



2025-10-29

Till Socialdepartementet
s.remissvar@regeringskansliet.se
s.sl@regeringskansliet.se
Diarienummer S2025/01126

Remissvar: Betänkandet Stärkt patientsäkerhet genom rätt kompetens (SOU 2025:63)

Svenska Läkaresällskapet är läkarkårens oberoende, vetenskapliga professionsorganisation; en ideell, partipolitiskt och fackligt obunden förening. Vårt syfte är att verka för förbättrad hälsa och sjukvård genom att främja vetenskap, utbildning, etik och kvalitet.

Svenska Läkaresällskapet (SLS) har fått möjlighet att lämna synpunkter på **Betänkandet Stärkt patientsäkerhet genom rätt kompetens (SOU 2025:63)**. Inför beredningen av SLS svar har remissvar kommit in från SLS medlemsföreningar/sektioner: Läkare för miljön, Svenska Hygienläkarföreningen (SFVH), Svenska läkaresällskapets delegation för medicinsk etik (DME), Svensk medicinsk audiologisk förening (SMAF), Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM), Svensk Förening för Barn och ungdomspsykiatri (SFBUP), Svensk Förening för Medicinsk Genetik och Genomik (SFMG), Svensk Förening för Medicinsk Radiologi (SFMR), Svensk Förening för Hematologi (SFH), Svensk Förening för socialmedicin och folkhälsa (SFSF), Svensk Kirurgisk Förening, Svensk Rättsmedicinsk Förening. Då svaren innehåller värdefulla synpunkter bifogas dessa i sin helhet (bilagor).

Sammanfattning

Med utgångspunkt förstärkt patientsäkerhet har regeringen tillsatt en särskild utredare att analysera vilka förändringar som kan behövas i regelverk och strukturer när det gäller reglerade yrken, specialistkompetenser, specialistutbildningar samt vidareutbildning och fortbildning inom hälso- och sjukvården och tandvården. Utredningen betänkande överlämnades i maj 2025 och förslagen berör bl.a. läkare.

Själva yrkesregleringen för läkare påverkas inte av förslagen, då 1) läkaryrket redan är reglerat med krav på legitimation från Socialstyrelsen. Förslagen som berör läkare rör 2) hur kvaliteten i specialistutbildning (ST) säkerställs och 3) förslaget om krav på kontinuerlig fortbildning för specialister. Utredningens förslag på de två senare punkterna sammanfattas nedan.

Hur kvaliteten i specialistutbildning (ST) säkerställs

Kvaliteten i specialistutbildningarna granskas i nuläget genom s.k. SPUR inspektioner. Utredningen konstaterar att det saknas rutiner för en uppföljning av de åtgärder som vårdgivaren har vidtagit vid bristande kvalitet. Utredningen föreslår att de åtgärder som har vidtagits av vårdgivaren för att hantera brister som framkommit vid extern granskning av specialiseringsstjänstgöringen bör följas upp inom ett år efter granskningen. Utredningen föreslår också att verksamheten ska genomgå en inledande kvalitetsgranskning innan de tar emot ST läkare och att regionerna ska utveckla ett system för dessa bedömningar. Regionerna bör även tillhandahålla statistik över antalet som genomgår ST.

Utredningen konstaterar också att sjukvården har förändrats med flera privata aktörer. Förutsättningarna för ST-läkare inom vissa specialiteter har ändrats så de riskerar att inte få en

tillräcklig kompetens, och det finns risk att intygen från verksamhetscheferna om uppnådd kompetens inte alltid speglar läkarens faktiska kunskaper. Utredningen föreslår därför en översyn av Socialstyrelsens föreskrifter om läkarnas specialiseringstjänstgöring för att säkerställa att tjänstgöringen innehåller ett tillräckligt brett patientunderlag för att uppnå målen enligt målbeskrivningarna för specialiseringstjänstgöringen och att ett tillägg bör göras i föreskrifterna om att en del av den sammantagna bedömningen av ST-läkaren kan grunda sig på ett kunskapsprov.

Krav på kontinuerlig fortbildning

Fortbildningsmöjligheterna för läkare har minskat med ca 50% de senaste 20 åren. Den varierar även mycket mellan olika arbetsgivare. Fortbildning är reglerad i flera andra länder, men inte i Sverige. Utredningen föreslår att fortbildning ska vara en del av det kontinuerliga patientsäkerhetsarbetet. Vårdgivaren ska identifiera hälso- och sjukvårdspersonalens utbildningsbehov och ge möjlighet till regelbunden fortbildning i en sådan omfattning som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Utredningen föreslår även en uttrycklig skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonal att regelbundet ta del av fortbildning. Utredningen uttalar sig även om utbildningens innehåll såtillvida att passiva former, såsom föreläsningar och konferenser, har begränsad effekt på kompetenshöjning och ingen tydlig påverkan på patienters hälsa, medan interaktiva utbildningar – exempelvis workshops, simuleringar, upprepade träningstillfällen och aktiviteter som innehåller återkoppling – har visat positiva effekter både på vårdgivarens kunskaper och på patienters hälsa.

Allmänt om betänkandet

SLS ser mycket positivt på betänkandets förslag utifrån förslagets potentiella positiva effekt för ökad patientsäkerhet. För läkare innebär betänkandets förslag framförallt ett säkerställande av kvaliteten i specialistutbildningen, ett stöd för ett fortsatt och livslångt lärande och därmed en möjlighet att höja patientsäkerheten i vården.

Utredningens förslag har större påverkan på andra yrkesgrupper, i synnerhet specialistsjuksköterskor. I fall av en förändrad specialistutbildning för sjuksköterskor får förslagen även en stor påverkan på våra lärosäten, vilka då behöver göra en stor omställning. SLS väljer dock att enbart kommentera de delar som rör läkare.

Kommentarer

Kapitel 7. Kartläggning av kvaliteten och möjligheterna till vidareutbildning

7.4 SLS är positiva till den föreslagna översynen av Socialstyrelsens föreskrifter om läkarnas specialiseringstjänstgöring. SLS delar uppfattningen att det måste säkerställas att tjänstgöringen innehåller ett tillräckligt brett patientunderlag.

Enligt ST-2015 intygade verksamhetschefen att ST-läkaren uppnått specialistkompetens, men enligt ST-2021 är det handledare/specialistläkare. SLS anser att förslaget bör kompletteras med att måloppfyllandet innan det skickas till Socialstyrelsen även ska värderas av studierektorn eller annan person med långvarig kännedom om ST-läkaren och vara baserat på upprepade utvärderingar som gjort kontinuerligt under ST.

SLS delar uppfattningen att bedömning av kompetens kan underlättas av ett kunskapsprov, vilket flera specialistföreningar infört på frivillig bas. Hur dessa prov ser ut varierar mycket, och de är frivilliga. SLS menar att kunskapsprovet inte enbart bör pröva teoretisk kunskap utan måste även pröva färdigheter och förhållningssätt, och med den utformningen kan det bli ett verktyg för ökad patientsäkerhet. SLS framhåller att olika kompetenser måste examineras på olika sätt, t.ex. kan inte färdigheter examineras teoretiskt. Införandet av ett kunskapsprov är resurskrävande och det är framförallt stora föreningar som haft och kommer att ha möjlighet att göra det. SLS menar därför att vem som ska ansvara för framtagande och genomförande av ett prov, för provets kvalitet, och för finansieringen av provet behöver klargöras. Det måste även bli tydligt om kunskapsprovet ska bli obligatoriskt eller inte.

7.6 SLS stödjer förslaget om att regionerna ska utveckla ett system för en inledande kvalitetsgranskning av verksamheter innan de tar emot ST-läkare, men SLS föreslår en extern granskning, liknande SPUR-inspektionerna. Regionerna bör inte kvalitetsgranska sig själva.

Specialistutbildningen är otillräckligt reglerad

Hur regionerna sköter vården granskas av IVO, med tydliga konsekvenser vid brister, men hur regionerna sköter utbildningen av specialistläkare granskas inte av någon myndighet. SPUR är en professionsdriven granskning, på uppdrag av Lipus AB som ägs av Läkarförbundet. SLS föreslår att IVO eller Socialstyrelsen granskar att klinikens specialistutbildning är godkänd, och i de fall den inte är granskad kräva SPUR granskning, med tydliga konsekvenser vid identifierade brister. Om en ansökan från en icke granskad och godkänd verksamhet skickas in bör den inte godkännas. SLS föreslår även att sidokliniker där randning görs bör kunna granskas, men att en förenklad/begränsad inspektion då kan göras. Ett problem som finns idag är en brist på SPUR inspektörer, särskilt märkbart inom små specialiteter. Det bör diskuteras om inspektionerna ska göras av IVO eller Socialstyrelsen.

Kapitel 9. Förtydligande av ansvaret för att identifiera utbildningsbehov och ge möjlighet till regelbunden fortbildning

SLS stödjer utredningens skrivning om att även vidareutbildning bör vara studentaktiverande, vilket kan ske på flera sätt. Vi vill lyfta ytterligare några exempel, t.ex. att konsultera i specialitet med vilken man samarbetar eller i motsvarande verksamhet i annan region, forum för kollegiala diskussioner om svåra fall, etc. Mycket vidareutbildning kan ske lokalt på arbetsplatsen, i remissvaret från SFAM lyftes t.ex. lärande i grupp på arbetsplatsen. SLS är glada över att vår fortbildningspolicy finns refererad i betänkandet och även tydligt påverkat denna del av förslaget.

Fortbildningsbehoven ser olika ut mellan specialiteter, då vissa är mer praktiska och andra mer teoretiska. SLS anser därför att de olika specialistföreningarna bör få starkt inflytande i att formulera mål och innehåll i specialitetens vidareutbildningar.

SLS stödjer det delade ansvaret, att både arbetsgivare och arbetstagare, här läkaren, har ett ansvar för att formulera fortbildningsplaner, skapa förutsättningar för, respektive genomföra dem, och gemensamt följa upp dem.

SLS ser vissa risker med förslagen:

1) Bristande resurser: I många specialiteter finns det en brist på utbildade specialistläkare. Då är det svårt att hantera krav på både sjukvårdsproduktion, utbildning av ST läkare och egen vidareutbildning. De kvarvarande specialisterna ska hantera både stora patientflöden och stor handledningsbörda/undervisningsbörda. Regionerna har de senaste åren p.g.a. sin dåliga ekonomi även fattat beslut som reseförbud och indragen fortbildningsbudget vilket försvårat specialistläkares fortbildning. SLS tror att man behöver göra insatser för att fortbildningen ska bli jämlik över landet, det kan vara i form av tydligare reglering respektive särskild finansiering.

2) Bristande kompetens: Verksamhetschefer i vården är allt oftare icke läkare, och allt oftare icke medicinskt utbildade, men är enligt förslaget ansvariga för att tillsammans med specialistläkaren planera fortbildning. SLS anser att verksamhetscheferna utan medicinsk kompetens är mindre lämpliga att bedöma fortbildningsbehov. Detta bör istället göras tillsammans med en annan läkare och följas upp av samme läkare. På vissa platser i Sverige har man prövat att ha en fortbildningsstudierektor på samma sätt som ST studierektor. SLS anser att man behöver arbeta mer med modellen för hur fortbildningsplaner ska utformas och följas upp och undersöka alternativ som en fortbildningsstudierektor istället för verksamhetschefen som ansvarig på arbetsplatsen. På samma sätt är inte verksamhetschefer alltid disputerade. Det betyder att de kommer ha svårare att värdera vetenskaplig fortbildning. Säkerställande av vetenskaplig utbildning under ST och fortsatt vetenskaplig fortbildning av specialister är viktiga för vårdens utveckling.

För Svenska Läkaresällskapet

Catharina Ihre Lundgren
Ordförande SLS

Mia Ramklint
Ledamot SLS nämnd

Bilagor:

Remissvar från SLS medlemsföreningar/sektioner:

- Läkare för miljön
- Svenska Hygienläkarföreningen (SFVH)
- Svenska läkaresällskapets delegation för medicinsk etik (DME)
- Svensk medicinsk audiologisk förening (SMAF)
- Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)
- Svensk Förening för Barn och ungdomspsykiatri (SFBUP)
- Svensk Förening för Medicinsk Genetik och Genomik (SFMG)
- Svensk Förening för Medicinsk Radiologi (SFMR)
- Svensk Förening för Hematologi (SFH)
- Svensk Förening för socialmedicin och folkhälsa (SFSF)
- Svensk Kirurgisk Förening
- Svensk Rättsmedicinsk Förening



BILAGOR till

Svenska Läkaresällskapets remissvar Betänkandet Stärkt patientsäkerhet genom rätt kompetens (SOU 2025:63)

Synpunkter från Läkare för Miljön på remissutskick av Betänkandet Stärkt patientsäkerhet genom rätt kompetens (SOU 2025:63)

Sammanfattning

Läkare för Miljön instämmer i förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen och att vårdgivare skall identifiera hälso- och sjukvårdspersonalens utbildningsbehov och ge möjlighet till regelbunden fortbildning så att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen samt tandvårdslagen upprätthålls. Vi anser att det är särskilt viktigt med tanke på klimatförändringens negativa effekter på folkhälsan och patientsäkerheten. Därför anser vi att all hälso- och sjukvårdspersonal behöver erbjudas regelbunden fortbildning för att möta dessa utmaningar och för att stärka hälso- och sjukvårdens beredskap och anpassningsförmåga.

Bakgrund

Klimatförändringen är det enskilt största hälsohotet som mänskligheten står inför (1). Klimatförändringen beräknas orsaka negativa effekter på folkhälsan, patientsäkerheten och sjukvårdens och samhällets funktionalitet. Ökande värmeböljor och ökad smittspridning med vatten- och vektorburna infektioner kommer att orsaka ett förändrat sjukdomspanorama och ett ökande vårdbehov (2, 3, 4, 5). Översvämningar, skyfall, ras, skred och skogsbränder riskerar att påverka sjukvården med transportproblem och skador på fastigheter. Hög värme, hög luftfuktighet och vattenskadorna kan påverka operationssalar, sterilcentral och läkemedelsförråd (6 -7). Klimatförändringen kan även påverka livsmedels- och energisäkerheten och öka risken för konflikter (8).

Allmänna synpunkter

Ett förändrat säkerhetsläge i omvärlden innebär många utmaningar (avsnitt 4.8). Klimatförändringen är en av de stora utmaningar som hälso- och sjukvårdens verksamheter står inför. Sveriges Regioner har en viktig roll i det civila försvaret och beredskapen genom att upprätthålla sin samhällsviktiga verksamhet. Det ställer krav på beredskap, identifiering av risker, förebyggande av skador, planering och klimatanpassning. Viktiga delar av beredskapen är utbildning av personal, upprättande av handlingsplaner samt information till patienter och allmänhet. Kommunal beredskap och fortbildning av personal är särskilt viktigt. Det behövs kunskap om sårbara patientgrupper (äldre, barn, gravida, hjärt-kärl- och lungsjuka m fl) och åtgärdsplan t ex vid värmeböljor. Det är mycket viktigt med en stärkt medicinsk kompetens inom den

kommunala hälso- och sjukvården (avsnitt 9.2.3). Klimatförändringen kommer att påverka många specialiteters verksamhet, inte minst vad gäller allmänmedicin, infektion, akutsjukvård, pediatrik och äldreomsorg. Interprofessionell fortbildning (avsnitt 9.6.1) kunde vara ett effektivt sätt att öka medvetenheten och ge läkare verktyg att bidra till en förstärkt beredskap inom hälso- och sjukvården genom kunskap och ledarskap samt ett proaktivt hållningssätt.

Läkare för Miljön instämmer i förslaget.

Motivering: Regelbunden fortbildning av hälso- och sjukvårdspersonalen är av högsta vikt, inte minst med hänsyn till riskerna för folkhälsan och patientsäkerheten och de ökande påfrestningar i hälso- och sjukvårdens verksamhet som orsakas av en eskalerande klimatförändring och dess konsekvenser.

Referenser

1. WHO (2021). COP26 special report on climate change and health: the health argument for climate action. Geneva: World Health Organization, 2021.
2. Folkhälsomyndigheten (2021). Hälsokonsekvenser av klimatförändring i Sverige: en risk- och sårbarhetsanalys.
3. Klimatmedicin (2024). Andreas Vilhelmsson (red). Del II, Klimatförändringens risker, s.83-263.
4. Romanello M et al (2022). The 2022 report of the Lancet Countdown on health and climate change: health at the mercy of fossil fuels. The Lancet 400:1619-1654.
5. World Economic Forum (2024). Quantifying the impact of Climate Change on Human Health. Davos: World Economic Forum.
6. Människan i klimatkrisens tid (2021). Hälsorisker, psykologiska hinder & motståndskraft. En specialrapport för Klimatriksdagen 2021.
7. Fagerberg B, Forsberg B, Hammarstrand S, Maclachlan L, Nilsson M & Olin A-C (2020). Klimat och hälsa: En kunskapssammanställning. In Rapport nr 3:2020. Sahlgrenska akademien, Institutionen för medicin, Göteborgs universitet.
8. Hendrix CS et al (2023). Climate change and conflict. Nature Reviews Earth & Environment 4:144-148.

Anne von Heideman och Ingrid Mobacke
Läkare för Miljön



Svensk Medicinsk Audiologisk Förening

Angående remissen Stärkt patientsäkerhet genom rätt kompetens – utifrån hälso- och sjukvårdens och tandvårdens behov (SOU 2025:63)

I egenskap av vetenskaplig sekreterare av Svensk medicinsk audiologisk förening (SMAF) svarar till remissen efter diskussion med styrelsen.

SMAF, en förening för läkare som är specialister inom eller har särskilt intresse för hörsel- och balansrubbningar, ställer sig positiv till införandet av en specialisttentamen inom området. Vi anser dock att en sådan tentamen inte bör organiseras av en mindre förening. Istället föreslår vi att Socialstyrelsen ansvarar för att anordna årliga examinationer.

För att säkerställa kvaliteten i specialistutbildningen inom hörsel- och balansrubbningar har vi stort förtroende för **SPUR-inspektion** och förslår förstärkning av SPUR inspektioner för kvalitetsgranskning.

Hälsningar,
Sumru Keceli MD PhD
SMAF vetenskaplig sekreterare
Sumru.keceli@regionostergotland.se
073-8431856

Här kommer svar från Svenska Hygienläkarföreningen(SFVH)

SFVH tycker att utredningens slutsatser, där fokus på stärkt patientsäkerhet genom ökad kompetens hos att hälso- och sjukvårdens och tandvårdens personal, är mycket relevant i och med dagens och framtidens utmaningar inom vårdsektorn. Vården är i förändring med snabb teknisk utveckling och mer avancerade behandlingsregimer parat med hot som ökad antibiotikaresistens och nya sjukdomspanorama i relation till klimatförändringar. Utmaningarna kräver att alla personalgrupper ges möjlighet till kunskapsinhämtning och organiserad vidareutbildning för att uppnå ökad kompetens. "Vårdprofessionslyft" skulle möjliggöra specialistkompetens för sjuksköterskor, likt läkare, inom vårdhygien. Detta skulle förbättra vårdens säkerhet inom såväl högspecialiserad-, sluten-, primär-, tand- och äldreomsorg. SFVH vill understryka vikten av att vårdhygienisk kompetens och utbildningsplaner finns för olika yrkeskategorier i händelse av kris samt att utbildningsmoment i vårdhygien ska finnas i alla yrkeskategoriers grundutbildning.

Anna Holmberg
Vetskap sekr Svenska Hygienläkarföreningen
Överläkare Infektion/Vårdhygien
MD, PhD
046-173088

2025-06-25 Dnr S2025/01126

Socialdepartementet

Remissvar över betänkandet Stärkt patientsäkerhet genom rätt kompetens (SOU 2025:63)

Sammanfattning från Svensk Förening för Medicinsk Radiologi

SFMR ställer sig bakom förslagen om att stärka utbildningen av specialister. SFMR vill också peka på behovet av fördjupad kompetens efter avslutad ST utbildning där radiologi, med de certifieringar som erbjuds via SLS, kan stå som modell för ett första fördjupningssteg. Dessa grundar sig på europeiska målbeskrivningar vilket stödjer det europeiska yrkeskvalifikationsdirektivet.

SFMR tycker att man ytterligare bör beakta behoven av författningsreglerad specialiströntgensjuksköterskeutbildning för att möta framtidens tekniska krav och akademiskt kompetensbehov inom röntgensjuksköterskornas kompetensområde.

SFMR ställer sig bakom att ytterligare belysa behovet av vidareutbildning för undersköterskorna som yrkesgrupp.

Fördjupande bakgrund

Under punkten 7.1.1 beskrivs kvalitetsgranskningen av ST utbildningen i form av SPUR inspektioner. Svensk förening för Medicinsk radiologi förordar kvalitetsgranskning av antingen Lipus AB, SPUR eller The European Training Assessment Programme (ETAP). ETAP är ett initiativ genom European Board of Radiology och European Union of Medical specialists (UEMS). Den kvalitetssäkrar utbildningen enligt the European Training curriculum (ETC) som är den målbeskrivning som SFMR står bakom. Det är också i linje med det europeiska yrkeskvalifikationsdirektivet för att underlätta rörlighet och likvärdighet inom EU.

European Training curriculum (ETC) innehåller utöver den svenska ST utbildningen också europeiska utbildningsprogram för fördjupad specialisering inom radiologi avsedd för tiden efter specialistutbildning. Denna fördjupade specialisering beskrivs i ETC level III och ses som nödvändigt för att uppfylla de behov och kompetenskrav som övriga medicinska specialiteter har behov av för att bedriva en säker vård inom sina områden. Fördjupad utbildning certifieras enligt dessa utbildningskrav via SLS certifiering, [Certifiering - Svenska Läkaresällskapet](#), som nu finns inom områdena Interventionell radiologi, muskeloskeletal radiologi, barn- och ungdomsradiologi, gastrointestinal och abdominell radiologi, urogenital radiologi, bröststradiologi och thoraxradiologi. Neuroradiologi är en grenspecialitet men följer ETC level III målbeskrivning för neuroradiologi på samma sätt som för de andra fördjupningsområdena.

För de som erhållit en subspecialistutbildning och diplom enligt de europeiska föreningarna behöver för att upprätthålla denna kompetens ha fortsatt vidareutbildning. Utbildningen kan dokumenteras via Continuing Professional Development (CPD) eller Continuing Medical Education (CME) credits.

Under 7.3.10 beskrivs kortfattat behovet av specialist röntgensjuksköterskeexamen. SFMR ser behovet av specialiströntgensjuksköterskor som skulle stå närmare vårdens behov än den magisterexamen som idag ligger närmast. Magisterexamen är mer akademiskt inriktad. Det finns arbetsuppgifter och tjänster som motsvarar kompetensen för specialiströntgensjuksköterskor framför allt teknikansvariga. Denna kompetens behövs för att följa med i den snabba teknikutveckling som finns inom de bild- och funktionsmedicinska specialiteterna. De skulle också ha kompetens för att kunna arbeta med den praktiska

kompetensen inom högkvalitativ bildtagning och strål-och MR säkerhet vilket är avgörande för en hög patientsäkerhet. Specialistströntgensjuksköterskeutbildning skulle också gynna snarare än konkurrera med den akademiska utvecklingen eftersom fler kurser på avancerad nivå skulle ges. En gynnad akademisk utveckling skulle kunna förbättra kompetensen också inom lärarkåren och disputerade lärare inom radiografi på universiteten.

Under 7.3.11 beskrivs behoven av en strukturerad och behovsinriktad kompetensutveckling för undersköterskor. Framför allt de undersköterskor som kompetensutvecklar sig till att utföra utvalda medicinska bilddiagnostiska undersökningar behöver en säkerställd kompetens där lärosätena eller specialistundersköterskeutbildningar kan spela en viktig roll.

Under punkten 7.4.2 angående kunskapsprov för ST-läkare har svensk förening uppmuntrat till att man frivilligt gör The European Diploma in Radiology (EDiR). Om ett obligatoriskt kunskapsprov skulle bli beslutat är bedömningen från SFMR att det är detta kunskapsprov som skulle tillämpas.

Allmänt belyser inte utredningen de kunskapsbehov som behövs för patientsäkerheten med hänsyn till utvecklingen av medicinsktekniska produkter i en bred bemärkelse. Att säkerställa kompetens och dokumentera denna för handha medicinsktekniska produkter och utrustningar bör belysas. För Svensk Förening för Medicinsk Radiologi specifikt för den användning som sker inom behandlingar med stöd av bildgivande utrustning och bilddiagnostik.

Remissbetänkande från Svensk Förening för Medicinsk Radiologi (SFMR) via Svenska läkaresällskapet (SLS).

John Brandberg har varit föredragande för SFMR och styrelsen har inbjudits att lämna synpunkter.

Kommentar från styrelsen för Svensk Förening för Medicinsk Genetik och Genomik (SFMG) till betänkandet Stärkt patientsäkerhet genom rätt kompetens – utifrån hälso- och sjukvårdens och tandvårdens behov (SOU 2025:63).

Utredningens övergripande uppdrag var att analysera möjliga förändringar som kan behövas i regelverk och strukturer när det gäller reglerade yrken, specialistkompetenser och specialistutbildningar samt vidareutbildning och fortbildning inom hälso- och sjukvården och tandvården för att möta de utmaningar som dessa verksamheter står inför.

1. SFMG håller helt med utredningens samlade bedömning kring betydelsen av **vidareutbildning samt fortbildning**, förslagen kring uppföljning samt översyn och vårdgivarens ansvar.
2. Enligt utredningen bedöms **genetiska vägledare** ha och kommer fortsatt att ha en viktig funktion i hälso- och sjukvården. Vad gäller frågan om möjlighet till yrkesreglering genom skyddad yrkestitel saknas idag en riktad högskolemässig vägledarutbildning. Således anser utredningen att det saknas ett krav för en yrkesreglering för genetiska vägledare. **Synpunkter:** SFMG anser som tidigare att behovet av genetisk vägledning inom vården är mycket viktigt och med tanke på sjukvårdens omställning till precisionsmedicin är och kommer det framöver ställas allt högre krav. SFMG håller med utredningens samlade bedömning kring att det idag saknas en riktad genetisk vägledarutbildning att knyta yrkesregleringen till. Nordiska nätverket för genetisk och genomisk vägledning har, i samarbete med akademiska institutioner i Norden och med stöd av Nordiska Ministerrådet för högre utbildning, ett framskridet arbete för att implementera en gemensam Nordisk Masterutbildning i Genetisk och Genomisk vägledning. Utbildningen planerar att starta hösten 2027 och kommer att uppfylla Europeiska kvalitetskrav för professionen. Därför ser SFMG samt yrkesföreningen (Svensk förening för genetiska vägledare) gärna en uppföljande diskussion med Socialdepartementet kring innehållet och strukturen av det masterprogram som nu är under uppbyggnad.
3. Enligt utredningen bedöms **sjukhusgenetiker** ha en mycket viktig roll inom hälso- och sjukvården samt precisionsmedicin. Dock anser utredningen att yrkesgruppen sjukhusgenetiker inte har någon direkt patientkontakt varför detta inte bedöms uppfylla kriterierna för yrkesreglering genom skyddad yrkestitel. **Synpunkter:** Med tanke på den breda implementeringen av precisionsmedicin inom svensk sjukvård och behovet av korrekta och patientsäkra genetiska utredningar anser SFMG att en yrkesreglering genom skyddad yrkestitel för yrkesgruppen sjukhusgenetiker skulle garantera den kunskapsnivå som krävs för utförandet av dessa ofta mycket komplicerade genetiska utredningar. Detta kommer att ha en mycket stor betydelse för patientsäkerheten och sjukvårdens omställning till precisionsmedicin. Trots avsaknad av direkt patientkontakt har sjukhusgenetiker en stor självständighet i den diagnostiska processen och därmed även ett självständigt patientansvar. SFMG anser därför i motsats till utredningens bedömning att kraven kring patientsäkerhet, är uppfyllda för en yrkesreglering av sjukhusgenetikers yrkestitel i och med yrkesrollens innehåll av ett direkt patientansvar med ansvar för diagnostiska och terapeutiska förfaranden, dess utbildningsnivå och de internationella förhållandena.



Ingegerd Öfverholm
Vetenskaplig Sekreterare

Peter Gustafsson
Ordförande

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri

Remissvar på SOU 2025:63 - Stärkt patientsäkerhet genom rätt kompetens – utifrån hälso- och sjukvårdens och tandvårdens behov

Bakgrund

Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri ser med fördel på att kompetensen inom hälso- och sjukvården stärks och därmed ökar patientsäkerheten och bidrar därför med remissvar på SOU 2025:63. Detta förtydligas tydligt på sidan 93: ”Om vårdpersonal brister i kompetens kan det leda till att patientsäkerheten hotas och allvarliga konsekvenser riskerar att uppstå, såsom felbehandlingar, medicinska misstag eller förlorade liv.” På sidan 96 påtalas även att utredningen har haft som utgångspunkt att hälso- och sjukvården och tandvården måste bemannas med personal med rätt kompetens för att kunna tillhandahålla en patientsäker och god vård.

Generella synpunkter

Utredningen har tagits fram på uppdrag från hälso- och sjukvårdsministern som dock inte är ansvarig för psykiatrisk verksamhet. BUP, likväl som vuxenpsykiatri, är idag kopplad till Socialdepartementet och därmed underställt Socialministern. Därmed uppstår en oklarhet om Barn- och ungdomspsykiatri (BUPs) behov av kompetensutveckling ses som en del av denna utredning. BUP som verksamhet är dock en del av sjukvården på regional nivå och ses som en medicinsk verksamhet.

SFBUP önskar därmed ett klargörande huruvida BUP (och vuxenpsykiatri) ingår i denna utredning eller inte i inledningen av utredningen.

Utredningen hade uppdraget att analysera vilka förändringar som kan behövas i regelverk och strukturer när det gäller reglerade yrken, specialistkompetenser och specialistutbildningar samt vidareutbildning. SFBUP ser med viss bestörtning att utredningen saknar förslag på hur fortbildningen för specialistläkare ska regleras. Utredningen förespråkar att fortbildningen fortsatt ska vara oreglerad och upp till en ofta icke medicinsk kompetent ledning att subjektivt bedöma om utbildningsbehov föreligger.

SFBUP anser att reglering av fortbildningen för specialistläkare ånyo tas upp då denna utredning inte adresserat frågan tillräckligt.

I utredningen tydliggörs problemet med regionernas dubbla uppdrag. Dels är regionerna huvudmän för utbildning och dess kvalitet, dels är regionerna en politiskt styrd produktionsenhet som ska hushålla med samhällets resurser. SFBUP bedömer att regionerna (vilket förstärks av svarsfrekvensen på enkät) tolkar sitt lagstadgade ansvar för patientsäkerhet, vårdproduktion och arbetsmiljö som tyngre än sitt ansvar för utbildning. Detta leder till en sämre utbildningskvalitet när huvudmannen behöver fördela de resurser som finns. Vid personalbrist prioriteras alltid produktion före utbildning. Strukturen bekräftas genom att konsekvenserna för regionerna blir väldigt olika när ansvarsområden inte hanteras adekvat. Om inte Regionen sköter sig som vårdgivare så granskas verksamheten av IVO med risk för vite, dessutom riskerar verksamheten att bli utan vissa ekonomisk ersättning. Om Regionen som huvudman dock inte sköter sitt uppdrag avseende utbildning uppstår inga konsekvenser då regionen kvalitetsgranskar sig själv.

SFBUP ser gärna att utbildningssystemet för ST-läkare ses över avseende huvudmän. En stor brist med dagens system är den bristfälliga kvalitetssäkringen.

Specifika synpunkter

Läkares utbildningsväg och kvalitetssäkring – sidan 30

Kommentar: Inledande mening innehåller felaktigheter runt hur BT/ST-utbildningen är upplagd. Detta beskrivs korrekt på sidan 198.

SFBUP rekommenderar att texten uppdateras enligt texten på sidan 198.

Kommentar: Socialstyrelsen författning runt ST beskriver att ST ska genomgå kvalitetsgranskning där läkarprofessionerna via Svenska Läkarförbundet skapat ett granskningsförfarande via SPUR-granskningar. Det finns inget i författningen som säger att det ska vara just SPUR-granskning utan endast någon form av extern granskning. Det saknas rutiner för uppföljning av de åtgärder som vårdgivaren har vidtagit vid bristande kvalitet.

SFBUP önskar att det tydliggjordes att SPUR-granskning är en variant av extern granskning och att författningen inte styr vilken typ av granskning som ska göras

SFBUP önskar förtydligande att SoS/IVO genomför initial kvalitetsgranskning av vårdgivare då det ligger inom Socialstyrelsen ansvarsområde enligt förordning.

Läkares utbildningsväg och kvalitetssäkring – sidan 31

Utredningens text: "Socialstyrelsen granskar årligen cirka 2 000 ansökningar, och mycket av myndighetens granskning bygger på inkomna handlingar snarare än objektiva bedömningar av kunskaper och testresultat."

Kommentar: ST-utbildning under 5,5 år leder till omfattande dokumentation. I nuläget ligger fokus på dokumentation av färdigställda moment. Det åligger handledare och verksamhetschefer att bedöma den sammantagna kompetensen. Utifrån utredningstexten kan det skönjas en kritik av nuvarande system. Hur anser SoS att bedömningen av ST-utbildning ska utformas? Är det arbetsbördan för SoS som är för hög eller är det den låga kvaliteten på kompetensbedömningen som ett problem?

SFBUP önskar att detta stycke kompletterades med resonemang i denna fråga.

Utredningens bedömning – sidan 34

Utredningens bedömning: ”Det behövs en översyn av Socialstyrelsens föreskrifter om läkarnas specialiseringstjänstgöring för att säkerställa att tjänstgöringen innehåller ett tillräckligt brett patientunderlag för att uppnå målen enligt målbeskrivningarna för specialiseringstjänstgöringen.”

Kommentar: Patientunderlaget finns i vården och bedöms inte ha med föreskrifterna att göra. Tillgången till patientunderlaget har många gånger med hur Regionerna valt att organisera vården genom t ex upphandling och privatisering. SFBUP önskar att fokus i stället ligger på att tydliggöra hur anställningen av ST-läkare utformas samt hur Regioner säkerställer att patientunderlaget finns för ST-utbildning.

Privata utförare har ofta en upphandling som bygger på ett avgränsat patientunderlag samt även saknar utrymme för utbildningsinsatser. Dessutom är längden på upphandlingar ofta kortare än längden på ST-utbildning vilket leder till att ST-läkare riskerar att stå utan arbetsgivare när upphandlingen upphör. Vid vårdval kan en arbetsgivare upphöra med sin verksamhet när som helst vilket skapar osäkerhet hos ST-läkare. Dessutom uppstår oklarheter i hur upphandlad verksamhet ska ta del av regionsfinansierade utbildningsinsatser.

SFBUP anser att ST-läkare ska anställas inom Regionen med möjlighet till att kunna tjänstgöra på privata mottagningar om detta finns skrivet i upphandlingsdokument. I upphandlingsdokumentet är det viktigt att det tydligt framgår att privata aktörer säkerställer att ST-läkaren både får tillgång till kompetens både inom klinisk handläggning samt handledning.

Utredningens bedömning: ”Ett tillägg bör göras i föreskrifterna om att en del av den samman tagna bedömningen av ST-läkaren kan grunda sig på ett kunskapsprov”

Kommentar: Ett kunskapsprov kan redan göras utifrån dagens föreskrifter och drivas av olika specialitetsföreningar. Om det blir ett krav på att varje specialitetsförening ska skapa ett nationellt prov kommer detta kräva ett resurstillskott, speciellt till mindre specialiteter som saknar resurser till detta. Hur ska dessa kvalitetsgranskas?

SFBUP anser att detta förslag behöver revideras och förtydligas om föreskrifterna ska innehålla ett tillägg.

Utredningens bedömning: ”De åtgärder som har vidtagits av vårdgivaren för att hantera brister i verksamheten som framkommit vid extern granskning av specialiseringstjänstgöringen bör följas upp inom ett år efter granskningen.”

Kommentar: Detta känns något försiktigt och SFBUP upplever att denna skrivning inte kommer leda till någon förändring. Det behövs ett tydligare krav på att brister ska åtgärdas.

SFBUP rekommenderar att skrivningen ändras från ”bör” till ”ska”.

Utredningens bedömning: ”Regionerna behöver utveckla ett system för att bedöma och godkänna verksamheter som erbjuder specialiseringstjänstgöring. Verksamheterna måste kunna erbjuda ett tillräckligt brett patientunderlag för att målen för specialiseringstjänstgöringen ska kunna uppfyllas. Det gäller både för verksamheter inom regionerna och hos vårdgivare som har avtal med regionerna.”

Kommentar: SFBUP stödjer ovanstående. I texten på sidan 35 beskrivs att verksamheter bör genomgå en inledande kvalitetsgranskning. Det framgår inte tydligt vem som ska göra denna granskning. Utifrån att det är Socialstyrelsen som utfärdar föreskrifter avseende ST-utbildning bör därmed Socialstyrelsen alternativt IVO genomföra den initiala kvalitetsgranskningen.

I texten på sidan 35 poängteras även att "För att ST-läkaren ska få en komplett utbildning bör de kunna rotera mellan olika verksamheter, exempelvis mellan sjukhus och upphandlade privata vårdgivare. Detta kräver både samarbete och ekonomisk kompensation."

Kommentar: SFBUP stödjer detta med viss reservation. För att ST-läkaren ska kunna tillgodogöra sig den bredd och spetskompetens som krävs är rotation helt nödvändig. Men att bygga ett system som bygger på samarbete och ekonomisk kompensation mellan regioner och privat utförare har brister. Beställare inom regionerna saknar kompetens runt utbildningsfrågor då de sitter långt från den kliniska verkligheten: Därmed skrivs bristfälliga avtal med privata utförare som inte innehåller förtydligande information runt utbildningsfrågor. Utbildningsfrågor är inte heller intressanta för privata utförare då utbildning kräver kompetens och avsättning av tid till moment som inte direkt ses som intäktbringande. Detta leder till att ST-läkare som anställs privat inte får tillgång till adekvat ST-utbildning. ST-läkare som anställs inom regionen får inte tillgång till patienter inom privat vård. Det är en fin tanke att samarbete och ekonomisk kompensation ska ordna detta, men det behövs ett tydligt ramverk för att säkerställa utbildningskvalitet.

SFBUP rekommenderar att se över anställningsformer för ST-läkare och rekommenderar att ST-läkare är anställda inom regionernas verksamheter med möjlighet till sidotjänstgöring inom privata verksamheter

SFBUP önskar förtydligande att SoS/IVO genomför initial kvalitetsgranskning av vårdgivare då det ligger inom Socialstyrelsen ansvarsområde enligt förordning.

Utredningens bedömning: "I avtal med regionerna behöver privata vårdgivare som utför vård som har upphandlats av regionerna kunna ta emot de som genomför sin specialiseringstjänstgöring på sjukhusen inom regionen för att dessa ska kunna få erfarenhet av de behandlingar som har utlokaliserats. Nödvändig ekonomisk kompensation behöver utgå till de privata vårdgivarna från regionerna för dessa placeringar."

Kommentar: SFBUP stödjer ovanstående avseende placeringar men stödjer inte att ST-läkare anställs av privata verksamheter.

SFBUP rekommenderar att se över anställningsformer för ST-läkare och rekommenderar att ST-läkare är anställda inom regionernas verksamheter med möjlighet till sidotjänstgöring inom privata verksamheter

Utredningens bedömning: "Regionerna bör tillhandahålla statistik över antalet personer som genomför specialiseringstjänstgöring inom regionen och hos de privata vårdgivare som regionen har avtal med. Statistiken bör årligen sändas in till Socialstyrelsen."

Kommentar: Här behöver roller och ansvar förtydligas. Viktigt att det blir ett förtydligande vem som är ansvarig för kompetensutvecklingen av vården, och därmed även vilka och hur många ST-läkare som behöver utbildas i Regionerna. SoS har ett nationellt uppdrag samt ansvar för att utfärda föreskrifter. Regionerna har inte överblicken nationellt. Därmed anser undertecknad att för att få till en styrning av detta måste SoS ta ett tydligare grepp och att Regionerna ska tillhandahålla statistik till SoS. Det blir tydligt att det finns brister i hur regionerna ser på sitt ansvar för utbildning då endast 14 av 35 enheter svarade på enkäten runt utbildning.

SFBUP stödjer ovanstående med reservationen att "bör" ersätts med "ska". "Regionerna ska tillhandahålla statistik över antalet personer som genomför specialiseringstjänstgöring

inom regionen och hos de privata vårdgivare som regionen har avtal med. Statistiken bör årligen sändas in till Socialstyrelsen.”

Sid 38 - Tre yrkesgrupper har författningsreglerad vidareutbildning i dag

Utredningen: ”En specialiseringstjänstgöring genomförs inom ramen för en anställning med praktisk tjänstgöring under handledning, och ger inga högskolepoäng.” ”Regleringen av läkarnas specialistkompetens har historiskt motiverats av behovet av en tydligare ordning gällande vilka krav som ställs på en specialist och att det uppfattades som ett angeläget intresse att specialistbeteckningen motsvarades av en verklig sakkunskap.”

Kommentar: Nuvarande system avseende ST-utbildning av läkare har funnits under en längre tid. Skulle vara av intresse att en diskussion förs om ST-utbildningen skulle kunna ligga under högskolan. Det skrivs ovan att det är ett angeläget intresse att specialistbeteckningen motsvaras av verklig sakkunskap. Då regionerna uppvisat svårigheter att uppfylla utbildningsmålen avseende sakkunskap utan fokuserat på produktion behöver en översyn göras över om regionerna kan vara huvudman för utbildning. Internationellt finns tätare kopplingar till mellan specialistutbildning och utbildningssystemet.

Detta blir ännu viktigare att utreda då det nu finns tankar att psykologernas och logopedernas specialistutbildning också ska läggas ut på regionerna med ramverk från SoS enligt nuvarande modell för ST-utbildning av läkare.

SFBUP ser gärna att utbildningssystemet för ST-läkare ses över avseende huvudmän. En stor brist med dagens system är den bristfälliga kvalitetssäkringen.

Sid 39 - Utredningens utgångspunkter för att överväga författningsreglerad vidareutbildning

Utredningens text: ”Enligt den kommunala finansieringsprincipen måste staten anvisa medel när den fattar beslut som innebär höjda ambitioner eller nya verksamheter för kommuner och regioner.”

Kommentar: Finansieringsprincipen kan försvåra om kvalitetshöjande åtgärder läggs på regionen avseende ST-utbildning utan att medel skjuts till. Utifrån detta fördel att lägga utbildning på universitet.

SFBUP ser gärna att utbildningssystemet för ST-läkare ses över avseende huvudmän. En stor brist med dagens system är den bristfälliga kvalitetssäkringen.

Sidan 41 – Utredningens förslag

Utredningen text: ”Socialstyrelsen ska få meddela föreskrifter om logopeders och psykologers specialistkompetens.”

Kommentar: Framstår självklart att Socialstyrelsen står för föreskrifterna men det behöver även finnas tydlighet runt vem som bedriver utbildningen och vem som följer upp kvaliteten.

SFBUP ser gärna att utbildningssystemet för specialistkompetens för psykologer och logopeder ses över avseende huvudmän. Riskfyllt att regionerna ska stå för detta utifrån erfarenheter från regionernas möjlighet/kompetens att kvalitetssäkra ST-utbildningen för läkare.

Sid 43 - Vårdprofessionslyftet: En ny ordning för att vidareutbilda vårdprofessioner med yrkesexamen på grundnivå bör utredas

Utredningen text: ” Problemen i nuvarande modell illustreras tydligt genom exemplet med antagningen till specialistsjuksköterskeutbildningen, där arbetsgivarnas möjligheter att bevilja tjänstledighet spelar en avgörande roll”

Kommentar: Ovanstående citat påvisar ytterligare ett bevis på att regionerna inte kan hantera utbildnings- och fortbildningsfrågor då sjuksköterskor inte ges möjlighet/uppmuntras till fortbildning.

SFBUP anser att ledningen för verksamhet inom hälso- och sjukvården behöver besitta klinisk kompetens för att kunna ta beslut över verksamhetens kompetensutveckling.

Sid 48 - Arbetsgivares syn på fortbildning inom hälso- och sjukvården och tandvården

Utredningen: ” De flesta deltagare var positiva till viss reglering, för att stärka fortbildningens status, men efterlyste samtidigt balans mellan styrning och lokal anpassning. Uppföljning av fortbildning föreslogs bland annat genom stickprov och särskilda kodsystém, även om informell kompetensutveckling är svår att mäta.”

Kommentar: Ovanstående kommentar från arbetsgivaren pekar på att arbetsgivaren tänker att utbildningen kan styras med strategiska beslut och inte genom faktisk kunskapsinhämtning. Svårt att se hur stickprov och kodsystém påverkar utbildningen då det är reaktiva åtgärder. Utbildning kräver proaktiva åtgärder där utvecklingen av kompetensen hos vårdens anställda är kärnan. Detta kräver klinisk kompetens i ledningen.

SFBUP anser att ledningen för verksamhet inom hälso- och sjukvården behöver besitta klinisk kompetens för att kunna ta beslut över verksamhetens kompetensutveckling.

Sid 50 - Forskning om fortbildning

Utredning: ” Samtidigt pekar många studier på hinder såsom tidsbrist, otillräcklig finansiering och brist på strukturell planering. Stödet från arbetsgivaren är ofta otillräckligt, särskilt inom yrkesgrupper utanför läkar- och tandläkarprofessionerna.”

Kommentar: Ovanstående visar tydligt på behovet av en statligt uppstyrd fortbildning som bygger på effektiva metoder och där alla läkare oavsett region har tillgång till utbildning.

SFBUP ser gärna att utbildningssystemet för ST-läkare ses över avseende huvudmän. En stor brist med dagens system är den bristfälliga kvalitetssäkringen av utbildningsinsatser.

Sid 51 – Utredningens förslag

Utredning: ”Vårdgivaren ska identifiera hälso- och sjukvårdspersonalens utbildningsbehov och ge möjlighet till regelbunden fortbildning i en sådan omfattning som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls.”

Kommentar: Denna kompetens och ekonomiska möjlighet saknas inom regionernas ledningsfunktioner och varierar kraftigt mellan regioner. Kompetensen att identifiera utbildningsbehov kräver att det finns klinisk kompetens i ledningen för medicinsk verksamhet. Att regionerna säkerställer att verksamheten utbildas utifrån behovet borde vara ett krav, och inte bara ”en möjlighet” som arbetstagarna kan välja att ta del av.

SFBUP skulle gärna se en skarpare skrivelse såsom:

”Vårdgivaren ska identifiera hälso- och sjukvårdspersonalens utbildningsbehov och säkerställa fortbildning i en sådan omfattning som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls.”

SFBUP anser att ledningen för verksamhet inom hälso- och sjukvården behöver besitta klinisk kompetens för att kunna ta beslut över verksamhetens kompetensutveckling.

Sid 52 – Utredningens förslag

Utredningen: ”Hälso- och sjukvårdspersonal ska ha en skyldighet att regelbundet ta del av fortbildning.”

Kommentar: Borde kunna skärpas.

*SFBUP önskar tydlighet att utredningens förslag, exempelvis: ”Hälso- och sjukvårdspersonal ska ha en skyldighet att **regelbundet säkerställa sin fortbildning utifrån behov.**”*

Sid 53 – Utredningens förslag

Utredningen: ”Vårdgivaren ska, i den patientsäkerhetsberättelse som upprättas den 1 mars varje år, dokumentera de möjligheter som har getts för hälso- och sjukvårdspersonalens regelbundna fortbildning.”

Kommentar: Det viktiga är att visa vilken kompetensutveckling genom fortbildning som åstadkommit. Det är relativt ointressant att veta vilka möjligheter som getts utan att behöva rapportera vad man åstadkommit. Viktigt att fortbildningen rapporteras både utifrån ett kvalitativt och kvantitativt perspektiv. I utredningen står att uppföljningen ska vara enkel men uppföljningen bör vara tillräckligt detaljerad så att det tydligt framgår vilka lärandeaktiviteter som genomförts för att uppnå viss kompetens. Enkelhet har inget egenvärde i sig, men kanske regionerna önskar enkelhet så att de kan tillsätta ledare utan kompetens inom ledarskap och kliniskt arbete. Kompetens är kärnan i att kunna bedriva god vård. Därmed är fortbildning viktigt och behöver adresseras och rapporteras på ett genomtänkt sätt.

*SFBUP ser behov av att stärka skrivningen, exempelvis ” Vårdgivaren ska, i den patientsäkerhetsberättelse som upprättas den 1 mars varje år, dokumentera **och rapportera genomförda fortbildningsaktiviteter inom verksamheten för att möta kompetensbehovet**”*

SFBUP anser att ledningen för verksamhet inom hälso- och sjukvården behöver besitta klinisk kompetens för att kunna ta beslut över verksamhetens kompetensutveckling.

Sid 63 – Bemyndiganden

Utredningen: ”6. tillhandahållande och fördelning av platser till de specialistkompetenskurser som ingår i läkares vidareutbildning och som anordnas med statliga medel.”

Kommentar: ST-läkarna inom de psykiatriska specialiteterna går kurser i metis-konceptet som har andra finansieringsvägar än SK-kurser. Utifrån att psykiatri ligger under socialdepartementet vore det fördelaktigt om det tydliggörs om utredningen även omfattar specialistkompetenskurser inom psykiatri. Hur fungerar finansieringen av ST-kurser inom psykiatri idag? Finansieras dessa via Hälso- och sjukvårdsdepartementet eller Socialdepartementet?

Utformningen i lagtexten behöver inte ändras.

Sid 68 - Förslag till förordning om ändring i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen

Utredningens text: ”3. stödja huvudmännen för att uppnå hög kvalitet i specialiseringstjänstgöringen, 4. främja utbildning av handledare inom specialiseringstjänstgöringen, 5. följa upp kvaliteten i specialiseringstjänstgöringen, samt 6. utarbeta kriterier för utbildande enheter för att säkerställa att verksamheten har den bredd och inriktning som behövs för att erbjuda specialiseringstjänstgöring av hög kvalitet.”

Kommentar: Utifrån ovanstående förordning ställs höga krav på Socialstyrelsen i hur ST-utbildningen nationellt fungerar. Socialstyrelsen styr upplägget för ST-utbildningen via förordning HSLF FS 2021:8 samt via förordning 2015:284 är det även tydligt att Socialstyrelsen även är ansvarig för kvalitetsuppföljning.

Utifrån detta bör Socialstyrelsen bygga upp en bättre kvalitetsuppföljning. Idag åläggs regionerna att själva följa upp utbildningskvaliteten utan att det finns någon form av konsekvens vid brister. Punkt 5 påtalar att det är Socialstyrelsen som är ansvarig för att följa upp kvaliteten vilket inte stämmer med nuvarande upplägg där externa kvalitetsgranskningar är frikopplade från Socialstyrelsen. I och med att punkt 3 även påtalar Socialstyrelsens ansvar att stötta huvudmännen behöver Socialstyrelsen ta ett grepp runt kvalitetsgranskning för att ha kännedom om verksamheterna har sina brister. Punkt 6 påtalar behovet av att Socialstyrelsen har en initial kvalitetsgranskning av de aktörer som erbjuder utbildning. Förordningen i sig behöver inte ändras men SFBUP har synpunkter på hur förordningen implementerats.

SFBUP anser att externa kvalitetsgranskningar ska vara kopplade till Socialstyrelsen ansvar i förordning 2015:284 att följa upp kvaliteten i specialisttjänstgöringen.

SFBUP önskar förtydligande att SoS/IVO genomför initial kvalitetsgranskning då förordningen tydligt pekar på Socialstyrelsens ansvar runt detta. Nuvarande modell där regionerna bedömer sig själva utan möjlighet till att kräva att brister åtgärdas upplevs tandlös.

Sid 242 - 7.5 Uppföljning av åtgärder som vidtagits mot brister vid granskning av läkarnas ST

Utredningens bedömning: De åtgärder som har vidtagits av vårdgivaren för att hantera brister i verksamheten som framkommit vid extern granskning av specialiseringstjänstgöringen bör följas upp inom ett år efter granskningen.

Kommentar: Det är tydligt att föreskrifterna tydliggör vårdgivarnas ansvar för att en extern granskning genomförs och hur ofta detta görs. Det saknas dock uppföljning både av hur många vårdgivare som följer detta och om eventuella brister åtgärdas. Ett problem idag är att det finns ingen som kan kräva att en vårdgivare, offentlig eller privat, genomför granskningar utan det är upp till varje vårdgivares goda samvete att följa föreskriften. I och med att den myndighet, Socialstyrelsen, som är ansvarig för kvalitetsuppföljning enligt förordning 2015:284, inte har någon uppföljning av vilka vårdgivare som granskats kan vårdgivare som inte önskar granskning slippa detta. SLF och Lipus har inte något myndighetsansvar utan erbjuder endast granskning till de som önskar. Specialistföreningar kan öva påtryckningar men har inget mandat att styra över vårdgivare. Vårdgivarna får betala för granskningarna och små verksamheter väljer ibland bort granskningen av kostnadsskäl.

SFBUP håller med om att SPUR-granskningarna i sig håller god kvalitet. Däremot saknas uppföljning och en tydlig huvudman för granskningarna.

På sidan 244 påtalas att "Uppföljningen bör göras av de externa granskarna (SPUR-inspektörerna) inom ett år efter granskningen." Detta upplevs som ett orimligt uppdrag. SPUR-granskarna gör en punktinsats vid granskning till ett fast arvode och det finns ingen möjlighet att säkerställa att samma granskare ska finnas tillgängliga ett år senare för att följa upp. Den initiala granskningen har en tydlig omfattning men en uppföljning ett år senare kan vara ytterst varierande till tidsåtgång. Det går inte att jämföra med UKÄ som har sanktioner kopplade till sina uppföljande utvärderingar.

SFBUP anser att det inte ska åläggas SPUR-granskare att göra kvalitetsuppföljning utan att detta är ett myndighetsansvar och att detta med fördel åläggs ansvarig myndighet Socialstyrelsen, eventuellt med stöd av IVO.

Sid 245 – Utredningens bedömning

Utredningens bedömning: "Regionerna behöver utveckla ett system för att bedöma och godkänna verksamheter som erbjuder specialiseringstjänstgöring..."

Kommentar: Detta kan leda till jäv då regionerna själva är ansvariga för utbildningen och bedömer sig själva. Ur samhällsperspektiv känns detta system inte som ett skydd för patienterna utan ett skydd för regionerna.

SFBUP anser att externa kvalitetsgranskningar ska vara kopplade till Socialstyrelsen ansvar i förordning 2015:284 att följa upp kvaliteten i specialisttjänstgöringen.

Utredningens bedömning: "Regionerna bör tillhandahålla statistik över antalet personer som genomför specialiseringstjänstgöring inom regionen och hos de privata vårdgivare som regionen har avtal med. Statistiken bör årligen sändas in till Socialstyrelsen."

Kommentar: Viktigt och lite märkligt att detta inte är ett vedertaget förfarande. Detta bör förtydligas och "bör" ändras till "ska". På sidan 247 tydliggörs även att statistiken behövs för nationell planering av kompetensbehovet. Utöver detta borde informationen från regionerna till Socialstyrelsen innehålla information hur kvaliteten säkerställs, förslagsvis genom årlig intern granskning och extern granskning var femte år.

SFBUP rekommenderar att texten ändras till: "Regionerna ska tillhandahålla statistik över antalet personer som genomför specialiseringstjänstgöring inom regionen och hos de privata vårdgivare som regionen har avtal med. Statistiken ska årligen sändas in till Socialstyrelsen. Statistiken ska åtföljas av en beskrivning runt hur kvaliteten säkrats och vilka granskningar som genomförts."

Sid 357 - Verksamhetschefen ytterst ansvarig för fortbildning

Utredningens text: "Några respondenter har även inkluderat utbildningar i brandberedskap och ergonomi som fortbildning, vilket inte faller inom utredningens definition av fortbildning..."

Kommentar: Detta visar på vikten av kompetens runt fortbildning av den kliniska verksamheten. När ledningen inte besitter klinisk kompetens läggs fortbildningstid på andra saker än klinisk kompetens.

SFBUP anser att ledningen för verksamhet inom hälso- och sjukvården behöver besitta klinisk kompetens för att kunna ta beslut över verksamhetens kompetensutveckling.

Sid 359 - Möjligheten till fortbildning varierar mellan verksamheter och yrkesgrupper

Utredningens text: "Sju av de 14 verksamheter som har besvarat enkäten saknar helt riktlinjer för hur mycket fortbildning deras medarbetare ska erbjudas varje år. Fem verksamheter har vissa riktlinjer om ett visst antal dagars fortbildning för medarbetarna. En verksamhet menar att fortbildning ska ordnas efter behov och den sista verksamheten har riktlinjer för vissa av de anställda yrkesgrupperna men inte för alla."

Kommentar: Att bara 14 verksamheter svarat på enkäten ger en viss ledning om intresset, kunskapen och kompetensen ser ut runt fortbildning/utbildning inom regionerna. Dessutom saknar hälften riktlinjer. Att Socialstyrelsen, som enligt förordning har det yttersta kvalitetsansvaret, litar på att denna verksamhet kan granska sig själv känns oroväckande.

SFBUP anser att externa kvalitetsgranskningar ska vara kopplade till Socialstyrelsen ansvar i förordning 2015:284 att följa upp kvaliteten i specialisttjänstgöringen.

Sid 361 - Viktigt att fortbildning inte bortprioriteras

Utredningens text: ”Två representanter för kommunerna betonade även att kommunerna inte vill bli styrda och att det är svårt att definiera hur mycket fortbildning som personalen bör ha.”

Kommentar: Detta uttalande tyder på ett bristande omdöme och låg förståelse av ett offentligt uppdrag då kommuner har ramverk att arbeta efter samt ett krav på att hålla hög kompetens. Detta behöver granskas ur ett demokratiskt perspektiv.

*SFBUP ser behov av att stärka skrivningen, exempelvis ”Vårdgivaren ska, i den patientsäkerhetsberättelse som upprättas den 1 mars varje år, dokumentera **och rapportera genomförda fortbildningsaktiviteter inom verksamheten för att möta kompetensbehovet**”*

Sid 394- 10.3.3 Förslaget rörande fortbildning

Utredningens text: ”I hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen tydliggörs att verksamheten ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det ska bland annat finnas den personal, de lokaler, de sjukvårdsprodukter och den övriga utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.”

Kommentar: Att HSL väljer att inte nämna kompetens i denna kontext upplevs mycket märkligt för utan kompetens går det inte att bedriva vård.

*SFBUP anser att HSL bör uppdateras med att verksamheten ska inbegripa **kompetens**, likväl som personal, lokaler etc.*



Remissvar: Stärkt patientsäkerhet genom rätt kompetens SOU 2025:63

Sammanfattning

Vi instämmer i att patientsäkerhet är det kriterium som väger tyngst när det gäller reglering av behörighet. Därför välkomnar vi föreslagna förändringar i patientsäkerhetslagen. En legitimation fungerar som garanti för en viss kunskapsnivå. Kunskap är dock färskvara och inflödet av ny kunskap nödvändig för fortbildningsinsatser, för att den legitimerade ska kunna bibehålla och utveckla sin kompetens.

Den aviserade översynen av Socialstyrelsens föreskrifter om läkarnas specialiseringstjänstgöring med anledning av bristande patientunderlag för att uppnå måluppfyllelse, berör också vår specialitet. Innebörden i att vara fast läkarkontakt och att ansvara för en lista med syftet att upprätthålla relationskontinuitet, behöver förtydligas i målbeskrivningen. I läkarbristens spår har uppgiftsväxling och teamarbete, minskat den fasta läkarens direktkontakt med den hjälpsökande patienten. Digitala arbetssätt har minskat möjligheten till fysisk närvaro och undersökning, vilket reducerat underlaget för säkra bedömningar, samtidigt som direkta digitala kontakter med den fasta läkaren även kan bidra till förtroendefulla relationer. I mångfalden av vårdgivare frodas lösningar som hotar relationskontinuitet och generalistrollen. En oroväckande trend i primärvården är den tilltagande subspecialiseringen med diagnosen i fokus. Vid sidan av primärvården förekommer entreprenörskap präglad av ”cream skimming” av enstaka diagnoser och symtom. Dessa företeelser uppmuntrar ett sökbeteende hos patienterna som bidrar till fenomenet lågvärdevård, och resultatet av kontakterna orsakar ofta ett merarbete för den fasta läkaren. Studierektorsnätverket i Sverige har upprättat riktlinjer för hur stor andel av ST som kan göras i form av nätläkartjänster. Man blir inte en kompetent allmänläkare genom att arbeta enbart med hosta eller blodtryck. En översyn är behövlig även av andra skäl än ett bristande patientunderlag således.

Angående det föreslagna tillägget om möjligheten av ett kunskapsprov som del i den sammantagna bedömningen, vill vi påpeka att SFAM sedan decennier erbjuder ST-läkare en specialistexamen på frivillig bas där ett skriftligt prov ingår. Det finns ett progresstest som kan upphandlas av en kommersiell aktör, men nyttjandegraden är relativt låg. SFAM tillhandahåller också Mitt-i-ST som är en formativ utvärdering genom en extern bedömare, med väsentligen samma innehåll som specialistexamen förutom det skriftliga provet. Den utvärderingen når en väsentligt större målgrupp och är allmänt uppskattad och redan obligatorisk i de flesta regioner. Bedömning av kompetens kan underlättas av ett kunskapsprov men det är viktigt att ett sådant prov utformas så man inte bara bedömer rena faktakunskaper utan även inkluderar konsultationsteknik, bemötande, relationskompetens, samt inte minst förmågan att fatta omdömesgilla beslut. Viktigt är också att bedöma förmågan att leda och

prioritera i det medicinska arbetet i teamet runt patienten. Systemförståelse är en central del av allmänläkarens kompetens.

Bedömning av utbildningskvalitet innan tilldelning av ST-tjänster, är idag välfungerande. Arbetsuppgiften finns i studierektorsorganisationen och SPUR-granskningen som sker vart femte år kompletterar kvalitetssäkringen. Uppföljning av SPUR-granskningar där behov av förbättringar har identifierats är något som vi välkomnar och ser behov av, då ett underkännande idag inte leder till några egentliga påföljder. Statistikrapportering av antalet personer som genomför ST behöver förbättras i alla regioner och är avgörande för omställningen till God och nära vård.

Vi instämmer i utredarens förslag att vårdgivaren ska identifiera hälso- och sjukvårdspersonalens utbildningsbehov och ge möjlighet till regelbunden fortbildning i överensstämmelse med kravet på god vård i HSL. Att ställa högst krav på läkares fortbildning är helt avgörande. Tyvärr ses fortbildning idag mer som en förmån än som en naturlig del av läkaryrket och är ofta det första att prioriteras bort vid resursbrist. Självklart ska hälso- och sjukvårdspersonal ha en skyldighet att regelbundet ta del av fortbildning. I detta sammanhang måste vi från SFAM betona betydelsen av en god arbetsmiljö och att ansvaret att vara fast läkarkontakt gäller för ett rimligt antal personer i befolkningen med strävan att nå Socialstyrelsens riktvärde 1 allmänläkare på 1100 invånare. En viktig delförklaring till det låga deltagandet i extern fortbildning, handlar om att frånvaro på grund av fortbildning har ett pris i form av en stor volym uppskjutet indirekt patientarbete. Mängden står i proportion till uppdragets/listans storlek.

För att lagregleringen ska få ett genomslag behöver ambitionen att förse varje invånare i Sverige med en fast läkarkontakt höjas, och regionerna hållas ansvariga för saktfärdigheten i att uppnå detta riktvärde.

Arbetsgivarnas uppgifter om att läkare har allt från åtta timmar per år upp till 15 utbildningsdagar per år ger tydliga besked om att något inte står rätt till. Läkare inom primärvården har generellt betydligt mindre mängd fortbildning än läkare inom sjukhusspecialiteter (8–40 timmar per år). Det är även anmärkningsvärt att arbetsgivarna särskilt betonar bristen på distriktssköterskor snarare än bristen på distriktsläkare.

Att uppföljning med dokumentation sker i patientsäkerhetsberättelsen är helt i sin ordning. Idag har primärvården i påfallande liten utsträckning läkare som verksamhetschefer. De flesta verksamhetscheferna har en annan yrkesbakgrund. För dessa kan det vara svårt att värdera innehållet i den önskade planering som allmänläkaren presenterar vid ett medarbetarsamtal. Det är därför lämpligast att planen upprättas i dialog med en betrodd kollega inom ramen för ett ömsesidigt utbyte. Uppföljning görs ett år senare företrädesvis i samma konstellation.

Vi håller inte med om det som står på s 415 angående regioners kostnader för förslagen rörande fortbildning. Utredningen bedömer att förslagen inte ska leda till några kostnader för regioner och privata vårdgivare. I Sveriges regioner råder en stor ojämlikhet när det gäller möjligheter och tillgång till extern fortbildning för allmänläkare.

Fortbildning enligt utredningens definition bör äga rum på flera arenor. Vi håller med om att den klinisknära fortbildningen är effektiv, men arbetsplatserna får inte bli isolerade öar i detta sammanhang. Vi allmänläkare behöver få tillgång till nätverk

utanför arbetsplatsen. Det övergripande syftet för all fortbildning handlar om patientsäkerhet och förbättrad vårdkvalitet.

För att garantera kvaliteten i utbudet av lärandeaktiviteter bör det finnas en **infrastruktur** som fångar upp de behov som uttrycks i de individuella planerna i form av kompetensförstärkning och kompetensförnyelse. Utbudet av fortbildning behöver beakta den bredd på kompetenser som ingår i allmänläkarens yrkeskunnande, och samtidigt präglas av nyfikenhet på omvärldens önskemål och perspektiv. Lokalt fortbildningsansvariga läkare bör finnas på varje arbetsplats, och i regionen bör det finnas en producentneutral organisation som planerar gemensamma lärandeaktiviteter, och garanterar att det finns mötesplatser för kollegial dialog i större sammanhang. Den regionala fortbildningens organisation bör som grundprincip djupt involvera SFAMs lokalföreningar när det gäller allmänläkarnas fortbildning.

Det bör också finnas ett utbud för smågruppslärande med deltagande från olika arbetsplatser, i form av FQ-grupper (fortbildnings- och kvalitetsutvecklingsgrupper) och Balintgrupper (som handlar om upplevda svårigheter i relationen med patienten). Idag finns det ett tjänsteutrymme för STRAMA och för informationsinsatser från Läkemedelskommittéerna. Uppdraget är att besöka arbetsplatserna och föra en dialog med förskrivarna. Dessa besök är mycket uppskattade och innehållet i förmedlade budskap påverkar förskrivningen av läkemedel i gynnsam riktning. Att få ett liknande upplägg för Kloka Kliniska Val, som handlar om att utmönstra lägvårdevård, vore önskvärt.

Kriterier för fortbildning bör ingå i ackrediteringsvillkoren. Uppföljning av vissa mätbara variabler för fortbildning bör kunna bli föremål för benchmarking.

Transparens blir ledordet.

Sammantaget behövs det ekonomiska satsningar för fortbildningen för att i jämlik anda upprätta en nationell infrastruktur. Det behövs ett definierat tjänsteutrymme för att utveckla lärandemiljöer på och utanför arbetsplatserna.

Vi instämmer i att fortbildning även är en viktig fråga när det gäller beredskap för kris eller krig och att kunna upprätthålla sjukvård i en sådan situation.

Vi instämmer i utredningens förslag när det gäller reglering och vidareutbildning i andra yrken som berörs. Att värna generalismen inom primärvården och undvika specialisering inom yrkesgrupper är en grundförutsättning för att ha en bred och stabil sjukvård med primärvården som nav. Vårdprofessionslyftet kan bidra till att stärka kontinuiteten i de berörda yrkena. Förslagen är helt rimliga. Vi har inget att tillägga.

För Svensk förening för allmänmedicin
Andreas Stomby
ordförande SFAM

Remissyttrande från Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa (SFSF) angående betänkandet Stärkt patientsäkerhet genom rätt kompetens – utifrån hälso- och sjukvårdens och tandvårdens behov (SOU 2025:63)

SFSF ställer sig övergripande positiv till utredningens förslag, som adresserar viktiga frågor om kompetensförsörjning, kvalitetssäkring och livslångt lärande inom hälso- och sjukvården. Samtidigt vill vi framhålla att utredningen präglas av ett starkt kliniskt och individinriktat perspektiv. För att fullt ut möta de utmaningar vården står inför anser SFSF att socialmedicinska och folkhälsovetenskapliga perspektiv, med fokus på prevention, hälsofrämjande och jämlik hälsa, måste integreras tydligare i det fortsatta arbetet.

Allmänna synpunkter

Ett välkommet men alltför kliniskt perspektiv – socialmedicinska och folkhälsovetenskapliga dimensioner behöver stärkas

SFSF välkomnar utredningens genomlysning av kompetensfrågor, vilket är en grundförutsättning för en god och säker vård. Utredningens styrka ligger i de konkreta förslagen för att strukturera och kvalitetssäkra utbildning och fortbildning för vårdens professioner.

Vår huvudsakliga invändning är dock att begreppet "rätt kompetens" definieras alltför snävt och primärt utifrån ett kliniskt, individcentrerat och kurativt perspektiv. Utredningen saknar i stort en analys av vilken kompetens som krävs för att möta de folkhälsoutmaningar som ligger till grund för en stor del av vårdbehoven. Sociala determinanter för hälsa, preventivt och hälsofrämjande arbete samt försäkringsmedicinska aspekter är i stort sett frånvarande i analysen av framtidens kompetensbehov.

En verkligt stärkt och långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård kräver personal med kompetens inte bara i att behandla sjukdom, utan också i att förstå och agera på de samhälleliga och sociala faktorer som skapar ohälsa. Detta innefattar kunskap inom socialmedicin, epidemiologi, hälsofrämjande och försäkringsmedicin. Utredningen missar här en möjlighet att bredda kompetensbegreppet för att bättre rusta vården för ett mer proaktivt och jämlikhetsorienterat uppdrag. Vi noterar även att specialiteten socialmedicin, som har en unik kompetensprofil i dessa frågor, inte omnämns i utredningen.

Specifika synpunkter på förslag

Del III: Fortbildning (Kapitel 9)

Förslag om förtydligt ansvar för fortbildning (9.7)

SFSF tillstyrker förslaget, men med viktiga tillägg avseende fortbildningens innehåll.

SFSF anser att ett förtydligt ansvar för fortbildning är en fundamental förutsättning för en säker, effektiv och jämlik vård. Dagens situation med ojämn tillgång till fortbildning riskerar att leda till ökade skillnader i vårdkvalitet.

Fortbildningens innehåll måste breddas

SFSF vill framhålla att fortbildning inte enbart kan handla om att uppdatera klinisk-tekniska färdigheter. För att möta samhällets hälsoutmaningar måste fortbildningen även inkludera:

- Socialmedicin och folkhälsovetenskap: Kunskap om sociala bestämningsfaktorer för hälsa, ojämlikhet i hälsa och strategier för att främja en jämlik vård.
- Preventivt och hälsofrämjande arbete: Metoder för att arbeta proaktivt med att förebygga ohälsa på både individ- och befolkningsnivå.
- Försäkringsmedicin: Kompetens i att bedöma arbetsförmåga och förstå samspelet mellan hälsa, arbete och socialförsäkringssystemet.

Ett ensidigt fokus på klinisk-teknisk fortbildning riskerar att förstärka ett reaktivt och biomedicinskt synsätt. Ett lagstadgat ansvar för fortbildning måste kombineras med incitament och riktlinjer som säkerställer att även socialmedicinsk och folkhälsovetenskaplig kompetens kontinuerligt utvecklas hos vårdens personal.

Avslutande kommentarer och rekommendationer

SFSF stödjer utredningens huvudsakliga förslag då de bidrar till att strukturera och kvalitetssäkra kompetensförsörjningen inom vården. Vi anser dock att utredningens snäva, kliniska perspektiv är en betydande svaghet.

För att förslagen ska bidra till en långsiktigt hållbar och jämlik hälso- och sjukvård rekommenderar SFSF följande:

1. I det fortsatta arbetet måste socialmedicinska och folkhälsovetenskapliga perspektiv integreras för att säkerställa att framtidens kompetensförsörjning möter de faktiska hälsoutmaningarna i befolkningen.
2. Ett förtydligat ansvar för fortbildning måste åtföljas av nationella rekommendationer som säkerställer att kunskap inom socialmedicin, prevention, hälsofrämjande och försäkringsmedicin kommer all vårdpersonal till del.
3. En framtida utredning om "Vårdprofessionslyftet" måste få ett tydligt direktiv att utforma modellen så att den aktivt bidrar till att minska regional och socioekonomisk ojämlikhet i tillgången till specialistkompetens inom vård och omsorg.

Beslut om detta remissvar har fattats av Ordförande David Ebbevi (enl SFSF delegationsordning, §3).

Remissvar från Svensk Rättsmedicinsk Förening

Remissutskick av Betänkandet Stärkt patientsäkerhet genom rätt kompetens (SOU 2025:63)

Svensk Rättsmedicinsk Förening (SRF) avger följande synpunkter på remisshandlingen.

Betänkandets förslag avser ”hälso- och sjukvård” och möjligheterna för dess personal ”att

skyndsamt kunna tillgodogöra sig ny kunskap och nya arbetsmetoder”. SRF finner det dock

angeläget att påpeka att många förslag har giltighet även för annan (all?) medicinsk verksamhet, inte minst vid kris- eller krigssituationer. Detta illustreras inte minst i den debatt

som följt på tidigare statsepidemiologen Magnus Gisslén's kritik av Folkhälsomyndigheten.

SRF representerar det medicinska specialistområdet *rättsmedicin*, den enda av Sveriges 63

medicinska specialiteter och subspecialiteter som *inte* arbetar inom hälso- och sjukvården.

Icke förty berörs ämnet direkt av flera förslag i remissen, såsom bland annat specialiseringsutbildning, fortbildning, och kravet på en vetenskaplig syn för att kunna fullgöra detta kunskapsinhämtande på ett fullgott sätt.

Sammanfattning

- Svensk Rättsmedicinsk Förening (SRF) finner att remissförslagen begränsas till ”hälso- och

sjukvård” men att förslagen i flera fall är inte endast tillämpliga på – utan direkt nödvändiga för – även annan medicinsk verksamhet. I flera fall används termen ”vårdgivaren” där motsvarande ansvar bör ligga på, eller redan ligger på, även andra medicinska instanser, exempelvis Rättsmedicinalverket. Brister i delar avseende bör korrigeras, eller åtminstone kommenteras.

- SRF är positiv till att införa en möjlighet att en del av den sammantagna bedömningen av

ST-läkaren kan grunda sig på ett kunskapsprov, bl.a. för att kompensera de brister som enbart skriftliga intyg innebär, men också för att ge återkoppling till ST-läkaren och den utbildningsansvarige.

- SRF menar att uppföljning av specialiseringsutbildning måste vara ett ”ska-krav”, och att

uppföljning ska genomföras snarast, dock senast inom 3 månader.

- SRF tillstyrker förslagen om fortbildning, men menar att dessa krav ska omfatta även annan medicinsk verksamhet än hälso- och sjukvård, inte minst ämnet rättsmedicin.

- SRF menar att en kritisk vetenskaplig syn är en omistlig del i såväl specialiseringsutbildning

som i fortbildning, och att utredningen måste kompletteras med tillägg av delar

synsätt om utredningens utvalda mål – dvs att tillgodogöra sig möjligheterna för medicinsk personal ”att *skyndsamt kunna tillgodogöra sig ny kunskap och nya arbetsmetoder*”. - ska

kunna uppnås. Hur skulle personalen annars i praktiken kunna tillgodogöra sig ny kunskap, och ta ansvar för att denna nya kunskap är adekvat?

Frågor om yrkesreglering mm lämnar vi därhän.

7.4. SPECIALISERINGSUTBILDNING FÖR LÄKARE

Utredningens bedömning (urval av relevans för SRFs remissvar)

- Ett tillägg bör göras i föreskrifterna om att en del av den sammantagna bedömningen av ST-läkaren kan grunda sig på ett kunskapsprov.
- De åtgärder som har vidtagits av vårdgivaren för att hantera brister i verksamheten som framkommit vid extern granskning av specialiseringstjänstgöringen bör följas upp inom ett år efter granskningen.

SRFs synpunkter

SRF är positiv till att införa en möjlighet att en del av den sammantagna bedömningen av ST-läkaren

kan grunda sig på ett kunskapsprov. Inom rättsmedicin genomförs kontinuerliga bedömningar av ST-läkarens kompetensutveckling, men ambitionsnivån att tillse en bred och

allsidig kompetens inom ämnets samtliga delområden varierar mellan verksamhetscheferna,

och erfarenhetsmässigt kan skriftliga intyg utgöra en alltför enkel väg ut i en situation som av

verksamhetschefen uppfattas som ”besvärlig”. Det finns därför ett behov av att sammanfatta det som ST-läkaren har lärt sig och att stimulera till teoretisk inläring, tid för

avsatta studier och reflektion. Ett kunskapsprov skulle också vara ett sätt för en verksamhetschef att få veta om den utbildning som bedrivs är tillräckligt bra.

7.5. UPPFÖLJNING AV KRITIK MOT ST-UTBILDNING

Utredningens bedömning (urval av relevans för SRFs remissvar)

- De åtgärder som har vidtagits av vårdgivaren för att hantera brister i verksamheten som framkommit vid extern granskning av specialiseringstjänstgöringen bör följas upp inom ett år efter granskningen.

SRFs synpunkter

Det framstår för SRF som en självklarhet att inte endast ST-utbildningen, utan även kritik

mot ST-utbildningen – t ex från SPUR-inspektioner – *måste* följas upp. SRF menar därför att

uppföljning ska vara ett ”ska-krav”, och att uppföljning ska genomföras snarast eller senast

inom 3 månader. En respit på 1 år utgör en alltför betydande del av en ST-läkarens utbildningstid (särskilt avseende så kallad randtjänstgöring), varför en sådan lång respit inte

kan motiveras.

9. FORTBILDNING

Utredningens bedömning och förslag (urval av relevans för SRFs remissvar)

- Utredningen bedömer att vårdgivarens ansvar för att identifiera hälso- och

sjukvårdspersonalens utbildningsbehov och ge möjlighet till regelbunden fortbildning behöver förtydligas. Förtydligandet bör omfatta all hälso- och sjukvårdspersonal.

- Vårdgivaren ska identifiera hälso- och sjukvårdspersonalens utbildningsbehov och ge möjlighet till regelbunden fortbildning i en sådan omfattning som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls.

- Hälso- och sjukvårdspersonal ska ha en skyldighet att regelbundet ta del av fortbildning.

SRFs synpunkter

Det är sedan lång tid känt att möjligheterna till fortbildning (för läkare) successivt har försämrats. SRF tillstyrker därför utredningens förslag men med tillägget att detta krav givetvis ska omfatta även annan medicinsk verksamhet än hälso- och sjukvård.

FORSKNING OCH VETENSKAPLIG SYN VID KUNSKAPSIHÄMTANDE

SRFs synpunkter

Utredning nämner ordet ”forskning” i olika former och sammansättningar 67 gånger, men

såväl SRF kan finna enbart i sammanhang som berör forskning om olika aspekter på remissens innehåll – däremot *aldrig* i den för utredningen mest centrala betydelsen av ”forskning” och ”vetenskaplig syn”, alltså för frågan om ”*möjligheterna för dess personal att*

skyndsamt kunna tillgodogöra sig ny kunskap och nya arbetsmetoder”.

Under grundutbildningen för läkare finns nu vid samtliga landets lärosäten krav på att studenten ska genomföra ett vetenskapligt arbete under en termin (15 hsp). Liksom med all

utbildning bör även detta område följas av en progression i inläringen, och så kan det sägas

ha varit under ST-utbildningen, dock endast fram till de förändringar som Socialstyrelsen

genomfört i 2021 års målbeskrivningar. Här tog nämligen Socialstyrelsen bort det tidigare

kravet på att individuellt genomfört vetenskapligt arbete, vilket enligt SRFs uppfattning är ett

steg i helt fel riktning.

Såväl under specialiseringsutbildning som under fortbildning utgör en kritisk vetenskaplig syn

en oundgänglig grundpelare för att uppnå utredningens mål, dvs att tillgodose möjligheterna

för medicinsk personal ”att skyndsamt kunna tillgodogöra sig ny kunskap och nya arbetsmetoder”. Hur tänker sig utredningen att man annars skulle kunna tillgodogöra sig ny

kunskap, kvalitetssäkrad och relevant?

Inom god hälso- och sjukvård talas om att man ska tillämpa ”vetenskap och beprövad erfarenhet”, men som bekant utifrån många under lång tid brukade slentrianmässiga åtgärder och behandlingar kan begreppet ”beprövad erfarenhet” representera ett uttryck för

avsaknad av kritisk analys och vetenskaplig evidens. I fullgod medicinsk verksamhet är det

alltså vetenskaplig evidens som ska råda, snarare än ”beprövad erfarenhet” (se t ex Wahlberg L. Förvaltningsrättslig = dskriD 2018; 4: 789-817).

SRFs slutsats är att en kritisk vetenskaplig syn är en omistlig del i såväl specialiseringsutbildning

som i fortbildning, och att utredningen behöver kompletteras med tillägg av de omänskliga synsätt.

För Svensk Rättsmedicinsk Förening,
Henrik Druid
Vetenskaplig sekreterare

Remissvar - diarienummer S2025/01126 - Svensk Neurokirurgisk Förening

Styrelsen i Svensk Neurokirurgisk Förening har fått

Betänkandet Stärkt patientsäkerhet genom rätt kompetens (SOU 2025:63) på remiss via SLS.

Vi har läst betänkandet med stort intresse och instämmer i stora delar i Betänkandets slutsatser.

Vi vill lämna följande synpunk till paragrafen *Regionerna behöver försäkra sig om en god kvalitet på specialiseringsstjänstgöringen, sida 34-35*:

Där vill vi föreslå ett tillägg till första punkt av utredningens bedömning:

att befintliga strukturer för kvalitetssäkring av specialiseringstjänstgöring såsom LIPUS används för **inledande** godkännande av verksamheters möjlighet att bedriva specialiseringstjänstgöring.

Detta för att säkerställa god kvalitet innan inrättande av ST utbildning i verksamheter.

/Margret Jensdottir

Ordförande Svensk Neurokirurgisk Förening

251019

Remissvar från Svensk Kirurgisk Förening gällande SOU 2025:63

Vi bedömer att utredning är välgjord och samtycker med de kommentarer vi har nedan till de förslag som berör läkares utbildning och fortbildning. Vi avstår från synpunkter på de förslag som berör andra yrkesgrupper.

De lagändringar i Patientsäkerhetslagen 1 kap 7§ samt 3 kap 1a § och 10 § som föreslås samtycker vi till.

Vi samtycker till utredningens förslag om förtydligande om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att regelbundet ta del av fortbildning.

Vi samtycker till utredningens förslag om att regionerna har ett ansvar att involvera privata upphandlade enheter i utbildningen. Detta är helt nödvändigt för att ST utbildningen skall fungera i framtiden. En offentlig finansiering av vård bör kopplas till ett ansvar att utbilda personal för framtidens patienter.

Vi ser mycket positivt på utredningens förslag att regionerna får ett ansvar för att föra statistik över ST läkare i respektive region, ett förslag som är helt nödvändigt för att vården ska kunna planera för välfungerande utbildning där flera vårdgivare samverkar. Det ger också ett stöd åt de specialitetsföreningar som tillhandahåller utbildningar för ST läkare samt Socialstyrelsen att kunna planera och dimensionera utbildningarna. Statistiken måste vara offentlig.

Vidare tycker vi det är mycket bra att en examination kan vara del av underlaget för bedömning av specialistkompetens. Vi hade dock gärna sett ett bör-krav i stället, då vi tror att ett kunskapsprov är av stort värde, särskilt för de specialiteter där ST läkaren tjänstgör på flera enheter. Vi tror också att ett kunskapsprov påverkar arbetsgivare att säkra en hög kvalitet på utbildningen. Progressionstester kan också vara bra, men passar specialiteter där utbildningen bedrivs på olika enheter i sekvens sämre.

Vi tycker det är mycket bra att uppföljning av brister i granskning av utbildningsmiljö (t ex via SPUR) ska ske inom ett år efter granskning. Däremot tycker vi att skyldigheten att genomgå granskning vart femte år bör stärkas från "bör" till "skall om ej särskilda hinder föreligger". Vi ser inte att det finns någon sanktion mot enheter som avstår från granskning, inte heller att det får någon konsekvens vid Socialstyrelsens bedömning av ST läkare från en sådan enhet.

Vidare bör Socialstyrelsen ha ett register över verksamheter som bedriver utbildning för ST läkare, så att det är tydligt vem som ska granskas.

Utredningens bedömning att regionerna ska utveckla ett system för att bedöma och godkänna verksamheter som erbjuder specialiseringstjänstgöring är otydligt, men viktig. Det måste också vara tydligt att enheter kan ha ett uppdrag att bedriva delar av en ST utbildning, men inte hela, så en sådan bedömning måste innehålla olika nivåer av ansvar och utbildningsverksamhet. För en del specialiteter krävs regionsövergripande ST utbildningar, vilket gör att regionerna måste samverka i en sådan bedömning, samt i resursplanering av ST utbildning, något som inte alltid fungerar väl idag. En reflektion är att specialitetsföreningarna regelbundet måste uppdatera sina utbildningsböcker så de är anpassade till de strukturella förhållanden som finns, till exempel där viss vård decentraliseras och annan centraliseras, utan att ge avkall på kvalitet.

Avseende fortbildning är det utmärkt med förslaget att fortbildning ska redovisas i patient-säkerhetsberättelse, men vi tycker det är synd att man inte också förslår att fortbildning (och utbildning) ska redovisas i verksamhetsberättelser som SLF föreslagit. Ut- och fortbildning är en viktig del av vården verksamhet, och att det inte redovisas i verksamhetsberättelser gör båda kostnad och omfattning svårbedömbart i förhållande till produktionen av vård och annan verksamhet.

Vidare vill vi förtydliga att fortbildning måste anpassas till yrkesgrupper och var i yrkeskarriären man befinner sig. Medan intern interaktiv fortbildning många gånger är bra, är det av stort vikt att erfarna specialister tar del av extern kunskap som ges på t ex kongresser, fellowships etc, för att verksamheten ska kunna utvecklas i enlighet med aktuell vetenskap. Det är en fortbildning som inte bara gagnar individen, utan hela verksamheten.

För Svensk Kirurgisk Förening
Linus Axelsson
Ordförande Svensk Kirurgisk Förening

Synpunkter från Svensk Förening för Hematologi på SOU 2025:63 Stärkt patientsäkerhet genom rätt kompetens

Inledning

Vi i Svensk Förening för Hematologi (SFH) tycker att det är mycket viktigt att kompetens och fortbildning lyfts, och ser ett tydligt behov av en översyn av området. Omsättningen av kunskap, och graden av högspecialiserad kunskapen, ökar i allt snabbare takt, och utan adekvat fortbildning får vi mycket snabbt en läkarkår som ligger långt efter, med sämre vård för våra patienter som följd. SFH representerar en specialitet där omsättningen av teoretiska kunskaper är extremt hög, den medicinska utvecklingen är mycket snabb, med nya analysmetoder (precisionsmedicin), nya terapier (ofta cellterapi och genterapi, så kallade ATMP), där urvalskriterier för patienter till olika behandlingar ständigt uppdateras. I slutändan har resultaten i form av ökad överlevnad med bättre livskvalitet för våra patienter, förbättrats till den grad att vi som specialitet har upplevt en fantastisk prevalensökning som ser ut att fortsätta framöver, under förutsättning att vi fortsätter att implementera all ny kunskap.

Mer specifikt om betänkandet så anser vi att:

Övriga legitimationsyrken

- Förslaget resonerar klokt kring specialist-sjuksköterskor, vi ser ett stort behov av specialistsjuksköterskor. Vi arbetar för att hematologi ska bli en möjlig specialisering för sjuksköterskor.
- Avseende 6.3.11 – Genetiska vägledare, ser vi inom hematologin att efterfrågan på denna yrkesgrupp kommer att växa kraftigt. Allt fler ärftliga tillstånd identifieras inom hematologin (och även i andra specialiteter) och till detta behövs välutbildade genetiska vägledare, dessa avlastar specialistläkare i klinisk genetik. Även om formell reglering av titeln kanske inte är möjlig bör det verkas för att stärka denna yrkesgrupp.

ST-utbildning

Vad gäller ST-utbildning anser vi att kvalitetssäkring är avgörande.

- Vi håller med om paragraf 7.4 att det behövs en översyn av Socialstyrelsens föreskrifter om läkarnas specialiseringstjänstgöring för att säkerställa att tjänstgöringen innehåller ett tillräckligt brett patientunderlag för att uppnå målen enligt målbeskrivningarna för specialiseringstjänstgöringen.
- Vi instämmer även med 7.6 att ”Regionerna behöver utveckla ett system för att bedöma och godkänna verksamheter som erbjuder specialiseringstjänstgöring.” Vi menar att detta system bör vara i form av en extern granskning, liknande SPUR inspektion. Extern granskning bör vara obligatoriskt för att få bedriva ST-utbildning.

- Ett tillägg bör göras i föreskrifterna om att en del av den sammantagna bedömningen av ST-läkaren kan grunda sig på ett kunskapsprov. SFH instämmer i denna bedömningen, vi organiserar ett kunskapsprov årligen med en skriftlig och muntlig del. Tyvärr är det i nuläget inget krav att genomföra detta kunskapsprov, vi anser att detta borde vara obligatoriskt.
- Vi ser också ett behov av stärkt uppföljning av de åtgärder som aktuell klinik vidtagit mot de brister som påvisats vid SPUR-granskning av läkarnas ST. Vi ser dock att det saknas SPUR-inspektörer, uppföljning vart 5:e år är i nuläget inte praktiskt genomförbart, och föreslår var 10:e år istället.

Kompetensförsörjning

Regionerna tycks idag sakna den framförhållning som krävs för att planera för antalet specialister inom en specialitet. Vi i SFH har också under 2025 genomfört en inventering av antalet hematologer i Sverige, preliminära resultat (ännu ej publicerade) visar att det finns ett underskott (256 kliniskt verksamma hematologer och 34,5 vakanta tjänster). Vi ser att endast hälften av dessa specialister arbetar heltid kliniskt. Majoriteten av svarande sjukhus (92%) uppger att det är svårt, mycket svårt eller omöjligt att rekrytera specialister i hematologi. Sjukhusen ser ett behov av att rekrytera 120 nya ST-läkare under den kommande 5-årsperioden i tillägg till de 114 som just nu genomför ST. När en brist har uppstått är det svårt att hantera, de kvarvarande specialisterna ska då hantera både stora patientflöden och stor handledningsbörda/undervisningsbörda. Färre väljer en specialitet där arbetsbördan är överväldigande och en ond cirkel uppstår. Att specialistföreningar ska inventera, och sedan använda resultaten som påtryckning mot regioner för att visa bristen är bakvänt. Specialistföreningar sköts till mycket stor del med ideellt arbete.

- Vi håller helt med om att regionerna bör tillhandahålla statistik över antalet personer som genomför specialiseringstjänstgöring inom regionen, och hos de privata vårdgivare som regionen har avtal med. Statistiken bör årligen sändas in till Socialstyrelsen. Detta tycker vi är mycket viktigt för att kunna bättre kunna planera hur många ST tjänster som behövs för att säkra den framtida kompetensförsörjningen. Likaså är det viktigt att veta om specialister stannar kvar inom vården.

Fortbildning

Vi upplever idag att regionerna inte budgeterar för att erbjuda tillräckligt med fortbildning för läkare, vare sig i form av tid eller finansiering för fortbildning, och vi är mycket bekymrade över det krympande antalet fortbildningsdagar för läkare. En stor del av den fortbildning läkare genomför, tex besök på internationella kongresser, finansieras idag av andra aktörer än arbetsgivaren, tex via forskningsanslag, stipendier, pengar från företagssamarbeten eller ur egen ficka, trots att huvudsyftet med att besöka kongressen är att inhämta kunskaper som behövs i det kliniska arbetet eller i arbetet med framtagande av nationella vårdprogram. Om regioner vill erbjuda vård av hög internationell kvalitet kan man inte räkna med att läkarkåren ska lägga sin fritid på att få fortbildning eller på att söka stipendier för att få fortbildning. Utöver detta sker nästan alla medicinska möten över en långhelg, men läkaren som besöker mötet får ofta bara lön för vardagarna mötet sträcker sig över.

- Vi önskar således tydligare skrivelse om att arbetsgivaren ska bekosta extern fortbildning där det krävs för att upprätthålla, aktualisera och höja kompetens, och därmed sluta åka snålskjuts på det andra aktörer bekostar, och på den insats som görs på läkares fritid.

- Vi anser inte att detta är en lämplig punkt för arbetsgivare att konkurrera om arbetskraft kring, att man erbjuder tex fortbildningspott, då smalare specialiteter kan ha stort behov av internationellt utbyte, men mindre möjligheter att byta arbetsgivare för att få tillgång till adekvat fortbildning. Vi anser därför att det behöver vara lagstadgat att specialistläkare ska fortbilda sig på arbetstid.
- Att vara bunden till annan finansiering, tex stipendier skapar en oacceptabel ojämlikhet i tillgång till fortbildning.

Vi upplever att även den mer informella klinisknära och kontinuerliga fortbildningen, dvs tid att fördjupa sig i litteraturen inför möten med patienter med ovanliga diagnoser eller frågeställningar under arbetstid är helt eliminerad i dagens sjukvård, och sker till stor del på engagerade läkares fritid.

Den evidens som framförs i betänkandet kring läkares fortbildning brister stort i generaliserbarhet, då evidensen huvudsakligen kommer från anestesi och intensivvård, och tycks röra vissa typer av kunskaper, och de exempel som ges, bedöms inte relevanta för att ta till sig ny medicinsk vetenskap. I specialiteter med stor omsättning av teoretiska kunskaper, har vi mycket svårt att se att detta skulle vara applicerbart. Vi ser tvärt emot att deltagande i föreläsningar/kongresser är ett medel för att föra vidare kunskap ut i landet exempelvis via nationella vårdprogram som uppdateras årligen, samt lokala och nationella utbildningar.

SFH delar ut ca 10-20 stipendier årligen för att ge fler läkare möjlighet att delta vid olika, i första hand europeiska kongresser. Vi ser då att de flesta sökande inte hade fått åka på internationella möten alls utan stipendier från SFH eller annan aktör. Idag kan inte ens de läkare som ansvarar för att skriva de nationella vårdprogrammen delta i internationella möten utan att söka externa anslag för att åka, en minoritet får sin resa bekostade av arbetsgivaren. Att vårdprogrammen skrivs är av yttersta vikt för att ge en jämlik och högklassig vård över hela landet. Även skrivandet av vårdprogrammen sker till stor del utanför arbetstid. Nationella och internationella möten fyller flera viktiga funktioner; kontaktnät med experter internationellt, tex för att kunna få råd om knepiga patientfall, för att locka läkemedelsstudier till Sverige och att få ta del erfarenheter utöver det som publicerats. Vi behöver också mötas inom Sverige, och vi ser med stor oro vikande möjligheter för våra medlemmar att delta på våra årliga fortbildningsdagar, pga tex regionala reseförbud eller att arbetsgivarens fortbildningsbudget inte räcker. Många av våra kollegor är ensamma på sitt sjukhus med sin specialitet eller har mycket få kollegor med samma specialitet, att få delta i fortbildning på annan plats och möta kollegor från andra sjukhus är helt avgörande för att kunna fortsätta arbeta modernt och patientsäkert. Även större universitetskliniker får problem med att undervisa kollegor och ST-läkare, när nästan ingen får delta i internationella möten på klinikens bekostnad. Vem ska lära ut?

Vi ser idag att många av våra kollegor lägger alldeles för mycket av sin fritid på att skaffa sig den fortbildning den anser nödvändig för att erbjuda god vård. Det får påtagliga negativa effekter på familjeliv, hälsa och återhämtning. Den forskningstid som spenderas till klinisk fortbildning leder till minskad forskningsproduktivitet med sämre konkurrensförmåga om nya anslag som följd, och resultaten blir en försvagad klinisk forskning i Sverige. Vi önskar en tydlig skrivelse om att fortbildning och resor till fortbildning och möten inte kan dras in så fort regionernas budget är ansträngd.

Vi har svårt att se hur en hög nivå på svensk sjukvård ska bibehållas utan att arbetsgivaren blir tydligt skyldig att bekosta och ge tid för fortbildning, och vi bedömer att det lagda förslaget är för vagt för att leda till en konstruktiv förbättring. Vi hade önskat betydligt tydligare skrivning kring fortbildning med krav kring detta, tex fortbildningspott. Olika

specialiteters skilda behov vid fortbildning gör att professionen själva bör bedöma hur/på vilket sätt/i vilken form fortbildningspotten gör störst nytta. Vi bör närma oss övriga Europas syn på krav på kontinuerlig fortbildning för specialister.

Svenska läkaresällskapetets delegation för medicinsk etik (DME) har läst och kommenterar på Sou 2025:63 *"Stärkt patientsäkerhet genom rätt kompetens - utifrån hälso- och sjukvårdens och tandvårdens behov"*.

DME uttalar sig avseende utredningens förslag bara om de delar som rör läkares vidare- och fortbildning.

DME tillstyrker utredningens förslag om översyn och säkerställande att specialisttjänstgöringen omfattar ett tillräckligt brett patientunderlag för specialiteten i fråga, att brister i specialisttjänstgöring bör följas upp inom ett år efter granskning som funnit brister, samt utvecklandet av system och struktur för de läkare som specialistutbildar sig inom privat vård som har avtal med regionerna.

DME delar dessutom utredningens bedömningar vad gäller läkares fortbildning, både vad gäller fortbildningens innehåll och form där tonvikt bör läggas på interaktiva fortbildningsformer framför mer passiva former, samt att skyldighet och ansvar för fortbildning förtydligas, och delas mellan både arbetsgivaren och den enskilde medarbetaren.

DME vill lyfta en fråga som kanske ligger utanför utredningens direktiv men som rör kompetensutveckling i vården (och som gäller all personal i vården och inte bara läkare) nämligen frågan om grund-, vidare- och fortbildning i etik. Ämnet medicinsk etik är ett akademiskt ämne som förvaltas på flera av våra universitet. Ämnet har dock långt ifrån alltid en tydlig praktisk tillämpning i vården - så som alla specialiteter i vården (medicinska, omvårdnad, psykologi, sociologi mm) har akademiska företrädare men också praktiska kliniker. Vården är mättad av värdefrågor, som dagligdags hanteras av personal och chefer som använder sunt förnuft och i allmänhet en god vilja, som ofta når långt. Men det är en allmän truism att värdefrågorna ökar i mängd och svårighetsgrad i takt med att den medicinska utvecklingen går framåt, patienters självbestämmande och medverkan i sin egen vård ökar, mer kan göras för fler samtidigt som de som utför vården inte ökar i samma utsträckning, resurser tryter i takt med att nya, dyra behandlingar introduceras, epidemier plötsligt ändrar vårdens innehåll och arbetssätt och möjligheter - vilket ställer ökade krav på att en närvarande och lättillgänglig etisk kompetens finns till hands. Detta gäller inte bara i de enskilda patientmötena, utan också i vårdens linjeorganisation.

Det är inte helt givet precis vad en sådan praktisk, klinik- (eller ledningsgrupps-) nära etisk kompetens behöver bestå av, vem som ska besitta den (Alla? Några, som hjälper övriga?), vem som kan undervisa i det, och så vidare.

DME har fått uppfattningen att etik som lärs ut i grundutbildningarna till de olika vårdyrkena kan skilja sig åt vad gäller både teoretisk och praktisk/pedagogisk ansats. Utan att ta ställning för någon särskild teoribildning ser vi det som problematiskt om de olika professioner som efter grundutbildningen tillsammans möter patienter och de värdefrågor som vården reser inte delar en gemensam förståelse av ämnet etik.

DME önskar en genomlysning och en strukturerad av ämnet etik, för att göra det mer brett tillämpbart i vården. En sådan genomlysning skulle se till både ämnets innehåll, kompetenskrav (inte minst för utbildare i ämnet), och hur det kan göras mer allmänt tillgängligt i vården och vårdens styrning på alla nivåer.

