FV är läkaren anställd som underläkare hos en offentlig huvudman enligt avtal mellan berörda arbetsmarknadsparter.

Finansieringen av de kostnader som är förenade med den systematiska undervisningen under FV och proven under AT sker genom ett särskilt anslag i statsbudgeten.

I maj 1985 uppdrog regeringen åt socialstyrelsen att genomföra en översyn av kostnaderna för den systematiska undervisningen och kunskapsprov för läkare under vidareutbildning för att om möjligt uppnå en effektivisering av verksamheten och en rationellare användning av tillgängliga resurser.

Efter genomgången av de olika kostnadsposterna inom delposten Systematisk undervisning och kunskapsprov fann socialstyrelsen därvid att en ändring av tilldelningsprinciperna beträffande kursledararvoden, undervisningsarvoden och kostnader för deltagarnas resor och traktamenten vid deltagande i NLV-kurs inte kan göras utan klara avsteg från gällande principer och acceptabel kvalitetsnivå.

Beträffande kostnaderna för tjänstledighet för kursledning i samband



med NLV-kurs visade analysen att beviljad tjänstledighet inte utnyttjas av kursledningen i full utsträckning. Socialstyrelsen avser därför att i fortsättningen noggrant pröva behovet av tjänstledighet i samband med de enskilda anslagsbesluten för varje NLV-kurs. De resurser som härigenom kan frigöras bör enligt socialstyrelsens uppfattning utnyttjas för att anordna flera NLV-kurser. Härigenom ökas genomströmmningen och köproblemet kan snabbare elimineras. Den enskilde läkaren får större möjligheter att på ett bättre sätt fullgöra sina NLV-kurser jämnt fördelade under utbildningsperioden.

Expertnämnden har ställt sig bakom socialstyrelsens rapport och särskilt betonat vikten av att resurserna utnyttjas så att fortsatt hög kvalitet i NLV-kurserna kan upprätthållas och att genomströmningen i NLV-systemet ökas.

### 2.3 Läkarfördelningsprogrammet (LP)

Arbetet med läkarfördelningsprogram, LP, påbörjades under slutet av 1960-talet inom socialdepartementets sjukvårdsdelegation. Riksdagsbeslutet år 1969 om vidareutbildningen av läkare utgjorde grunden för att gå vidare med detta arbete. Det första formella läkarfördelningsprogrammet redovisades för socialdepartementets sjukvårdsdelegation i juni 1973. Därefter har nya reviderade LP antagits i princip vartannat år.

Under år 1983 tillsatte regeringen en hälso- och sjukvårdsberedning (HSB) som ersatte den tidigare sjukvårdsdelegationen. Beredningen skall vara ett samrådsorgan mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. En av dess uppgifter är det fortsatta arbetet med läkarfördelningsystem.

Inom ramen för denna berednings arbete har bl.a. en överenskommelse träffats mellan staten och Landstingsförbundet om huvudprinciperna för det fortsatta LP-arbetet. Dessa huvudprinciper innehåller bl.a. följande:

- Det centrala läkarfördelningsarbetet skall baseras på ett läkarfördelningsprogram (LP) av vilket framgår en rekommenderad fördelning av läkare mellan olika geografiska områden, verksamhetsformer och medicinska specialiteter m.m. i syfte att åstadkomma en ändamålsenlig fördelning av läkararbetskraften. Förslag till LP utarbetas av socialstyrelsen under ledning av den arbetsgrupp för långsiktig planering som hälso- och sjukvårdsberedningen utsett. LP fastställs av hälso- och sjukvårdsberedningen.
- Det centrala läkarfördelningsprogrammet förutsätts omfatta en period på fem år med de två första åren mer preciserade. En framrullning och därmed en ny fastställelse av LP kommer därmed att ske i princip vartannat år.
- På grundval av fastställt LP utarbetar socialstyrelsen i samråd med Landstingsförbundet, Sveriges läkarförbund och universitets- och högskoleämbetet läkarplaneringsramar för varje sjukvårdsområde. Ramarna skall omfatta såväl läkare under vidareutbildning



(AT och FV) som — så länge behov föreligger — vidareutbildade läkare.

- Sjukvårdshuvudmännen åtar sig att liksom tidigare medverka i vidareutbildningssystemet av läkare och inrätta tjänstgöringsplatser för AT och FV i den utsträckning som erfordras för att genomföra 1969 års läkarutbildningsreform.

I samband med att HSB fastställde läkarfördelningsprogrammet för 1985, LP 85, uttalade sig beredningen för en effektivare läkarplanering. Beredningen pekade på att de önskade effekterna av de gångna årens läkarfördelningsplanering inte nåtts i alla delar. Bl.a. erinrades om att de geografiska skillnaderna vad gäller läkartillgång fortfarande är betydande.

I och med det nästföljande läkarfördelningsprogrammet (LP 87) har därför ett något modifierat system börjat tillämpas.

LP 87 omfattade en tvåårsperiod, åren 1986—1987. Sjukvårdshuvudmännen fick genom detta program större möjligheter att inom givna totalramar anpassa blocktillsättningen till sina egna förutsättningar genom att fritt under planeringsperioden kunna senare- eller tidigarelägga blocktillsättningarna.

Det senaste läkarfördelningsprogrammet (LP 89) omfattar perioden 1988—89. Det innehåller en planeringsram på 990 AT-block och 985 FV-block för vardera av åren 1988 och 1989. Någon särskild planeringsram för vidareutbildade läkare har inte föreskrivits. HSB har i stället rekommenderat särskild restriktivitet när det gäller att inrätta nya befattningar för vidareutbildade läkare inom den slutna somatiska korttidsvården inom de sjukvårdsområden där tillgången på läkare är god. Liksom tidigare uppmanas sjukvårdshuvudmännen att värna om primärvårdens utbyggnad.

I anslutning till att läkarfördelningsprogrammet antogs gjorde HSB ett uttalande för att underlätta rekryteringen av läkare till glesbygd och få större effektivitet i styrningen till prioriterade områden. Uttalandet innebar dels en rekommendation om större restriktivitet vid beviljandet av dispenser från att fullgöra AT på block och dels större restriktivitet vid anställandet av vikarier på FV-block.

Regeringen har nyligen ombildat HSB och gett beredningen nya direktiv. HSB skall även fortsättningsvis vara samrådsorgan mellan staten och huvudmännen när det gäller läkarfördelningsfrågor.

## 2.4 Överenskommelsen om gemensam nordisk arbetsmarknad för läkare

### *Bakgrund*

Sedan år 1954 finns en överenskommelse mellan de nordiska länderna om en gemensam nordisk arbetsmarknad. Överenskommelsen är baserad på grundtanken att medborgare i de nordiska länderna fritt skall



kunna ta arbete och bosätta sig i ett annat nordiskt land. Under 1960- och 1970-talen träffades därför särskilda överenskommelser om fri arbetsmarknad för läkare, tandläkare, sjuksköterskor, sjukgymnaster och apotekare.

År 1976 tillsatte Nordiska socialpolitiska kommittén en arbetsgrupp för att se över de arbetsmarknadsöverenskommelser som gjorts för de anställda inom hälso- och sjukvården. På basis av arbetsgruppens förslag träffades en ny överenskommelse om godkännande av vissa yrkesgrupper för verksamhet inom hälso- och sjukvården och veterinärväsendet, som trädde i kraft år 1983.

### *Nuvarande överenskommelse*

Den nu gällande överenskommelsen, som förutsätter nordiskt medborgarskap, har träffats mellan Sverige, Danmark, Finland och Norge. Den avser 18 grupper av yrkesutövare inom hälso- och sjukvården och veterinärväsendet. Island har anslutit sig till överenskommelsen när det gäller läkare och apotekare.

Överenskommelsen innebär att den som har legitimation eller annan behörighet att utöva yrket i ett land har rätt att få behörighet även i de övriga länder som har rättslig reglering för samma yrke. För yrkesutövare från ett land som saknar rättslig reglering av yrket anges i överenskommelsen vilken utbildning som godtas att ligga till grund för legitimation eller annan behörighet i de andra länderna. Överenskommelsen är utformad så, att den inte behöver ändras om något av länderna efter ikraftträdandet inför bestämmelser om legitimation för en yrkesgrupp som omfattas av denna. Konstruktionen är vidare sådan, att den kan träda i kraft för varje enskild yrkesgrupp så snart som de länder som har rättslig reglering av yrkesgruppen anmält att de önskar tillämpa överenskommelsen på yrkesgruppen.

För samtliga yrkesgrupper gäller att länderna får kräva nödvändiga kunskaper i lagar och administrativa föreskrifter av betydelse för yrkesutövningen i landet. Danmark, Norge och Sverige får kräva tillfredsställande kunskaper i danska, norska eller svenska språket. Finland och Island ges rätt att kräva motsvarande kunskaper i finska resp. isländska. För läkarna gäller att den som söker en tjänst i ett nordiskt land skall ha fullgjort praktisk tjänstgöring som läkare under så lång tid som krävs för godkännande av läkare i det landet.

Överenskommelsen innehåller vidare bestämmelser av allmän natur om förfarandet vid sökande av legitimation och om återkallande av sådan. Den innehåller också vissa rekommendationer om likställighet i fråga om rätt att söka och få anställning och att komma i åtnjutande av lön och pension m.m.

Det finns slutligen särskilda bestämmelser om godkännande av specialistkompetens, som innebär att en läkare med specialistkompetens i ett nordiskt land har rätt till motsvarande behörighetsbevis i ett annat nordiskt land. Detta gäller under förutsättning att läkarna vunnit obegrän-



sad auktorisation (legitimation) i det senare landet samt att verksamhetsområdet har status som specialitet i båda länderna. Bestämmelsen grundar sig på uppfattningen att specialistutbildningen till innehåll och kvalitet i allmänhet får betraktas som likvärdig i de fördragslutande staterna.

### *Tillämpningen av överenskommelsen i Sverige*

Socialstyrelsen meddelar legitimation och bevis om specialistkompetens för de danska, finska, isländska och norska läkare som ansöker därom i enlighet med schablonreglerna i 19 § i behörighetsförordningen. Enligt lagstiftningen och mot bakgrund av den nordiska överenskommelsen har den sökande rätt att erhålla dessa behörigheter om de föreskrivna villkoren är uppfyllda och därmed en rätt och möjlighet att utan tidsbegränsning enskilt arbeta som läkare eller inneha "fast" läkarbefattning i Sverige. Några hinder av t.ex. arbetsmarknadspolitiska skäl får således inte ställas upp. Omfattningen av författningskurser innebär dock en viss begränsning i möjligheterna att i obegränsad utsträckning meddela sådana behörigheter för andra nordiska läkare.

Antalet läkare med grundutbildning i de övriga nordiska länderna som har fått svensk legitimation har under senare år rört sig om ca 150—200 per år. Endast några tiotal läkare med svensk grundutbildning har på motsvarande sätt förvärvat legitimation eller specialistkompetensbevis i annat nordiskt land. Läkarbetsmarknaden har hittills bedömts vara gynnsammare i Sverige än i de övriga länderna.

### *Några skillnader mellan de nordiska ländernas vidareutbildning*

Den nordiska överenskommelsen grundar sig på uppfattningen att läkarutbildningen i princip är likvärdig i de nordiska länderna. Det finns emellertid en del skillnader mellan de olika ländernas utbildningar som ger problem i den praktiska tillämpningen av den nordiska överenskommelsen.

Den stora skillnaden mellan Sveriges och de övriga nordiska ländernas specialistutbildningssystem är framför allt att samtliga nordiska länder utom Sverige har en del av sina specialiteter uppdelade i stam- och grenspecialiteter. Detta gäller framför allt inom verksamhetsområdena internmedicin och kirurgi. I Sverige är samtliga specialiteter inom gruppen invärtes sjukdomar resp. kirurgiska sjukdomar självständiga specialiteter. En viss gemensam bas finns dock i form av krav på huvudutbildning under 1—2 år inom allmän internmedicin resp. kirurgi för alla specialiteter inom dessa båda grupper. I bl.a. Norge måste en läkare däremot först förvärva specialistkompetens i en stamspecialitet innan han får specialisera sig inom en gren. En ortoped i Norge måste först utbilda sig i generell kirurgi under 6 år och därefter i ortopedisk kirurgi under 2—3 år. Det blir en sammanlagd utbildningstid på 8—9 år. En svensk ortoped kan direkt efter sin legitimation börja specialisera sig inom ortopedisk kirurgi och får sitt specialistkompetensbevis på 4 1/2 år. Genom utformningen av överenskommelsen måste det svenska specialistkompetensbeviset i ortopedisk kirurgi godkännas i Norge.



Sammanfattningsvis ser specialitetsstrukturen i de olika nordiska länderna ut på följande sätt:

	Antal specialiteter				
	Sverige	Danmark	Finland	Norge	Island
Grundspec.	44	20	32	29	28
Grenspec.	—	19	50	14	26
Behörighetsämne	15	—	—	—	—

Vidare finns det skillnader mellan de olika nordiska länderna när det gäller den totala utbildningstiden. Läkarutbildningens längd i de nordiska länderna framgår av följande sammanfattning:

	Utbildningstid i år				
	Sverige	Danmark	Finland	Norge	Island
Grundutbildning	5½	6½	6	6	6
AT/turnus/allmänutbildning	1¾	1½	1	1½	1
Specialistutbildning	4— 5½	4—7	5—7	5— 9½	4½— 7½
Sammanlagd utbildningstid	11¼— 12¾	12—15	12—14	12½— 17	11½— 14½

*Anm:* Den högsta siffran anger den maximala utbildningstiden för grenspecialitet.

Det finns även skillnader mellan de olika ländernas sätt att klassificera sina sjukhus. Detta försvårar möjligheten att värdera de kliniska tjänstgöringarnas innehåll och kvalitet och att jämföra dem mellan de olika länderna. Samtliga länder utom Sverige gör en noggrann och regelbunden granskning av sina sjukhus och sjukhusavdelningar innan de godkänns som utbildningsinstitutioner.

Ytterligare en skillnad mellan Sveriges och de övriga nordiska ländernas läkarutbildning är att vidareutbildningen av läkare i Sverige utgör ett led i landets sjukvårdsplanering vilket inte är fallet i de övriga nordiska länderna.

Slutligen finns det skillnader mellan länderna när det gäller kvalitetskontrollen. Finland har hittills som enda land i Norden infört obligatorisk specialistexamen i form av skriftlig tentamen. För kompetens i grenspecialitet fordras specialistexamen i såväl grund- som grenspecialitet. Däremot krävs inte ytterligare teoretisk kursundervisning utöver den som fullgjorts för grundspecialiteten.



*Den nordiska kommittén för läkares vidareutbildning*

År 1983 tillsatte medicinaldirektörerna i de nordiska länderna ett kontaktorgan för läkares vidareutbildning (NKLK). Kontaktorganet har i uppgift att bl.a. komma med förslag till lösningar på de problem som uppstått vid den praktiska tillämpningen av överenskommelsen om en gemensam nordisk arbetsmarknad.

NKLK har nyligen presenterat två förslag. Det ena förslaget utgörs av en förteckning över godkända medicinska specialiteter i Norden. I förteckningen är de medicinska specialiteterna grupperade efter hur pass väl utbildningen stämmer överens i samtliga nordiska länder. I förteckningen anges vilka specialiteter som direkt kan överföras mellan de olika länderna och vilka som bör kompletteras utbildningsmässigt för att kunna föras över. Förteckningen är också ett hjälpmedel när det gäller att se vilka specialiteter som, trots att de har samma beteckning, har olika innehåll i olika länder.

NKLK:s andra förslag gäller en administrativ praxis för bedömning av internordisk specialistutbildning. Förslaget innebär att åtminstone ett år av föreskriven huvudutbildning måste ha fullgjorts i det land som skall utfärda specialistkompetensbeviset i fråga. Anställningsperioder på mindre än tre månader tillgodoräknas inte. Flera medicinaldirektörer, däribland Sveriges, har bestämt att införliva förslaget i sin praxis.

NKLK:s båda förslag diskuteras för närvarande i Nordiska ministerrådets arbetsgrupp, som har till uppgift att följa tillämpningen av den gemensamma nordiska arbetsmarknaden. Arbetsgruppens prövning huruvida förslagen påverkar gällande överenskommelse kommer att underställas den Nordiska socialpolitiska kommittén under hösten 1987.



### 3 Några utvecklingsdrag inom hälso- och sjukvården åren 1970 — 1985

Under de år som har gått sedan det nuvarande systemet för läkarnas vidareutbildning infördes år 1969 har betydande förändringar skett inom hälso- och sjukvården. Ett intensivt utrednings- och reformarbete under perioden har lett till omfattande förändringar i hälso- och sjukvårdslagstiftningen och andra medel för statsmakternas styrning av hälso- och sjukvården.

Utvecklingen har bl.a. medfört en minskad statlig detaljreglering av hälso- och sjukvården och en decentralisering av ansvar och uppgifter från centrala statliga organ till landstingen. Detta har varit möjligt bl.a. därför att landstingens tillgång på kvalificerad sakkunskap för olika fackfrågor samt för planering och administration av verksamheten har ökat. En minskad detaljstyrning och en ökad målstyrning avspeglas i den nya hälso- och sjukvårdslagen och i socialstyrelsens nya organisation.

Efter socialstyrelsens omorganisation år 1981 har styrelsens arbetssätt övergått till att i större utsträckning än tidigare vara av övergripande karaktär med inriktning på planering, kunskapsutveckling, allmänna råd och information.

År 1975 tillsattes den parlamentariska hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU) med uppgiften att utarbeta förslag till en ramlag för hälso- och sjukvården. HSU lade år 1979 fram sitt betänkande (SOU 1979:78) Mål och medel för hälso- och sjukvården med förslag till en ny hälso- och sjukvårdslag av en helt annan karaktär än den tidigare sjukhus- och sjukvårdslagstiftningen. HSU:s förslag ledde fram till att riksdagen år 1982 (prop. 1981/82:97, SoU 51, rskr 381) beslöt om en hälso- och sjukvårdslag (HSL), som är en utpräglad målinriktad ramlag. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Den tidigare författningsmässiga detaljregleringen av sjukvårdens organisation togs bort. Det innebär att landstingen har relativt stor frihet att organisera vården med hänsyn till de lokala behoven och förutsättningarna.

Parallellt med HSU arbetade regionsjukvårdsutredningen med uppgiften att utreda regionsjukvårdens innehåll och verksamhetsformer, regionindelningen samt frågan om samverkan inom och mellan regioner m.m. Utredningen lade fram sina förslag i betänkanterna SOU 1978:70—72. Förslagen ledde fram till riksdagsbeslut (prop. 1980/81:9, SoU 6, rskr



123) och författningsbestämmelser om indelning av riket i sex regioner för sådan hälso- och sjukvård som berör flera landstingskommuner och föreskriften att landstingskommunerna skall samverka i frågor som rör sådan hälso- och sjukvård. Härmed fastställdes grunderna och ramarna för den högspecialiserade sjukvård som har karaktär av regionsjukvård.

Som en utveckling av HSU:s arbete och socialstyrelsens principprogram Hälso- och sjukvård inför 80-talet (HS 80) initierade sjukvårdsdelegationen vid socialdepartementet (numera hälso- och sjukvårdsberedningen) ett arbete med ett nytt principprogram för den framtida hälso- och sjukvården med sikte på åren 1990—2000 (HS 90). HS 90 redovisade slutligt sina förslag år 1984 i en huvudrapport (SOU 1984:39) och i ett omfattande underlagsmaterial (SOU 1984:40—50 m.fl.). HS 90 behandlade särskilt ingående de hälsopolitiska frågorna — de förebyggande insatserna på olika plan — men också vårdstrukturella frågor och personal- och utbildningsplaneringen.

HS 90 bildade tillsammans med andra utredningsförslag underlag för en proposition år 1985 om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården, m.m. (prop. 1984/85:181, SoU 28, rskr 400).

Propositionen betonar betydelsen av en samlad folkhälsopolitik och att speciell uppmärksamhet ägnas de grupper i samhället som utsätts för de största hälsoriskerna. I fråga om det förebyggande arbetet förordar propositionen ett starkare samarbete mellan de många samhällssektorer som kan medverka till att främja goda hälsoförhållanden och motverka ohälsa. Propositionen rekommenderar utveckling och genomförande av hälsopolitiska program mot i första hand hjärt-kärlsjukdomar, cancer, olycksfallsskador, psykisk ohälsa och rörelseorganens sjukdomar. Hälsoupplysningens roll och behoven av olika åtgärder för förbättrade kostvanor och minskat tobaksbruk betonas.

I ett särskilt avsnitt anges ett antal sammanfattande riktlinjer för hälso- och sjukvårdspolitiken som godkändes av riksdagen. I dessa slås bl.a. fast att hälso- och sjukvården till helt övervägande del bör bedrivas inom den gemensamma sektorn och baseras på principerna om ett offentligt ansvar, solidarisk finansiering, närhet, tillgänglighet och valfrihet. Möjligheterna att bo kvar hemma vid långvarig sjukdom måste ökas och livsmiljön inom långtidssjukvården förbättras. De handikappades situation inom hälso- och sjukvården måste särskilt uppmärksammas. En fortsatt snabb utveckling av öppnare vårdformer för psykiskt sjuka måste eftersträvas. Hälso- och sjukvårdens samhälls- och individinriktade förebyggande arbete måste vidareutvecklas.

När det gäller vårdens struktur slår riktlinjerna fast att primärvården utgör basen i hälso- och sjukvårdssystemet. Läns- och regionsjukvården bör vidareutvecklas mot specialiserad sjukvård, vissa förebyggande insatser samt forsknings- och utvecklingsarbete.

Vidare slås fast att personal- och utbildningsplaneringen måste än starkare relateras till målen för hälso- och sjukvården.

I anslutning till riksdagsbeslutet år 1985 gjordes ett tillägg till HSL som understryker att hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga



ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada.

Formerna för statens finansiella bidrag till den hälso- och sjukvårdande verksamheten har också förändrats. Vid sidan av de allmänna skatteutjämningsbidragen, som bl.a. kommer sjukvården till del, lämnar staten numera schablonberäknade allmänna sjukvårdersättningar till landstingen som främst är avsedda för primärvård och förebyggande insatser. Enligt den s.k. Dagmaröverenskommelsen avräknas härifrån sjukförsäkringens utgifter för läkarvård m.m. hos privatpraktiserande läkare i den mån berört landsting avtalat med läkaren om att denne kan vara försäkringsansluten. I propositionen (prop. 1983/84:190) i anledning av den nämnda överenskommelsen uttalas att de privata vårdgivarnas verksamhet utgör ett viktigt komplement till den offentliga vården. Inriktningen för framtiden bör vara att den heltidsverksamma privatpraktikerkåren skall ha samma volymmässiga omfattning som för närvarande (dvs. ca 600) men med en jämnare fördelning över landet.

Riksdagen har också nyligen tagit ställning till utvecklingen av företagshälsovården (prop. 1984/85: 89, SoU 13, rskr 172). Målet är att alla anställda och ensamföretagare skall ha tillgång till företagshälsovård. Vid 1990-talets början bör 75 % av de anställda kunna vara anslutna till ersättningsberättigad företagshälsovård. Utbyggnaden innebär krav på en betydande ökning av tillgången på bl.a. företagsläkare. År 1993 bedöms behovet vara ca 1 500 läkare motsvarande helårstjänster.

Förutom den minskade statliga detaljregleringen har utvecklingen kännetecknats av en målinriktad satsning från såväl statens som sjukvårdshuvudmännens sida på att förändra vårdstrukturen från en relativt starkt sjukhusbaserad vård till mer decentraliserade och öppna vårdformer. Hälso- och sjukvårdspolitiken har inriktats på en utbyggnad av den öppna vården vid vårdcentraler, långtidsvården vid lokala sjukhem och i hemmet samt av de psykiatriska vårdresurserna vid sjukhem och kliniker samordnade med kroppssjukvården.

Antalet vårdplatser inom den somatiska korttidsvården vid sjukhus har därför minskat betydligt under åren 1970 — 1985 från ca 49 000 till nu ca 40 000. HS 90 bedömer för sin del att antalet vårdplatser för dessa ändamål på sikt kan reduceras till ca 30 000 genom bl.a. utbyggd hemsjukvård och primärvård och öppen vård vid sjukhusen. Medelvårdtiden har också reducerats betydligt. Antalet vårdade patienter och vårdperioder har därigenom ökat liksom beläggningsgraden. — Inom den somatiska långtidssjukvården har antalet vårdplatser ökat från ca 34 000 år 1970 till ca 51 000 år 1982. Men nu pågår en minskning av sådana vårdplatser till förmån för platser vid lokala sjukhem, med medicinskt ansvar hos primärvården, och utbyggd hemsjukvård. — Såväl vårdplatsantal som medelvårdtid har kontinuerligt minskat i den psykiatriska vården. Här pågår nu en snabb minskning av den institutionsbundna psykiatriska vården. Målsättningen är att mot slutet av 1990-talet ha reducerat antalet vårdplatser från drygt 30 000 år 1978 till omkring 12 000. Det



betyder att de psykiatriska vårdinsatserna i mycket hög grad kommer att göras i öppna vårdformer och som stöd till hemsjukvård av psykiskt sjuka.

Under sjukvårdens allmänna expansion på 1960-talet var efterfrågan på läkararbetskraft mycket stor. Efterfrågan var betydligt större än tillgången eftersom examinationen av nya läkare endast var ca 350 per år. Under 70-talet satsade samhället på en kraftig utbyggnad av läkarbetskraften. Under perioden 1972—1984 var antalet antagningsplatser till grundutbildningen 1026. Under senare år har en bättre balans uppstått mellan tillgång och efterfrågan på läkararbetsmarknaden. I konsekvens härmed har antalet platser på läkarlinjen reducerats något. Fr.o.m. 1986/87 är antalet platser 845. Antalet läkare har fördubblats under den aktuella perioden från ca 10 000 yrkesverksamma år 1970 till drygt 20 000 år 1986. År 1995 beräknas det finnas totalt ca 28 000 läkare i landet. Antalet kvinnliga läkare har stadigt ökat under tiden från 1970. Könsfördelningen är numera i stort sett jämn bland de nyantagna medicine studerande.

Trots den kraftiga ökningen av antalet läkare kvarstår problem med en ojämн fördelning av läkarna på specialiteter och geografiskt i förhållande till efterfrågan och behov. Det är glesbygdslänen som har den mest besvärande vakanssituationen. På specialistsidan är det framför allt psykiatri, röntgen, medicinsk rehabilitering och onkologi som ökat andelen vakanta överordnade läkartjänster under de senaste åren.

Under de senaste decennierna har stora förändringar skett i befolkningens ålderssammansättning. Andelen barn under fyra års ålder har minskat med ca 20 % under perioden 1970—1985, medan andelen personer som är 75 år och äldre ökat med ca 30 %, i absoluta tal nu ca 600 000 av befolkningen. Medellivslängden fortsätter att öka så att den nu passerat 80 år för kvinnor och 74 år för män. I dessa högre åldrar är vårdbehoven och behoven av medicinska insatser särskilt stora, såväl när det gäller kroniska sjukdomar som akuta insjuknanden. Flertalet patienter vid de vanliga invärtesmedicinska, kirurgiska och ortopediska sjukhusklinikererna är äldre än 75 år. Även vid vårdcentralerna är det de äldre som dominerar bland patienterna. Trots att de långvårdsmedicinska enheterna byggts ut mycket kraftigt under perioden har de inte helt kunnat avlasta andra grenar av sjukhusvården. Bara för ett par decennier sedan var bilden en annan vid sjukhusklinikererna med en betydligt större andel yngre och medelålders patienter som var inlagda för utredningar och behandlingar. De yngre och medelålders patienterna omhändertas idag i betydande utsträckning i öppna vård vid sjukhusen eller i primärvård och företagshälsovård.

Utvecklingen på det medicintekniska området har lett till att läkaren nu, i jämförelse med för femton år sedan, har fler och mer avancerade, men ofta också dyrbarare metoder för att klarlägga diagnosen hos vård-sökande patienter. Exempelvis inom röntgenologin har nya metoder för avbildning av kroppsorganen tillkommit med hjälp av datortomografi och magnetisk resonanstomografi. De immunologiska undersöknings-teknikerna har utvecklats och är av stor betydelse inom många specialite-ter, kanske främst när det gäller de allergiska sjukdomarna.



En del av dessa nytillkomna diagnostiska metoder innebär dyrbara investeringar i tung apparatur och måste därför centraliseras till ett fåtal sjukhus. Men det finns också exempel på att diagnostiska metoder förenklas och görs så lätthanterliga att de kan användas med god tillförlitlighet också inom t.ex. primärvården och företagshälsovården och vid de mindre sjukhusen. Det gäller t.ex. åtskilliga klinisk-kemiska undersökningar av blod- och urinprover och bakteriologiska och virologiska undersökningar. Det senare är av stor betydelse för primärvården. Det är också realistiskt att anta att en del former av röntgenundersökningar, med stöd av speciell dator- och kommunikationsteknik, kan komma att bli utförbara i primärvården.

Inte endast de diagnostiska möjligheterna förbättras utan också möjligheterna att behandla och bota sjukdomar. Exempelvis inom hjärtsjukvården har intensivvårdsbehandlingen av hjärtinfarkt lett till klart förbättrade behandlingsresultat. Behandlingen av hjärtinfarktens förstadium — förträngda kranskärl i hjärtat — står inför genombrott genom att kranskärlskirurgin och dilatationsbehandlingen börjar bli rutinmetoder. Behandlingsformerna är tekniskt krävande och det innebär att det är svårt att införa metoderna så snabbt att alla patienter omedelbart kan behandlas. Ett annat område där ny teknik ger möjligheter till en bekväm behandling för en stor patientgrupp är att operera in artificiella ögonlinser vid grå starr. Ytterligare ett exempel på en relativt ny behandlingsform som berör mycket stora patientgrupper är att ersätta förslitna och smärtande höftleder med välfungerande höftledsprotoser. För samtliga dessa tre områden gäller att behandlingsmetoderna är tekniskt krävande och berör mycket stora patientgrupper. Detta har lett till att det övergångsvis har uppstått köproblem.

Det förebyggande arbetet har kommit i fokus och har t.ex. minskat eller eliminerat förekomsten av vissa infektionssjukdomar och skador eller leder till att sjukdomar senareläggs i livscykeln. Etiska frågor i vården har kommit under debatt, såväl vid livets början (t.ex. frågan om prenataldiagnostik) som vid livets slut (t.ex. terminalvård och dödsbegrepsdebatten). Möjligheter att genom organtransplantation rädda livet hos tidigare dödsdömda patienter har tillkommit.

Sammanfattningsvis kan framhållas att perioden 1970 — 1985 kännetecknats av följande.

- Riksdag, regering och de statliga myndigheterna har starkt minskat sin detaljstyrning av hälso- och sjukvården till förmån för en mera övergripande målstyrning genom ramlagstiftning och generella ekonomiska bidrag till sjukvårdshuvudmännen.
- De offentliga sjukvårdshuvudmännen har fått det primära politiska ansvaret för att inom angivna ramar se till att hälso- och sjukvårdens mål uppnås. De har frihet att organisera vården med utgångspunkt i lokala förutsättningar och behov utan statlig detaljreglering. Staten skall emellertid tillhandahålla underlag för sjukvårdshuvudmännens planering av vården.
- Hälso- och sjukvården har starkt ökat sin andel av BNP och sjuk-



vårdspersonalen — bl.a. läkarna — har i stort sett fördubblats. Befolkningsutvecklingen har lett till en kraftigt ökad andel äldre och en minskning av de yngre. Medellivslängden har fortsatt att öka. Detta leder till att de kroniska sjukdomarna kräver alltmer av sjukvårdresurserna.

- De medicintekniska framstegen har förfinat och förbättrat både de diagnostiska metoderna och behandlingsmöjligheterna och möjligheterna att leva drägligt med kroniska sjukdomar och handikapp tack vare medicinsk rehabilitering och tekniska hjälpmedel.
- Primärvården och företagshälsovården har byggts ut och stora ansträngningar görs att koncentrera sjukhusvården och att omstrukturerad den psykiatriska vården och långtidssjukvården.
- Utvecklingen i arbetslivet innebär bl.a. att läkaren i högre grad arbetar i arbetslag där också andra yrkesgrupper har ansvar och inflytande.
- Under de gångna åren har läkarnas grundutbildning fram till läkarexamen etappvis setts över. Detta har bl.a. lett till en ny utbildningsplan år 1983. Läkarnas vidareutbildning, dvs. allmäntjänstgöringen och specialistutbildningen, har däremot inte setts över sedan 1969.

Mot bakgrund av den ovan beskrivna utvecklingen inom hälso- och sjukvården läggs i de följande kapitlen fram förslag till förändringar av systemet för läkarnas vidareutbildning. Ändringsförslagen är på flera punkter ganska omfattande. Utredningens förslag kommer att ge läkarna goda möjligheter till en fortgående kompetensutveckling efter läkarexamen genom allmäntjänstgöring ledande till legitimation och genom ett därefter följande flexibelt system för specialistutbildningen.



## 4 Utbildningen närmast efter läkarexamen — allmäntjänstgöring (AT) som ger legitimation

### 4.1 Inledning

#### 4.1.1 Utgångspunkter

Ett av de viktigare syftena med allmäntjänstgöringen (AT), som infördes genom 1969 års vidareutbildningsreform, är att ge nyexaminerade läkare möjlighet att genom praktisk tjänstgöring bredda, fördjupa och prägla sina kunskaper och erfarenheter från grundutbildningen. Först efter att ha byggt på den i stora delar teoretiska grundutbildningen med en längre period av praktisk, klinisk träning kan en läkare sägas vara mogen att självständigt utföra basrutinerna i hälso- och sjukvården.

Möjligheten att få praktisk erfarenhet i anslutning till de kliniska kurserna under grundutbildningen är begränsad. Genom 1969 års utbildningsreform lyftes de nio månader av praktisk-kliniska erfarenheter som erhöles genom de s.k. assistenttjänstgöringarna bort från grundutbildningen. Den nuvarande 5 1/2-åriga grundutbildningen består till stora delar av teoretiska studier. Den långa sammanhängande perioden av praktisk läkarverksamhet genom AT är därför mycket viktig för att fördjupa och vidareutveckla läkarens praktiska färdigheter och kunskaper.

LSU 85 anser att AT är ett mycket viktigt led i den samlade läkarutbildningen. Utredningen anser att AT även i fortsättningen skall vara grunden för allmän behörighet att utöva läkaryrket och leda fram till legitimation samt rätt att påbörja specialiseringsperioden.

LSU 85 anser vidare att AT i högre grad än idag bör ses som en utbildningsperiod under vilken läkarna får en praktisk klinisk träning och en introduktion i arbetslivet.

Under allmäntjänstgöringen bör läkaren uppnå en god förmåga att självständigt utföra basrutinerna i hälso- och sjukvården. Tjänstgöring sker på särskilt inrättade befattningar inom den offentliga sjukvården, först under daglig handledning och senare alltmer självständigt.

#### 4.1.2 Sambandet grundutbildning — vidareutbildning

Läkarnas utbildning i vidare mening är en sammanhängande och mycket lång kedja som inte avslutas förrän man lämnar läkaryrket. Grundutbildning — vidareutbildning (allmäntjänstgöring och specialistutbildning)



— fortbildning övergår i varandra utan distinkta gränser. I denna kedja kan man se AT som en sammanhållande länk mellan grundutbildning och vidareutbildning.

Någon systematisk utvärdering av hur sambandet mellan grundutbildningen och AT fungerar har inte gjorts. Företrädare för berörda högskoleenheter framhåller emellertid i olika sammanhang att man upplever AT-perioden som en "vit fläck" mellan grundutbildningen och den specialistutbildning som många högskolelärare har viss delaktighet i. De saknar emellertid kanaler för att påverka innehållet i och utformningen av AT. De anser därför att det är angeläget att knyta AT närmare grundutbildningen bl.a. för att göra det möjligt att utvärdera de kunskaper som inhämtats under grundutbildningen och få en återföring som grund för eventuella korrigeringar av grundutbildningens innehåll. LSU 85 kommer att i det följande lägga en del förslag som har till syfte att stärka sambandet mellan grundutbildningen och AT. Resonemang om hur AT kan knytas närmare grundutbildningen tas bl.a. upp i avsnitten om målet för AT-perioden och kunskapskontroll.

#### 4.1.3 Terminologin

AT-begreppet har fått starkt fotfäste inom hälso- och sjukvården och läkarutbildningen och uppfattas som en relevant och lätthanterlig benämning. Förledet "allmän" ger uttryck för bredden i de tjänstgöringar det är frågan om och huvudordet "tjänstgöring" markerar att det centrala elementet är yrkesutövning på en tjänst inom hälso- och sjukvården.

LSU 85 anser därför att benämningen allmäntjänstgöring och förkortningen AT bör användas även i framtiden i författningstexter och andra formella sammanhang och utgår från att de kommer att användas också i praktiken.

## 4.2 Överväganden och förslag

### 4.2.1 Målet för AT-perioden

LSU 85 förutsätter att AT-läkaren i det helt övervägande antalet fall påbörjar sin AT-period omedelbart efter avlagd läkarexamen eller motsvarande utländsk grundutbildning. Även om ett visst uppehåll gjorts för t. ex. forskarutbildning och forskning förutsätts att AT-läkaren har kunskapsstoffet och sina kliniska erfarenheter från grundutbildningen aktuella.

AT skall således direkt bygga vidare på den omfattande teoretiska referensram men de ganska begränsade kliniska färdigheter som förvärvats under grundutbildningen. Detta samband med grundutbildningen måste starkt framhållas. AT måste inriktas på det grundläggande och det gemensamma för flertalet medicinska verksamhetsområden och på de generella basrutinerna inom sjukvården, som är tillämpbara även inom de medicinska verksamhetsområden som i och för sig inte ingår i AT.



Efter en väl genomförd AT-period skall läkaren kunna betros med allmän behörighet att utöva läkaryrket (legitimation) och ha en god plattform för att kunna påbörja specialiseringsperioden.

Mot denna bakgrund anser LSU 85 att det övergripande målet för AT-perioden kan formuleras på följande sätt:

Målet för AT-perioden är att AT-läkaren

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

Läkaren bör nå detta mål genom praktisk tjänstgöring på särskilt inrättade läkarbefattningar först under daglig handledning och därefter alltmer självständigt samt genom egna studier och genom att delta i arbetsgivarens utbildningsutbud.

Det övergripande målet kan brytas ner i följande mer preciserade delmål:

- att självständigt och med hög säkerhet och gott tempo kunna utföra basrutinerna i slutet och öppen vård såsom anamnesupptagning, fysikalisk och enklare psykiatrisk undersökning, journalskrivning, remitteringsförfaranden, läkemedelsförskrivning, injektioner, punktioner och smärre kirurgiska ingrepp;
- att självständigt kunna fatta nödvändiga beslut och kunna utföra akuta livräddande och livsuppehållande åtgärder såsom att etablera fri luftväg, intubera, återuppliva genom hjärtmassage m m, vätskebehandling etc. vid sådana kliniska situationer;
- att komma i kontakt med och få viss erfarenhet av sjukvårdsarbete under jourtid;
- att utveckla förmågan att självständigt bedöma patientens hälsotillstånd och vilka utredningar och behandlingsinsatser som är lämpliga i det enskilda fallet;
- att utveckla sådana attityder och värderingar i förhållande till patienter och till hälso- och sjukvårdsarbetet som följer av kraven i hälso- och sjukvårdslagen, tillsynslagen och allmänna läkarinstruktionen;
- att lära känna andra personalgruppers kompetens, uppgifter och roller i vården;
- att utveckla sin förmåga att samarbeta med andra vårdarbetare och att arbeta i vårdlag;
- att få erfarenhet av och lära känna problemen och kraven kring vården i livets slutskede och dödsprocessen och
- att få erfarenhet av och lära känna sjukdomsförebyggande och



hälsöfrämjande arbetsformer och metoder och fördjupa sina kunskaper och uppfattningar om hälsans och ohälsans villkor.

Utöver dessa relativt allmänt hållna övergripande mål och delmål behövs en ytterligare, mera konkret hållen målbeskrivning. I denna målbeskrivning bör de konkreta kraven på AT läggas fast. Krav bör ställas på att vissa specificerade kunskaper och erfarenheter skall ha uppnåtts under AT innan läkaren kan få ut sin legitimation. En sådan målbeskrivning är viktig för att säkerställa att en viss kvalitet uppnås och att samtliga läkare oberoende av var de har gått sin AT har en gemensam bas att stå på. Denna fråga kommer att behandlas vidare i avsnitt 4.2.4.

#### 4.2.2 AT-periodens utformning

##### *Praktisk tjänstgöring*

En utgångspunkt är att AT skall fullgöras på underläkartjänst för allmäntjänstgöring i form av blockförordnande. Ett blockförordnande innebär att samtliga tjänstgöringsperioder fullgörs sammanhängande på ett i förväg bestämt sätt vid bestämda sjukhuskliniker och vårdcentraler hos samma huvudman och så långt möjligt på samma ort eller närliggande orter.

En annan utgångspunkt är att AT skall fullgöras på tidsbegränsade tjänster. LSU 85 föreslår att AT-perioden skall omfatta två år, fördelade på tre sex-månaders och två tre-månaderstjänstgöringar. Huvuddelen av AT skall fullgöras inom de tre breda medicinska verksamhetsområdena allmänmedicin, internmedicin och kirurgi, som utgör grundstenar i den kliniska läkarutbildningen. Vidare skall tre månader fullgöras inom den moderna sektoriserade psykiatriska vården. Härutöver föreslås en period på tre månader som får fullgöras inom ett i princip valfritt medicinskt verksamhetsområde.

Förlängningen från nuvarande 21 månader till 24 månader föreslås av följande skäl:

Förlängningen av AT gör det möjligt att komplettera den nuvarande AT-perioden med en valfri period inom ett område som bestäms av huvudmannen i samråd med läkaren. LSU 85 anser att en valfri period medför fördelar för både läkaren, huvudmannen och patienterna. Här anges några av dessa fördelar. Ett mera ingående resonemang förs under delavsnittet Valfri tjänstgöring.

En AT-period på 24 månader är fördelaktig från planeringssynpunkt eftersom det går att arbeta med hel- och halvårsperioder. Härigenom slipper man få kvartalsvisa luckor i läkarbemanningen. Det underlättar dessutom ansöknings- och anställningsförfarandet att de obligatoriska delarna av AT är avslutade tre månader innan specialiseringstjänstgöringen skall börja.

Eftersom AT är grunden för legitimation och därmed allmän behörighet att även enskilt utöva läkaryrket i form av privatpraktik eller som företagsläkare m m, är det angeläget att läkaren får en så lång period som



möjligt med erfarenheter från breda delar av sjukvården. En sammanlagd utbildningsperiod av 7 1/2 år grundutbildning och AT svarar väl mot kraven i den nordiska överenskommelsen om gemensam nordisk arbetsmarknad för läkare och kraven på motsvarigheter till legitimation i åtskilliga andra jämförbara länder.

Läkarutbildningen i Sverige räknat från antagning till grundutbildningen t.o.m. legitimation ligger i dag tidsmässigt något i underkant jämfört med resten av de nordiska länderna. En förkortning av AT till t.ex. 18 månader skulle innebära att Sveriges läkarutbildning skulle bli ca ett år kortare än t.ex. Finlands. En förkortning av AT skulle också innebära att Sveriges läkarutbildning tidsmässigt halkar efter i internationella sammanhang. I Västtyskland övervägs t.ex. för närvarande att förlänga läkarutbildningen till åtta år. I detta perspektiv anser LSU 85 att det är rimligt att Sverige, med hänvisning till både nordiska och andra internationella förhållanden samt kvalitetsmässiga hänsyn, höjer ambitionen något när det gäller tiden innan legitimation utfärdas.

### *Obligatorisk tjänstgöring*

LSU 85 föreslår således att AT skall innehålla en obligatorisk del på tre sexmånaders tjänstgöringar inom verksamhetsområdena allmänmedicin, internmedicin och kirurgi samt en obligatorisk tremånaderstjänstgöring inom den sektoriserade psykiatriska vården.

Liksom för närvarande måste det vara obligatoriskt att en viss tids tjänstgöring är förlagd till en anestesi-intensivvårdsenhet. Den bör omfatta ca två månader och bör kunna integreras i såväl medicin- som kirurgitjänstgöringen. Intensivvårdsavdelningen (IVA) är i regel en serviceenhet för alla kliniker inom ett sjukhus. Både patienter med invärtesmedicinska sjukdomar och kirurgiska övervakas och behandlas vid IVA. För att ge kompetens att delta i jourarbete är det värdefullt om tjänstgöringen vid intensivvårdsenhet kan förläggas till AT-periodens början. En praktisk lösning kan t.ex. vara fem månader kirurgi — två månader anestesi/intensivvård — fem månader medicin, dvs. tillsammans 12 månader. Det är emellertid nödvändigt att finna flexibla lösningar för placeeringen av denna tjänstgöring.

Sex månaders tjänstgöring i allmänmedicin förutsätts förläggas till vårdcentraler (motsv.). Vårdcentralen bör ha ett så stort befolkningsunderlag och en så allsidig verksamhet, med bl.a. mödra- och barnhälsovård och med ansluten sjukhemsverksamhet och hemsjukvård, att läkaren får en bred och allsidig erfarenhet. Vårdcentralen bör vidare ha så pass många befordrade läkare och annan erfaren personal att en god handledning säkerställs. Inom ramen för vårdcentralens verksamhet eller genom lämpliga kontakter med en samhällsmedicinsk enhet bör AT-läkaren även få erfarenheter av och inblick i samhällsmedicinens innehåll och arbetsmetodik. Under den allmänmedicinska tjänstgöringen bör läkaren också få erfarenheter av primärvården närliggande funktioner, såsom skolhälsovård och företagshälsovård, när detta är möjligt.



Tremånaderstjänstgöringen i psykiatri förläggs i dag ofta till mentalsjukhus och präglas ganska starkt av inriktning mot den yngre, slutna psykiatrin. Tjänstgöringen får helt eller delvis förläggas till enhet för barn- och ungdomspsykiatri. Denna möjlighet utnyttjas emellertid endast undantagsvis. I debatten har hävdats att åtskilliga AT-läkare är o-motiverade för tjänstgöring inom psykiatri i denna form och att handledningen i många fall skulle ha varit otillräcklig bl.a. på grund av vakansläget inom psykiatrin. Man pekar på att det är viktigare att få erfarenhet av modern, s.k. sektoriserad psykiatri där det psykiatriska teamet har ansvar för såväl sluten som öppen psykiatrisk vård inom ett definierat upptagningsområde.

Den psykiatriska vården befinner sig nu i en utveckling från stora mentalsjukhus till mindre, decentraliserade enheter och öppnare vårdformer. I propositionen 1984/85:181 om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården anges att en viktig principiell utgångspunkt för denna förändringsprocess är att den psykiatriska vården, liksom för övrigt även den somatiska långtidsvården, skall bedrivas i så öppna och hemliknande former som möjligt i anslutning till patientens normala boendemiljö och sociala sammanhang. Bl.a. kommer antalet vårdplatser inom den slutna vården att minska vilket för psykiatrins del innebär en ökad andel öppenvård och ett närmare samarbete med primärvården och socialtjänsten.

Mot denna bakgrund anser LSU 85 att det är mycket angeläget att psykiatritjänstgöringen under AT fullgörs inom ramen för den verksamhet som det psykiatriska teamet har ansvar för i en modern sektoriserad psykiatrisk vård, i vilken ingår såväl öppen som sluten vård. Utredningen har övervägt möjligheten att slopa den obligatoriska psykiatritjänstgöringen och i stället förlägga den inom ramen för tjänstgöringen i allmänmedicin, men funnit att man med en sådan konstruktion riskerar att försvaga såväl psykiatritjänstgöringen som tjänstgöringen i allmänmedicin. Eftersom psykiatrin är ett prioriterat område anser LSU 85 att den tremånaders obligatoriska psykiatritjänstgöringen bör vara kvar. Där- emot bör denna inte som för närvarande förläggas till mentalsjukhusen utan fullgöras inom den moderna sektoriserade psykiatriska vården.

### *Valfri tjänstgöring*

LSU 85 anser att starka skäl talar för att de återstående tre månaderna av AT-perioden fullgörs inom ett i princip valfritt medicinskt verksamhetsområde. Det ger AT-läkaren tillfälle att pröva på discipliner som han tidigare under sin allmäntjänstgöring inte mött eller bara stiftat en ytlig bekantskap med såsom exempelvis infektionssjukvård, medicinsk radiologi, anestesi och intensivvård eller ögonsjukvård. Den valfria perioden blir på så vis en sökperiod för AT-läkaren under vilken han kan pröva på en disciplin som han eventuellt vill specialisera sig inom. I bästa fall hittar AT-läkaren direkt det område han vill specialisera sig inom och kan fortsätta sin specialiseringsperiod inom detta.



Om det däremot skulle visa sig att AT-läkaren av olika anledningar inte passar inom denna specialitet har han möjlighet att påbörja sin specialiseringsperiod inom en annan för honom mera lämplig disciplin. En sådan provoperiod är också fördelaktig från huvudmannens synpunkt. Det måste vara bättre för huvudmannen att redan på ett tidigt stadium kunna konstatera inom vilket område en läkare bäst passar. Idag har landstingen — och därmed även läkarna — problem med åtskilliga avbrutna block under specialiseringsperioden.

Ett annat motiv för att komplettera AT-tjänstgöringen med en valfri period är att det gör det möjligt för olika specialiteter att "visa upp sig" under AT-perioden. Detta är en rekryteringsbefrämjande åtgärd som är särskilt viktig för de discipliner som idag har svårigheter att rekrytera läkare. Ett exempel är röntgendiagnostik. Studenterna får en mycket ytlig kontakt med denna verksamhet under grundutbildningen och möjligheterna att tjänstgöra tre månader under AT skulle säkert kunna stimulera rekryteringen.

Givetvis kan läkaren inte helt fritt välja inom vilken specialitet han vill tjänstgöra under denna period. Detta måste bestämmas av huvudmannen i samråd med läkaren. Huvudmannen har här en möjlighet att, givetvis i samråd med läkaren, förlägga den valfria tjänstgöringen till vårdenheter där det kan finnas problem med försörjning av underordnade läkare. LSU 85 anser att den valfria perioden främst bör fullgöras inom de breda medicinska verksamhetsområden som regelmässigt återfinns inom länssjukvården och primärvården.

En nackdel med förlängningen av AT kan sägas vara att huvudmannen måste ha läkarna under utbildning och i underordnad ställning längre tid än i dag. För huvudmannen är det givetvis fördelaktigare att ha en legitimerad läkare i tjänst än en ännu inte legitimerad. LSU 85 anser emellertid att dessa tre månader knappast kan ses som en förlängning av den totala vidareutbildningstiden. De läkare som under den valfria perioden valt den specialitet som de sedan kommer att fortsätta i, har i praktiken redan under sin AT klarat av tre månader av sin specialiserings-tjänstgöring.

Sammanfattningsvis anser LSU 85 att införandet av en valfri period är övervägande positivt eftersom det ger läkaren en möjlighet att söka sig fram till den specialitet som passar honom bäst, vilket också gagnar såväl huvudmannen som patienterna.

### *Ordningsföljden*

I dagens AT rekommenderas att tjänstgöringarna fullgörs i ordningsföljden kirurgi — medicin — psykiatri — allmänmedicin — eventuell utfyllnadsperiod. Landstingen konstruerar i regel AT-blocken på detta sätt.

LSU 85 anser att tjänstgöringarna i medicin och kirurgi bör komma först eftersom dessa utgör grundstenarna i den kliniska läkarutbildningen.

När det gäller ordningsföljden mellan medicin och kirurgi anser



LSU 85 att det inte finns anledning att föreskriva en viss ordningsföljd. Det kan erinras om att SLUS föreslog ordningen medicin — kirurgi medan NLV har rekommenderat kirurgi — medicin. I grundutbildningen är traditionellt ordningen medicin — kirurgi.

Som tidigare nämnts måste enligt utredningens mening tjänstgöring vid anesthesi-intensivvårdsenhet inom ramen för medicin- och kirurgitjänstgöringarna vara en obligatorisk del av AT. Denna kan läggas in flexibelt, men det kan vara naturligt att den fullgörs som en övergång mellan medicin- och kirurgitjänstgöringarna, oavsett i vilken ordning dessa genomgås.

Enligt resonemanget som förts under delavsnittet valfri tjänstgöring bör denna period läggas sist i AT för att sedan övergå i specialiserings-tjänstgöringen.

*Sammanfattningsvis* kommer AT-periodens praktiska tjänstgöringar enligt utredningens förslag att schematiskt få följande utformning:

Grundutbildning med  Läkarexamen	Medicin eller	Kirurgi eller	Psykiatri	Allmän- medicin	Valfritt  AT-prov	LEGI- TIMA- TION	Speci- aliserings- period
		Anestesi/ Intensiv- vård					
	Kirurgi	Medicin					
	6 mån	6 mån	3 mån	6 mån	3 mån		

LSU 85 vill betona att varje landsting bör lägga upp AT i den ordningsföljd som passar den egna sjukvårdsorganisationen bäst.

#### 4.2.3 Systematisk utbildning under AT

Vid sidan av den handledda praktiska tjänstgöringen under AT är det nödvändigt att AT-läkaren under denna period också fördjupar sitt medicinska kunnande i andra former, bl.a. genom litteraturstudier. Dessa studier styrs säkerligen till stor del av utformningen av det AT-prov som LSU 85 i det följande föreslår skall avläggas i slutet av AT-perioden. AT-provets utformning bör således bli vägledande för de rekommendationer om litteraturstudier som utfärdas. Kravet på egna litteraturstudier förutsätter att det i anslutning till vårdenheten finns ett rimligt och aktuellt urval böcker och tidskrifter.

Utöver de generella litteraturanvisningar som kan ges inom ramen för målbeskrivningar och anvisningar till AT-provet är det naturligt att handledarna anvisar ytterligare studiematerial för AT-läkaren. Detta skall således vara en del av handledaruppgiften.

AT-läkaren skall givetvis delta i de interna utbildningsaktiviteterna inom vårdenheten. AT-läkaren är ju anställd och arbetsgivaren har ett allmänt ansvar för den anställdes fortbildning. Vid praktiskt taget alla



vårdenheter arrangeras numera regelbundet klinikkonferenser, seminarier m.m. Läkemedelsföretag erbjuder olika former av information och utbildning i läkemedelsfrågor, som kan vara värdefullt för AT-läkaren att delta i. AT-läkaren bör även beredas tillfälle att delta i de postgraduatekurser som de medicinska fakulteterna och läkarorganisationernas specialistsammanslutningar kan erbjuda.

LSU 85 har också övervägt behovet av mera systematisk utbildning under AT-perioden i form av kurser som med fördel skulle kunna genomföras gemensamt inom en region eller ett landsting, dvs. någon form av förenklad "NLV-kurs". Tänkbara ämnen för sådana kursdagar skulle kunna vara frågor kring patientjournalag, medicinsk etik, tystnadsplikt, psykiatrisk tvångsvård, försäkringsmedicin, terminalvård, alternativmedicinsk verksamhet m.m. av generellt intresse inom flertalet medicinska verksamhetsområden och inom ramen för allmäntjänstgöringens allmänna karaktär. Utredningen har dock stannat för att inte föreslå sådana former för systematisk utbildning under AT. Denna bör i stället, liksom i dag, helt ligga under specialiseringsperioden.

#### 4.2.4 Målbeskrivning

Det övergripande målet för AT-perioden har angetts i avsnitt 4.2.1. Det består av ett huvudmål och ett antal delmål. Dessa mål behöver emellertid ytterligare konkretiseras och utvecklas i form av en målbeskrivning för AT som helhet och för dess fem tjänstgöringsperioder.

Målbeskrivningens syfte är att klart ange vilka krav som skall ställas på en läkare innan denne kan legitimeras och därmed bedömas kompetent att självständigt utföra basrutinerna i hälso- och sjukvården. I målbeskrivningen skall också anges på vilket sätt läkaren skall skaffa sig de kunskaper och erfarenheter som krävs innan legitimation kan utfärdas. Med hjälp av en målbeskrivning kan läkaren själv, handledare och de vårdenheter där AT-läkaren tjänstgör stämma av hur läkaren utvecklar sina kunskaper och färdigheter och vid behov kan behöva komplettera dessa.

Den s.k. "AT-handboken" (Läkares allmäntjänstgöring. Målsättning, organisation, innehåll m.m. NLV 1972) utgör ett mycket ambitiöst tjänstgöringsprogram för AT-perioden. Vidare har socialstyrelsen nyligen redovisat ett planeringsunderlag "Allmäntjänstgöring i allmänmedicin. Tjänstgöringsprogram", som kan ses som en revidering av öppenvårdsavsnitten i AT-handboken. Någon mer systematisk revidering av dessa dokument har inte skett.

LSU 85 anser att det är naturligt att socialstyrelsen tar fram och fastställer målbeskrivningen för AT som helhet samt för dess fem tjänstgöringsperioder. Utarbetandet av denna målbeskrivning bör ske i nära samverkan med företrädare för landstingen och läkarnas organisationer samt de medicinska fakulteterna.

Enligt utredningens mening är det mycket angeläget att en aktualiserad målbeskrivning för AT snarast tas fram. Målbeskrivningen bör sedan



regelbundet ses över och anpassas till utvecklingen av hälso- och sjukvårdens organisation, den medicinska utvecklingen, förändringar i grundutbildningen osv.

#### 4.2.5 Handledning

I den tidigare omnämnda AT-handboken indelas handledningen i "handledning i sjukvårdsarbetet" och "handledning i vidareutbildningen". Med det förstnämnda avses de instruktioner och den styrning AT-läkaren erhåller i form av arbetsledning från överordnade läkare och den vägledning och instruktion han kan få från arbetskamrater inom andra yrkesgrupper vid vårdenheten. Med den sistnämnda avses en handledning som siktar på att allmänt stödja AT-läkaren i hans utveckling, att vara en samtalspartner och kunna uppmärksamma om AT-läkaren visar svagheter som kan behöva åtgärdas. Handledaren är i detta fall en bestämd person för i princip hela AT-perioden (eller åtminstone varje tjänstgöringsdel), en s.k. "tutor" för AT-läkaren.

Handledningsfrågorna har belysts i den rapport som socialstyrelsen publicerade år 1982 med anledning av en konferens om handledarutbildning för allmänläkare (SoS PM 18/82). I rapporten diskuteras handledningsfrågorna i öppen vård relativt utförligt.

Handledningsfrågorna har också behandlats av läkarförbundet i rapporten "En förbättrad vidareutbildning. Förslag till åtgärder". Där framhålls att den direkta, patientrelaterade instruktionen är en viktig del av AT som aldrig kan ersättas utan endast kompletteras av planerad undervisning. Det påpekas att kvaliteten på handledningen varierar i hög grad mellan sjukhusen. Detta beror till en del på skillnader i handledarnas intresse och engagemang, men framför allt på att läkartätheten varierar mellan sjukhus av olika storlek. På regionsjukhuset — där forskning, undervisning och en avancerad sjukvård fordrar en hög läkartäthet — får AT-läkaren lätt rollen som "superkandidat" med små möjligheter till egna ställningstaganden och därmed en dålig praktisk klinisk utbildning. Om bemanningen å andra sidan är knapp, lämnas AT-läkaren många gånger ensam att fatta svåra beslut utan reell möjlighet att kunna diskutera med en äldre kollega vad som är rätt eller fel. Läkarförbundet anser därför att handledning bör formaliseras och regleras för att i görligaste mån undanröja skillnaderna i utbildningskvaliteten mellan sjukhusen. Handledning skall ses som ett naturligt inslag i den dagliga verksamheten och åligga varje läkare.

LSU 85 delar uppfattningen om handledningens stora betydelse under AT inte minst då det gäller prägning av förhållningssätt och klinisk omdömesförmåga. AT-läkaren behöver, särskilt under sin första tid, kontinuerligt stöd och vägledning av en erfaren läkare. I de allra flesta fall träffar AT-läkaren under sin AT ett stort antal överordnade läkare, som alla har ett direkt arbetsledaransvar. Ingen av dessa har emellertid något mera samlat ansvar för AT-läkarens utveckling. Detta är en nackdel såväl från utbildningssynpunkt som när det gäller att göra samlad bedömning av AT-läkaren inför utfärdande av legitimation.



LSU 85 anser att det skulle innebära en förbättring av AT om AT-läkaren kunde få en handledare för hela perioden eller, om detta skulle vara svårt att genomföra, en handledare för varje tjänstgöringsdel. Handledaren skulle ha till uppgift att stödja AT-läkaren i hans utveckling, ge råd när det gäller val av specialitet, vara samtalspartner samt vara uppmärksam på om AT-läkaren har brister och svagheter som behöver avhjälpas. Vidare skulle handledaren tillsammans med berörda klinikchefer och distriktsöverläkare kunna göra en samlad bedömning om läkaren uppnått AT-periodens mål som det angetts i målbeskrivning som utfärdats för de olika tjänstgöringsdelarna.

Mot denna bakgrund föreslår LSU 85 att varje AT-läkare skall tilldelas en personlig handledare, antingen för hela AT-perioden eller för varje tjänstgöringsdel. Handledaren bör vara en erfaren, specialistkompetent läkare.

#### 4.2.6 Kvalitetskontroll

AT-perioden skall leda fram till legitimation som läkare. Legitimation innebär en allmän behörighet att utöva läkaryrket. Legitimationen utgör ett offentligt bevis om att läkaren har sådana färdigheter, kunskaper och attityder att han eller hon kan ges detta förtroende. Därför är det angeläget att före legitimationen göra en reell prövning av läkarens kunskaper, attityder, erfarenheter och färdigheter. Kontrollen kommer mer att avse läkarens mognad att utöva läkaryrket än de teoretiska kunskaperna.

Hittills har kontrollen främst bestått av skriftliga AT-prov i medicin, kirurgi och psykiatri som hållits vid tre skilda tillfällen. Något särskilt prov i allmänmedicin krävs inte. Önskemål har däremot framförts vid ett flertal tillfällen om att införa prov även i allmänmedicin.

LSU 85 anser att övervägande skäl talar för ett sammanhållet AT-prov som syftar till att pröva måluppfyllelsen för hela AT-perioden. Det bör framför allt inriktas på att pröva det kliniska omdömet i frekventa, realistiska situationer. Provet bör liksom hittills kunna genomföras decentraliserat i landet och på flera orter samtidigt.

Det kan hävdas att ett enda stort prov som täcker internmedicin, kirurgi, intensivvård, psykiatri och allmänmedicin kan bli mycket krävande för AT-läkaren och bl.a. påfordra ett stort inläsningsarbete. Emellertid är huvudsyftet att pröva AT-läkarens allmänna förmåga som läkare med bedömningar av helhetskaraktär som sträcker sig över formella ämnesgränser. LSU 85 förutsätter att provet utformas så att provförberedelserna kan göras utan särskild ledig tid för AT-läkaren.

AT-provets allmänna syfte är att mäta måluppfyllelsen för AT-perioden mot en fastställd minimistandard. Som tidigare framhållits finns det ett mycket starkt samband mellan grundutbildningen och vidareutbildningen; de måste ömsesidigt påverka varandra. AT-provet kommer reellt också att mäta utfallet av grundutbildningen i fråga om kunskaper och vissa färdigheter. Det blir också delvis en fråga om grundutbildningen senarelagd "sluttentamen" i medicin, kirurgi och allmänmedicin m.m.

Liksom när det gäller utarbetandet av målbeskrivning för AT anser



LSU 85 att ansvaret för att utforma och organisera AT-provet bör anförtros socialstyrelsen i nära samverkan med företrädare för landstingen och läkarnas organisationer samt berörda högskoleenheter. AT-proven bör kunna förläggas till de medicinska fakulteterna.

Ytterligare ett led i kvalitetskontrollen utgörs av de tjänstgöringsintyg som utfärdas. Dessa intyg innehåller bl.a. ett bedömningsavsnitt som måste anses utgöra en mycket tung del i kontrollen av läkarens mognad och omdöme. Det är därför mycket viktigt att den bedömning som görs i tjänstgöringsintyget är så korrekt som möjligt.

Samhällets avgörande kontrollinstrument gentemot läkarna är legitimationen. LSU 85 anser att socialstyrelsen liksom hittills skall utfärda legitimation med stöd av tjänstgöringsintyg, bevis om godkänt AT-prov och den lämplighetsprövning som socialstyrelsen har att göra.

#### 4.2.7 Avskiljandefrågor

LSU 85 anser att det är mycket viktigt att studerande som är uppenbart olämpliga att vara läkare avskiljs från studierna så tidigt som möjligt. Erfarenheterna visar att de som har problem under vidareutbildningen haft problem redan under sin grundutbildning.

Under senare år har detta problem tagits upp till behandling särskilt på grundutbildningsnivån. Krav på skärpta regler och en uppstramning i jämförelse med tidigare har börjat märkas. De studiesociala kommittéerna vid högskoleenheterna har givits ökade möjligheter att fortlöpande följa studerande med bristfälliga kunskaper. Det har inneburit dels att ge ständigt kuggade elever lämpliga stödåtgärder, dels att i vissa fall ge rekommendation om att avbryta de medicinska studierna.

För ett litet antal, ca 10 studerande per år, kan det finnas behov av att tvångsvis skilja dem från högskoleutbildningen. Det kan gälla personer med allvarliga missbruksproblem eller personer som gjort sig skyldiga till allvarliga våldsbrott. I budgetpropositionen 1986/87:100 bil. 10 har utbildningsministern berört dessa frågor i ett särskilt avsnitt. Föredragande statsråd anser att det i vissa fall kan vara nödvändigt att fatta beslut om att avskilja vissa studerande från sin högskoleutbildning. Ett sådant beslut bör gälla tillsvidare och den som avskiljts skall ha möjlighet att kräva att beslutet om avskiljande omprövas efter två år. En för högskolan gemensam nämnd bör inrättas som skall fatta beslut i dessa frågor. Riksdagen har beslutat i enlighet med förslagen (UbU 15 och 18, rskr 155 och 157).

Under vidareutbildningen är möjligheterna att avskilja en olämplig läkare rätt begränsade. Enligt lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. kan en läkare åläggas disciplinpåföljder i form av en varning eller en erinran. Någon möjlighet att skilja läkaren från sin tjänst innebär detta emellertid inte. En legitimerad läkare kan i sällsynta fall få sin legitimation återkallad. Detta sker endast i ett par fall om året. Såväl frågor om disciplinansvar som återkallelse av legitimation prövas av en särskild nämnd, hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.



Möjligheterna att kontrollera kvaliteten hos en läkare innan han blir legitimerad är också relativt begränsade. Vid AT-proven i medicin, kirurgi och psykiatri brukar 7—8 % underkännas vid första provtillfället. De underkända kallas skriftligen till nästa provtillfälle. Om man även då underkännas kallas man till en kombination av skriftligt och muntligt prov, eventuellt även med "provpatienter", inför två av socialstyrelsens utsedda examinatore. Det är mycket sällsynt att någon då underkänns.

Problemet är emellertid oftast inte bristande teoretiska kunskaper hos en läkare. Problemet är snarare att enstaka AT-läkare inte visat lämplighet för läkaryrket och saknar det nödvändiga kliniska omdömet. LSU 85 anser att det förslag som utredningen lagt om ett samlat AT-prov med syfte att pröva måluppfyllelsen för hela AT-perioden är bättre lämpat att bedöma en läkares kliniska omdöme än de nuvarande tre skilda kunskapsproven.

De olika tjänstgöringar som läkaren gör under sin AT-period bedöms av klinikchefen (motsv.). Denne kan underkänna tjänstgöringarna. Detta brukar leda till att socialstyrelsen beslutar om förlängd tjänstgöring vid samma eller annan vårdenhet. I flertalet fall resulterar detta i att tjänstgöringen bedöms som tillfredsställande. I några fall kan socialstyrelsen besluta om ytterligare förlängd tjänstgöring innan denna kan godkännas.

Enligt utredningens mening vilar det ett tungt ansvar på berörd chef att avgöra om en AT-läkare kan få sin tjänstgöring godkänd eller ej. Om tjänstgöringen inte kan godkännas bör detta framgå klart av tjänstgöringsintyget. Utredningen anser vidare att det är rimligt att en AT-läkare får möjlighet till en förlängning av sin tjänstgöring med tre månader, såsom sker idag, om tjänstgöringen inte kan godkännas, men att ytterligare förlängningar inte bör ges därutöver.

LSU 85 anser vidare att det kan vara en fördel att en samlad bedömning görs av flera personer av en AT-läkare mot slutet av hans AT-period. Utredningen har därför föreslagit att varje AT-läkare skall tilldelas en personlig handledare. Handledaren skall tillsammans med berörda klinikchefer kunna göra en samlad bedömning om läkaren uppnått AT-periodens mål.

#### 4.2.8 Konstruktionen och regleringen av AT-tjänsterna

Den nuvarande formella regleringen av AT-tjänsterna finns i förordningen (1984:545) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m., utfärdad med stöd av bemyndigande (12 §) i lagen (1984:542) med samma benämning. Här föreskrivs att allmäntjänstgöring för att få legitimation skall fullgöras på läkartjänst för allmäntjänstgöring (blockförordnande). Om synnerliga skäl föreligger får dock socialstyrelsen medge undantag härifrån, dvs. att AT kan godkännas även när tjänstgöringen fullgjorts som lösa vikariat.

Genom bestämmelsen i 15 § i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) har riksdagen beslutat om undantag från bestämmelserna i lagen (1982:80)



om anställningsskydd och om rätt till tillsvidareanställning. I 15 § HSL föreskrivs att läkare under allmäntjänstgöring (liksom under specialistutbildning) skall förordnas för viss tid.

Genom 16 § i HSL bemyndigas regeringen att meddela föreskrifter om behörighet till tjänster inom hälso- och sjukvården och om tillsättning. Detta bemyndigande används i förordningen (1982:771) om behörighet till vissa tjänster inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården och om tillsättning av sådana tjänster. I 2 § i denna förordning föreskrivs att behörig till tjänst för allmäntjänstgöring är den som avlagt läkarexamen. Detsamma gäller den som avlagt medicinsk examen utom riket och skall genomgå av regeringen föreskriven efterutbildning. I 17 § föreskrivs bl.a. att tjänster som läkare för allmäntjänstgöring tillsätts genom förordnande för högst två år. Om särskilda skäl föreligger samt om socialstyrelsen inte förordnar annat, får sådant förordnande förlängas utöver den föreskrivna längsta tiden. Landstingskommunen skall till socialstyrelsen anmäla när sådan förlängning har skett. I övrigt finns inga föreskrifter i förordningen om tillsättningsförfarandet för AT-tjänsterna.

Självfallet gäller vid tillsättning av AT-tjänst grundlagens allmänna bestämmelser om att vid (offentlig) tjänstetillsättning denna skall ske på sakliga grunder, såsom förtjänst och skicklighet.

Löneförhållanden och andra anställningsvillkor för AT-tjänsterna regleras i avtal mellan berörda arbetsmarknadsparter. Landstingsförbundet och läkarförbundet har år 1977 gemensamt gett ut riktlinjer vid anställning av läkare för allmäntjänstgöring, som bl.a. behandlar meritvärderingen. Läkarförbundet har senare gett ut kompletteringar härtill.

LSU 85 anser att de nuvarande formerna för AT fungerat förhållandevis väl och anser att allmäntjänstgöring liksom för närvarande skall fullgöras i form av blockförordnande på tidsbegränsade tjänster. Detta är nödvändigt bl.a. för att säkerställa genomströmning under AT-perioden och för att kunna dimensionera och fördela AT-tjänsterna.

Enligt tills nyligen gällande ordning kan socialstyrelsen medge befrielse från blocktvånget om särskilda skäl föreligger och tillgodoräkna vikariat som läkare såsom helt eller delvis fullgjord AT (generell resp. partiell dispens). Antalet dispensansökningar har ökat under senare år. Under 1980/81 söktes 72 dispenser varav ca 50 % bifölls. 1984/85 var antalet ärenden 180, 73 % bifölls. 1985/86 var antalet ärenden 184 med 65 % bifall.

Dispensmotiven är i huvudsak sociala, såsom makes/makas till viss ort knutna förvärvsarbete, barntillsynsfrågor, ansvar för åldriga och sjuka föräldrar eller egen sjukdom.

LSU 85 anser att möjligheten till dispens bör finnas kvar men att den bör användas mycket restriktivt. Dispens bör ges endast om det finns synnerliga skäl. Vikariat i stället för AT-block innebär nämligen att ett grundläggande element i AT — tjänstgöring under handledning — inte säkerställs på samma sätt som vid tjänstgöring på reguljär AT-tjänst. Vidare innebär vikariat att det uppstår läckor i den planering och fördelning av läkarresurser över landet som blocksystemet utgör. En sådan



skärpning av dispensmotiven har föreskrivits av regeringen under utredningens gång.

Enligt nu gällande avtal mellan sjukvårdshuvudmännen och staten har de förra åtagit sig att inrätta tjänstgöringsplatser för bl.a. AT i den utsträckning som erfordras för att genomföra 1969 års läkarutbildningsreform. LSU 85 anser att en förutsättning för att målet för AT-perioden skall kunna uppnås är att ett avtal med denna innebörd även fortsättningsvis kommer att gälla och att erforderligt antal AT-block inrättas. Utredningen utgår från att det kommer att finnas ett fungerande system som ser till att AT-blocken fördelas jämnt över landet. Denna fråga återkommer utredningen till i kapitel 6.

#### 4.2.9 Särregler för forskare och forskarstuderande

Direktiven anger att frågan om AT:s utformning i förhållande till bl.a. forskarutbildningen bör prövas av utredaren.

Åtskilliga medicine studerande arbetar oavlönat eller som deltidsanställda vid institutioner inom de medicinska fakulteterna under sin grundutbildning parallellt med studierna. En del påbörjar och slutför formell forskarutbildning och kan avlägga doktorsexamen redan före eller i anslutning till läkarexamen. Detta innebär att man blir engagerad i egen forskning, t.o.m. med ansvar för en forskargrupp. Det finns då ett behov av att kunna fortsätta forskningen och handleda forskarstuderande även under AT-perioden. Även för flertalet sådana forskare är det emellertid också angeläget att erhålla legitimation och rätt att påbörja specialiseringsperioden.

LSU 85 anser det angeläget att så långt som möjligt tillmötesgå forskningens intressen av att tidigt rekrytera yngre forskare och att inte onödigtvis avbryta påbörjad forskning. Läkare anmälda till forskarutbildning bör kunna meritera sig till en AT-tjänst i geografisk närhet av sin forskningsinstitution. En rationell och effektiv forskningsinsats är emellertid inte förenlig med heltidsarbete som AT-läkare. Utredningen anser därför att man bör öppna möjligheter för AT-läkare som sedan flera år är starkt engagerade i forskning att få förlängt AT-block, dvs. att under AT-perioden kunna lägga in perioder för heltidsforskning. AT bör i sådana fall kunna fördelas under en fyraårsperiod, så att två år därav kan användas till heltidsforskning.







## 5 Den fortsatta kompetensutvecklingen efter legitimationen — specialiseringen (ST)

### 5.1 Inledning

#### 5.1.1 Utgångspunkter

Mot bakgrund av direktivens krav och de diskussioner som förts inom ramen för utredningsarbetet vill LSU 85 framhålla följande utgångspunkter som grund för utformningen av utredningens förslag om den framtida vidareutbildningen till specialistkompetens.

Medicinsk kompetens av hög kvalitet, bl.a. i form av skickliga läkare inom olika medicinska verksamhetsområden, är avgörande för en fortsatt framgångsrik utveckling av den svenska hälso- och sjukvården.

Liksom för övriga yrkesgrupper gäller för en läkares kompetensutveckling att den i huvudsak måste ske genom praktisk tjänstgöring. Härigenom förvärvar läkaren rutin och skicklighet. Teoretiska studier jämsides med det praktiska patientarbetet är ett viktigt och nödvändigt komplement.

Läkarnas specialisering är i huvudsak en naturlig process med patienternas och vårdorganisationens behov och läkarnas höga yrkesambitioner som starka drivkrafter. Specialiseringen är en process som sker i arbetet och som uppkommer även utan en formaliserad styrning. De förslag som LSU 85 lägger fram är därför mera stödande än styrande.

Den enskilde läkaren kan och bör ta ett betydande eget ansvar för sin kompetensutveckling fram till specialist och under hela sin yrkeskarriär. En arbetsgivare är bäst betjänt av skickliga läkare som är väl motiverade för sitt arbete. Den motivationen utvecklas bäst om den enskilde läkaren har ett rejält utrymme för att själv påverka sin arbetssituation och valet av alternativa vägar för att utveckla sin kompetens. Det är då bra att det finns modeller och förebilder som vägledning för den enskilde, t.ex. i form av väl genomarbetade målbeskrivningar för olika specialiteter. Det är också viktigt att det finns möjligheter till kontroller av kompetensnivån under olika faser av utvecklingen till specialist.

De tjänster som en läkare innehar under sin specialisering måste, liksom för alla kategorier sjukvårdsanställda, vara sjukvårdsmässigt motiverade. LSU 85 utgår från att staten och sjukvårdshuvudmännen inom ramen för samrådet i hälso- och sjukvårdsberedningen även fortsatt



ningsvis gör de överenskommelser som behövs om huvudmännens medverkan i vidareutbildningen av läkare.

Kontinuiteten i läkarbemanningen i vården måste vara god, såväl med hänsyn till patienternas och den övriga personalens behov som med hänsyn till arbetsgivarens krav på en rationell planering av läkarbemanningen. Tjänstgöringen under specialistutbildningen måste därför i princip ske inom ramen för den verksamhet som anställningen och specialiseringen avser. Behovet av kompletterande tjänstgöring måste tillgodoses på ett flexibelt sätt med hänsynstagande till såväl de vårdorganisatoriska förutsättningarna som den enskilde läkarens behov.

Detta leder fram till att en betydande avreglering kan och bör genomföras av vidareutbildningens specialiseringsdel. Det krävs då i första hand enhetliga målbeskrivningar för de olika medicinska specialistområdena, som anger de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som den blivande specialisten skall förvärva. Detta skärper kraven på en stark handledningsfunktion under specialistutbildningen som i princip ett ansvar för klinikchefen. Det behövs också stöd i form av kurser, som skall anpassas till den enskilde läkarens särskilda behov och till de varierande förutsättningarna inom olika specialiteter. Det är vidare nödvändigt att det görs regelbundna analyser och sammanställningar av läkarbemanningen i landet som underlag för lokala och centrala ställningstaganden till rekryteringsbehoven av läkare till olika medicinska verksamhetsområden.

LSU 85:s förslag om läkarnas specialistutbildning kommer därför att innebära en avreglering i jämförelse med dagens system med en anpassning till de förhållanden beträffande kompetensutveckling som mera allmänt gäller inom arbetsmarknaden, men med respekt för att det finns särdrag när det gäller förutsättningarna för läkarnas kompetensutveckling till skickliga specialister. Utredningens förslag kommer i första hand att ta sikte på att stödja kompetensutvecklingen hos den enskilde läkaren.

### **5.1.2 Direktivens krav på den framtida specialistutbildningen**

Direktiven i sin helhet finns i *bilaga 1*. I följande sammanfattning redovisas de delar av direktiven som särskilt tar sikte på specialiseringsperioden.

- I den framtida hälso- och sjukvården kommer merparten av behoven att tillgodoses inom primär- och länssjukvården. Detta kommer att ställa särskilda krav på utbildningen av de läkare som arbetar där och som kommer att utgöra basen i det medicinska arbetet. Utbildningen av dessa läkare måste på ett bättre sätt än idag leda till en bred kompetens, dvs. göra läkaren väl skickad att klara av de mångskiftande situationer och problem som han ställs inför. Huvuduppgiften för utredaren blir därför att utforma sådana krav på teoretisk undervisning och på praktisk tjänstgöring att utbildningen kan ge läkaren dessa förutsättningar. Utredaren skall också överväga om, och i så fall i vilken



- utsträckning, mer specialiserade utbildningar kan inrymmas i systemet.
- Antalet verksamhetsområden, för vilka en formaliserad vidareutbildning föreslås, bör starkt begränsas i förhållande till vad som för närvarande gäller. — Direktiven ställer således krav på att utredningens förslag i första hand skall inriktas på specialistutbildning för verksamheten inom primär- och länssjukvård. I *bilaga 5* redovisas de specialiteter som för närvarande finns inom primär- och länssjukvård.
  - Patienternas behov måste vara utgångspunkten i översynen av den framtida vidareutbildningen av läkare. Patienternas behov av kontinuitet skall ges hög prioritet. Mot bakgrund av den bemanningsplan som nu genomförs bör alla anställningar vara organisatoriskt acceptabla. Det innebär bl.a. att varje arbetsplats förutsätts ha ett bestämt antal anställningar att bemanna. Tjänstgöringens former och förläggning måste anpassas till dessa ramar. — I dessa avseenden ställer direktiven således krav på att läkaren under specialiseringsperioden i så hög utsträckning som möjligt arbetar vid samma arbetsplats. Formaliserade krav på korta och tidsmässigt fixerade s.k. sidoutbildningsperioder vid andra vårdenheter bör därför undvikas.
  - En viktig uppgift för utredaren är att överväga hur en kontroll av kvaliteten på utbildningen i dess olika delar bör utformas. — Direktiven gör alltså anspråk på att kunskaperna och färdigheterna hos den specialistkompetente läkaren i framtiden kontrolleras på ett bättre sätt än som i dag är fallet.
  - Den planeringsfunktion som i dag är förknippad med systemet för vidareutbildning måste ses över. Vidare skall utredaren belysa vilka konsekvenser en ändrad utformning av vidareutbildningen kan få för tillämpning av överenskommelsen om en gemensam nordisk arbetsmarknad för läkare.

### 5.1.3 Terminologin

Inom hälso- och sjukvården har begreppen och benämningarna specialitet och specialist lång tradition. De används genomgående internationellt. De är välkända hos patienter och allmänhet och deras innebörd förstås av alla berörda. LSU 85 anser därför att beteckningen specialitet för ett avgränsat medicinskt kunskapsområde och beteckningen specialist för en läkare som uppfyller uppställda kompetenskrav bör användas även framdeles.

Perioden mellan läkarexamen och legitimation benämns allmäntjänstgöring (AT). LSU 85 föreslår att denna benämning behålls oförändrad.

Perioden efter legitimationen benämns idag antingen specialistutbildning eller fortsatt vidareutbildning. De föreskrivna tjänstgöringarna under denna period benämns huvudutbildning och sidoutbildning. Den använda terminologin ger intryck av en utbildning av läkaren av samma typ som under dennes grundutbildning. I verkligheten är det egentligen frågan om att läkaren utför ett avlönat arbete på en tjänst inom sjukvår-



den, efter hand med allt större självständighet och med ökande grad av ansvar. Det handlar om att läkaren inom ramen för sin yrkesutövning under handledning breddar och fördjupar sina kunskaper och färdigheter och sitt kliniska omdöme till allt större professionell säkerhet. LSU 85 anser därför att benämningen specialiseringstjänstgöring (ST) bättre beskriver situationen än benämningen huvud- och sidoutbildning, och utredningen använder därför i fortsättningen denna terminologi. Benämningen är också analog med allmäntjänstgöring (AT).

## 5.2 Överväganden och förslag

### 5.2.1 Målet för specialiseringstjänstgöringen

En central innebörd i begreppet specialistkompetens och därmed ett viktigt mål för specialiseringsperioden är att läkaren skall tillägna sig tillräckliga kunskaper, färdigheter och omdömesförmåga för att med självständighet kunna utföra sina arbetsuppgifter — medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt att ta hand om patienten på ett sådant sätt att patientens krav på trygghet och säkerhet i vården kan tillgodoses.

Specialistkompetens innebär förmåga att på ett rutinerat sätt handlägga det som är vanligt förekommande inom disciplinen utan att ständigt rådgöra med och ta order från andra. Läkaren måste t.ex. kunna bedriva en patientmottagning utan att ofta behöva påkalla en överordnad eller mer erfaren kollegas instruktioner eller råd. Läkaren måste som regel kunna ta slutlig ställning själv. Ett viktigt led i utvecklingen av specialistkompetensen är därför också att fördjupa den självkritiska förmågan att kunna bedöma när man kan behöva hänvisa en patient till en annan och på området mera kvalificerad instans.

Specialistkompetens innebär även en kunskapsmässig beredskap att känna igen och kunna ta ställning till nödvändiga åtgärder också vid mindre vanliga sjukdomar och skador. Detta gäller särskilt när läkaren arbetar utan omedelbar tillgång till en överordnad, mer erfaren kollega. Arbetsförhållandena varierar betydligt inom skilda grenar av vården, men också under de olika delarna av dygnet, veckan och året. Under vardagarnas dagtid är flertalet vårdenheter inom den offentliga vården i regel bemannade med flera läkare med olika typer och nivåer av kompetens. En mindre erfaren läkare kan därför utan större svårigheter och dröjsmål konsultera eller vid behov omedelbart överlämna ansvaret för patienten till en mera erfaren läkare. Dessa arbetsvillkor gäller emellertid endast under cirka en tredjedel av ett vardagsdygn och under mindre än en fjärdedel av veckan. Under långhelger och semesterperioder kan det också vara svårt att ordna en kontinuerlig bemanning med läkare med långvarig erfarenhet och hög kompetens i övrigt. Detsamma gäller regelmässigt mindre vårdcentraler.

Ett viktigt delmål för ST-perioden är därför att läkaren uppnår kom-



petens att kunna arbeta med självständighet och tillägnar sig förmåga att ta ett förstahandsansvar vid både vanliga och ovanliga sjukdomar och skador.

Förmåga att arbeta med självständighet är således ett centralt kriterium för begreppet specialistkompetens. Men begreppet självständighet får inte övertolkas. Det innebär inte att läkaren måste kunna utföra allt som någon gång kan bli aktuellt inom verksamhetsområdet. Tvärtom ligger i specialistkompetensen att man utvecklar omdömesförmågan att kunna avgöra när det är nödvändigt eller lämpligt att konsultera någon mera erfaren person eller hänvisa patienten till vårdinstans som har särskild erfarenhet och kompetens inom ett speciellt område.

### 5.2.2 Specialiseringstjänstgöringens uppbyggnad — fortgående kompetensutveckling

En läkares fortsatta kompetensutveckling efter legitimation sker huvudsakligen i form av tjänstgöring i hälso- och sjukvården med lämpliga stödande utbildningsinsatser.

LSU 85 utgår från att det stora flertalet läkare vidareutvecklar sin kompetens i första hand inom någon av de specialiteter som efterfrågas i primär- och länssjukvården. Direktiven föreskriver att huvuduppgiften för utredaren är att utforma krav på teoretisk undervisning och på praktisk tjänstgöring så att utbildningen ger läkaren den breda kompetens som behövs i primär- och länssjukvården. Utredningen lägger därför fram förslag till formaliserad vidareutbildning för sådana specialiteter, som lämpligen kan benämnas basspecialiteter, där styrningen av kompetensutvecklingen sker med hjälp av målbeskrivningar för resp. kompetensområde. Utredningens förslag till målbeskrivningar redovisas i huvudbilaga till betänkandet. En målbeskrivning anger de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt m.m. som en läkare måste ha för att anses vara specialistkompetent. LSU 85 vill betona att läkares kompetensutveckling inte upphör i och med att kraven i en målbeskrivning uppnåtts. Kompetensutvecklingen hos läkaren fortsätter under hela dennes yrkeskarriär, men i andra former och med stöd av den nödvändiga fortbildningen.

Direktiven anger vidare att utredaren också skall överväga om, och i så fall i vilken utsträckning, mer specialiserade utbildningar kan inrymmas i systemet. Utöver primär- och länssjukvårdens basspecialiteter finns ett betydande antal specialiteter och s.k. behörighetsämnen som vanligtvis enbart är representerade inom regionsjukvården eller vid större länssjukhus. Flera av de hithörande specialiteterna har ett delvis gemensamt kunskaps- och färdighetsinnehåll med någon av basspecialiteterna. Man kan säga att de är utvecklade från en basspecialitet eller förgrenar sig därifrån.

Utredningens överväganden har lett till att LSU 85 anser att den förnyelse av specialistutbildningen för basspecialiteterna genom en övergång till en kvalitativt präglad målstyrning med hjälp av målbeskrivningar



m.m. som utredningen föreslår också bör komma övriga specialiteter till del. Den principiella uppbyggnaden av kompetensutvecklingen för sådana specialiteter bör därför vara densamma som för primär- och länssjukvårdens basspecialiteter. Det är viktigt att det även för sådana kompetensområden finns en bra vägledning för och en styrning av specialistutbildningen i form av målbeskrivningar för dem som vill utbilda sig för verksamhet inom dessa specialiteter som främst är företrädna inom regionsjukvården och större länssjukhus. Läkareorganisationerna har även för sådana specialiteter, på begäran av LSU 85, i samverkan med socialstyrelsens ämnesexpertgrupper tagit fram förslag till målbeskrivningar. Samtliga förslag till målbeskrivningar, som tagits fram inom ramen för utredningsarbetet, finns i huvudbilagan till betänkandet.

Utredningen har således inte enbart behandlat de breda kompetensområden som direktiven i första hand anger utan även de övriga specialiteter som behövs för en väl fungerande hälso- och sjukvård.

I de följande delavsnitten i detta kapitel kommer utredningen att lägga fram sina förslag till kompetensområden för målbeskrivningsstyrd specialistutbildning liksom sina förslag om specialiseringstjänstgöringens närmare utformning, handledningen och den systematiska utbildningen m.m.

### **5.2.3 Kompetensområden för målstyrd specialistutbildning**

#### *Primär- och länssjukvårdens basspecialiteter*

Huvuduppgiften för utredningen är således att utforma utbildningskraven för de basspecialiteter som behövs i primär- och länssjukvården. Som en bakgrund redovisar utredningen i *bilaga 5* de specialiteter som i nuläget är företrädna i form av vårdenheter (motsv.) eller fristående läkartjänster på överläkarnivå hos de 18 landsting som inte själva bedriver regionsjukvård och där verksamheten således mera renodlat avser primärvård och länssjukvård vid vårdcentraler, länsdelssjukhus och länssjukhus. Det gäller sammantaget i runt tal 500 vårdcentraler, 40 länsdelssjukhus och 20 länssjukhus. Dessa vårdenheter svarar för offentlig hälso- och sjukvård till ca 5 miljoner av Sveriges befolkning.

LSU 85 har prövat om det går att föra samman några av de nuvarande länssjukvårdsspecialiteterna till en sammanhållen specialitet för att svara mot direktivens krav på en bred kompetens hos läkare i sådan verksamhet. Detta måste avvägas mot kravet på att kompetensområdet för en specialist inte kan göras mera omfattande än att såväl patienter som läkaren själv är övertygad om att läkaren kan behärska området på ett sådant sätt att patienten garanteras en säker och effektiv vård. Man måste också beakta att speciella metoder och tekniker ofta utgör kärnan i en viss specialitet. Detta är skälet till att utredningen anser att även några relativt sett mindre omfattande specialiteter, bl.a. vissa laboratoriespecialiteter, lämpligen bör karaktäriseras som basspecialiteter. I enlighet med direktiven har utredningen också i största möjliga utsträckning be-



aktat hur specialiteterna och specialistutbildningen är uppbyggda i de övriga nordiska länderna. Självfallet har utredningen också beaktat de hälso- och sjukvårdspolitiska motiv som statsmakterna fört fram för utvecklingen av vissa verksamhetsområden, t.ex. genom uttalanden i propositionen 1984/85:181 om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården m.m.

Allmänmedicin kommer även i framtiden att vara den läkarspecialitet som är grundläggande för verksamheten vid vårdcentralerna i primärvården. Internmedicin, kirurgi, anestesi och intensivvård samt medicinsk radiologi och geriatrik är hörnpelarna i verksamheten vid länsdelssjukhusen. Vid länsdelssjukhusen finns givetvis dessa specialiteter samt regelmässigt psykiatri och barn- och ungdomspsykiatri, kvinnosjukdomar och förlossningar, barn- och ungdomsmedicin, ortopedi, urologi, infektionssjukvård, medicinsk lungsjukvård, reumatologi, hud- och könssjukvård samt ögonsjukvård och öron-, näs- och halssjukvård liksom servicespecialiteterna klinisk kemi, klinisk patologi, klinisk bakteriologi och klinisk fysiologi. I betydande utsträckning finns vid länsdelssjukhusen också neurologi, kardiologi och medicinsk njursjukvård och i viss omfattning tumörsjukvård (onkologi) och medicinsk rehabilitering. Läkare inom flera av dessa specialiteter fullgör ofta konsultfunktioner vid länsdelssjukhusen och kan ha viss verksamhet förlagd i primärvården. Förslag till målbeskrivningar för de här nämnda specialiteterna redovisas i huvudbilaga till betänkandet.

### *Samhällsmedicinsk verksamhet*

Det förebyggande arbetets betydelse inom hälso- och sjukvården betonas starkt i hälso- och sjukvårdslagen och propositionen 1984/85:181 om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården m.m. Detta framhålls i direktiven till LSU 85. Utredningen har därför särskilt övervägt hur kraven på kompetens hos läkarna för förebyggande verksamhet skall tillgodoses i specialistutbildningen. Sådan kompetens ingår i betydande omfattning i specialiteter som allmänmedicin och barn- och ungdomsmedicin och i viss utsträckning i flera andra specialiteter och i förslagen till målbeskrivningar anges krav på kunskaper och färdigheter i preventivmedicinska frågor. Den nuvarande specialiteten socialmedicin är huvudsakligen inriktad på förebyggande verksamhet och beaktar särskilt de sociala miljöfaktorernas betydelse från hälsosynpunkt.

Utredningen har undersökt förutsättningarna för att skapa en specialitet i samhällsmedicin, som på ett brett sätt ger kompetens för att arbeta inom det förebyggande området. Det har då visat sig att kompetenskraven för en så bred specialitet skulle bli alltför omfattande och därmed specialistutbildningen alltför långvarig och krånglig. Därför har utredningen i stället behandlat ett förslag till målbeskrivning för en specialitet i arbets- och miljömedicin, som ger kompetens för viss förebyggande verksamhet inom landsting m.m. Utredningen föreslår att arbets- och miljömedicin i framtiden ges ställning av fastställd specialitet. Tillsammans med den nuvarande specialiteten socialmedicin bör detta tillgodo-



se behoven i fråga om kvalificerad läkarkompetens inom sådan förebyggande verksamhet som brukar benämnas samhällsmedicin. Utredningens förslag till särskilda bestämmelser i fråga om målbeskrivning för arbets- och miljömedicin och för socialmedicin finns, liksom för övriga specialiteter, i huvudbilaga till betänkandet.

### *Företagshälsovård*

Utredningen har särskilt övervägt företagshälsovårdens plats i kompetensutvecklingen av läkarspecialister, eftersom riksdagen genom sitt ställningstagande i anslutning till prop. 1984/85:89 om företagshälsovård och arbetsanpassning utgått från att denna fråga behandlas i nu förevarande sammanhang. Som framgår av de ingående beskrivningarna och analyserna i företagshälsovårdsutredningens betänkande (SOU 1983:32) Företagshälsovård för alla är företagshälsovården ett omfattande verksamhetsområde som år 1990 bedöms erfordra ca 1 500 läkare. Företagshälsovården skall främst ha en förebyggande inriktning men har också viktiga sjukvårdsfunktioner av primärvårdsnatur och i rehabiliteringen. Företagshälsovården har från medicinsk synpunkt anknytning till flera specialiteters kunskaps- och färdighetsområden. Företagsläkaren har härutöver behov av kunskaper inom en del tekniska och samhälls- och beteendevetenskapliga områden.

LSU 85 delar företagshälsovårdsutredningens uppfattning att företagshälsovård bör betraktas som en specialitet och inordnas i de allmänna kraven för specialistutbildningen. Utredningen har funnit att specialitet inom företagshälsovård kan ha anknytning till specialiteter som allmänmedicin, internmedicin, kirurgi och psykiatri. Företagshälsovård bör kunna karakteriseras som en specialitet utgående i första hand från viss allmänmedicinsk kompetens. En avgörande förutsättning för att företagshälsovård skall kunna accepteras som en specialitet — utöver fastställd målbeskrivning — är handledd tjänstgöring inom företagshälsovård under specialiseringstjänstgöringen. Förslag till målbeskrivning för företagshälsovård finns i huvudbilaga till betänkandet.

### *Specialiteter inom regionsjukvård och större länssjukhus*

Utredningen anser att läkarnas kompetensutveckling när det gäller specialiteter som främst är företrädade inom regionsjukvård och vid större länssjukhus också bör få del av den förnyelse som utredningens förslag om en kvalitativt präglad målstyrning innebär. Som förut nämnts bör den principiella uppbyggnaden av kompetensutvecklingen för sådana specialiteter vara densamma som för primär- och länssjukvårdens bas-specialiteter. Detsamma bör gälla för s.k. behörighetsämnen, som i praktiken betraktas som likställda med specialiteter. Det finns inte skäl att vidmakthålla den formella distinktionen mellan dem.

Läkarnas organisationer har på samma sätt som för bas-specialiteterna tagit fram förslag till målbeskrivningar även för dessa specialiteter. Ut-



redningens förslag till målbeskrivningar för de här ifrågavarande specialiteterna finns på samma sätt som för basspecialiteterna i huvudbilaga till betänkandet och avser följande specialiteter: allergologi, barn- och ungdomsallergologi, barn- och ungdomskardiologi, barn- och ungdomskirurgi, barn- och ungdomsneurologi med habilitering, barn- och ungdomsradiologi, endokrinologi, gynekologisk tumörsjukvård, handkirurgi, hematologi, hörselrubbnings, klinisk cytologi, klinisk farmakologi, klinisk genetik, klinisk neurofysiologi, klinisk näringslära, klinisk virologi, koagulations- och blödningsrubbnings, medicinsk mag- och tarmsjukvård, neurokirurgi, neuroradiologi, plastikkirurgi, socialmedicin, thoraxkirurgi, transfusionsmedicin och yrkesmedicin. — Därjämte finns förslag till målbeskrivningar för rättsmedicin, rättspsykiatri och skolhälsovård.

#### 5.2.4 Den praktiska tjänstgöringen

Läkarens kompetensutveckling under ST-perioden kommer huvudsakligen att ske genom praktisk tjänstgöring under handledning. LSU 85 utgår från att en läkare som vill nå en angiven specialistkompetens söker en anställning där han bedömer att hans behov kan tillgodoses.

Utredningen utgår vidare från att läkaren — efter en allmän introduktion på arbetsplatsen — under sin specialiseringstjänstgöring ges möjlighet att växla mellan arbetsplatsens olika funktioner på lämpligt sätt, så att han får den kunskap, erfarenhet och färdighet som svarar mot målbeskrivningen för specialiteten. Det förutsätts att läkaren under specialiseringstjänstgöringen deltar i förekommande intern fortbildning. Om läkaren och dennes klinikchef och handledare bedömer att han behöver komplettera sin kompetens med kunskaper och färdigheter som han inte kan få inom ramen för sin anställning eller den arbetsplats där han är placerad, måste läkaren ges möjlighet att förvärva sådan kunskaper och färdigheter vid annan arbetsplats eller i annan anställning. LSU 85 förutsätter att arbetsgivaren kommer att medverka härtill genom sådana tjänstgöringsmöjligheter vid lämpliga vårdenheter inom landstinget eller genom tjänstledighet för tillfällig anställning hos annan huvudman.

Utredningens förslag om ett vanligt anställningsförhållande för den praktiska tjänstgöringen under ST-perioden medför att det inte längre finns behov av att reglera tjänstgöringarna som fasta block och med tidsbegränsning. Att nuvarande ordning med visstidsförordnande under specialiseringstjänstgöringen kan ersättas med läkartjänster med tillsvidareförordnande i enlighet med de på arbetsmarknaden gängse reglerna är tillfredsställande från både praktiska och principiella utgångspunkter. Utredningen utgår från att de regler som kan behövas för de ifrågavarande tjänsterna tas in i avtal mellan Landstingsförbundet och läkarförbundet. Med utredningens förslag bortfaller även det hittillsvarande behovet av detaljreglering av tjänstgöringarna med uppdelningar i ett antal tidsmässigt fixerade perioder av huvudutbildning och sidutbildning. Specialistkompetensen kommer i stället att beskrivas i form av kunskaper, färdigheter och klinisk omdömesförmåga.



LSU 85 förutsätter att överenskommelsen mellan staten och sjukvårdshuvudmännen om huvudmännens medverkan i vidareutbildningen av läkare ses över av hälso- och sjukvårdsberedningen (HSB) med utgångspunkt i det nya förenklade systemet för specialiseringstjänstgöring. Genom den avreglering som utredningens förslag till specialiseringstjänstgöring för med sig uppkommer frågan om behov av nya former för planeringen av läkarfördelningen. Det bör därvid understrykas att det nya systemet för läkares specialistutbildning skall göra det lättare för den enskilde att bredda eller fördjupa kompetensen i takt med vårdens behov. Eventuella obalanser i fråga om läkarförsörjning till olika verksamheter bör därför lättare kunna överbryggas i framtiden. Genom målbeskrivningar som kontinuerligt revideras i takt med ny teknik, nya metoder, nya insikter etc. bör nya vårdbehov och därav föranledd läkarefterfrågan till olika sektorer av vården kunna tillgodoses på ett smidigt sätt.

Utredningen förutsätter att även frågan om planeringsfunktionen tas upp i nämnda överenskommelse efter behandling i HSB. Som ett underlag för en sådan planeringsfunktion behövs regelbundna analyser, sammanställningar och prognoser av läkarbemanningen i landet och fördelningen av läkare på olika specialiteter samt beräkningar av framtida vårdbehov. Utredningen vill framhålla den stora betydelsen av att det finns tillgång till ett bra planeringsunderlag för att uppnå en ändamålsenlig läkarfördelning både geografiskt och på specialiteter. Utredningens synpunkter på dessa planeringsfrågor framförs i avsnitt 6.3. Som anges i avsnittet 5.2.10 utgår utredningen från att socialstyrelsen svarar för ett sådant planeringsunderlag.

### 5.2.5 Målbeskrivningar

LSU 85 föreslår att den nuvarande detaljstyrningen av specialistutbildningen med tidsmässigt fixerade huvud- och sidoutbildningar ersätts av målbeskrivningar för varje specialitet. En kvantitativt präglad reglering av specialistutbildningen med i detalj reglerade tjänstgöringsperioder ersätts således av en målstyrning som tar sikte på de kvalitativa målen för läkarnas kompetensutveckling under specialiseringstjänstgöringen. Målbeskrivningarna bör enligt utredningens mening kunna bli ett verktyg medel för att förnya specialistutbildningen och även höja kvaliteten till nytta för såväl patienter, läkare som sjukvårdshuvudmän. Målbeskrivningarna skall ange de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som läkaren skall ha tillägnat sig för att anses ha uppnått specialistkompetens. Så långt möjligt bör kraven på kunskaper och färdigheter uttryckas på ett graderat sätt, från t.ex. rutinerad skicklighet till att ha viss kännedom om osv.

Utredningen anser emellertid att det finns behov av att för varje specialitet ange en tidsram inom vilken det kan anses vara rimligt att specialistkompetens kan uppnås. Målbeskrivningens kompetenskrav skall kunna uppnås efter högst sju år, under förutsättning att ST-läkaren arbetar heltid. LSU 85 anser att det är rimligt att en sådan gräns sätts gemensamt för samtliga specialiteter. Det är handledarens uppgift att förtlö-



pande kontrollera att läkaren tillägnar sig de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som anges i målbeskrivningen. I god tid innan sjuårsgränsen uppnåtts bör handledaren informera läkaren om vad som saknas för att läkaren skall kunna uppnå sin specialistkompetens. Det är arbetsgivarens, klinikchefens och handledarens ansvar att vidta sådana särskilda åtgärder som behövs för att ST-läkaren skall kunna uppnå sin specialistkompetens.

Utredningen anser vidare att det är nödvändigt att ange den kortaste tid som är rimlig för att den blivande specialisten skall ha fått den kliniska mognad som behövs för att motsvara den kompetensnivå som angetts i målbeskrivningen. LSU 85 anser att denna tidpunkt skiljer sig åt från specialitet till specialitet.

Målbeskrivningens syfte är att i första hand vägleda den enskilde läkaren under specialiseringstjänstgöringen. Den blivande specialisten skall redan när han börjar sin ST-period veta vad han måste kunna för att uppnå specialistkompetens. Den skall också hjälpa honom att bedöma i vilka hänseenden han kan behöva komplettera sin kompetens, t.ex. genom arbete vid andra vårdenheter än den där han är anställd eller genom att delta i kurser. Målbeskrivningen skall också utgöra ett stöd för arbetsledare och handledare.

LSU 85 har — med en aktiv och värdefull medverkan av läkarnas egna organisationer — tagit fram förslag till målbeskrivningar för basspecialiteter i primär- och länssjukvård och för övriga specialiteter. Förslagen till dessa målbeskrivningar redovisas i huvudbilagan till betänkandet. I kapitel 7 redovisas formerna för målbeskrivningsarbetet och behandlas vissa allmänna och gemensamma frågor beträffande målbeskrivningarna. Underlaget till målbeskrivningarna har tagits fram av företrädare för berörda föreningar och sektioner inom läkarförbundet och Läkaresällskapet samt de s.k. ämnesexpertgrupperna inom socialstyrelsen. Därigenom lägger utredningen fram ett komplett beslutsunderlag för att kunna genomföra en reformerad specialistutbildning.

Det arbete med målbeskrivningar som har bedrivits inom ramen för LSU 85 bör, som utredningen anför, verksamt kunna bidra till en positiv förnyelse av den framtida specialistutbildningen för läkarna. Enligt utredningens mening ligger det också ett stort värde i att läkarna själva och deras organisationer aktivt har bidragit med underlaget för målbeskrivningarna och att läkarkåren därigenom har kunnat ges goda möjligheter att konkret medverka vid utformningen av den framtida specialistutbildningen. Revideringar av målbeskrivningarna bör göras regelbundet och med sådana intervall att den medicinska kunskapsutvecklingen, de hälso- och sjukvårdspolitiska prioriteringarna och andra relevanta faktorer kan beaktas. Till dessa frågor återkommer utredningen i avsnitt 5.2.10.

### 5.2.6 Handledningen under ST

Liksom under AT behöver läkaren även under ST ha tillgång till handledning av mera erfarna läkare och annan vårdpersonal. Därför bör ST-perioden förläggas till enheter där handledning kan säkerställas.



Ansvar för att läkaren får erforderlig handledning utgör en del av det allmänna arbetsgivaransvaret och av ledningsansvar för en klinikchef (motsv.). Vem eller vilka som under olika faser av ST svarar för handledningen måste bero på de lokala förhållandena vid den enskilda arbetsplatsen. Ett självklart krav är dock att handledaren själv har relevant specialistkompetens. Klinikchefen (motsv.) kan givetvis själv svara för den konkreta handledningen av en ST-läkare, men skall självfallet kunna delegera detta till andra läkare inom vårdenheten. Handledningen bör utgöra ett led i den dagliga arbetsledningen och de normala relationerna mellan över- och underordnade läkare men innebär ett särskilt ansvar för att engagera sig i och stödja kompetensutvecklingen hos den blivande specialisten. Handledaren skall tillsammans med ST-läkaren kontrollera hur kompetensutvecklingen fortskrider i förhållande till kraven i målbeskrivningen. Om det behövs särskilda insatser för att komma till rätta med brister i kunskaper, färdigheter och förhållningssätt måste handledaren verka för att lämpliga åtgärder vidtas. Det kan vara fråga om tiden för läkarens placering inom kliniken och dess funktioner men också om att stimulera läkaren att bedriva litteraturstudier eller genomgå kurser eller att få en prövning av sin aktuella kompetensnivå genom att delta i prov och examinationer som arrangeras inom specialiteten.

Även om det är naturligt att erfarna läkare har huvudansvaret för handledningen under ST vill utredningen framhålla att ST-läkaren behöver handledning också från andra personalgrupper exempelvis i omvårdnadsfrågor och då det gäller medicintekniska problemställningar.

### **5.2.7 Systematisk utbildning**

Som tidigare nämnts sker läkarens kompetensutveckling under ST-perioden huvudsakligen genom praktisk tjänstgöring under handledning. Tjänstgöringen behöver dock kompletteras med vissa teoretiska moment.

#### *Egna studier m.m.*

Det är nödvändigt att alla läkare under hela sin yrkeskarriär följer den medicinska utvecklingen och förändringar i uppfattningarna om vad som anses förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet i fråga om olika undersöknings- och behandlingsformer m.m. Det torde bäst ske genom att läkaren på egen hand och i samråd med handledare tillägnar sig gängse handboks litteratur och följer de viktigaste allmänna medicinska tidskrifterna och någon eller några specialtidskrifter för den egna specialiteten. Vidare är det självklart att en ST-läkare deltar i de interna fortbildningsaktiviteterna som arrangeras på arbetsplatsen. Det kan gälla fortbildning i form av konferenser och falldiskussioner etc. och den fortbildning i andra former som arbetsgivaren kan tillhandahålla.

Utredningen vill också peka på att den snabba informationsteknologiska utvecklingen i en nära framtid kan göra det möjligt för alla ST-läkare att på relativt lika villkor kunna ta del av medicinska nyheter. Det



kommer att finnas ett utbud i form av t.ex. videoprogram och terminal-kopplade databaser etc., som minskar gapet mellan de fortbildningsmöjligheter som finns vid en universitetsklinik och ett länsdelsjukhus eller en vårdcentral.

### *Utbildning i kursform*

Genom 1969 års vidareutbildningsreform infördes de s.k. NLV-kurserna som ett viktigt och obligatoriskt led i den systematiska undervisning som skulle ingå i kompetensutvecklingen för en blivande specialist. Givetvis hade åtskilliga läkare dessförinnan deltagit i olika former av kurser under sin specialisering, men utanför de stora sjukhusen hade de haft begränsade möjligheter att med bibehållen lön den vägen understödja sin kompetensutveckling. I avsnittet 2.2 har redogjorts för organisationen och de allmänna erfarenheterna av de ca 4 000 kurser som hittills genomförts.

LSU 85 bedömer att NLV-kurserna har varit ett mycket viktigt led i läkarnas kompetensutveckling och att de bidragit till en hög och jämn kunskapsnivå. Utredningen anser att även i framtiden kursbunden undervisning kommer att utgöra en viktig komponent i en systematisk specialistutbildning bl.a. för att utjämna regionala skillnader inom specialiteterna på primär- och länssjukvårdsnivå. Möjligheterna att erhålla allsidiga erfarenheter och kunskaper varierar mellan olika vårdenheter. Det finns t.ex. skillnader mellan storstadsområden och glesbygd, inte minst när det gäller innehållet i primärvårdens verksamhet. Sjukdomspanoramata kan också skilja sig något mellan olika landsändar. Det finns vidare lokala traditioner och överenskommelser om fördelningen av ansvaret för olika patientgrupper mellan sjukhuskliniker och primärvård. Enskilda klinikchefer och överläkare kan också ha specialintressen. Sådana förhållanden kan leda till att de nyblivna specialisternas erfarenheter kan vara varierande. Med hjälp av utbildning i kursform kan dessa kompetensskillnader överbryggas till en del. Den kunskapskontroll som lämpligen görs i anslutning till sådana kurser är ett naturligt led i kvalitetskontrollen av specialistutbildningen.

Den nuvarande benämningen NLV-kurs är inte adekvat längre eftersom nämnden för läkares vidareutbildning upphörde år 1981. Utredningen föreslår benämningen specialistkompetenskurs, förkortat SK-kurs.

I nuvarande utbildningssystem skall samtliga läkare för att få ut specialistkompetensbevis gå igenom sex s.k. NLV-kurser. Formellt behöver de genomgå kurserna inte höra till den sökta specialiteten, även om så reellt i regel är fallet. Utredningen anser att SK-kurserna bör i högre grad än NLV-kurserna vara ett hälso- och sjukvårdspolitiskt styrinstrument. SK-kurserna bör i första hand inriktas på specialiteter som prioriteras på hälso- och sjukvårdspolitiska grunder, men bör allmänt sett kunna vara ett medel för att stödja kompetensutvecklingen inom alla specialiteter. LSU 85 utgår från att ett inslag av kursmässig utbildning, bl.a. i form av



SK-kurser, även i framtiden kommer att behövas inom alla specialiteter och att således alla blivande specialister deltar i sådan utbildning. Antalet kurser kommer emellertid att variera mellan specialiteterna och de enskilda läkarna beroende på de skilda behoven av sådant stöd för kompetensutvecklingen.

För att öka det nordiska samarbetet mellan läkare bör den kursansvariga myndigheten kunna ta till vara möjligheterna att i ökad utsträckning arrangera gemensamma nordiska kurser, med ett roterande ansvar här för mellan länderna. Myndigheten bör ha möjlighet att jämställa deltagande i vissa utländska kurser som likvärdiga med SK-kurser.

LSU 85 anser att staten genom socialstyrelsen även framdeles bör ha ansvaret för SK-kurserna. Fördelningen av SK-kurser på de olika specialiteterna och valet av ämnen för kurserna blir för staten ett mycket viktigt medel för att med hälso- och sjukvårdspolitiska utgångspunkter påverka läkarnas kompetensutveckling under specialiseringstjänstgöringen. Staten bör därför även fortsättningsvis svara för finansieringen på samma grunder som för närvarande.

Det är angeläget att statens reguljära organisation för läkarutbildning, de medicinska fakulteterna, i största möjliga utsträckning ges ett ansvar för det praktiska genomförandet av kurserna. Universitetsinstitutionerna förväntas i än högre grad i framtiden komma att utnyttjas för värdering av nya metoder, tekniker och processer innan de introduceras i rutinsjukvård. Detsamma kommer att gälla s.k. etablerade metoder som kan behöva mönstras ut. Universitetsklinikens och universitetsvårdcentralens personal förväntas ha sådan överblick över nationell och internationell standard och utveckling att kurser organiserade av dem kan bidra till en jämn vårdstandard i riket. Det bedöms också värdefullt att på detta sätt koppla samman grundutbildningen med den fortsatta kompetensutvecklingen. LSU 85 föreslår att de medicinska fakulteterna i större utsträckning än hittills engageras vid SK-kursernas praktiska genomförande. Fakulteternas insatser får i dessa avseenden formen av uppdragsutbildning åt socialstyrelsen.

Det finns samtidigt goda erfarenheter av kurser förlagda till vårdcentraler och sjukhus även utanför universitetsorterna. Utredningen räknar därför med att sådana möjligheter tas till vara också i framtiden. Utanför universitetsorterna finns ett regionsjukhus även i Örebro. Utredningen vill peka på de särskilda möjligheterna som kan finnas att där utveckla en kursbunden undervisning för basspecialiteterna och då även med en särskild inriktning på arbets- och miljömedicin samt företagshälsovård och yrkesmedicin.

### **5.2.8 Kvalitetskontrollen**

För att en läkare skall kunna erhålla ett officiellt specialistkompetensbevis krävs i dag inte någon specialistexamen med sammanhållen prövning av färdigheter och kunskaper i form av skriftlig eller muntlig examination. I anslutning till NLV-kurserna genomförs dock i regel skriftligt eller



muntligt prov. Författningarna föreskriver emellertid endast att en legitimerad läkare som har genomgått den vidareutbildning som socialstyrelsen föreskriver, efter ansökan skall få bevis om specialistkompetens.

Specialistexamina förekommer i en del länder. Finland har sedan några år en officiell specialistexamen i form av ett skriftligt prov vid medicinsk fakultet. Provet är väsentligen inriktat på att pröva de teoretiska kunskaperna. I de anglosaxiska länderna är det vanligt att läkarnas specialistsammanslutningar (colleges) som villkor för anslutning kräver en mer eller mindre rigorös examination. Anslutningen utgör beviset inför allmänheten på specialistkompetens.

Utredningen har ingående diskuterat för- och nackdelar med en formaliserad specialistexamen. Eftersom examination styr inläring är det sannolikt att en officiell och obligatorisk specialistexamen skulle verka pådrivande när det gäller att uppnå de i en målbeskrivning uppställda kunskaps- och färdighetskraven. Det är relativt lätt att kontrollera teoretiska kunskaper. En prövning av de färdigheter och den kliniska mognad, som är centrala i begreppet specialistkompetens, ställer sig däremot betydligt svårare. I jämförbara yrken och i arbetslivet överhuvudtaget förekommer sällan obligatoriska sådana examinationer. Läkaren har under grundutbildningen och AT undergått ett stort antal prövningar av sina kunskaper och färdigheter. Under ST har läkaren en arbetsanställning och uppfattas knappast av patienter, chefer och huvudmän som en studerande som skall examineras. Vidare uppkommer arbetsrättsliga svårigheter kring anställningsförhållandena om en läkare skulle underkännas i en officiell specialistexamen. Utredningen har därför stannat för att inte föreslå en officiell specialistexamen som villkor för att erhålla ett bevis om specialistkompetens.

Däremot anser utredningen att man bör stödja frivilliga prövningar och examinationer som syftar till att ge den enskilde läkaren och dennes handledare information om läkarens aktuella kompetensnivå i förhållande till kraven i en målbeskrivning och i förhållande till en genomsnittlig nivå i landet. Det kan vara fråga om begränsade diagnostiska prov eller mera omfattande skriftliga och muntliga examinationer. Resultaten av dessa kan bli viktiga incitament till att förbättra tjänstgöringsförhållanden och kursbundna utbildningar. De kan också vara ett bra instrument för en dialog med handledare och arbetsledning om en enskild läkares fortsatta kompetensutveckling. LSU 85 har erfarit att flera specialistföreningar inom läkarnas egna organisationer arbetar med att införa sådana provmöjligheter för sina medlemmar. Det är enligt utredningens mening av stort värde att läkarorganisationerna på detta sätt engagerar sig i kvalitetskontrollen av läkarnas specialistutbildning.

Som utredningen har framhållit i avsnittet 5.2.7 är den kunskapskontroll som görs i anslutning till SK-kurserna också ett naturligt led i kvalitetskontrollen av specialistutbildningen.

Den viktigaste kvalitetskontrollen är ändå den som sker i det löpande vårdarbetet. Arbetsledare och handledare måste regelbundet bilda sig en uppfattning om den aktuella kompetensen hos ST-läkarna. Dessa be-



dömningar kommer rimligen också att avspeglas i utfärdade tjänstgöringsbetyg. Inom ramen för t.ex. klinikkonferenser och seminarier och genom uppdrag till läkaren att leda sådana aktiviteter får chefen efter hand en bild av kompetensen hos läkaren. Denna ofta fleråriga löpande kvalitetskontroll, som utmynnar i ett övervägt tjänstgöringsbetyg, är enligt utredningens mening en väl beprövad och viktig form för kontroll av de blivande specialisternas kvalifikationer.

LSU 85 anser att bevis om specialistkompetens bör som hittills utfärdas av socialstyrelsen. Underlag härför måste vara tjänstgöringsbetyg som klart tar ställning till om läkaren har tillägnat sig de färdigheter, kunskaper och förhållningssätt som anges i målbeskrivningen för den sökta specialistkompetensen. Dokumentation från eventuella informella specialistexamina kan också vara av värde i detta sammanhang. Ett sådant kompetensbevis kan ha värde vid ansökan till läkartjänster och kan vara särskilt betydelsefullt i internationella sammanhang. För läkare som avser att driva enskild verksamhet är det vidare angeläget att tillsynsmyndigheten genom ett bevis lämnar garanti för läkarens kompetens inom en specialitet.

LSU 85 har inte till uppgift att pröva om specialistkompetens skall utgöra formellt behörighetskrav för innehav av vissa läkartjänster.

### **5.2.9 Klinisk forskarutbildning under ST**

Företrädare för de kliniska institutionerna vid de medicinska fakulteterna framhåller att det är angeläget att kraven på läkarnas specialiserings-tjänstgöring inte utformas så att svårigheter uppkommer att samordna denna med forskarutbildningen för de läkare som vill genomgå sådan.

Högskoleförordningen medger, med avsteg från de allmänna reglerna om hur en forskarutbildning skall genomgå, att forskarutbildning i kliniska ämnen (t.ex. kirurgi) får bedrivas samtidigt som man har en klinisk tjänst och pågå längre tid än normaltiden fyra år. Ofta innehar en forskarstuderande läkare vid en universitetsklinik en tjänst som underläkare på nuvarande FV-block eller som avdelningsläkare eller som vikarie på någon tjänst. De kliniska amanuens-tjänsterna kan givetvis också utnyttjas.

Läkartjänsteorganisationen vid de s.k. upplåtta enheterna inom universitetssjukhusen har vissa särdrag, som regleras i särskild lagstiftning, (lagen (1982:764) om vissa läkartjänster vid enheter inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården som har upplåtits för grundläggande utbildning av läkare, m.m.) LSU 85 har inte i uppdrag att lägga fram förslag om läkartjänsteorganisationen vid sådana enheter men anser att den av utredningen föreslagna ordningen för utveckling av specialistkompetens med starkt minskad detaljreglering bör kunna underlätta en samordning av specialiseringstjänstgöring och forskarutbildning.

### **5.2.10 Myndighetsuppgifter**

Liksom inom andra yrkesområden är det läkaren själv som i första hand har ansvaret för sin kompetensutveckling inom yrket. Arbetsgivaren och



arbetsledaren delar den enskilde läkarens intresse eftersom den fortlöpande kompetensutvecklingen för en individ och ett arbetslag är en grundläggande förutsättning för bibehållen eller höjd kvalitet inom en verksamhet och för en långsiktigt acceptabel personalförsörjning. Det övergripande ansvaret för inriktningen och utformningen av hälso- och sjukvården ligger på statsmakterna och sjukvårdshuvudmännen. Staten svarar för grundutbildning av läkare och staten i samverkan med sjukvårdshuvudmännen svarar för vidareutvecklingen av läkare fram till specialistkompetens. För fortbildningen görs insatser från arbetsgivare, läkarorganisationerna och näringslivet.

Socialstyrelsen har i dag myndighetsansvaret för läkarnas kompetensutveckling efter grundutbildningen. LSU 85 anser att socialstyrelsen även fortsättningsvis skall ha detta ansvar. Som tidigare framhållits är det viktigt att se läkarnas utbildning (grundutbildning — allmäntjänstgöring — specialiseringstjänstgöring samt i förekommande fall forskarutbildning) som en sammanhängande kedja. Förändringar inom en utbildningsnivå till följd av exempelvis sjukvårdspolitiska prioriteringar får snabbt konsekvenser för andra nivåer och därmed för den enskilde läkaren i systemet. Socialstyrelsen måste därför fullgöra sina uppgifter i nära samverkan med sjukvårdshuvudmännen, läkarnas organisationer och de medicinska fakulteterna.

I socialstyrelsens uppgifter bör — som nämnts i avsnitt 5.2.8 — bl.a. ingå att utfärda specialistkompetensbevis för läkare inom samtliga specialiteter, dvs. såväl för primär- och länssjukvårdens basspecialiteter som för övriga specialiteter.

LSU 85 har påtagit sig att utforma en modell för de målbeskrivningar som skall ange inriktningen av en blivande specialists kunskaper, färdigheter och kliniska omdömesförmåga. Utredningen lägger efter samverkan med läkarnas organisationer fram förslag till målbeskrivningar för basspecialiteterna inom primär- och länssjukvården. Dessa finns redovisade i huvudbilaga till betänkandet. Det bör vara socialstyrelsens uppgift att fortsättningsvis komplettera och revidera dessa målbeskrivningar. Läkarnas organisationer har även, på begäran av LSU 85, tagit fram förslag till målbeskrivningar för specialiteter som är företrädda inom regionsjukvården och vid större länssjukhus. Även dessa ingår i huvudbilagan. Det bör ankomma på socialstyrelsen att ansvara för revisioner och kompletteringar också då det gäller dessa målbeskrivningar.

Som underlag för planering av de olika utbildningsinsatserna, främst tjänstgöringar och kurser, kommer socialstyrelsen att i samverkan med bl.a. sjukvårdshuvudmännen behöva utföra återkommande analyser av förväntat läkarbehov inom olika verksamhetsområden. Sådana analyser kombinerade med översikter över den faktiska bemanningssituationen vid vissa tidpunkter tjänar dels som information till läkare som skall börja sin ST, dels som underlag för planering av den kursbundna undervisningen.

Socialstyrelsen bör som hittills fastställa inriktningen av den kursbundna undervisningen och kursernas fördelning på specialiteter och kursgivare samt fördela tillgängliga medel för kurserna. Som framgår av



avsnittet 5.2.7 föreslår utredningen att de medicinska fakulteterna i större utsträckning än hittills engageras som kursgivare. Härigenom kommer den löpande pedagogiska förnyelsen i grundutbildningen också att få ett direkt genomslag i specialistutbildningen. Utredningen förutsätter att fakulteterna liksom nu som kursledare och lärare anlitar läkare och annan personal i länssjukvård och primärvård, eftersom det är viktigt att en praktisk inriktning och förankring av SK-kursernas innehåll vidmakthålls och utvecklas. Som tidigare framhållits förutsätter utredningen att man också fortsättningsvis tar till vara de särskilda möjligheter som finns till förläggning av kursbunden undervisning även utanför universitetssorterna.

Utredningen har i avsnitt 5.2.7 föreslagit att SK-kurserna, liksom hittills, i sin helhet bör finansieras med statliga medel över socialdepartementets huvudtitel. Motivet härför är att dessa kurser är en viktig kanal för att föra ut statsmakernas hälso- och sjukvårdspolitiska beslut och prioriteringar till läkarna.

Den författningsmässiga regleringen av myndighetsuppgifterna behandlar utredningen i det närmast följande avsnittet 6.1. Till planeringsfrågorna återkommer utredningen i avsnitt 6.3.



## 6 Särskilda frågor

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

### 6.1 Författningsfrågor

#### 6.1.1 Nuvarande författningsreglering

De nu gällande författningsreglerna kring läkarnas vidareutbildning har översiktligt redovisats i avsnitt 2.2.1.

Den huvudsakliga författningsregleringen av nuvarande AT och FV finns i lagen och förordningen om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården (behörighetslagen och behörighetsförordningen). Dessa författningar tillkom genom riksdagsbeslut år 1984 (prop. 1983/84:179, SoU 32, rskr 376) som byggde på förslag från 1981 års behörighetskommitté (SOU 1983:33). Bestämmelser om AT och FV fanns tidigare främst i 1960 års lag om behörighet att utöva läkaryrket och i tillämpningskungörelsen därtill. Bestämmelserna för alla vårdyrken sammanfördes nu i en sammanhållen författningsstruktur.

Behörighetslagen (1984:542) meddelar lagbestämmelser om de yrkesgrupper i hälso- och sjukvården, bl.a. läkarna, som genom legitimation får sin legala behörighet att utöva vårdyrke. I lagen finns de grundläggande bestämmelserna om läkares allmäntjänstgöring, legitimation och specialistkompetens. Det finns särskilda bestämmelser om personal med utländsk utbildning. Lagen meddelar bestämmelser om skydd av yrkestitel och yrkesbeteckning, om påföljder (ansvar) för läkare och tandläkare som obehörigen utövar sitt yrke, om ordningen för överklagande av beslut samt bemyndiganden för regeringen eller socialstyrelsen att meddela ytterligare föreskrifter.

Behörighetsförordningen (1984:545) meddelar detaljerade bestämmelser om hur allmäntjänstgöringen skall fullgöras och om hur specia-



listkompetens skall förvärfvas. En mycket omfattande del av förordningen är förteckningen av de 44 specialiteterna med bestämmelser om inom vilket eller vilka verksamhetsområden tjänstgöringar för huvudutbildningen skall fullgöras och om tjänstgöringarnas längd och utbytbarshetsregler.

Socialstyrelsens föreskrifter om vidareutbildning av läkare (SOSFS 1985:11) återger lag- och förordningsbestämmelserna och anger därutöver tillämpningsregler. Bl.a. anges här kravet på godkända AT-prov i allmän kirurgi, allmän internmedicin och psykiatri. För specialistutbildningen anges kraven på tjänstgöringar för sidoutbildningen med utbytbarshetsregler och kravet på att läkaren har genomgått minst sex s.k. NLV-kurser. Det finns detaljerade bestämmelser om vilka tjänstgöringar och vikariat etc. som kan godtas som specialistutbildning och vilka ledigheter som kan få tillgodoräknas m.m.

Bestämmelserna om läkartjänster för läkare under allmäntjänstgöring och specialistutbildning finns i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och i förordningen (1982:771) om behörighet till vissa tjänster inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården och om tillsättningen av sådana tjänster (tjänstetillsättningsförordningen). Av visst intresse är också lagen (1982:764) om vissa läkartjänster vid enheter inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården som har upplåtits för grundläggande utbildning av läkare, m.m.

### 6.1.2 Förslag till författningsändringar

Utredningens förslag till ändrad utformning av de författningar som är berörda finns i avsnittet Författningsförslag (s. 15—20).

Utredningen har funnit att det inte behövs några ändringar i behörighetslagen för att kunna genomföra utredningens förslag. De ändringar som behövs gäller i första hand behörighetsförordningen. Allmänt gäller att utredningen sökt undvika omfattande författningsändringar. Författningsändringarna är i huvudsak en följd av utredningens förslag om en betydande avreglering av systemet för specialiseringstjänstgöringen.

#### *Allmäntjänstgöringen (AT)*

De allmänna motiveringarna för de ändringar av AT som utredningen föreslår finns i kapitel 4.

Utredningen föreslår att AT i framtiden omfattar två år. Detta föranleder motsvarande ändring i första stycket i 2 § i behörighetsförordningen. Dessa två år omfattar, liksom för närvarande, sex månader kirurgi, sex månader internmedicin, tre månader psykiatri och sex månader allmänmedicin. Därutöver föreslås ytterligare tre månaders tjänstgöring, som skall kunna fullgöras inom något av de nämnda områdena eller inom ett annat som överenskommes med huvudmannen. Detta anges i en punkt 5 i det andra stycket i 2 §.

Vad gäller benämningarna av verksamhetsområdena föreslår LSU 85 några mindre ändringar som en anpassning till det språkbruk som nume-



ra är vanligt. I stället för "allmän kirurgi" föreslås "kirurgi" och i stället för "allmän internmedicin" enbart "internmedicin" och på motsvarande sätt "psykiatri" i stället för "allmän psykiatri". Utredningen föreslår vidare att utbytarhetsreglerna i punkterna 2 och 3 utgår. I den mån det behövs bör det ankomma på socialstyrelsen att ge vägledning beträffande inom vilka ramar tjänstgöringarna kan fullgöras.

Utredningen anser att orden "under handledning" bör infogas i den första meningen i det tredje stycket i 2 §. I kapitel 4 har LSU 85 understrukt den stora vikten av en god handledning under AT och detta bör avspeglas i författningsbestämmelserna.

I det tredje stycket i 2 § har det förutvarande uttrycket "särskilda skäl" som grund för undantag från kravet på att AT fullgörs på blockförordnande under utredningens gång ändrats till "synnerliga skäl", dvs. en mer restriktiv dispenspraxis än hittills. Den allmänna motiveringen härför har utredningen för sin del gett uttryck för i kapitel 4.

LSU 85 föreslår att de nuvarande tre separata AT-proven i kirurgi, internmedicin och psykiatri samordnas till ett sammanhållet prov vid ett tillfälle samtidigt som provet även skall omfatta allmänmedicin. Utredningen har uppmärksammat att kravet på godkänt AT-prov för att erhålla legitimation inte finns i lag eller förordning. Bestämmelsen finns i socialstyrelsens föreskrifter. LSU 85 anser att detta krav har en så väsentlig betydelse som grund för att få legitimation som läkare att det bör anges i förordningen. Utredningen föreslår därför att ett nytt fjärde stycke härom införes i 2 §.

Bestämmelsen i det nuvarande fjärde stycket i 2 § om att intyg från huvudmannen skall inges till socialstyrelsen är en sådan teknisk-administrativ föreskrift som inte nödvändigtvis behöver anges i lag eller förordning. Utredningen föreslår därför att den bestämmelsen utgår ur förordningen.

### *Specialistutbildningen*

De allmänna motiveringarna för den utformning av läkarnas framtida specialistutbildning som utredningen föreslår finns i kapitel 5.

Utredningen anser att specialistutbildningen i framtiden i första hand skall styras genom målbeskrivningar som anger de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som den specialistkompetente läkaren skall ha uppnått. Målbeskrivningens krav uppnås genom praktisk tjänstgöring under handledning och med stöd av systematisk utbildning. Dessa krav bör komma till uttryck i 3 § i förordningen på sätt som anges i förslaget till författningstext. Detta innebär att de detaljerade reglerna i förordningen slopas om tjänstgöringstider och inom vilka medicinska verksamhetsområden tjänstgöringarna skall fullgöras för de uppräknade 44 specialiteterna. I paragrafen föreskrivs även att socialstyrelsen skall upprätta förteckning över fastställda specialiteter, bl.a. med hänsyn till överenskommelsen om gemensam nordisk arbetsmarknad för läkare.

Eftersom den nuvarande detaljregleringen av tjänstgöringstiderna i



3 § under huvud- och sidutbildningarna föreslås upphöra måste motsvarande ändringar göras i 4 § om tillgodoräknande av doktorsexamen för den sökta kompetensen. Utredningen anser att också annan vetenskaplig skolning än sådan som dokumenterats genom doktorsexamen bör kunna beaktas. Det får ankomma på socialstyrelsen att göra denna prövning i det enskilda fallet.

I 5 § meddelas bl.a. bestämmelser om i vilken utsträckning tjänstgöring på överordnade befattningar kan godtas som specialistutbildning. Utredningen anser att det väsentliga i sammanhanget är att tjänstgöringen i huvudsak sker under handledning, vilket bör framgå av författningstexten. Bestämmelserna kan i övrigt utgå.

I 6 § ges för närvarande detaljerade regler för var tjänstgöringarna får fullgöras. Utredningen anser att de väsentliga kraven på tjänstgöringen redan är angivna i 5 § och att de därför kan utgå ur 6 §. Bestämmelserna i sista stycket om tjänstgöring i andra nordiska länder bör dock kvarstå med en smärre redaktionell förenkling.

I 7 § föreslås att ordet "undervisning" byts ut mot "utbildning" i enlighet med den terminologi som används i kapitel 5, samt att ordet "kunskapsprov" byts ut mot "prov", eftersom ett prov bör kunna omfatta såväl kunskaper som färdigheter och förhållningssätt. Det kan erinras om att utredningen i de allmänna motiveringarna när det gäller den systematiska utbildningen förordar att kraven på kursmässig utbildning anpassas till de skilda behoven inom de olika specialiteterna och hos de enskilda individerna och till de vårdpolitiska prioriteringarna. Det behöver således inte vara ett visst fixerat antal kurser som skall genomgå för att erhålla specialistkompetens.

I 8 § föreslås inga ändringar. En läkare kan ha förvärvat de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som anges i en fastställd målbeskrivning på olika sätt. Socialstyrelsen måste ha möjligheter att kunna godta olika vägar att förvärva kompetensen. Det väsentliga är att den faktiska kompetensen kan dokumenteras. Bestämmelsen behövs också som grund för att den enskilde läkaren skall kunna begära prövning av det underlag i form av tjänstgöringsbetyg m.m. som han lämnar in vid ansökan om specialistkompetens.

I 9 § finns bestämmelser om i vilken utsträckning en läkare får för allmänheten ange specialistkompetens inom två specialiteter. Bestämmelsen har lett till att läkares möjligheter att specialistutbilda sig inom mer än en specialitet begränsats. Utredningen anser att det inte finns några starka motiv för en sådan reglering. Direktiven framhåller att "i den framtida vården måste läkaren ha sådana breda kunskaper och erfarenheter som kan ge möjligheter att förändra verksamheten. Möjligheter att komplettera kompetensen eller att byta verksamhetsområde måste därför finnas". Mot den bakgrunden föreslår utredningen att 9 § upphävs.

Utredningen föreslår inga ändringar i de författningsregler som avser läkare med utländsk utbildning.



*Regleringen av läkartjänster för läkare under vidareutbildning*

I fråga om AT föreslår utredningen att AT-läkaren, liksom för närvarande, är visstidsförordnad på blockförordnande under de två år som AT normalt skall omfatta. Längre förordnandetid kan ifrågakomma för läkare som samtidigt bedriver forskning eller forskarhandledning.

I fråga om specialistutbildningen anser utredningen att styrningen av kompetensutvecklingen genom målbeskrivningar med bestämda kunskaps- och färdighetskrav på den specialistkompetente läkaren innebär att behovet av tidsbegränsning av läkartjänsterna för sådana läkare bortfaller. Utredningen bedömer också att den centrala läkarplaneringen bör kunna bedrivas enligt fastställda målsättningar även om läkarna under specialistutbildningen tillsvidareförordnas hos den huvudman där de är anställda.

Huvudregeln är således att läkare under specialistutbildning skall tillsvidareförordnas. Möjlighet till undantag från denna regel måste dock finnas bl.a. när det gäller läkartjänster vid s.k. upplåtna enheter där grundutbildning av läkare och forskning och forskarhandledning är tjänsteåligganden. Utbildningens och forskningens särskilda behov gör det nödvändigt att omsättningen av läkare är relativt hög. Inom universitets- och högskoleväsendet är visstidsförordnanden en vanligen förekommande anställningsform bland den akademiska personalen. Det behövs också ett tjänsteutrymme för att läkare genom mera tillfällig tjänstgöring skall kunna komplettera sin kompetens inom regionsjukvårdsspecialiteter till gagn för deras verksamhet i länssjukvård och primärvård. En praktisk modell som prövats är s.k. kompletterande tjänstgöring, dvs. att läkaren har sin tillsvidareanställning vid en enhet inom regionen och sedan får tjänstledighet från denna anställning för att under en eller flera perioder tjänstgöra vid undervisningssjukhus. Ett visst tjänsteutrymme vid undervisningssjukhusen reserveras för att ge möjligheter till sådana tidsbegränsade anställningar. Vidare gäller att några specialiteter, såsom neurokirurgi, endast finns vid sjukhus som är undervisningssjukhus. Även vid sådana enheter bör läkare under specialistutbildning kunna tillsvidareförordnas.

Lagtekniskt tillgodoses dessa förslag genom att orden "eller specialistutbildning" tas bort ur 15 § i hälso- och sjukvårdslagen. Därvid bör även hänvisningen i texten till lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket bytas ut mot den nu aktuella lagen, dvs. lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. Vidare bör ett andra stycke tillföras i paragrafen varigenom regeringen bemyndigas att föreskriva att läkare under specialistutbildning som tjänstgör vid enheter som har upplåtits för grundläggande utbildning av läkare skall förordnas för viss tid om det behövs med hänsyn till utbildningens och forskningens intressen. Det får således ankomma på regeringen att i förordningens form meddela särskilda bestämmelser härom.

I tredje stycket i 2 § i tjänstetillsättningsförordningen (1982:771) behövs en modifiering av förbudet mot att specialistkompetent läkare för-



ordnas på tjänst för läkare under specialistutbildning som en konsekvens av den ändrade huvudregeln i 15 § i hälso- och sjukvårdslagen. I 17 § måste, som en nödvändig följd av ändringen i 15 § HSL, regeln att läkare under specialistutbildning endast får förordnas för högst sex månader utöver den sammanlagda tid som behövs för den sökta utbildningen upphävas. En sådan bestämmelse skall endast gälla läkartjänster för specialistutbildning vid upplåtta enheter om regeringen så föreskriver enligt det föreslagna bemyndigandet i andra stycket i 15 § HSL. — Förordnandetiden för AT-läkare skall givetvis vara de två år som AT kräver. Bestämmelsen om skyldighet för landstingskommunen att rapportera längre förordnanden till socialstyrelsen (som förutsätts göras enligt mycket restriktiv praxis) bedömer utredningen inte vara sakligt behövlig. Den bör därför kunna upphävas.

### *Övergångsbestämmelser*

Vid ikraftträdandet av de nya bestämmelser för AT och för specialistutbildningen, som LSU 85 föreslår, kommer ett antal läkare att ha påbörjat sin AT eller sin FV enligt de äldre bestämmelserna. När det gäller AT anser utredningen att det inte finns något behov av övergångsbestämmelser. De nya bestämmelserna kan omedelbart tillämpas också på den läkare som då fullgör AT. Denne kommer att få tjänstgöra ytterligare tre månader utöver de 21 månaderna enligt nuvarande bestämmelser och genomgå ett samlat AT-prov i stället för tre separata prov. I den mån smärre övergångsregler skulle behövas bör det ankomma på socialstyrelsen att meddela föreskrifter härom.

När det gäller specialiseringstjänstgöringen anser utredningen att den av LSU 85 föreslagna nya ordningen bör tillämpas även för de läkare som påbörjat sin specialistutbildning enligt de nuvarande bestämmelserna. Om en läkare, som inom kort skulle ha slutfört tjänstgöringar och systematisk utbildning enligt nuvarande ordning, önskar fullfölja sin specialistutbildning enligt de bestämmelserna bör emellertid enligt utredningens mening en sådan möjlighet finnas. Därför föreslås en övergångsbestämmelse härom som en punkt 12 efter de nuvarande övergångsbestämmelserna i behörighetsförordningen. I den mån ytterligare övergångsbestämmelser kan visa sig vara påkallade bör det ankomma på socialstyrelsen att meddela föreskrifter härom.

## 6.2 Det nordiska samarbetet

Överenskommelsen om en gemensam nordisk arbetsmarknad träffades år 1954. Den är baserad på grundtanken att medborgare i de nordiska länderna fritt skall kunna ta arbete och bosätta sig i ett annat nordiskt land. För hälso- och sjukvårdens del har särskilda sådana överenskommelser därför träffats. En beskrivning av nu gällande överenskommelse om gemensam nordisk arbetsmarknad för läkare och en jämförelse mellan de olika nordiska ländernas vidareutbildningssystem återfinns i avsnitt 2.4.



I utredningens direktiv anges att utredningen bör belysa vilka konsekvenser en ändrad utformning av vidareutbildningen kan få för tillämpning av överenskommelsen om en gemensam nordisk arbetsmarknad för läkare. Utredningen bör enligt direktiven sträva efter att inte inskränka den fria rörligheten inom Norden för läkare om det inte finns särskilda skäl.

LSU 85 har under utredningens gång haft överläggningar med den arbetsgrupp under Nordiska ministerrådet som följer tillämpningen av det nordiska avtalet om gemensam arbetsmarknad för hälso- och sjukvårdspersonal och med det nordiska kontaktorganet för läkares vidareutbildning (NKLV). Konsekvenserna av utredningens förslag för den nordiska arbetsmarknaden är dock avhängiga de beslut som Nordiska ministerrådet kommer att fatta med anledning av NKLV:s tidigare nämnda (s. 42) förslag till tillämpningsföreskrifter för specialistutbildning i Norden.

När det gäller AT innebär den förlängning som LSU 85 föreslagit från 21 till 24 månader en anpassning till de övriga nordiska länderna. Sverige ligger idag, inräknat grundutbildningen, tidsmässigt något i underkant jämfört med resten av de nordiska länderna.

När det gäller utformningen av specialiseringstjänstgöringen innebär utredningens förslag i korthet att den nuvarande detaljstyrningen av specialistutbildningen med tidsmässigt fixerade huvud- och sidoutbildningar ersätts av målbeskrivningar för varje specialitet. Målbeskrivningarna skall ange de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som läkaren skall ha tillägnat sig för att han kan anses ha uppnått specialistkompetens. I målbeskrivningarna skall också anges den tidsram inom vilken det kan anses vara rimligt att specialistkompetens kan uppnås. LSU 85 anser att detta förslag till målstyrning av specialiseringstjänstgöringen ger ett både smidigare och kvalitetsmässigt bättre system än det nuvarande.

I den nordiska överenskommelsen ställs som ett viktigt krav att samtliga specialiteter måste vara officiellt erkända, dvs. finnas i en officiell förteckning. Vidare måste utbildningen för samtliga specialiteter vara reglerad i lag eller annan författning. Utredningen anser att detta krav tillgodoses genom det författningsförslag som lämnats. I 3 § i behörighetsförordningen anges att den legitimerade läkare som vill förvärva specialistkompetens skall genom tjänstgöring som läkare under handledning och genom systematisk utbildning ha förvärvat de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som för den sökta specialistkompetensen anges i av socialstyrelsen fastställd målbeskrivning. Utredningens förslag innebär vidare att socialstyrelsen liksom hittills skall utfärda kompetensbevis för läkare inom samtliga specialiteter.

Underlaget till de av LSU 85 föreslagna målbeskrivningarna har tagits fram av läkarnas organisationer. I flera fall har dessa under arbetets gång haft kontakt med sina nordiska kollegor för att stämna av kunskapsinnehållet. Utredningens förslag innebär att en läkare utan formella hinder kan få specialistkompetens i mer än en specialitet och kan specialisera sig t.ex. både inom en basspecialitet och en annan specialitet, vilket gör honom eller henne mer gångbar i de nordiska länder där en sådan dubbel



kompetens krävs för att kunna inneha vissa läkartjänster. Utredningen utgår ifrån att fortlöpande kontakt hålls med de nordiska länderna för att lösa eventuella svårigheter vid tillämpningen av den nordiska överenskommelsen.

### 6.3 Planeringsfrågor

Ett nytt system för läkarnas specialistutbildning i enlighet med utredningens förslag i kapitel 5 medför att det behövs en motsvarande förändring av den planeringsfunktion som för närvarande är knuten till utbildningsystemet (LP). Om specialistutbildningen i framtiden fullgörs på läkartjänster under tillsvidareförordnande och utan särskilda blockkonstruktioner måste LP-arbetet anpassas till dessa ändrade förhållanden.

Som tidigare framhållits (avsnitt 5.2.4) förutsätter LSU 85 att staten och sjukvårdshuvudmännen inom ramen för samrådet i hälso- och sjukvårdsberedningen (HSB) förnyar de överenskommelser som behövs om huvudmännens medverkan i vidareutbildningen av läkare och att även formerna för planeringsfunktionen tas upp i detta sammanhang.

För egen del får utredningen framföra följande synpunkter beträffande dessa planeringsfrågor. Det sker med den allmänna utgångspunkten att förhållandena nu är annorlunda än då den nuvarande planeringsfunktionen utformades för närmare 20 år sedan. Det totala antalet läkare i landet har fördubblats från 10 000 år 1970 till nu mer än 20 000. En ytterligare ökning av läkartillgången är förestående så att den år 1995 enligt HS 90 beräknas uppgå till närmare 30 000. Vidare har lagstiftningen numera formen av en ramlagstiftning genom den nya hälso- och sjukvårdslagen.

Allmäntjänstgöringen, som huvudsakligen fullgörs på tjänster hos huvudmännen utanför universitetsorterna, ger goda möjligheter att aktivt påverka den regionala fördelningen av läkare. Erfarenheten visar att en läkare som tidigt i sin yrkeskarriär flyttat till en ort gärna också vill förlägga sin specialistutbildning och sin fortsatta yrkeskarriär inom den regionen. Utredningens förslag om en tillkommande valfri period under allmäntjänstgöringen öppnar också nya möjligheter till kopplingen mellan AT och den följande specialiseringstjänstgöringen (ST).

Enligt utredningens förslag skall allmäntjänstgöringen liksom nu fullgöras i form av blockförordnanden på tidsbegränsade tjänster. Dimensionering och fördelningen av AT-tjänsterna förutsätts även fortsättningsvis ske efter beslut av hälso- och sjukvårdsberedningen (HSB). Därigenom kommer det att finnas goda möjligheter att styra den regionala fördelningen av läkarna omedelbart efter grundutbildningen. Med perspektiv på denna fråga och jämfört med arbetsmarknaden i övrigt finns det i själva verket därvid en unik möjlighet att påverka den regionala fördelningen av den högskoleutbildade läkararbetskraften direkt efter avlagd läkarexamen. Om så anses lämpligt för att lösa regionala obalanser i detta avseende är det möjligt att använda detta planeringsinstrument



i ökad omfattning. Utredningen vill också peka på de möjligheter som finns att ytterligare effektivisera detta system, t.ex. genom en sådan uppstramning av dispensmöjligheterna som regeringen 1987-03-05 genomfört i enlighet med intentionerna i LSU 85.

Utredningen har i det föregående (avsnitt 5.2.4) framhållit den stora betydelsen av ett bra planeringsunderlag för en ändamålsenlig läkarfördelning geografiskt och på specialiteter. Som underlag för en sådan planeringsfunktion behövs regelbundna analyser, sammanställningar och prognoser av läkarbemanningen i landet och fördelningen av läkare på olika specialiteter samt beräkningar av framtida vårdbehov. Som framgår av avsnitt 5.2.10 utgår utredningen från att socialstyrelsen svarar för ett sådant planeringsunderlag.

En av socialstyrelsens viktigaste uppgifter i en framtida planeringsfunktion bör vara att analysera och bedöma utvecklingen inom hälso- och sjukvården och de framtida behoven av läkarkompetens som utvecklingen ger upphov till och relatera detta till analyser av efterfrågan och tillgång på läkare med olika typer av specialistkompetens. Ett sådant planeringsunderlag som visar inom vilka områden ökade eller minskade eller helt nya behov kommer att finnas, bör enligt utredningens mening kunna utvecklas till ett bra framåtsyftande styrmedel för att uppnå en balanserad läkarförsörjning både geografiskt och inom olika specialiteter.

Inom ramen för en sådan planeringsfunktion bör socialstyrelsen med hjälp bl.a. av sitt vetenskapliga råd kunna ta fram ett betydelsefullt underlag för bedömning av den medicinska utvecklingen och därav betingad läkarefterfrågan. Styrelsen kan t.ex. i scenarioform presentera ett sådant underlag för de olika medicinska verksamhetsområdena för HSB. Bedömningen av sådant underlag tillsammans med fakta om aktuell läkarbemanning, åldersfördelning i berörda läkargrupper, förväntade avgångar från yrket genom pension m.m., det bedömda tillskottet av nya läkare på olika kompetensnivåer och andra relevanta faktorer, skulle ge HSB möjlighet att besluta om den långsiktiga inriktning som skall gälla för läkarfördelningen och för specialistutbildningen av läkare. Sådana riktlinjer från HSB förutsätts sedan ligga till grund för de enskilda landstingens planering av det totala antalet läkare i länet. Landstingens därpå grundade planer, sammanställda på nationell nivå genom socialstyrelsens försorg, ger i sin tur ett underlag för rambeslut i HSB om läkarfördelningen och socialstyrelsens konsekvensåtgärder på utbildningssidan. HSB bör därvid kunna besluta om fördelningen på regional nivå av det totala tjänstetrymmet, medan den närmare fördelningen mellan landstingen görs inom ramen för det regionala samarbetet mellan huvudmännen. Ett förfarande av i princip denna innebörd förutsätter självfallet en solidarisk uppslutning kring HSB:s rambeslut både inom och mellan regionerna. Den förändring av HSB, som regeringen nyligen beslutat om, bör kunna förstärka möjligheterna att på detta sätt nå en balanserad läkarfördelning i landet.

En planeringsfunktion med den här redovisade uppbyggnaden bör —



i förening med det ökande antalet läkare — ge goda möjligheter att framdeles uppnå en i olika avseenden balanserad läkarförsörjning i landet. Skulle det visa sig nödvändigt att mera direkt skapa garantier för den önskvärda läkarfördelningen, kan en tänkbar väg vara att knyta an villkor i dessa avseenden till beslut om fördelningen av den allmänna sjukvårdersättningen till sjukvårdshuvudmännen.



## 7 Målbeskrivningar

### 7.1 Inledning

Utredningens förslag i kapitel 5 till en reformerad specialistutbildning för läkarna innebär en avreglering i jämförelse med dagens system med en anpassning till de förhållanden beträffande den yrkesmässiga kompetensutvecklingen som mera allmänt gäller inom arbetsmarknaden. Vid utformningen av sina förslag har utredningen samtidigt tagit hänsyn till att det finns särdrag när det gäller läkarnas kompetensutveckling för de verksamhetsområden och specialiteter som behövs i dagens och framtidens hälso- och sjukvård.

Grundläggande för utredningens förslag i kapitel 5 är att kompetensutvecklingen under specialiseringstjänstgöringen främst skall styras av målbeskrivningar för resp. specialitet. Dessa anger kraven på de färdigheter, kunskaper och förhållningssätt m.m. som läkaren skall besitta för att kunna få samhällets erkännande som specialistkompetent inom ett visst område av medicinen. En målstyrning som tar sikte på de kvalitativa målen för utvecklingen av specialistkompetensen ersätter den till stora delar kvantitativt präglade regleringen av dagens specialistutbildning med dess strikta och detaljerade bestämmelser om tjänstgöringstider och tjänstgöringsplatser. Styrning av kompetensutvecklingen med hjälp av målbeskrivningar bör enligt utredningens mening kunna bli ett verksamt medel för en förnyelse av specialistutbildningen till nytta för patienter, läkare och sjukvårdens huvudmän.

LSU 85 har haft ambitionen att lägga fram ett så komplett beslutsunderlag att, efter statsmakternas behandling av förslagen, en reformerad vidareutbildning för läkarna snarast kan genomföras. Därför har utredningen inom ramen för sitt arbete låtit ta fram förslag till målbeskrivningar för i princip samtliga specialiteter som är företrädna i den svenska hälso- och sjukvården.

Utredningens arbete med att ta fram förslag till målbeskrivningar och den vidare beredningen härav har letts av utredningens expert, generaldirektören S.Åke Lindgren. Under dennes ledning har dels en mindre beredningsgrupp, dels expertgruppen (varvid experten Rössner ersatts av överläkaren Bengt Wadman, Svenska Läkaresällskapet) utarbetat riktlinjer för utformningen av målbeskrivningarna samt överarbetat de inkomna förslagen till målbeskrivningar.



Utredningen har uppdragit åt Sveriges läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet att genom sina specialistföreningar och sektioner ta fram det konkreta underlaget för målbeskrivningar i enlighet med de av beredningsgruppen fastlagda riktlinjerna. Detta har skett i samråd med socialstyrelsens ämnesexpertgrupper. Läkarnas organisationer har enligt utredningens mening snabbt och på ett förtjänstfullt sätt tagit fram underlag för målbeskrivningar. Som utredningen framhållit i avsnitt 5.2.5 är det av stort värde att läkarna och deras organisationer på detta sätt bidragit med underlaget för målbeskrivningarna.

I enlighet med direktivens anvisning att utredningens huvuduppgift är att utforma kompetenskraven för läkare i primär- och länssjukvård har LSU 85 särskilt inriktat sitt arbete på att behandla och lägga fram fullständiga förslag till målbeskrivningar för basspecialiteter inom primär- och länssjukvård. I huvudbilagan (SOU 1987:54) till betänkandet redovisas av utredningen behandlade förslag till målbeskrivningar för dessa basspecialiteter.

I anslutning till arbetet med dessa målbeskrivningar har läkarnas organisationer på uppdrag av utredningen även redovisat förslag till målbeskrivningar för andra specialiteter som vanligtvis enbart är företrädade inom regionsjukvården eller större länssjukhus. Dessa genom utredningens försorg framtagna förslag till målbeskrivningar för ifrågakvarande specialiteter redovisas också i den nämnda huvudbilagan.

Analysen av de av läkarorganisationerna framtagna underlagen för målbeskrivningar visar att de i vissa delar innehåller sådant som är gemensamt för alla specialiteter. Sådana specialitetsövergripande kompetenskrav samt administrativa upplysningar m.m. har redaktionellt sammanförts till ett gemensamt, inledande avsnitt av målbeskrivningarna. Utredningens motiv för sådana gemensamma bestämmelser i målbeskrivningarna redovisas i följande avsnitt 7.2.

Utgångspunkten för utformningen av en målbeskrivning är att den skall inriktas på att ange de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som specialistkompetensen skall omfatta. Därför har beskrivningar och resonemang av sjukvårdsorganisatorisk natur, som finns i underlagen för målbeskrivningarna, inte tagits med i de av utredningen överarbetade förslagen till målbeskrivningar. Vidare har enhetliga beskrivningssätt, kravnivåer och språklig utformning eftersträvat.

Utredningen utgår från att målbeskrivningarna, när de blivit fastställda, formellt blir föreskrifter från socialstyrelsen i enlighet med det myndigande härom som utredningen föreslår skall finnas i 3 § i behörighetsförordningen.

## 7.2 Förslag till gemensamma bestämmelser i målbeskrivningarna

I detta avsnitt redovisas motiv för de bestämmelser m.m. i målbeskrivningarna som bör vara gemensamma för samtliga specialiteter. Förslaget



till utformning av dessa bestämmelser läggs fram i inledningen till huvudbilagan.

### *Målbeskrivningens syfte och formella funktion*

Målbeskrivningen syftar i första hand till att ange vilka kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som en läkare måste förvärva för att kunna uppnå specialistkompetens. Målbeskrivningen skall vara vägledande för den enskilde läkaren under dennes specialiseringstjänstgöring.

Målbeskrivningen skall också vara en vägledning för berörda arbetsgivare, chefer och handledare så att de kan medverka till att specialistkompetensen uppnås inom rimlig tid och att även i övrigt specialiseringstjänstgöringen fullgörs på ett effektivt sätt.

Målbeskrivningen som styrmedel föreslås av LSU 85 bli reglerad i författning. Utredningen föreslår att 3 § i förordningen (1984:545) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården (behörighetsförordningen) får följande lydelse:

”Den legitimerade läkare som vill förvärva specialistkompetens skall genom tjänstgöring som läkare under handledning och genom systematisk utbildning i av socialstyrelsen fastställd specialitet ha förvärvat de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som för den sökta specialistkompetensen anges i en av socialstyrelsen fastställd *målbeskrivning*”.

Detta innebär att när socialstyrelsen prövar en ansökan om specialistkompetensbevis är utgångspunkten den att kompetenskraven i målbeskrivningen skall vara uppfyllda.

### *Handledning*

I den föreslagna lydelsen av 5 § behörighetsförordningen föreskrivs att tjänstgöring som syftar till att erhålla specialistkompetens skall ske under handledning.

Ansvaret för att läkaren får erforderlig utbildning och handledning utgör en del av det allmänna arbetsgivaransvaret för den huvudman där läkaren är anställd och av ledningsansvaret för klinikchefen (motsv.) vid den aktuella arbetsplatsen.

Det är angeläget att varje läkare får särskilt utsedd handledare som stödjer denne under hela specialiseringstjänstgöringen i dennes kompetensutveckling. Handledare skall även kontrollera att läkaren efter hand tillägnar sig de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som anges i de särskilda bestämmelserna i målbeskrivningen för resp. specialitet. Om det behövs särskilda insatser för att komma till rätta med problem i kompetensutvecklingen måste handledaren verka för att lämpliga åtgärder vidtas. Det kan t.ex. vara fråga om förändringar av läkarens tjänstgöring inom arbetsplatsen, behov av kompletterande erfarenheter genom tjänstgöring vid andra arbetsplatser, anvisningar om litteraturstudier eller projektarbete, anvisningar om kurser som kan stärka kompetensen i vissa hänseenden, prövning av kompetensnivån genom att delta i prov, examinationer o.dyl. som arrangeras inom specialiteten m.m.



Handledaren bör tillse att ST-läkaren i största möjliga utsträckning dokumenterar sina erfarenheter av framför allt olika undersöknings- och behandlingsmetoder genom t.ex. kopior av operationsberättelser, kursintyg etc.

Klinikchefen kan själv svara för den konkreta handledningen av ST-läkaren, men kan självfallet också delegera handledaruppgiften till en eller flera läkare inom vårdenheten. Ett självklart krav är att handledaren själv har relevant specialistkompetens och den pedagogiska färdighet som krävs för att vara en bra handledare.

Även om det är naturligt att erfarna läkare har huvudansvaret för handledningen under ST är det angeläget att det ges möjligheter till handledning också från andra personalgrupper exempelvis i omvårdnadsfrågor och då det gäller medicintekniska problemställningar.

### *Systematisk utbildning*

I utredningens författningsförslag föreskrivs i 7 § i behörighetsförordningen att systematisk utbildning skall ingå i ST-läkarens kompetensutveckling till specialist.

Med systematisk utbildning avses teoretiska studier genom läroböcker, handböcker, vetenskapliga tidskrifter, videoprogram o.dyl. som ST-läkaren skall bedriva på eget initiativ och i samråd med handledare. Här ingår även deltagande i vårdenhetens reguljära fortbildningsaktiviteter.

Socialstyrelsens ämnesexpertgrupper tillhandahåller förteckningar över litteratur som kan rekommenderas för systematisk utbildning under ST.

Med systematisk utbildning avses vidare sådana kurser som kan vara stödande för kompetensutvecklingen hos ST-läkaren, s.k. SK-kurser.

Syftet med SK-kurserna är framför allt att utjämna regionala skillnader i utbildningsförutsättningar inom specialiteterna på primär- och länssjukvårdsnivå. Bedömningen av vilka kurser ST-läkaren bör söka beror därför i hög grad på de individuella och lokala förhållandena. ST-läkaren och dennes handledare bedömer tillsammans vilken eller vilka kurser ST-läkaren skall söka för att påskynda kompetensutvecklingen inom sådana delar av specialiteten där de praktiska tjänstgöringsinsatserna inte räcker till för att uppfylla kraven i målbeskrivningen.

Socialstyrelsen kan också efter särskild prövning jämställa andra kurser med SK-kurser.

### *Vissa gemensamma kunskaper och färdigheter*

Utöver de medicinska kunskaper som varje blivande specialist bör tillägna sig bör varje läkare fördjupa den förståelse och den överblick av hälso- och sjukvårdens roll i ett vidare samhällsperspektiv som läkaren fått under sin tidigare utbildning.

ST-läkaren bör fördjupa sina insikter i andra samhällsorgans funktioner, framför allt försäkringskassan, socialtjänsten och arbetsvården och utveckla förmåga att smidigt samverka med dessa i patientärenden. Lä-



karen bör vidare få förståelse för skilda sociala faktorerers betydelse i diagnostiska, terapeutiska och rehabiliterande sammanhang.

Läkaren bör utveckla sådana insikter och attityder, som kan utgöra grund för skapandet av en god patient-läkarrelation.

ST-läkaren bör fördjupa sina insikter i personalledning och personalutveckling och i den praktiska tillämpningen av arbetslagstiftning och -avtal samt i arbetsmiljöfrågor. Han måste utveckla god samarbetsförmåga och väl lära känna andra personalgruppers kompetensområden i vården.

ST-läkaren bör fördjupa sina insikter i hälso- och sjukvårdens organisation och administrativa regler, särskilt den egna klinikens (motsv.) arbetsformer, rutiner och resursdispositioner, samverkansformer mellan öppen och slutna vård, vårdplanering och väntelistesystem, journalschema, remissrutiner, hälso- och sjukvårdsstatistik och ADB-användning osv. ST-läkaren bör få kunskaper om klinikens och landstingets budgetprocess och viss färdighet i att utforma beslutsunderlag härför samt delta i verksamhetsplanering och i budgetuppföljning. Han bör få insikt i hälsoekonomiska kostnadsanalyser och i de etiska problem som kan uppstå vid avvägningen mellan ekonomiska och medicinska ställningstaganden.

ST-läkaren bör utveckla sin förmåga att kritiskt granska metoder och tekniker inom specialiteten. Det är därför värdefullt om ST-läkaren under specialistutbildningen medverkar i projektarbeten och vetenskapligt arbete som kan bidra till en sådan vetenskapligt-kritisk skolning.

Slutligen är det angeläget att ST-läkaren tränar sin pedagogiska förmåga eftersom läkare ofta förväntas kunna delta i undervisning och handledning inom sin specialitet och kunna bedriva hälsouppllysning. I den mån särskild pedagogisk färdighet krävs inom specialiteten anges detta i resp. målbeskrivning.

### *Kvalitetskontroll*

Huvudansvaret för den löpande kontrollen av att ST-läkaren utvecklar sin kompetens i enlighet med kraven i målbeskrivningen åvilar klinikchefen (motsv.) och handledaren.

Vidare görs kunskapskontroll i anslutning till SK-kurser. Kursledaren utfärdar ett intyg om att ST-läkaren tillägnat sig kursens innehåll.

Några specialistföreningar ordnar prov eller "specialistexamina" som ger ST-läkaren möjlighet att pröva vilken kompetensnivå han uppnått. Möjligheterna härtill anges under resp. specialitet.

### *Kompetensbevis*

Socialstyrelsen utfärdar bevis om specialistkompetens. Underlag för socialstyrelsens bedömning är tjänstgöringsbetyg från klinikchefen (motsv.) vid den eller de vårdenheter där läkaren arbetat under specialiserings-tjänstgöringen och intyg om genomgångna kurser och andra handlingar



som ST-läkaren vill åberopa för att styrka att han uppfyller kompetenskraven i målbeskrivningen.

ST-läkaren får ansöka om specialistkompetens inom mer än en specialitet.

I fråga om kompetensbevis som specialist för läkare med utländsk utbildning finns särskilda bestämmelser i behörighetslagstiftningen.

#### *Utbildningstid*

Den tidigare detaljstyrningen av specialistutbildningen med tidsmässigt fixerade huvud- och sidoutbildningar har ersatts av målbeskrivningarnas kvalitativa krav på kunskaper, färdigheter och förhållningssätt. Det finns då ett behov av att för varje specialitet ange en tidsram inom vilken det kan anses vara rimligt att specialistkompetens kan uppnås.

Målbeskrivningens kompetenskrav skall, som angetts i avsnitt 5.2.5, kunna uppnås efter högst sju år, under förutsättning att ST-läkaren arbetar heltid. LSU 85 anser att det är rimligt att en sådan gräns sätts gemensamt för samtliga specialiteter. Det är handledarens uppgift att fortlöpande kontrollera att läkaren tillägnar sig de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som anges i målbeskrivningen. I god tid innan sjuårsgränsen uppnåtts bör handledaren informera läkaren om vad som saknas för att läkaren skall kunna uppnå sin specialistkompetens. Det är arbetsgivarens, klinikchefens och handledarens ansvar att vidta sådana särskilda åtgärder som behövs för att ST-läkaren skall kunna uppnå sin specialistkompetens.

Utredningen anser vidare, som angetts i avsnitt 5.2.5, att det är nödvändigt att ange den kortaste tid som är rimlig för att den blivande specialisten skall ha fått den kliniska mognad som behövs för att motsvara den kompetensnivå som angetts i målbeskrivningen. LSU 85 anser att denna tidpunkt skiljer sig åt från specialitet till specialitet. Den anges därför i de särskilda bestämmelser som gäller för resp. specialitet.

### 7.3 Förslag till särskilda bestämmelser i målbeskrivningarna för specialiteterna

Utredningens förslag till särskilda bestämmelser i målbeskrivningarna för var och en av specialiteterna redovisas i *huvudbilaga* till betänkandet (SOU 1987:54).

Förslag till sådana särskilda bestämmelser läggs fram för följande specialiteter:



allergologi  
allmänmedicin  
anestesi och intensivvård  
arbets- och miljömedicin  
barn- och ungdomsallergologi  
barn- och ungdomskardiologi  
barn- och ungdomskirurgi  
barn- och ungdomsmedicin  
barn- och ungdomsneurologi  
med rehabilitering  
barn- och ungdomspsykiatri  
barn- och ungdomsradiologi  
endokrinologi  
företagshälsovård  
geriatrik  
gynekologisk tumörsjukvård  
handkirurgi  
hematologi  
hud- och könssjukvård  
hörselrubbningar  
infektionssjukvård  
internmedicin  
kardiologi  
kirurgi  
klinisk bakteriologi  
klinisk cytologi  
klinisk farmakologi  
klinisk fysiologi  
klinisk genetik  
klinisk immunologi  
klinisk kemi  
klinisk neurofysiologi  
klinisk näringslära  
klinisk patologi  
klinisk virologi  
koagulations- och blödnings-  
rubbningar  
kvinnosjukdomar och förlossningar  
medicinsk lungsjukvård  
medicinsk mag- och tarmsjukvård  
medicinsk njursjukvård  
medicinsk radiologi  
medicinsk rehabilitering  
neurokirurgi  
neurologi  
neuroradiologi  
ortopedi  
plastikkirurgi  
psykiatri  
reumatologi  
rättsmedicin  
rättspsykiatri  
röst- och talrubbningar  
skolhälsovård  
socialmedicin  
thoraxkirurgi  
transfusionsmedicin  
tumörsjukvård  
urologi  
yrkesmedicin  
ögonsjukvård  
öron-, näs- och halssjukvård







## Särskilt yttrande

av Birgitta Bratthall, Johny Hultin, Ewa Lindqvist  
och Gunnar Wennström

Undertecknade representanter för socialdepartementet, utbildningsdepartementet och socialstyrelsen har i utredningen om läkarnas specialistutbildning (LSU 85) försökt slå vakt inte bara om kvaliteten i denna utbildning utan även om statens möjligheter att i samverkan med landstingens och läkarnas organisationer använda vidareutbildningssystemet som ett instrument i planeringen av hälso- och sjukvårdens framtida utveckling. Vi har i utredningsarbetet fört fram synpunkter härom, som vi dock inte fått fullt gehör för. Vi vill därför i detta särskilda yttrande redovisa vissa synpunkter i fråga om läkarplaneringen.

Först vill vi allmänt framhålla att vi ställer oss bakom de förslag som LSU 85 lägger fram beträffande allmäntjänstgöringen (AT). Förslagen i denna del anser vi vara väl motiverade.

Förslaget till utformning av ny specialistutbildning föranleder inte heller någon principiell erinran från vår sida. Vi delar LSU 85:s uppfattning om nödvändigheten av att reformera det nuvarande systemet. Vi anser liksom utredaren det väsentligt och eftersträvansvärt att gå över från dagens tidsmässigt detaljreglerade system till ett system med målstyrning. Utredningen har enligt vår mening gjort ett värdefullt arbete med att ta fram målbeskrivningar för olika specialiteter. Vi vill därvid också ge en särskild eloge till läkarnas organisationer, som förtjänstfullt medverkat i detta arbete.

Utredningen anger att dess förslag om ändrad utbildningsordning innebär att det behövs en motsvarande förändring av den planeringsfunktion som är knuten till vidareutbildningssystemet. Utredningen förutsätter att dessa frågor regleras i en förnyad överenskommelse mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. Vi delar denna uppfattning.

Utredningen pekar på olika vägar för uppbyggnaden av den framtida planeringsfunktionen och för samhällets styrning av läkarfördelningen. Vi menar emellertid att det saknas en analys av hur den föreslagna specialistutbildningen skall kunna fungera som instrument för att påverka den framtida fördelningen av läkarna på olika verksamhetsfält och geografiska områden.

För att systemet med specialistutbildningen skall kunna fungera som kvantitativt planeringsinstrument erfordras dels en fördelning av förordnandena av nylegitimerade läkare på olika specialiteter m.m. enligt ett



fastställt program, dels att en genomströmning av läkare genom specialistutbildningssystemet kan garanteras.

Det av LSU 85 här framlagda förslaget om tillsvidareförordnanden av läkare under specialistutbildning ger enligt vår mening inte dessa senare garantier. I stället finns risk för att förslaget leder till en minskad genomströmning. Detta påverkar i så fall såväl det fortsatta tillskottet av läkare till specialistutbildning som kvaliteten i utbildningen. Det kan också leda till att de landsting som idag har svårt att rekrytera läkare även framöver kommer att ha svårigheter att fylla sitt behov av specialister. Det föreslagna systemet ger inte heller någon garanti för att flertalet av dem som legitimeras får möjlighet att gå igenom specialistutbildning.

Vi har givetvis förståelse för de yngre läkarnas krav på samma anställningstrygghet som andra yrkesgrupper. Om inte en genomströmning genom specialistutbildningen kan garanteras på annat sätt, anser vi det nödvändigt att låta samtliga läkare (inte bara regionsjukhusens läkare) omfattas av visstidsförordnanden. Den erforderliga tiden för ett sådant förordnande, som kan kallas specialiseringstjänstgöringsförordnande, skulle då kunna vara den maximitid, som förutsätts för att läkare skall kunna uppfylla kraven i respektive specialitets målbeskrivning.

Vår uppfattning är således att utredningsmannens förslag om tillsvidareförordnande för läkare efter legitimation minskar det centrala inflytandet på läkarresursernas såväl geografiska som verksamhetsmässiga fördelning. Med det övergripande ansvar som statsmakterna har för hälso- och sjukvården i landet bör staten enligt vår mening alltjämt ha ett avgörande inflytande på denna fördelning. Detta är av vikt för att både breda basspecialiteter på primärvårds- och länssjukvårdsnivå och små, smala och högspecialiserade verksamheter på regionnivå skall få sitt behov av specialister tillgodosett. Det är också viktigt att utforma detta planeringsinstrument så att planeringsinsatsen blir möjlig för samtliga specialiteter.

Vi ställer oss således bakom merparten av utredarens förslag men menar att den centrala styreffekten för fördelning av läkare över landet och på medicinska verksamhetsområden bör bättre tillgodoses. Av särskilt intresse är därvid att slå vakt om kravet på genomströmning genom specialiseringstjänstgöringssystemet. Ett sätt härför är att låta samtliga läkare under denna tjänstgöring (och då inte bara läkare under specialiseringstjänstgöring vid regionsjukhus) omfattas av visstidsförordnanden.



## Bilaga 1

## Direktiven till LSU 85

**Läkarnas specialistutbildning m.m.**

Dir 1985:2

Beslut vid regeringsammanträde 1985-01-31.

Statsrådet Sigurdsen anför.

Jag föreslår att en särskild utredare tillkallas för att se över läkarnas specialistutbildning m.m.

**Sammanfattning av utredningsuppdraget**

Riksdagen fattade år 1969 beslut om ett system och en organisation för vidareutbildning av läkare efter läkarexamen (prop. 1969:35). De regler som då utformades har bestått i huvudsak oförändrade sedan dess.

Under de femton år som gått har såväl förutsättningarna för hälso- och sjukvården som dess innehåll ändrats. Detta ställer nya krav på att läkarnas specialistutbildning anpassas till de ändrade förutsättningarna.

En särskild utredare bör tillsättas med uppgift att föreslå hur utbildningen efter läkarexamen skall utformas i framtiden.

Utredarens huvuduppgift skall vara att formulera kraven på praktisk läkartjänstgöring och systematisk undervisning för ett antal breda verksamhetsområden. Dessa skall utgöra basen i det medicinska arbetet inom primär- och länssjukvården där merparten av vårdbehoven skall tillgodoses. Utredaren skall överväga om mer specialiserade verksamhetsområden härutöver skall kunna inrymmas i vidareutbildningssystemet.

Utgångspunkt för förslagen bör vara det synsätt som präglar 1982 års hälso- och sjukvårdslag. Det förslag till principprogram för Hälso- och sjukvården inför 90-talet (HS 90) som har framlagts (SOU 1984:39) — och som kommer att redovisas för riksdagen i en hälso- och sjukvårdspolitisk proposition under våren — samt den förnyade grundutbildningen av läkare som nu genomförs (prop. 1982/83:100) bör också beaktas vid utformningen av förslaget.

**Den nuvarande läkarutbildningen**

Den nuvarande läkarutbildningen utformades genom riksdagens be-



slut om reformerad läkarutbildning år 1969 (prop. 1969:35, SoU 83, rskr 215). Bl.a. avkortades grundutbildningen — huvudsakligen genom att en del av den praktiska träningen lyftes ur grundutbildningen och inordnades i sjukvårdsarbetet. Samtidigt underströks att läkarutbildningen — innefattande såväl grundutbildning som vidareutbildning — måste betraktas som en enhet. På så sätt formaliserades vidareutbildningen.

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

I enlighet med 1969 års reform av läkarutbildningen omfattar grundutbildningen studier under fem och ett halvt år. Vissa förändringar av innehållet har nyligen skett.

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

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

För närvarande finns mer än 7 000 läkare under utbildning efter läkarexamen. Dessa utgör ungefär 40 % av landstingens totala läkarkår.

I specialistutbildningen ingår utöver den praktiska tjänstgöringen s.k. systematisk undervisning. Denna består av självstudier och särskilda kurser med kunskapsprov. För att få specialistkompetens krävs f.n. genomgång av sex veckolånga kurser. Socialstyrelsen avser att under budgetåret 1984/85 anordna ca 270 sådana kurser.

Kostnaderna för läkarnas utbildning efter läkarexamen är dels underläkarnas löner, i runda tal 1 500 milj. kr./år, dels kostnader för kurser och provverksamhet m.m. Dessa senare uppgår för statens del till ca 28 milj. kr./år och för landstingens del till ca 12 milj. kr./år i form av utbildningsbidrag.

Ett mål för utbildningen är att ge läkarna de kunskaper, färdigheter och attityder som är nödvändiga för att de självständigt skall kunna utöva läkaryrket inom sina medicinska verksamhetsområden (specialiteter). Därutöver är specialistutbildningen ett instrument för att fördela läkarna på olika specialiteter för att på bästa sätt gagna samhällets behov. För sistnämnda ändamål har utvecklats ett särskilt läkarfördelningsprogram. Jag återkommer till detta längre fram.

Genom beslut av riksdagen år 1972 (prop. 1972:104, SoU 37, rskr 286)



anpassades läkartjänsterna och reglerna för läkarbehörighet m.m. till den nya vidareutbildningen. Inom den offentliga hälso- och sjukvården krävs för behörighet till läkartjänst specialistkompetens inom det medicinska verksamhetsområde som tjänsten avser.

I december 1977 reviderades 1965 års överenskommelse mellan de nordiska länderna om en fri arbetsmarknad för läkare. Genom ändring-  
en kan den som har specialistkompetens som läkare i ett nordiskt land få bevis om motsvarande kompetens även i övriga nordiska länder. Förut-  
sättningarna är att läkaren har obegränsad rätt att utöva läkaryrket i det  
nya landet (legitimation/motsvarande) och att verksamhetsgrenen är er-  
känd som specialitet där.

Föreskrifter om utbildningen efter läkarexamen och om tillämpningen  
av den fria arbetsmarknaden finns fr.o.m. den 1 juli 1984 i lagen  
(1984:542) och förordningen (1984:545) om behörighet att utöva yrke  
inom hälso- och sjukvården m.m.

### **Nuvarande läkarfördelningsprogram**

Riksdagsbeslutet år 1969 om läkarutbildning har utgjort basen för det  
arbete med läkarfördelningsprogram (LP) som socialstyrelsen utveckla-  
de under 1970-talet. Riksdagen ansåg det angeläget att socialstyrelsen i  
samverkan med bl.a. Landstingsförbundet och Sveriges läkarförbund  
vid fördelningen av läkare på olika specialiteter gör avvägningar och  
prioriteringar med hänsyn till både den framtida vårdefterfrågan och till  
den aktuella hälso- och sjukvårdssituationen.

Både det långsiktiga och det kortsiktiga hälso- och sjukvårdsbehovet  
förutsattes sålunda bli utslagsgivande då man skulle inrätta nya tjänster  
för läkare under utbildning efter läkarexamen.

Fördelningen av läkare på olika geografiska områden, allmäntjänst-  
göringar och specialiteter baseras på särskilda läkarfördelningsprogram  
(LP). Programmen fastställs numera av hälso- och sjukvårdsberedning-  
en, tidigare socialdepartementets sjukvårdsdelegation, att gälla för ett  
visst antal år framåt i tiden. Nya LP beslutas vanligtvis vartannat år men  
har under de senaste åren beslutats varje år. Förslag till LP utarbetas av  
socialstyrelsen i samråd med UHÄ, Landstingsförbundet och Sveriges  
läkarförbund.

I riksdagens beslut om hälso- och sjukvårdslag m.m. (prop. 1981/  
82:97, SoU 51, rskr 381) föreslås ingen principiell förändring beträffande  
planeringen av vidareutbildningen av läkare. Socialstyrelsen skall såle-  
des även i fortsättningen fördela s.k. block för AT och specialistutbild-  
ning mot bakgrund av de ramar som fastställs av hälso- och sjukvårdsbe-  
redningen. Till skillnad mot tidigare regleras dock inte förutsättningarna  
för detta fördelningsarbete i lag. I stället har en överenskommelse träffats  
mellan staten och Landstingsförbundet. Däri förutsätts bl.a. att särskilda  
läkarplaneringsramar utarbetas för varje sjukvårdsområde för en tid av  
fem år, men med de två första åren mer preciserade.



## Skälen till en ändrad vidareutbildning

Huvudlinjerna för dagens vidareutbildning lades fast i slutet av 1960-talet. Systemet är därför starkt präglad av de förhållanden och det synsätt som rådde för 15 år sedan. Tiden därefter har medfört nya förutsättningar i många avseenden.

## Ny lagstiftning har ändrat förutsättningarna

Den nya lagstiftningen på hälso- och sjukvårdsområdet har delvis ändrat förutsättningarna för vårdarbetet. Landstingskommunerna har fått ett vidgat ansvar för befolkningens hälsa. Förutom att tillhandahålla sjukvård har de ålagts att arbeta för att främja hälsan och förebygga sjukdomar och skador hos befolkningen. Detta fordrar såväl individriktade som samhällsinriktade insatser vilket även påverkar läkarnas arbete och ansvar inom hälso- och sjukvården. Det kommer liksom tidigare att finnas behov av läkare inom specialiserade områden men också ett ökat behov av läkare med bred kompetens och förmåga till samordning och överblick.

## Hälso- och sjukvården får ny inriktning

Hälso- och sjukvårdspolitiken kommer under det närmaste decenniet att ändra inriktning. Primärvården och långtidssjukvården skall byggas ut och utvecklas till sitt innehåll. Den psykiatriska vården och den somatiska korttidsvården skall omstruktureras. Bl.a. kommer antalet vårdplatser inom den slutna vården att minska. Den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvården förväntas samtidigt komma att präglas av ekonomisk återhållsamhet.

Den framtida hälso- och sjukvården skall byggas upp med primärvården som bas. Efter hand som denna verksamhet utvecklas förväntas en allt större del av vårdbehoven kunna tillgodoses i patienternas närmiljö. Erfarenheter från en väl fungerande primärvård tyder på detta.

Det sjukvårdsbehov som inte kan tillgodoses i primärvården skall tillgodoses på läns- och regionnivå. Där kommer man att ta hand om patienter med sjukdomstillstånd som kräver personella och/eller tekniska resurser, som av olika skäl måste koncentreras. Huvuddelen av denna vård bör kunna ges inom länssjukvården. Läkare inom ett antal relativt breda verksamhetsområden som t.ex. internmedicin och allmänkirurgi kan där svara för huvuddelen av vården.

För patienter med sällsynta sjukdomar eller behov av specifika insatser måste det härutöver finnas läkare med mer specialiserad kompetens. Sådana läkare kommer att finnas framför allt vid regionsjukhusens högt specialiserade vårdenheter.

Specialiseringen inom hälso- och sjukvården har lett till en långtgående uppdelning av olika verksamhetsområden. För närvarande finns inom vidareutbildningen 44 olika specialiteter. Till detta kommer ytterligare 16 s.k. behörighetsämnen.



## Stora personalpolitiska förändringar påverkar utbildningssystemet

Även på det personalpolitiska området har stora förändringar skett som påverkar läkarnas arbete.

Totalantalet läkare ökar. Tillskottet av läkare kommer i fortsättningen i första hand att utgöras av specialistkompetenta läkare. Sannolikt kommer även antalet personer inom övriga personalkategorier att öka. Utbildning/fortbildning för andra yrkesgrupper kommer att ändras. Bl.a. som en följd av de ändrade förutsättningarna kommer nya organisationsformer att prövas. Läkaren torde därvid komma att bli en del av en helhet på ett annat sätt än tidigare.

Läkarnas anställningsförhållanden har sedan år 1969 förändrats. Reglerad arbetstid, lagar om medbestämmande, anställningstrygghet och rätt till deltidsarbete och ledigheter av olika skäl har införts. I framtiden kan därför i högre grad än f.n. variationer i tjänstgöringsförhållandena bli aktuella.

Målsättningen för utbildningen måste för framtiden inriktas på att den specialistutbildade läkaren skall kunna fungera i en omstrukturerad vårdorganisation i enlighet med de tankegångar som har presenterats i Hälso- och sjukvård inför 90-talet, HS 90 (SOU 1984:39).

## Kritiken mot nuvarande system

Utformningen av ett förändrat system för läkarnas specialistutbildning måste ta fasta på vunna erfarenheter. Från olika håll har kritik mot nuvarande system framförts. Denna kan sammanfattas i följande punkter.

- Företrädare för läkarutbildningen påpekar brister i sambandet mellan grundutbildning och vidareutbildning. I anslutning till UHÄ:s översyn av läkarnas grundutbildning framfördes kritik mot att översynen inte också omfattade vidareutbildning och AT. Resultatet blev att en granskning av vilka moment som skulle kunna överföras till AT eller FV-nivån inte kom till stånd.
- Den långtgående specialiseringen av vidareutbildningen har medfört svårigheter att inom rimliga kostnadsramar och under bl.a. olika jour- och beredskapsgrader upprätthålla adekvata vårdfunktioner.
- Trots samverkan mellan staten, landstingen och de fackliga organisationerna har den avsedda balansen i fördelningen av läkare mellan olika delar av landet och mellan olika medicinska specialiteter inte uppnåtts. Läkarna har i viss utsträckning kunnat genomföra sin specialistutbildning vid sidan av blocksystemet genom tjänstgöring på olika vikariat. Detta har lett till svårigheter att planera vården.
- För att kunna planera den framtida hälso- och sjukvården krävs att man med någon grad av sannolikhet kan bedöma hur många läkare som behövs på enskilda verksamhetsområden för en period av cirka 15 år framåt. Det har under de senaste åren varit svårt att ta



fram tillfredsställande underlag för detta. Detta har påverkat läkarfördelningsarbetet och gjort resultaten osäkra.

- Nuvarande system för vidareutbildningen anses vara alltför stelt och detaljreglerat. Flexibilitet saknas i stor utsträckning. Undantag från reglerna kräver t.ex. ofta centrala dispenser.
- Sjukvårdshuvudmännen har haft växande svårigheter att rationellt utnyttja läkare under AT- och specialistutbildning. Detta beror bl.a. på att antalet inrättade tjänstgöringar (s.k. block) varierar från år till år och på de enskilda läkarnas familjesituation, vilken föranlett önskemål om arbetsplats och ledigheter. Därtill kommer särskilda regler för hur olika delmoment skall placeras. Resultatet har blivit överbemanning på vissa kliniker, bristande kontinuitet i vården och ett omfattande administrativt arbete för att planera tjänstgöringen.
- Den teoretiska undervisningen är i huvudsak inriktad på kurser med kunskapsprov. Det har dock under de senaste åren blivit allt svårare att passa in dessa kurser i de enskilda läkarnas praktiska tjänstgöring. Detta gäller såväl kursernas förläggning i tiden som deras innehåll.
- Kontrollen av fullgjord vidareutbildning har mer kommit att innebära kontroll av att hela den praktiska tjänstgöringen fullgjorts än en kontroll av kunskaper, färdigheter och attityder.
- Den ökade specialiseringen av vissa vidareutbildningar i Sverige har medfört problem under senare år i det nordiska samarbetet.

### Utredningsuppdraget

Utredaren skall lämna förslag till hur utbildningen av läkare efter läkarexamen skall utformas. I den framtida hälso- och sjukvården kommer merparten av vårdbehoven att tillgodoses inom primär- och länssjukvården. Detta kommer att ställa särskilda krav på utbildningen av de läkare som arbetar där och som kommer att utgöra basen i det medicinska arbetet. Utbildningen av dessa läkare måste på bättre sätt än idag leda till en bred kompetens, dvs. göra läkaren väl skickad att klara av de mångskiftande situationer och problem som han ställs inför. Huvuduppgiften för utredaren blir därför att utforma sådana krav på teoretisk undervisning och på praktisk tjänstgöring att utbildningen kan ge läkaren dessa förutsättningar. Utredaren skall också överväga om, och i så fall i vilken utsträckning, mer specialiserade utbildningar kan inrymmas i systemet.

Utredaren skall beakta följande i sitt arbete:

- Sjukvårdshuvudmännen skall enligt hälso- och sjukvårdslagen bl.a. genom förebyggande insatser främja en god hälsa hos befolkningen.
- Sjukvårdshuvudmännens ansvar för att patienternas vårdbehov blir tillgodosett förutsätter att de kan disponera sin personal för detta syfte så att vården drivs effektivt med hänsyn till säkerhet och kvalitet.



- I den framtida vården måste bl.a. läkarna ha sådana breda kunskaper och erfarenheter som kan ge möjligheter att förändra verksamheten. Möjligheter att komplettera kompetensen eller att byta verksamhetsområde måste således finnas.
- Antalet verksamhetsområden, för vilka en formaliserad vidareutbildning föreslås, bör starkt begränsas i förhållande till vad som f.n. gäller.
- Det nya systemet för utbildning efter läkarexamen skall var överblickbart och medge insyn. Tillämpningen lokalt måste kunna vara en naturlig del av den normala personalplaneringen.

Utredningsarbetet bör bedrivas utifrån följande allmänna förutsättningar:

Patienternas behov måste vara utgångspunkten i översynen av den framtida vidareutbildningen av läkare. Patienternas behov av kontinuitet skall ges hög prioritet. Mot bakgrund av den bemanningsplan som nu genomförs bör alla anställningar vara organisatoriskt acceptabla. Det innebär bl.a. att varje arbetsplats förutsätts ha ett bestämt antal anställningar att bemanna. Tjänstgöringens former och förläggning måste anpassas till dessa ramar.

Möjligheten att få praktisk erfarenhet i anslutning till de kliniska kurserna under grundutbildningen är begränsad. Allmäntjänstgöringen (AT) förutsätts därför även i fortsättningen ge de huvudsakliga grundläggande kliniska erfarenheter som behövs för att arbeta som läkare inom hälso- och sjukvården.

Allmäntjänstgöringen bör således även i fortsättningen vara grunden för allmän behörighet att utöva läkaryrket. AT bör vara enhetlig för alla läkare oavsett senare specialisering. Frågan om AT:s utformning i förhållande till såväl grundutbildning som till vidareutbildningen liksom även till forskarutbildningen bör dock prövas av utredaren.

En viktig uppgift för utredaren är att överväga hur en kontroll av kvaliteten på utbildningen i dess olika delar bör utformas.

Den planeringsfunktion som idag är förknippad med systemet för vidareutbildning måste ses över.

Utredaren bör även belysa vilka konsekvenser en ändrad utformning av vidareutbildningen kan få för tillämpning av överenskommelsen om en gemensam nordisk arbetsmarknad för läkare. Utredaren bör sträva efter att inte inskränka den fria rörligheten inom Norden för läkare om det inte finns särskilda skäl.

### **Ramar för utredaren**

Utredningens arbete skall vara slutfört senast under år 1986.

För utredningen gäller regeringens allmänna tilläggsdirektiv till kommittéer av den 16 februari 1984.

### **Hemställan**

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



bemyndigar det statsråd som har till uppgift att föredra ärenden om hälso- och sjukvård

att tillkalla en särskild utredare — omfattad av kommittéförordningen (1976:119) — med uppdrag att föreslå hur vidareutbildningen efter läkar-examen skall utformas i framtiden,

att besluta om experter, sekreterare och annat biträde åt utredaren.

Vidare hemställer jag att regeringen beslutar  
att kostnaderna skall belasta femte huvudtitelns kommittéanslag.

### Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och bifaller hennes hemställan.

(Socialdepartementet)



## Bilaga 2

## Förteckning över inkomna skrivelser

- 1985-03-07 Svenska Läkaresällskapet: anhållan att till utredningen som expert knyta docent Stephan Rössner.
- 1985-03-17 Västerbottens läns landsting: överlämnande av motion m.m. om förbättrad grund- och vidareutbildning av läkare inom ämnesområdet rörelseorganens sjukdomar.
- 1985-03-23 Uppsala universitet, nämnden för läkarlinjen: inbjudan till konferensen "En förnyad läkarutbildning".
- 1985-04-19 Socialdepartementet, departementsprotokoll § 126 1985-04-18: överlämnar skrivelse från UHÄ den 4 juni 1984 om läkarnas specialistutbildning för övervägande i utredningsarbetet.
- 1985-04-19 Socialdepartementet, departementsprotokoll § 127 1985-04-18: överlämnar skrivelse 1984-05-29 från professor Erik Allander (för Svenska Epidemiologiska föreningen) med anhållan om att bli representerad i kommande utredning om läkares vidareutbildning för övervägande i utredningsarbetet.
- 1985-04-19 Socialdepartementet, departementsprotokoll § 128 1985-04-18: överlämnar skrivelse från professor Jan Winberg m.fl. 1981-06-04 om förlängd utbildningstid för specialister i pediatrik för övervägande i utredningsarbetet.
- 1985-05-03 Regeringsbeslut 1985-05-02 (för kännedom) om uppdrag åt socialstyrelsen att genomföra en begränsad översyn av kostnaderna för den systematiska undervisningen och kunskapsprov för läkare under vidareutbildning att redovisas senast 15 september 1985.
- 1985-06-10 Socialstyrelsen: överlämnar skrivelse från professor Olle Hallén om gemensam strategi för vidareutbildning inom ÖNH-området.
- 1985-06-19 Socialstyrelsen: överlämnar skrivelse från professor Gösta Tibblin om kunskapsprov i allmänmedicin (1982-07-13, dnr FAP 1 31130-1284/85).
- 1985-06-19 Socialstyrelsen: överlämnar skrivelse från överläkare Lenart Sundell om specialitet i företagshälsovård-arbetsmedicin-miljömedicin (1984-03-29).



- 1985-06-19 Socialstyrelsen: överlämnar skrivelse från Svensk yrkesmedicinsk förening om att delta i utredning om specialistutbildningar (1984-04-02, dnr FAP I 31140-644/84).
- 1985-06-19 Socialstyrelsen: överlämnar skrivelse från ämnesexpertgruppen (Svensk neurokirurgisk förening) med förslag till utbildningsprogram för vidareutbildning m.m. i neurokirurgi (1984-06-01, dnr FAP I 3116-1072/84).
- 1985-06-19 Socialstyrelsen: överlämnar skrivelse från professorerna i diagnostisk radiologi om kunskapsprov för blivande specialister (1984-06-26, dnr FAP I 31140-1118/84).
- 1985-06-19 Socialstyrelsen: överlämnar skrivelse från Svenska kärlkirurgklubben om profilmrådesutbildning i kärlkirurgi (1985-01-08, dnr FAP I 31021-64/85).
- 1985-07-26 Socialstyrelsen: överlämnar skrivelse från ämnesexpertgruppen i långvårdsmedicin med förslag till ändrad specialitetsbeteckning för nuvarande specialiteten långvårdsmedicin (dnr FAP I 31140-472/83).
- 1985-07-26 Socialstyrelsen: överlämnar skrivelse från docent Ingmar Klockhoff om behov av formaliserat krav på sex månader audiologi i specialistutbildningen i öron-, näs- och halssjukdomar (dnr FAP I 31140-472/83).
- 1985-07-26 Socialstyrelsen: överlämnar skrivelse från samverkansnämndens kansli, Linköping, ang. indelningen i kategori I och II-sjukhus (dnr FAP I 31140-472/83).
- 1985-07-26 Socialstyrelsen: överlämnar skrivelse från Svensk förening för rehabilitering och fysikalisk medicin ang. ändring av specialitetsbenämningen medicinsk rehabilitering till rehabilitering och fysikalisk medicin (dnr FAP I 31140-472/83).
- 1985-08-12 Skrivelse från kommittén för läkares vidareutbildning i Norden (NKLIV) med anhållan om företräde för utredaren.
- 1985-08-30 Skrivelse från samverkansnämnden i norra sjukvårdsregionen om besvärslätten vid tillsättande av FV-block, m.m.
- 1985-12-20 Skrivelse från Svensk förening för hematologi (professor Gösta Gahrton) om förslag att göra hematologi till en grenspecialitet inom invärtesmedicin.
- 1986-01-20 Socialstyrelsen: överlämnar skrivelse från Svensk internmedicinsk förening med begäran om ändrad benämning på specialiteten allmän internmedicin.
- 1986-01-20 Socialstyrelsen: överlämnar skrivelse från professor Ideström, Karolinska sjukhuset, ang. inrättandet av en särskild specialitet för missbrukarvården.
- 1986-02-07 Socialstyrelsen: överlämnar skrivelse från Svenska Förbundet för Allmän och Gynekologisk Onkologi och från ordföranden i socialstyrelsens ämnesexpertgrupp för allmän och gynekologisk onkologi, professorn Bo Nordenskjöld, Linköping, om ändrad sidutbildning för blivande specialister i gynekologisk onkologi.



- 1986-05-05 Socialstyrelsen: överlämnar för kännedom skrivelse från Svensk förening för medicinsk radiologi om behovet av uppdelning av radiologin i organspecialiteter.
- 1986-05-15 Skrivelse från Svensk förening för rehabilitering och fysikalisk medicin med förslag om att medicinsk rehabilitering bör kvarstå som en självständig stamspecialitet.
- 1986-07-04 Skrivelse från Svensk ortopedisk förening med krav att ortopedin skall bli en grundspecialitet och ej ett profilområde inom kirurgin.
- 1986-07-11 Skrivelse från professorn i ortopedisk kirurgi Bo Nilsson, Malmö, som stöder skrivelse från Svensk ortopedisk förening.
- 1986-08-19 Skrivelse från professorn i ortopedisk kirurgi Lars-Ingvar Hansson, Malmö, som ansluter sig till skrivelse från Svensk ortopedisk förening.
- 1986-09-02 Skrivelse från styrelsen för Svensk socialmedicinsk förening med förslag om en samhällsmedicinsk basspecialitet och förslag till grundstruktur härför.
- 1986-09-18 Skrivelse från professorn i ortopedisk kirurgi Alf Nachemson, Göteborg, som till skrivelsen från Svensk ortopedisk förening vill framföra att vårdprogram för ryggsjukdomar förutsätter självständiga specialister även på landets länsdelssjukhus m.m.
- 1986-11-24 Skrivelse från Svensk urologisk förening angående specialitetens ställning.
- 1986-12-01 Skrivelse från Stockholms läns landsting angående läkarnas FV-utbildning.
- 1986-12-01 Skrivelse från landets audiologöverläkare (genom professor Erik Borg) med synpunkter på FV-utbildning inom specialiteten hörselrubbnings/klinisk audiologi.
- 1986-12-10 Skrivelse från Neurologiskt Handikappades Riksförbund med förfrågning om förändringar av utbildningen av neurologer.
- 1987-01-26 Socialstyrelsen: överlämnar en skrivelse från professorn Ian Goldie angående förslag till namnändring av ämnesområdet ortopedisk kirurgi till ortopedi (dnr FAP 1:231140-2063/86).
- 1987-02-03 Skrivelse från Neurologiskt Handikappades Riksförbund angående neurologutbildningen.
- 1987-02-06 Skrivelse från Svenska Epilepsiförbundet angående neurologin som specialitet för epilepsivård.
- 1987-03-10 Skrivelse från Svensk reumatologisk förening med förslag att reumatologi upptages på förteckningen över specialiteter som behövs inom läns- och primärsjukvård.
- 1987-05-11 Skrivelse från Svensk förening för ortopedisk medicin med förslag till målbeskrivning.



- 1987-05-26 Skrivelse från Karin Sparre angående kvinnliga läkares behov av ledarskapskurser.
- 1987-06-04 Socialdepartementet: överlämnar skrivelse från vissa specialföreningar med gemensamt förslag till specialitetsnomenklatur.
- 1987-06-10 Socialdepartementet, departementsprotokoll § 218 1987-06-05: överlämnar för övervägande skrivelse 1987-05-18 från Svenska Föreningen för Invärtesmedicinsk Allergologi med förslag till målbeskrivning för allergivårdskompetens.
- 1987-06-18 Riksförbundet mot reumatism: pressmeddelande med vissa krav på reumatologins ställning som specialitet m.m.



## Bilaga 3

## Utlysta AT-block för den första av de två omgångarna under år 1987

LANDSTING	ANTAL BLOCK	TID/BLOCK I MÅNADER
Stockholm	68	21
Uppsala	12	21
Södermanland	16	21
Östergötland	16	21 (med möjlighet till ytterligare 3 månader s.k. bufferttid)
Gotland	3	21
	1	24 (varav 3 månader valfri)
Jönköping	13	21
	6	24 (varav 3 månader valfri)
Kronoberg	10	21
Kalmar	12	24
Blekinge	7	24
Kristianstad	17	24
Malmöhus	21	21
Halland	16	21
Bohuslän	21	22
Älvsborg södra	8	21
" — södra	11	24
Älvsborg norra	11	21
" — norra	2	24
Värmland	11	21
Skaraborg	16	21
Malmö	7	21
Göteborg	14	21
Örebro	20	21 (vissa möjligheter till valfri tjänstgöring inom laboratorie-specialiteterna, röntgen, yrkesmedicin, psykiatri och långvård)
Västmanland	18	21
Kopparberg	22	21
Gävleborg	22	21 (med möjlighet till ytterligare 3 månader bufferttid)
Västernorrland	17	21
Jämtland	8	21
Västerbotten	11	21
Norrbotten	22	24 (varav 3 månader valfri tjänstgöring)
Summa:	459	302 block à 21 månader 21 block à 22 månader 58 block à 21 månader med möjlighet till förlängning 78 block à 24 månader



## Bilaga 4

## Förteckning över de nuvarande specialiteterna i 3 § i förordningen (1984:545) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården

- |  |   |
|--|---|
| 1. Allmänmedicin   | 7. Gruppen klinisk laboratorie-<br>verksamhet:                        |
| 2. Anestesiologi   | a) Blodgruppsserologi och trans-<br>fusionslära                       |
| 3. Barnaålderns invärtes<br>sjukdomar (pediatrik)                                | b) Klinisk bakteriologi   |
| 4. Hudsjukdomar och veneriska<br>sjukdomar<br>(dermatologi och venerologi)       | c) Klinisk fysiologi  |
| 5. Gruppen invärtes sjukdomar:   | d) Klinisk kemi   |
| a) Allmän internmedicin  | e) Klinisk neurofysiologi   |
| b) Endokrina sjukdomar<br>(endokrinologi)  | f) Klinisk patologi   |
| c) Hjärtsjukdomar<br>(kardiologi)  | g) Klinisk virologi   |
| d) Akuta infektionssjukdomar   | h) Klinisk immunologi   |
| e) Lungsjukdomar<br>(pneumonologi)   | 8. Kvinnosjukdomar och<br>förlossningar (gynekologi<br>och obstetrik) |
| f) Matsmältningsorganens<br>medicinska sjukdomar<br>(medicinsk gastroenterologi) | 9. Medicinsk rehabilitering   |
| g) Medicinska njursjukdomar<br>(nefrologi)                                       | 10. Nervsjukdomar (neurologi)   |
| h) Reumatiska sjukdomar<br>(reumatologi)   | 11. Gruppen tumörsjukdomar<br>(onkologi):                             |
| i) Långvårdsmedicin  | a) Tumörsjukdomar<br>(allmän onkologi)                                |
| j) Yrkesmedicin  | b) Gynekologiska tumörsjuk-<br>domar (gynekologisk onkologi)          |
| 6. Gruppen kirurgiska sjukdomar:   | 12. Gruppen psykiska sjukdomar:                                       |
| a) Allmän kirurgi  | a) Allmän psykiatri   |
| b) Barnkirurgi   | b) Barn- och ungdomspsykiatri   |
| c) Handkirurgi   | c) Rättspsykiatri   |
| d) Neurokirurgi  | 13. Röntgendiagnostik<br>(diagnostisk radiologi)                      |
| e) Ortopedisk kirurgi  | 14. Socialmedicin   |
| f) Plastikkirurgi  | 15. Ögonsjukdomar (oftalmologi)                                       |
| g) Thoraxkirurgi   | 16. Gruppen öron-, näs- och hals-<br>sjukdomar:                       |
| h) Urologisk kirurgi   | a) Öron-, näs- och halssjukdomar<br>(oto-rhino-laryngologi)           |
|  | b) Hörselrubbingar<br>(audiologi)                                     |
|  | c) Röst- och talrubbingar<br>(foniatri)                               |

I paragrafen föreskrivs inom vilket eller vilka verksamhetsområden tjänstgöring för huvudutbildningen skall fullgöras och tjänstgöring-



ens(arnas) längd (varierar mellan 3 och 5 år beroende på specialitet).

Föreskrifter om inom vilket eller vilka verksamhetsområden tjänstgöring för sidoutbildning skall fullgöras (varierar mellan 1/2 och 1 1/2 år beroende på specialitet) finns i socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1985:11) till behörighetsförordningen.

Klinisk bakteriologi  
Klinisk fylogeni

Allmänläkarvetenskap

Allmänmedicin

Kommentar till tabellen

- 1) Verksamheten inom specialiteten skall vara avsedd för utbildning av läkare och sjuksköterskor. Detta innebär att verksamheten skall vara avsedd för utbildning av läkare och sjuksköterskor inom specialiteten.
- 2) Den psykiatriska verksamheten skall vara avsedd för utbildning av läkare och sjuksköterskor inom specialiteten.
- 3) Det framgår inte av uppgifterna vilka sjukhus som omfattas av utbildningen.
- 4) Den bakteriologiska verksamheten skall vara avsedd för utbildning av läkare och sjuksköterskor inom specialiteten.
- 5) Närmare uppgifter om verksamheten finns tillgängliga hos läroverket.

Det är således fem verksamheter som omfattas av utbildningen. Fyra av dem är avsedda för utbildning av läkare och sjuksköterskor inom specialiteten. Den femte är avsedd för utbildning av läkare och sjuksköterskor inom specialiteten med intensivvårdsmottagning.

Vid alla efter detta nämnda verksamheter finns utbildning av läkare och sjuksköterskor inom specialiteten. Vid alla efter detta nämnda verksamheter finns utbildning av läkare och sjuksköterskor inom specialiteten. Vid alla efter detta nämnda verksamheter finns utbildning av läkare och sjuksköterskor inom specialiteten.

Det är således fem verksamheter som omfattas av utbildningen. Fyra av dem är avsedda för utbildning av läkare och sjuksköterskor inom specialiteten. Den femte är avsedd för utbildning av läkare och sjuksköterskor inom specialiteten med intensivvårdsmottagning.



## Bilaga 5

# Nuvarande specialiteter inom primär- och länssjukvård

I tabellen redovisas specialiteternas representation i primärvård och länssjukvård i form av kliniker (motsv.) eller särskild överläkarbefattning. Uppgifterna avser de 20 resp. 41 läns- och länsdelssjukhus som finns i de 18 landsting (motsv.) som inte har regionsjukhus (i P-län och O-län finns dubbla länssjukhus). De svarar för hälso- och sjukvård till ca 5 miljoner av befolkningen i Sverige.

Källa: Socialstyrelsens förteckning över sjukvårdsanläggningar 1985.

Specialitet:	Specialiteten finns vid:	
	Länssjukhus antal:	Länsdelssjukhus antal:
Primärt kliniska specialiteter:		
o Allmän internmedicin	20	41
o Långvårdsmedicin	20	41
o Lungsjukdomar	17	3
o Reumatologi	15	—
o Infektionssjukdomar	16	—
o Njursjukdomar	12	—
o Kardiologi	4	—
o Allmän kirurgi	20	41
o Ortopedisk kirurgi	20	17
o Urologisk kirurgi	14	1
o Pediatrik	20	32 1)
o Allmän psykiatri	17 2)	12 1)
o Barn- och ungdomspsykiatri	17	12 1)
o Gynekologi och obstetrik	19	33 1)
o Ögonsjukdomar	19	27 1)
o Öronsjukdomar	18 3)	24 1)
o Hudsjukdomar	16	2 1)
o Neurologi	13 4)	—
o Medicinsk rehabilitering	7	1
o Tumörsjukdomar	5	—



## Servicespecialiteter:

o Röntgendiagnostik	20	41
o Anestesiologi och intensivvård	20	38 5)
o Klinisk kemi	19	5
o Klinisk patologi	17	—
o Klinisk bakteriologi	17	—
o Klinisk fysiologi	12	—

## Allmänläkarvård:

o Allmänmedicin	vid ca 500 vårdcentraler
-----------------	--------------------------

*Kommentar till tabellen:*

- 1) Verksamheten inom detta område torde alltid bedrivas som öppenvård utan egna vårdplatser och därmed inget eller ett lägre behov av jourverksamhet. Vid de länsdelssjukhus som inte redovisat befattning inom specialiteten torde det vara regel att konsult från länsjukhuset regelbundet tjänstgör vid länsdelssjukhuset i fråga.
- 2) Den psykiatriska verksamheten är i flera fall förlagd till ett särskilt mentalsjukhus för såväl öppen som sluten vård men hör funktionellt till länsjukhusfunktionen.
- 3) Det framgår inte av underlaget till förteckningen, men vid flera länsöronkliniker torde det finnas specialister i audiologi, som bl.a. svarar för hörcentralverksamheten.
- 4) Den neurologiska verksamheten bedrivs i regel inom ramen för den internmedicinska organisationen.
- 5) Några mindre sjukhus saknar särskild anestesilogisk enhet men torde ha tillgång till konsult från länsjukhuset under operationsdagarna.

Det är således fem medicinska verksamhetsområden/specialiteter som finns vid alla såväl länsdels- som länsjukhus: allmän internmedicin, allmän kirurgi, långvårdsmedicin, röntgendiagnostik och anestesiologi med intensivvård (nästan alla).

Vid alla eller det stora flertalet länsjukhus finns därutöver ortopedisk kirurgi, urologisk kirurgi, gynekologi och obstetrik, pediatrik, allmän psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, lungmedicin, reumatologi, infektionssjukvård, ögon, öron, hud, klinisk kemi, klinisk patologi och klinisk bakteriologi. Flera av dessa finns också representerade vid de flesta länsdelssjukhus, huvudsakligen med öppenvårdsfunktioner.

Neurologi, njursjukdomar och klinisk fysiologi finns vid drygt hälften av länsjukhusen.

Det är sannolikt att t.ex. kardiologisk specialist finns vid fler än de angivna sjukhusen i form av t.ex. sådana BÖL-befattningar som ej är upptagna i källmaterialet.







# Statens offentliga utredningar 1987

## Kronologisk förteckning

---

1. Otillbörlig efterbildning. Ju.
2. Dödsboärande och samägande av jordbruksfastighet m.m. Ju.
3. Långtidsutredningen '87. Fi.
4. En ny kyrkolag m. m. Del 1. C.
5. En ny kyrkolag m. m. Del 2. C.
6. Folkstyrelsens villkor. Ju.
7. Barnets rätt. Ju.
8. Svenska försvarsindustrins utlandsverksamhet. UD.
9. Det svenska totalförsvaret inför 90-talet. Fö.
10. Indrivningslag m.m. Fi.
11. Skydd för det väntade barnet. Ju.
12. Legitimation för vissa kiropraktorer. S.
13. Översyn av rättegångsbalken 3. Ju.
14. Mordet på Olof Palme. Ju.
15. Miljöskadefond. ME.
16. Begravningslag. C.
17. Franchising. Ju.
18. Internationella familjerättsfrågor. Ju.
19. Varannan damernas. A.
20. Läkemedel och hälsa. S.
21. Äldreomsorg i utveckling. S.
22. Missbrukarna Socialtjänsten och Tvånget. S.
23. Medicinteknisk säkerhet. S.
24. Produktsäkerhetslag. Fi.
25. Ökat kommunalt våghållningsansvar. K.
26. Enskilda vägar. K.
27. Skeppslega till utlänning. Tillstånd, dispenser, flaggskifte. K.
28. Bistånd för bättre miljö i u-land. UD.
29. Stöd till näringslivet. Fi.
30. Fel i fastighet. Ju.
31. Integritetsskyddet i informationssamhället 4. Ju.
32. För en bättre miljö. ME.
33. Ju mer vi är tillsammans. Del 1. C.
34. Ju mer vi är tillsammans. Exempelsamling. Del 2. C.
35. Ju mer vi är tillsammans. Underlag för reformer samt förslag. Del 3. C.
36. För en bättre miljö. Miljövårdsfamiljen. Myndigheter och författningar. ME.
37. Stödet till barn- och ungdomsföreningar. C.
38. Arkiv för individ och miljö. U.
39. Studiemedel. U.
40. Datorisering av tullens export- och importrutiner. Fi.
41. Fasta Öresundsförbindelser. K.
42. Miljökonsekvenser av fasta Öresundsförbindelser. K.
43. Snabbare körkortsingripanden m.m. K.
44. Livsmedelspriser och livsmedelskvalitet. Jo.
45. Översyn av mervärdesskatten. Del XI. Fi.
46. Översyn av rättegångsbalken 4. Ju.
47. Skäligen lokalhyror och trygghet i besittningen. Bo.
48. Ett nytt plan- och bostadsverk. Bo.
49. Sveriageinformationen och vissa publikationer. UD.
50. Högskolans journalistutbildning. U.
51. Ljud och bild för eftervärlden. U.
52. Folkrörelsernas lotterier och spel. Jo.
53. Kompetensutvecklingen efter läkarexamen. S.



# Statens offentliga utredningar 1987

## Systematisk förteckning

### Justitiedepartementet

- Otillbörlig efterbildning. [1]
- Dödsboärande och samägande av jordbruksfastighet m.m. [2]
- Folkstyrelsens villkor. [6]
- Barnets rätt. [7]
- Skydd för det väntade barnet. [11]
- Översyn av rättegångsbalken 3. [13]
- Mordet på Olof Palme. [14]
- Franchising. [17]
- Internationella familjerättsfrågor. [18]
- Fel i fastighet. [30]
- Integritetsskyddet i informationssamhället 4. [31]
- Översyn av rättegångsbalken 4. [46]

### Utrikesdepartementet

- Svenska försvarsindustrins utlandsverksamhet. [8]
- Bistånd för bättre miljö i u-land. [28]
- Sverigeinformationen och vissa publikationer. [49]

### Försvarsdepartementet

- Det svenska totalförsvaret inför 90-talet. [9]

### Socialdepartementet

- Legitimation för vissa kiropraktorer. [12]
- Läkemedel och hälsa. [20]
- Äldreomsorg i utveckling. [21]
- Missbrukarna Socialtjänsten och Tvånget. [22]
- Medicinteknisk säkerhet. [23]
- Kompetensutvecklingen efter läkarexamen. [53]

### Kommunikationsdepartementet

- Ökat kommunalt väghållningsansvar. [25]
- Enskilda vägar. [26]
- Skeppslega till utlänning. Tillstånd, dispenser, flaggskifte. [27]
- Fasta Öresundsförbindelser. [41]
- Miljökonsekvenser av fasta Öresundsförbindelser. [42]
- Snabbare körkortsingripanden m.m. [43].

### Finansdepartementet

- Långtidsutredningen '87. [3]
- Indrivningslag m.m. [10]
- Produktsäkerhetslag. [24]
- Stöd till näringslivet. [29]
- Datorisering av tullens export- och importrutiner. [40]
- Översyn av mervärdesskatten. Del XI. [45]

### Utbildningsdepartementet

- Arkiv för individ och miljö. [38]
- Studiemedel. [39]
- Högskolans journalistutbildning. [50]
- Ljud och bild för eftervärlden. [51]

### Jordbruksdepartementet

- Livsmedelspriser och livsmedelskvalitet. [44]
- Folkrorelsernas lotterier och spel. [52]

### Arbetsmarknadsdepartementet

- Varannan damernas. [19]

### Bostadsdepartementet

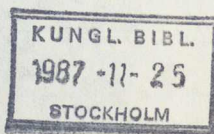
- Skäliga lokalhyror och trygghet i besittningen. [47]
- Ett nytt plan- och bostadsverk. [48 ]

### Civildepartementet

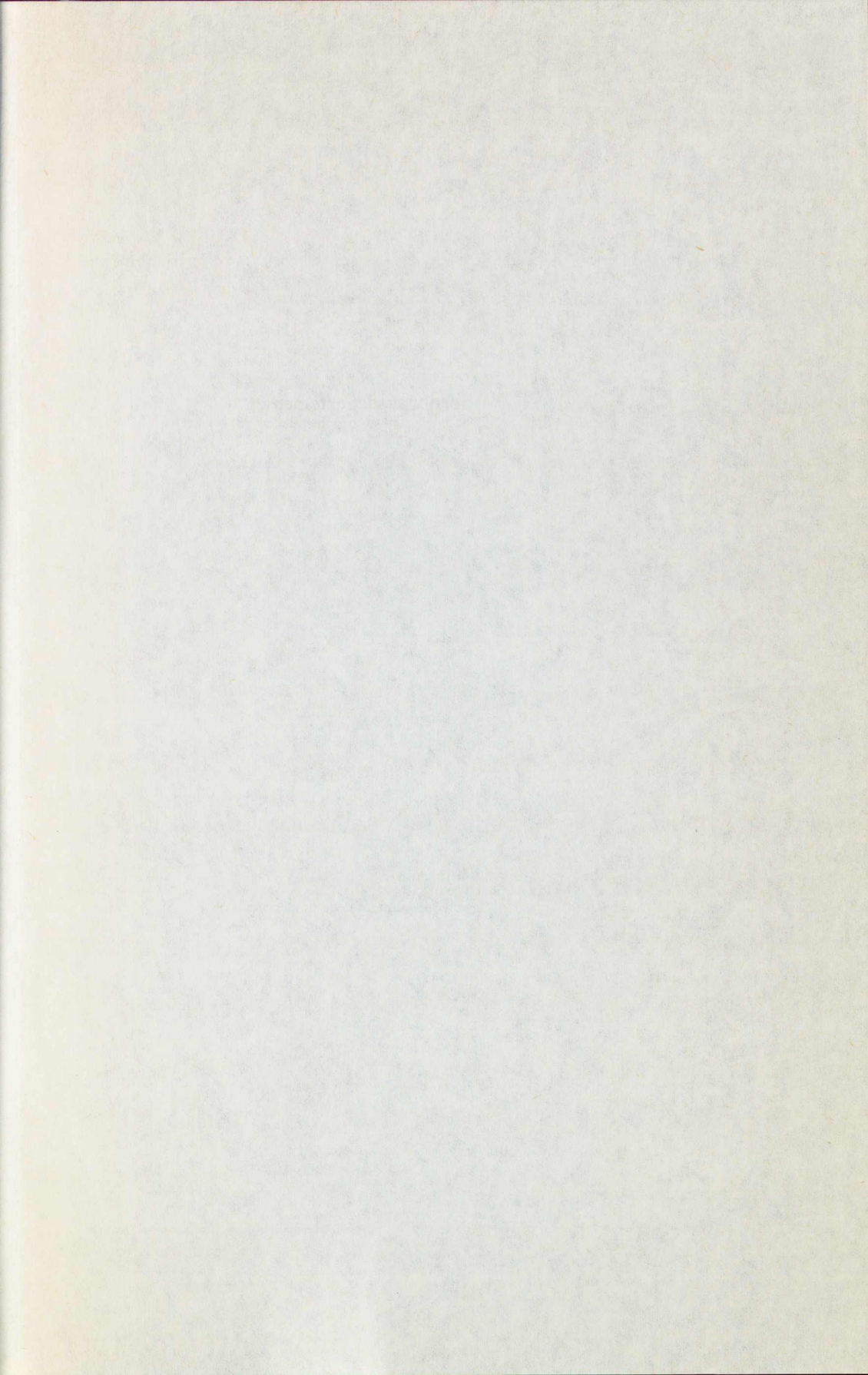
- En ny kyrkolag m. m. Del 1. [4]
- En ny kyrkolag m. m. Del 2. [5]
- Begravningslag. [16]
- Ju mer vi är tillsammans. Del 1. [33]
- Ju mer vi är tillsammans. Exempelsamling. Del 2. [34]
- Ju mer vi är tillsammans. Underlag för reformer samt förslag. Del 3. [35]
- Stödet till barn- och ungdomsföreningar. [37]

### Miljö- och Energidepartementet

- Miljöskadefond. [15]
- För en bättre miljö. [32]
- För en bättre miljö. Miljövärdfamiljen. Myndigheter och författningar. [36]



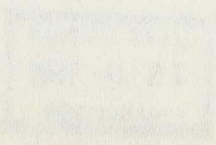






# 1. Steckung

1. Steckung	1
2. Steckung	2
3. Steckung	3
4. Steckung	4
5. Steckung	5
6. Steckung	6
7. Steckung	7
8. Steckung	8
9. Steckung	9
10. Steckung	10
11. Steckung	11
12. Steckung	12
13. Steckung	13
14. Steckung	14
15. Steckung	15
16. Steckung	16
17. Steckung	17
18. Steckung	18
19. Steckung	19
20. Steckung	20
21. Steckung	21
22. Steckung	22
23. Steckung	23
24. Steckung	24
25. Steckung	25
26. Steckung	26
27. Steckung	27
28. Steckung	28
29. Steckung	29
30. Steckung	30
31. Steckung	31
32. Steckung	32
33. Steckung	33
34. Steckung	34
35. Steckung	35
36. Steckung	36
37. Steckung	37
38. Steckung	38
39. Steckung	39
40. Steckung	40
41. Steckung	41
42. Steckung	42
43. Steckung	43
44. Steckung	44
45. Steckung	45
46. Steckung	46
47. Steckung	47
48. Steckung	48
49. Steckung	49
50. Steckung	50
51. Steckung	51
52. Steckung	52
53. Steckung	53
54. Steckung	54
55. Steckung	55
56. Steckung	56
57. Steckung	57
58. Steckung	58
59. Steckung	59
60. Steckung	60
61. Steckung	61
62. Steckung	62
63. Steckung	63
64. Steckung	64
65. Steckung	65
66. Steckung	66
67. Steckung	67
68. Steckung	68
69. Steckung	69
70. Steckung	70
71. Steckung	71
72. Steckung	72
73. Steckung	73
74. Steckung	74
75. Steckung	75
76. Steckung	76
77. Steckung	77
78. Steckung	78
79. Steckung	79
80. Steckung	80
81. Steckung	81
82. Steckung	82
83. Steckung	83
84. Steckung	84
85. Steckung	85
86. Steckung	86
87. Steckung	87
88. Steckung	88
89. Steckung	89
90. Steckung	90
91. Steckung	91
92. Steckung	92
93. Steckung	93
94. Steckung	94
95. Steckung	95
96. Steckung	96
97. Steckung	97
98. Steckung	98
99. Steckung	99
100. Steckung	100









ALLMÄNNA FÖRLAGET

---

ISBN 91-38-10057-6