



2012-05-22

Socialstyrelsen
106 30 Stockholm

Svenska läkaresällskapets svar avseende Socialstyrelsens remiss "Översyn av läkarnas specialitetsindelning" Dnr 12273- 2012

Vårt svar utgörs av Svenska läkaresällskapets styrelses samlade ställningstagande efter hörande av våra sektioner. Nedan angivna sektioner har inkommit med svar till sällskapet. Då svaren är respektive sektioners ställningstagande och i flera fall innehåller konkreta och detaljerade synpunkter som inte enkelt kan sammanfattas utan att väsentlig information i enskilda frågor kan riskera att gå förlorade har Svenska läkaresällskapet valt att i en bilaga foga samtliga sektioners svar då vi uppfattat att Socialstyrelsen önskar ett så fullödigt underlag som möjligt.

Helhet och utgångspunkter

Svenska läkaresällskapet anser att som helhet har det lagda förslaget stora förtjänster och att de utgångspunkter utredningen arbetat utefter; att tillvarata befolkningens och hälso- och sjukvårdens behov utifrån punkterna befolkningsutveckling och sjukdomspanorama, vårdens utveckling på området, möjlighet till vetenskaplig och professionell utveckling samt personal och kompetensförsörjning har varit rimliga och viktiga principer.

Förslaget torde ha förutsättningar att lösa de brister och problem som identifierats med det nuvarande systemet, såsom att utbildningen tar lång tid till nackdel för både den enskilde och samhället, försvårande av forskning och att avsevärd tid kan ägnas moment som man inte har användning för i sin kommande verksamhet.

Gemensam kunskapsbas

Utredningen pekar på behovet av att specialitetsindelningen tillgodoser behovet av såväl bredd som djup. Vår bedömning är att det lagda förslaget med gemensam kunskapsbas inom näraliggande specialiteter har förutsättningar att skapa ett flexibelt system som kan tillgodose båda dessa aspekter. Vi saknar dock en tydligare beskrivning över hur utredningen resonerat kring specialiteter som i dag ligger nära en gemensam kunskapsbas men som fortsatt föreslås vara fristående. Särskilt tydligt är detta inom de internmedicinska specialiteterna med näraliggande specialiteter. Mot ett förslag att vidga den gemensamma kunskapsbasen till flera specialiteter kan ställas att blir den gemensamma basen för stor så riskerar man att åter vara tillbaka i bristande funktionalitet pga av att det blir ett stort stoff att inhämta som inte nödvändigtvis kommer till senare användning. Svenska läkaresällskapet kan se båda dessa perspektiv men skulle gärna vilja ha klarlagt vilka utgångspunkterna varit för att behålla de nuvarande baserna, om de bedömts enligt samma kriterier som de man nu föreslagit för de tidigare grensialiteterna som nu föreslås bli baser.

Vi anser också att det i detta system inte längre finns något egentligt behov av grenspecialiteter, och då heller inte av basspecialitet som begrepp, utan att det kan vara mer funktionellt att utgå från endast specialiteter - och tilläggspecialiteter. Vi välkomnar också att utredningen allmänt öppnat för att tilläggspecialiteter från flera olika håll då vi anser att det bidrar till flexibilitet och ökar rekryteringsbasen inom flera områden.

Några specifika kommentarer kring bas- gren och tillägg

Inom de övergripande områdena medicin och kirurgi anser vi att det är ändamålsenligt att internmedicin och kirurgi också har en plats som basspecialitet tillsammans med övriga specialiteter. Detta torde öka möjligheten till flexibla lösningar utifrån verksamhetens behov. Ang. Barn och ungdomskirurgi tillstyrker vi att det blir en egen specialitet. Visserligen finns det en viss gemensam bas mot övriga opererande specialiteter, men vi menar att barnperspektivet är centralt och att detta sannolikt bäst tillgodoses om till specialiteten blir en egen bas. De delar som är gemensamma mot övriga opererande specialiteter torde kunna säkerställas via målbeskrivningen.

Vi vill lyfta frågan om det också finns grund för att tydligare diskutera en gemensam kunskapsbas inom de specialiteter som har ett tydligt folkhälsoperspektiv såsom allmänmedicin, arbets- och miljömedicin och företagshälsovård och socialmedicin?

Vi vill också, peka på vikten av att den gemensamma kunskapsbasen definieras utifrån de aktuella behoven, och att denna kan variera avseende längd utifrån de ingående specialiteternas uppdrag. Från flera sektioner lyfts frågan om hur arbetet med att definiera den gemensamma kunskapsbasen ska bedrivas och vikten av att alla berörda specialiteter kan ta del i detta.

I detta sammanhang önskar vi även att utredningen förtydligar hur eventuell dubbelspecialisering kan komma till stånd mellan två baser, t ex mellan internmedicin och någon av de övriga specialiteterna inom den gemensamma kunskapsbasen. Vår uppfattning är att de gemensamma lärandemål en måste kunna tillgodoräknas för båda specialiteterna i sådana fall.

Ett flertal sektioner har lämnat konkreta och detaljerade synpunkter rörande dels offentlighetsreglering av specialiteten, dels placering som bas eller tillägg eller synpunkter på indelning i gemensam kunskapsbas. Vi bedömer att argumenten i många fall är var för sig rimliga, men kan behöva bedömas i ljuset av helheten. Några aspekter förmodar vi möjligen inte har varit föremål för utredningens granskning. Vi ber därför att också få hänvisa direkt till sektionernas svar.

Samordning mot den pågående grundutbildningen.

Vi ser det som ytterst angeläget att det sker en fortlöpande samordning mellan grundutbildningen och vidareutbildningen/ST. Särskilt angelägen är frågan om ett eventuellt basår innan ST-utbildningen. Flera sektioner betonar att tiden för den specialiserade delen av utbildningen inte får bli för kort.

Akutmedicinen

Frågan om akutmedicin som basspecialitet är komplicerad då det kan komma att innebära betydande förändringar i sjukvårdens organisation. I grunden ser dock Svenska läkaresällskapet utredningens ställningstagande för akutmedicin som basspecialitet som positivt. Vi delar utredningens uppfattning att detta är ändamålsenligt för utvecklingen av akutmedicinen. Då tillströmningen till sjukvårdens akutmottagningar tenderar att öka med allt mer komplexa frågeställningar anser vi att detta är kongruent med utredningens utgångspunkter. Det kommer vara viktigt att tydliggöra avgränsningen mot övriga specialiteters akutuppdrag, inte minst mot barnmedicinen där en åldersgräns för omhändertagande av det akut sjuka barnet kan vara rimlig att diskutera. Detta och övriga avgränsningar torde dock kunna hanteras i ett gemensamt målbeskrivningsuppdrag även om man inte har en definierad gemensam kunskapsbas.

I detta sammanhang kan det också finnas skäl att för akutmedicinen söka identifiera möjliga dubbel- eller eventuellt tilläggspecialiseringar för att möta den oro som stundtals har uttryckts att det särskilt inom denna specialitet skulle kunna vara tungt att kvarstå i specialiteten under ett långt yrkesliv.

Övergångsregler

Flera sektioner har också lyft frågan om vikten av att det blir tydliga övergångsregler så att ST-läkare som nu är inne i systemet inte fördröjs i sin utbildning.

Nya offentligtreglerade specialiteter som tilläggspecialiteter

Svenska läkaresällskapet tillstryker förslaget angående de fyra nya specialiteterna, skolhälsovård, äldrepsykiatri, palliativ medicin och vårdhygien.

Gällande de konkreta frågor som ställts i missivet har Svenska läkaresällskapet gjort följande bedömning:

Vi ställer oss bakom förslaget att **allergologi** blir tilläggspecialitet till de nämnda baserna lungmedicin, ÖNH, hud- och könssjukdomar, barn- och ungdomsallergologi, klinisk immunologi och transfusionsmedicin.

Rörande äldrepsykiatri, ställer vi oss bakom förslaget att detta blir en tilläggspecialitet men har ställer oss tveksamma i frågan om även allmänmedicin bör vara en bas

Svenska läkaresällskapet vill också föreslå utredningen att till dessa nya tilläggspecialiteter även lägga **beroendemedicin**, med t ex psykiatri och allmänmedicin som möjliga baser. Med den ökande betydelse beroendeproblematik har i vården anser vi det vara förenligt med utredningens utgångspunkter.

Framtiden

Svenska läkaresällskapet ser positivt på utredningens skrivning om regelbunden revidering då både den demografiska och den medicinska utvecklingen gör att ändamålsenligheten i den nuvarande indelningen kan komma att behöva justeras. Förslaget att ST-rådet, som utgör ett partssammansatt organ, har en central roll i detta ser vi som naturligt.

Utredningen påpekar också möjligheten att specialiteter som inte är offentligtreglerade kan certifieras via professionen, t ex Svenska läkaresällskapet. Sällskapet ställer sig positivt till detta och är berett att an att utreda hur en sådan modell skulle kunna se ut.

För Svenska Läkaresällskapet

Stockholm den 22 maj 2012



Kerstin Nilsson
Vice ordförande

Stefan Lindgren
Ordförande i Utbildningsdelegationen

Följande sektioner och intressegrupper har bidragit med synpunkter på remissen:

Barnläkarföreningen, Svensk handkirurgisk förening, Svenska sällskapet för dermatologi och venereologi, Svensk förening för klinisk fysiologi, Svensk förening för radiologisk bröstdiagnostik, Seldingersällskapet för interventionell radiologi (ej formell sektion), Svenska hjärtförbundet, Medicinsk psykologi, Svensk andrologisk förening och svensk urologisk förening gemensamt, Svensk förening för urologi, Svensk förening för anestesi och intensivvård, Svensk förening för otorhinolaryngologi huvud-halskirurgi, Svensk förening för vårdhygien, Svensk Arbets- och miljömedicinsk förening, Svenska företagsläkarföreningen, Sektionen för arbets- och miljömedicin, Svenska njurmedicinsk förening, Svensk förening för beroendemedicin, Svensk förening för kärlkirurgi, Svensk lungmedicinsk förening, Svensk förening för akutsjukvård, Svensk förening för nuklearmedicin, Föreningen för medicinsk mikrobiologi, Svensk förening för neuroradiologi, Svensk förening för obstetrik och gynekologi, Svensk kirurgisk förening, Svensk reumatologisk förening, Svenska cardiologföreningen, Svensk audiologisk förening, Svensk förening för hematologi