

SPECIALITETER. Fem år efter att den nya specialitetsindelningen infördes med bas-, gren- och tilläggspecialiteter har Socialstyrelsen beslutat om en översyn för att se om enskilda specialiteter kan behöva klassas om eller kompletteringar kan behövas. Flera specialitetsföreningar hoppas få sin specialitet omklassad som basspecialitet.

TEXT: MICHAEL LÖVTRUP

Nytt hopp för gamla specialiteter

Vi ska se om det finns funktionalitetsbrister inom vissa specialiteter som konsekvens av indelningen. Vi vet också att vi om 10–15 år kommer att ha avsevärt fler patienter som är 85+. Många kommer att vara sjuka på flera organ samtidigt och vi ska se om det finns något i dagens struktur som hindrar ett gott omhändertagande av dessa patienter.

Det säger Ulf Kvist, som är sjukhusdirektör för Central sjukhuset i Kristianstad och projektledare för översynen.

Blir det mer behov av justeringar med den nya strukturen jämfört med när alla specialiteter var jämbördiga?

– Jag skulle vilja uttrycka det som att det framför allt är den snabba medicintekniska utvecklingen som gör att översyn kan behövas oftare än tidigare. Den medicintekniska utvecklingen leder dessutom till en större samhörighet med andra grenar

vilket också gör att man kan behöva se över strukturen oftare, säger Ulf Kvist.

Socialstyrelsen har hittills fått in ett 50-tal skrivelser som rör specialitetsindelningen, merparten från specialitetsföreningar (se faktabara nästa upplag). Att döma av dem verkar de flesta specialiteterna ha funnit sig till rätta i det nya systemet; önskemålen gäller i huvudsak nya gren- eller tilläggspecialiteter. Men några av de gamla specialiteter som fick gren- i stället för basstatus hoppas kunna övertyga Socialstyrelsen om att korrigera detta »misstag«. Det gäller urologi, klinisk fysiologi, plastikkirurgi, handkirurgi, hematologi barnkirurgi och kardiologi.

Ett genomgående argu-

»Tanken med specialiteten är att det ska vara en innehållsdeklaration som är igenkännbar oavsett var man kommer ifrån.«

ment från de specialitetsföreningar som önskar få sin specialitet omklassad till basspecialitet är att utbildningstiderna blir långa. Förutom att det riskerar att skrämja bort unga läkare innebär det ett ineffektivt resursutnyttjande när man tvingas ägna tid åt att inhämta kunskaper som man inte har någon större nytta av i sin kommande specialitet.

Samtidigt var en av grunderna till förändringen att bredda kunskapsbasen hos

specialistläkarna för att uppväga en fortgående subspecialisering och för att ge bättre förutsättningar att ge god vård åt växande patientgrupper med multisjukdom.

– Men vi kanske skjuter över målet ibland så att utbildningstiden blir onödigt lång. Det är en avvägning som måste göras, säger Ulf Kvist.

Den gemensamma europeiska arbetsmarknaden är en annan parameter att ta hänsyn till. För vissa specialiteter där det i Sverige krävs 7–8 års utbildning räcker det enligt EU:s yrkeskvalifikationsdirektiv med fyra eller fem år. Och finns specialiteten i Sverige måste vi enligt reglerna erkänna motsvarande specialistbevis från ett annat EU-land, så länge minimikravet är uppfyllt.

– Det är klart att vi måste ta med att folk rör sig över gränser: man utbildar sig här och jobbar där. Tanken med specialiteten är att det ska vara en innehållsdeklaration som är igenkännbar oavsett var man kommer ifrån.

Förutom att ändra i indelningen har man mandat att



Ulf Kvist

Foto: Anders Norrsell

Den nya specialitetsindelningen

Efter många års utredande, kompletterande utredande och remissförfarande infördes den nya ST-utbildningen år 2006. 62 medicinska specialiteter bantades ned till 57, samtidigt som uppdelningen i bas-, gren- och tilläggspecialiteter introducerades.

Samtidigt infördes krav att kvaliteten i utbildningen ska granskas av externa bedömare. Det nationella ST-rådet, där Läkarförbundet ingår, inrättades för att stödja huvudmännens kvalitetsarbete. ■



Helena Ideberg, ST-läkare i Linköping, hoppas att akutsjukvård blir en ny basspecialitet.

Foto: Staffan Gustavsson/Redakta

föreslå nya specialiteter, om det är motiverat. Ett 15-tal förslag till nya specialiteter har inkommit (se faktaruta nästa uppslag). Ulf Kvist påpekar dock att det handlar om en balansgång.

– Den professionella ut-

vecklingen kanske motiverar att man snittar människan i 200 beståndsdelar. Men det skulle vara omöjligt för mindre sjukhus att ha jourlinjer för så många specialiteter. Den multipelsjuka människan är inte heller be-

tjänt av att hoppa runt bland 20–30 specialiteter med remisser hit och dit. Det blir en avvägning mellan professionens behov och vad som ligger inom möjligheternas gräns att tillämpa.

Michael Lövtrup

»Jag tror på akutläkar-konceptet«

Helena Ideberg, ST-läkare på akutkliniken på universitetssjukhuset i Linköping, hoppas att akutsjukvård nu blir basspecialitet.

– Jag tror på akutläkarkonceptet. Att bli handlagd av en läkare som har ett helhetsperspektiv tror jag är det bästa för patienten.

Det var under sin AT som Helena Ideberg, ST-läkare i internmedicin med akutsjukvård som subspecialitet, kom fram till att det var som akutläkare hon vill arbeta.

– Jag hade en placering på akutkliniken i Linköping och arbetade på samma sätt som akutläkarna gjorde. Jag kände att det måste vara det roligaste man kan göra på ett sjukhus. Det blir väldigt variationsrikt. På en och samma dag kan man ta hand om allt från hjärtinfarkter till frakturer eller akuta bukar.

Helena Ideberg började sin ST i maj 2010 och kommer med dagens system tidigast att kunna hämta ut sitt specialistbevis 2017. I praktiken kan det ta ännu längre tid att skaffa alla kunskaper som behövs.

Trots en kortare utbildning tror Helena Ideberg att akutläkare skulle stå bättre rustade om specialiteten blir basspecialitet.

– Om akutsjukvård blir en bas kan man styra randningarna så att vi blir bättre på det vi ska klara, det initiala omhändertagandet. Det betyder kanske mer tid på narkos och akuten och mindre tid på internmedicinska avdelningar.

Universitetssjukhuset i Linköping är ett av de sjukhus i landet som kommit längst med att ersätta jourläkare med akutläkare. Helena Ide-



SPECIALITETER

berg berättar att man redan börjat förbereda sig för att kunna utbilda basspecialister i akutsjukvård om Socialstyrelsen fattar ett sådant beslut.

– Jag gjorde en del randningar på internmedicin första året, men vi hoppas att akutsjukvård ska bli en egen specialitet, och därför gör jag sedan i våras bara randningar som jag med säkerhet kan tillgodoräkna mig om det blir en egen bas.

Michael Lövtrup

Inkomna önskemål om ändringar i specialitetsindelningen:

Ändrad klassificering (bas- i stället för gren- eller tilläggspecialitet):

Akutsjukvård, urologi, klinisk fysiologi, plastikkirurgi, handkirurgi, hematologi, kärlkirurgi, barnkirurgi, kardiologi.

Nya basspecialiteter:

Kardiovaskulär medicin, skolmedicin (alternativt tilläggspecialitet).

Nya gren-/tilläggs-specialiteter:

Klinisk bakteriologi, klinisk virologi, klinisk mykologi, klinisk parasitologi, interventiv radiologi, abdominell radiologi, bröststradiologi, barn- och ungdomsradiologi, andrologi, fysisk aktivitets- och idrottsmedicin, vårdhygien, klinisk nutrition, palliativ medicin, sömnmedicin. ■

Tidplan för översynen av specialitetsindelningen

Vår/sommar 2011: Hearingar med företrädare för nuvarande specialiteter samt områden som inte är offentligt reglerade (skolmedicin, palliativ medicin m fl)

Okt/nov: Förslag på remiss

Dec: Seminarium om specialitetsindelningen vid Medicinska riksstämman

Årsskiftet 2011/12: Färdigt förslag presenteras

Jan 2012: Beslut

Vår 2012: Justering av föreskrifter. ■

Rekrytering argument för ändrad indelning

Akutmedicinare och kliniska fysiologer hoppas övertyga Socialstyrelsen om att deras område bör bli basspecialitet, bland annat av rekryterings-skäl. Vårdhygien och palliativ medicin är nya områden som aspirerar på en plats på listan över erkända specialiteter.

När den nya specialitetsindelningen sjösattes blev klinisk fysiologi en grenspecialitet till bild- och funktionsmedicin. Det har enligt Eva Nylander, ordförande i Svensk förening för klinisk fysiologi, lett till stora problem med rekryteringen, eftersom man i praktiken först måste bli radiolog. Bara 14 läkare i hela landet utbildar sig för närvarande till klinisk fysiolog i det nya utbildningssystemet.

– Om man verkligen hade gjort en gemensam bas hade det kunnat fungera. Men nu blev det bara ett namnbyte så att radiologi blev bild- och funktionsmedicin. Vår kunskapsbas går förlorad, säger Eva Nylander, som betonar att kliniska fysiologer är efterfrågade i vården, inte minst i utbildningen av andra specialiteter.

– 11 andra specialiteter har skrivit brev till stöd för vårt krav på att klinisk fysiologi ska bli basspecialitet.

Akutsjukvård var en av de nya specialiteter som introducere-

rades i och med reformen 2006, då som tilläggs-specialitet. Nu hoppas Svensk förening för akutsjukvård, SWESEM, att Socialstyrelsen ska vara redo att gå ett steg längre och göra akutsjukvård till basspecialitet, i linje med vad som skett i allt fler länder i Europa.

Problemet med att ha akutsjukvård som tilläggs-specialitet är inte främst att utbildningen blir för lång, utan att den blir för dålig, säger Lisa Kurland, ordförande i SWESEM. För att utveckla akutsjukvården i Sverige krävs enligt SWESEM att akutläkare utbildas av akutläkare – på akuten.

– Vi arbetar på andra kliniker för att lära oss akutsjukvård och det är inte rimligt. Akutsjukvård är ett unikt kompetensområde, ett unikt sätt att arbeta. Förutom att hålla patienter med livshotande tillstånd vid liv är vår speciella kompetens differentialdiagnostik, att snabbt sortera upp patienterna och förstå vad som är akut och vad som inte är det. Det lär man sig inte någon annanstans än på en akutmottagning, säger Lisa Kurland.



Eva Nylander



Lisa Kurland



Ann Tammelin

Även hon tar upp svårigheter med rekryteringen som argument mot den nuvarande ordningen.

– Bland studenter och unga doktorer finns ett stort intresse, men sedan när man kommer ut och ser hur utbildningen ser ut krävs en stor envishet. Många bildar familj och prioriterar andra saker, som trygghet.

Skrivelserna till Socialstyrelsen innehåller även ett antal förslag på nya gren- eller tilläggs-specialiteter. Till exempel föreslår Svensk förening för vårdhygien att vårdhygien får status som tilläggs-specialitet. Ann Tammelin, överläkare och föreningens ordförande, framhåller att vårdhygien i dag är ett självständigt kunskapsområde, skilt från bakteriologi/virologi och infektionsmedicin. Ett ökat fokus på vårdrelaterade infektioner har gjort att efterfrågan på hygienläkare ökar, och därmed behovet av den kvalitetsstämpel som en erkänd specialitet innebär.

– Socialstyrelsen gick i vå-

ras ut och sa att alla vårdgivare ska ha tillgång till vårdhygienisk kompetens och angav minimibemanning av hygienläkare och hygiensköterskor. Om man ställer sådana krav måste man också definiera vad en hygienläkare är, säger Ann Tammelin, som uppskattar att antalet hygienläkare skulle behöva dubblas från dagens 60–70 för att motsvara behovet.

Företrädare för palliativ medicin försökte redan inför reformen 2006 att få sin specialitet erkänd som tilläggs-specialitet, men fick inte gehör. Nu gör man ett nytt försök, berättar Carl-Magnus Edenbrandt, ordförande för Svensk förening för palliativ medicin.

– Oavsett var man dör ska man kunna vara trygg med att man kommer att möta kompetent personal. Men då måste kunskapsområdet erkännas, det räcker inte att det drivs av entusiaster på fritiden, säger Carl-Magnus Edenbrandt, som konstaterar att ämnet är på stark frammarsch och på senare tid införts som en specialitet i en rad länder.

– Jag tror att vi har en bättre chans nu. Det är ett annat tryck från politiskt håll, inte minst efter det som hände på Astrid Lindgrens barnsjukhus och den dödshjälpsdebatt som var för några år sedan.

Michael Lövtrup

Så många fick ersättning enligt nationella taxan



1 053 privatläkare fick 2010 ersättning enligt den nationella taxan, enligt en sammanställning från Sveriges Kommuner och landsting. År 2009 var siffran 1 092.

Totalt 1,9 miljoner läkarbesök ersattes förra året enligt lagen om läkarvårdsersättning (»nationella taxan«), en minskning med närmare 7 procent jämfört med 2009.



Ersättningen var i genomsnitt 804 kronor per besök, en ökning med 4,6 procent. Den samlade ersättningen som betalades ut var drygt

1,6 miljarder kronor, en minskning med 2,5 procent jämfört med 2009.

De dryga tusen läkarna fördelar sig ojämnt över landet. Den största gruppen, 416, finns i Stockholms län.

Därefter kommer Region Skåne med 235 och Västra Götaland med 157. Sedan faller antalet ner till Gotland och Västernorrland som har vardera två.

Flest besök tog taxeläkarna i Sörmland emot, i snitt 2 627 besök per läkare.

De fem vanligaste specialiteterna bland de läkare som

Antal läkare som fått ersättning enligt taxan 2010, fördelade per landsting:

- Stockholms läns landsting 416
- Landstinget i Uppsala län 46
- Landstinget Sörmland 18
- Landstinget Östergötland 22
- Landstinget i Jönköpings län 12
- Landstinget Kronoberg 7
- Landstinget i Kalmar län 5
- Landstinget Blekinge 7
- Region Skåne 235

- Landstinget Halland 20
- Västra Götalandsregionen 157
- Landstinget i Värmland 14
- Örebro läns landsting 14
- Landstinget Västmanland 5
- Landstinget Dalarna 11
- Landstinget Gävleborg 9
- Landstinget Västernorrland 2
- Jämtlands läns landsting 5
- Västerbottens läns landsting 14
- Norrbottens läns landsting 32
- Gotlands kommun 2
- Totalt: 1 053 läkare

gått på taxan är allmänmedicin (316), psykiatriska specialiteter (191), vissa opererande specialiteter (133), obste-

trik och gynekologi (118) och invärtes specialiteter med mera (107).

Elisabet Ohlin

Oacceptabla skillnader i cancer vården

Väntetiderna inom cancer-sjukvården är för långa och de medicinska resultaten varierar mer än vad som är acceptabelt. Det anser Socialstyrelsen, som tillsammans med Sveriges Kommuner och landsting för första gången jämfört cancer vården i landet.

Den relativa femårsöverlevnaden i cancer ökar sakteliga och är uppe i 68,8 procent på riksnivå. På landstingsnivå varierar den mellan 63,4 procent i Gävleborg och 72,6 procent i Halland.

Av rapporten »Öppna jämförelser av cancersjukvårdens kvalitet och effektivitet« framgår att det inte finns något landsting som konsekvent är sämre eller bättre på cancer vård. Däremot finns det stora variationer vad gäller enskilda diagnoser. Spridningen i femårsöverlevnad i blåscancer är exempelvis hela 15 procent mellan bästa och sämsta landsting. Ettårsöverlevnaden i lungcancer uppvisar liknande span.

Det betyder att om övriga landsting lärde sig av de bästa skulle vården kunna bli avsevärt bättre. Och det är precis vad som kommer att ske, trodde Lars-Erik Holm, Socialstyrelsens generaldirektör, vid en presskonferens där rapporten presenterades.

– Jag vet att landstingen tar jämförelserna på stort allvar. Vi kommer att se en stor skillnad om två-tre år när vi gör om det här.

Att cancer vården kan bli likvärdig över landet visar

Öppna jämförelser ...

av cancer vården är en del i den Nationella cancerstrategin.

De tio vanligaste cancerformerna ingår: bröstcancer, äggstockscancer, njurcancer, blåscancer, prostatacancer, tjocktarmscancer, ändtarmscancer, lungcancer, huvud- och halscancer samt malignt hudmelanom.

De data som jämförelserna bygger på kommer från SKL, kvalitetsregister samt Socialstyrelsens hälsodataregister. ■

resultaten för bröstcancer.

– Det är väldigt små skillnader, och det beror på att vi länge har haft nationella vårdprogram som styr upp hur patienten ska behandlas.

En punkt där det finns stora variationer är andelen patienter som bedöms i en multidisciplinär konferens. I några landsting bedöms i princip samtliga fall av vissa cancerformer multidisciplinärt. I andra sker det bara i vart åttonde fall.

I genomsnitt har 95 procent av de patienter som dör i cancer vid behovsordination av opioider i sjukdomens slutskede. Men bara var femte patient har själv varit med och skattat sin smärta genom strukturerade metoder – med stora variationer mel-

lan de olika landstingen.

– Här finns utrymme för förbättring så att fler blir involverade i sin egen smärtkontroll, menade Lars-Erik Holm.

De mest oacceptabla skillnaderna och den största förbättringspotentialen finns enligt Socialstyrelsen när det gäller väntetiderna. I Halland får en patient vänta i snitt 24 dagar på en utredning om prostatacancer, i Jämtland 95 dagar. Även inom landstingen varierar väntetiderna stort.

– Varför det ser ut så här har vi inga svar på. Det måste landstingen titta på. Det kan vara logistik, det kan också vara brist på patologer, sa Lars-Erik Holm.

Det bör påpekas att väntetidsstatistiken gäller för 2009, det första året med Kömiljarden, och att det inte är osannolikt att väntetiderna minskat sedan dess.

Roger Henriksson, ordförande för Svensk onkologisk förening, säger att det är väl känt att det finns regionala skillnader i många delar av cancer vården.

– Jag är glad för den transparens som nu visas, men man ska också vara medveten om att det finns en del felkällor som inte kan bortses från, exempelvis skillnader i stadier av sjukdomen och skillnader i registrering. Men vissa uppenbara skillnader kan inte bortförklaras, bland annat ledtider och kvalitetsaspekter i omhändertagandet.

Michael Lövrup



Lars-Erik Holm, Socialstyrelsen.

Foto: Ann-Sofi Rosenkvist

PATIENTSÄKERHET ÄREN DEN

Vem är ansvarig för dåliga röntgen-tolkningar?

Vem har ansvaret för att svaret på en röntgenundersökning är korrekt, om man använder teleradiologi, det vill säga utför undersökning på den egna kliniken men skickar bilderna till en extern enhet för tolkning och svar? Det undrar verksamhetschefen vid en radiologisk klinik i ett brev till Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen jämför med hanteringen av blodprover och svarar att både uppdragsgivaren och utföraren har ett ansvar för att uppgiften sköts på rätt sätt och skulle kunna ställas till svars samtidigt för eventuella brister. Den som anlitar ett företag som inte kan uppfylla de kvalitetskrav som ställs på vården är alltså ansvarig för detta, men även företaget.

Socialstyrelsen skriver att i de fall som analysen av röntgenbilder sker utomlands kan ansvarsfrågan för felaktigheter eventuellt prövas av detta lands tillsynsorgan på begäran av Socialstyrelsen, vars mandat endast sträcker sig till rikets gränser.

Sara Gunnarsdotter

Läs hela nedanstående artikel på Lakartidningen.se:

Operation i blodtomt fält riskabelt för kärlsjuka patienter

Ortopeder bör uppmärksammas på riskerna med att operera kärlsjuka, och i synnerhet kärlekonstruerade, patienter med blodtomt fält. Det anser Socialstyrelsens vetenskapliga råd.

(Soc 9:3:1-28777/2010) ■

Redaktör:

Sara Gunnarsdotter 08-790 34 10 sara.gunnarsdotter@lakartidningen.se

Marie Wedin styrelseledamot i Saco

Göran Arrius, Jusek, valdes till ny ordförande i Saco vid en extra kongress måndagen den 29 augusti. Samtidigt valdes Läkarförbundets ordförande Marie

Wedin in i Sacos styrelse.

Extrakongressen hölls för att förrätta fyllnadsväl. Sacos förra ordförande Anna Ekström avgick i maj, och Läkarförbundets

tidigare ordförande Eva Nilsson Bågenholm hade avsagt sig sitt uppdrag som styrelseledamot.

Saco består av 23 förbund. Styrelsen består av ordförande och nio ledamöter. Läkarförbundet är det femte största förbundet. ■

Läkare föreslås bli vice ordförande i C

Centerpartiets valberedning föreslår barnläkaren och riksdagsledamoten Anders W Jonsson till förste vice ordförande i partiet. Det meddelade valberedningen den 31 augusti.

– Jag är oerhört stolt och glad och ser fram emot att tillsammans med Annie Lööf och Anna-Karin Hatt få leda Centerpartiet.

– Valberedningen tyckte väl att det var dags att partiet kom i trygga läkarhänder igen, tillägger han lite skämtsamt och påminner om att Helena Nilsson Lannegren, distriktsläkare i Bagarmossen, var vice ordförande under Olof Johansson för drygt tio år sedan. Och vid partistämman lämnar dessutom professor och överläkaren Lars

Weinehall partistyrelsen.

Anders W Jonsson har varit en av tre kandidater till partiledarposten i Centerpartiet efter avgående Maud Olofsson, men nu kandiderar han inte längre till den posten.

– Nej. Detta är inte bara valberedningens förslag utan Centerpartiets förslag, och det har diskuterats i alla kretsar. Det är en överväldigande majoritet bakom Annie Lööf. Det är skönt, det är ett väl förankrat förslag.

Annie Lööf, som är valberedningens förslag till partiledare, har nominerats av 169 kommunkretsar, Anna-Karin Hatt, som föreslås bli andre vice ordförande, har nominerats av 26 kretsar och Anders W Jonsson av 5 kommunkretsar.

Är du besviken?

– Absolut inte. Jag var förvånad att jag lyftes fram som kandidat, för jag är en av de färskaste riksdagsledamöterna.

Både partiledaren och andre vice ordföranden kommer förmodligen att sitta i regeringen. Men Anders W Jonsson kommer inte att bli statsråd. Han kommer att stå friare i förhållande till regeringen.

– Jag ska vara fristående och kunna föra partiets talan.

Under Maud Olofssons tid har det inte funnits någon vice ordförande.

– Nackdelen var att Maud Olofsson alltid fick försvara regeringens kompromisser.

Viktiga sjukvårdspolitiska frågor?

– För det första att få vårdvalet att fungera i glesbygden. Vi presenterade ett förslag till det under Almedalsveckan. För det andra att få in fler entreprenörer i specialistsjukvården.



Anders W Jonsson

Anders W Jonsson är 50 år, bosatt i Hedesunda utanför Gävle och ledamot i riksdagens socialutskott. Han har varit ordförande i Centerpartiets förnyelsegrupp för välfärd, vars förslag läggs fram vid partistämman i Åre den 22–25 september. En gång i månaden är han jour på Barnkliniken i Gävle.

Elisabet Ohlin