

Kompetens och ansvar

Betänkande av 2009 års Behörighetsutredning

Stockholm 2010



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2010:65

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-598 191 91
Ordertel: 08-598 191 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02)
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som ska svara på remiss.
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på
<http://www.regeringen.se/remiss>

Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice

Tryckt av Elanders Sverige AB
Stockholm 2010

ISBN 978-91-38-23445-7
ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Regeringen beslutade den 2 april 2009 att uppdra åt en särskild utredare att utreda ett antal frågor som rör behörighetsregleringen inom hälso- och sjukvården, samt vissa frågor inom socialtjänsten.

Samma dag förordnades generaldirektören Ann-Christin Tauberman som särskild utredare.

Den 7 maj 2009 förordnades kanslirådet Therese Ahlqvist, departementssekreteraren Ulrika Axelsson Jonsson och departementssekreteraren Anna Lilja Qvarlander att som sakkunniga biträda utredningen. Samma dag förordnades vice ordföranden Lars Berge-Kleber, enhetschefen Ann Holmberg, projektledaren Eva Estling, utredaren Gunilla Strand och enhetschefen Per-Anders Sunesson att som experter biträda utredningen. Anna Lilja Qvarlander entledigades från uppdraget den 17 juli 2009 och Per-Anders Sunesson den 25 september 2009. Den 17 juli 2009 förordnades ämnesrådet Gert Knutsson som sakkunnig och utredaren Brita Bergseth som expert i utredningen. Therese Ahlqvist och Kerstin Magnusson entledigades från uppdragen som sakkunnig respektive expert den 17 februari 2010. Samma dag förordnades departementssekreteraren Frédérique Lémery som sakkunnig och enhetschefen Pernilla Ek som expert. Den 26 maj 2010 entledigades Ann Holmberg från uppdraget som expert och samma dag förordnades Monica Norrman som expert i utredningen.

Som huvudsekreterare i utredningen förordnades juristen Mattias Fredricson fr.o.m. den 4 maj 2009 och som sekreterare förordnades samma dag kammarrättsassessorn Marie Georgson (föräldraledig fr.o.m. den 7 november 2009). Hovrättsassessorn Cecilia Ljung och juristen Kerstin Magnusson förordnades som sekreterare fr.o.m. den 25 augusti 2009 respektive den 9 februari 2010.

Utredningen, som antagit namnet 2009 års Behörighetsutredning, får härmed överlämna betänkandet Kompetens och ansvar (SOU 2010:65). Uppdraget är därmed slutfört.

Stockholm i september 2010

Ann-Christin Tauberman

/Mattias Fredricson
Marie Georgson
Cecilia Ljung
Kerstin Magnusson

Innehåll

Förkortningar	25
Sammanfattning	29
Summary	59
Författningsförslag	91
1 Förslag till lag om alternativa behandlingsformer	91
2 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)	94
3 Förslag till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade	95
4 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)	97
5 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)	99
6 Förslag till förordning om ett nationellt register över utövare av alternativa behandlingsformer	101
7 Förslag till förordning om ändring i högskoleförordningen (1993:100)	105
8 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område	106

9	Förslag till förordning om ändring i förordningen (1999:1134) om belastningsregister.....	108
10	Förslag till förordning om ändring i socialtjänstförordningen (2001:937).....	109
11	Förslag till förordning om ändring i förordningen (2009:607) med instruktion för Konsumentverket	115
12	Förslag till förordning om ändring i förordningen (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen.....	117
1	Uppdraget och dess genomförande.....	119
1.1	Utredningens direktiv.....	119
1.2	Utredningens arbete	120
1.3	Betänkandets disposition.....	120
1.4	En ny patientsäkerhetslag	121
2	Gällande rätt.....	123
2.1	Hälso- och sjukvård	123
2.1.1	Hälso- och sjukvårdslagen	124
2.1.2	Tandvårdslagen	124
2.1.3	Patientsäkerhetslagen.....	125
2.1.4	Förordningen om behörighet till vissa anställningar inom hälso- och sjukvården m.m.	134
2.1.5	Förordningen om behörighet till vissa anställningar inom folktandvården m.m.	135
2.2	Socialtjänst.....	135
2.2.1	Socialtjänstlagen	135
2.2.2	Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade	138
2.2.3	Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga	139
2.2.4	Lagen om vård av missbrukare i vissa fall	140

2.3	Internationella överenskommelser	141
2.3.1	Den nordiska överenskommelsen om en gemensam arbetsmarknad för viss hälso- och sjukvårdspersonal.....	141
2.3.2	Lagstiftning inom ramen för den europeiska unionen (EU)	141
3	Våra utgångspunkter.....	147
3.1	Patientsäkerhet.....	147
3.2	Närings- och yrkesfrihet	149
Del I	Behörighetsfrågor inom hälso- och sjukvården m.m.	
4	Reglering av ytterligare yrkesgrupper	153
4.1	Inledning	153
4.1.1	Uppdraget.....	153
4.1.2	Uppdragets utförande.....	153
4.2	Behörighetsregleringens utveckling i Sverige.....	154
4.2.1	Legitimationsbestämmelser för läkare infördes 1915	154
4.2.2	1984 års behörighetslag	154
4.2.3	Behörighetslagen ersätts av LYHS.....	156
4.2.4	Röntgensjuksköterskor får legitimation och skyddad yrkestitel	158
4.2.5	Utredningen Legitimation och skyddad yrkestitel (Ds 2004:28)	158
4.2.6	Nuvarande behörighetsreglering.....	159
4.3	Principerna som ligger till grund för legitimation och annan behörighet inom hälso- och sjukvården	160
4.3.1	Grundläggande principer för behörighetsregleringen	160
4.3.2	Principer för bedömningen av vilka yrkesgrupper som ska vara reglerade	162

4.4	Våra överväganden gällande principerna för bedömningen av vilka yrkesgrupper som ska vara reglerade.....	164
4.5	Våra överväganden gällande reglering av ytterligare yrkesgrupper.....	165
4.5.1	Utgångspunkter och allmänna överväganden....	165
4.5.2	Cytodiagnostiker.....	167
4.5.3	Kuratorer inom hälso- och sjukvård	172
4.5.4	Medicinska fotterapeuter och podiatrier	176
4.5.5	Ortoptister.....	180
4.5.6	Osteopater	183
4.5.7	Perfusionister.....	185
4.5.8	Tandtekniker	188
4.5.9	Övriga yrkesgrupper	191
5	Frågor om behörighetsreglering för legitimationsyrken	195
5.1	Inledning.....	195
5.2	Krav på praktiktjänstgöring för legitimation	196
5.2.1	Framställda önskemål om krav på praktik	196
5.2.2	Krav på praktiktjänstgöring för andra legitimationsgrupper	196
5.3	Specialistutbildning	198
5.3.1	Framställda önskemål om specialistutbildning.....	198
5.3.2	Specialistutbildning för andra yrkesgrupper.....	199
5.4	Ensamrätt till yrke för psykologer.....	199
5.4.1	Önskemål från Sveriges psykologförbund	199
5.4.2	Nuvarande bestämmelser m.m.	200
5.5	Skyddad titel för fysioterapeut?	200
5.5.1	Begäran från Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund.....	200
5.5.2	Nuvarande bestämmelser m.m.	200

5.6	Godkännande av äldre utbildning för ortopedingenjörer.....	201
5.6.1	Begäran från Ortopedtekniska Branschrådet....	201
5.6.2	Nuvarande bestämmelser m.m.....	201
5.7	Överväganden	202
5.7.1	Praktisk tjänstgöring som krav för legitimation.....	202
5.7.2	Reglerad specialistordning och skyddad specialistbeteckning	203
5.7.3	Ensamrätt till yrke för psykologer.....	203
5.7.4	Skydd för titeln fysioterapeut?	204
5.7.5	Ortopedingenjörer.....	204
6	Översyn av optikers arbetsuppgifter.....	207
6.1	Inledning	207
6.1.1	Uppdraget.....	207
6.1.2	Uppdragets utförande.....	208
6.2	Optiker som yrkesgrupp.....	208
6.2.1	Sverige har ca 2 300 legitimerade och yrkesverksamma optiker.....	208
6.2.2	Från 1994 är optikerutbildningen en högskoleutbildning	208
6.2.3	Optiker fick legitimation 1964 och skyddad yrkestitel 2006.....	209
6.3	Optikers arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården	210
6.3.1	Optiker tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen.....	210
6.3.2	Närmare om regleringen av optikers arbetsuppgifter	210
6.4	Socialstyrelsens rapport om optikers arbetsuppgifter....	214
6.5	Våra överväganden och förslag	214
6.5.1	Optiker bör få använda läkemedel i form av diagnostiska droppar.....	215
6.5.2	Socialstyrelsen och Läkemedelsverket bör meddela föreskrifter om optikers behörighet att förordna läkemedel.....	218

7	Särskilt förordnande att utöva yrke inom hälso- och sjukvården	223
7.1	Inledning.....	223
7.2	Nuvarande system med särskilda förordnanden	224
7.2.1	Gällande bestämmelser	224
7.2.2	Bakgrunden till nuvarande system	225
7.2.3	Landstingens handläggning av särskilda förordnanden.....	225
7.3	Vilka får särskilt förordnande att utöva ett legitimationsyrke?	225
7.4	Verksamhetsförlagd utbildning.....	226
7.5	Kontroll i belastningsregistret.....	227
7.6	Överväganden och förslag	228
7.6.1	Är dagens reglering med särskilda förordnanden ändamålsenlig?	228
7.6.2	Anställning av någon vars legitimation har återkallats.....	231
7.6.3	Kontroll av att den som meddelas särskilt förordnande inte har gjort sig skyldig till vissa brott	231
7.6.4	Ledningssystem för kvalitet och patient-säkerhet vid anställning av personal	232
Del II	Specialistsjuksköterskor	
8	Uppdraget om specialistsjuksköterskor	237
8.1	Uppdraget.....	237
8.2	Uppdragets utförande.....	238
9	Allmänt om specialistutbildade sjuksköterskor.....	239
9.1	Vad är en specialistutbildad sjuksköterska?	239
9.2	Finns det några allmänna regleringar av specialistsjuksköterskors arbetsuppgifter m.m.?	240

9.3	Närmare om specialistsjuksköterskeexamen	240
9.3.1	Bakgrunden till dagens specialistsjuksköterskeexamen.....	240
9.3.2	Specialistsjuksköterskeexamen som den är utformad i dag	243
9.4	Särskilt om huvudmannaskapet för sjuksköterskornas utbildning.....	245
9.4.1	Utbildningen hade inledningsvis ett landstingskommunalt huvudmannaskap	245
9.4.2	Landstingen sluter avtal med statliga högskolor om utbildningen.....	245
9.4.3	En principöverenskommelse tecknas mellan staten och Landstingsförbundet	246
9.4.4	Huvudmannaskapet överförs till staten	247
9.5	Uppdragsutbildning.....	248
9.6	Högskoleverkets uppdrag om sjuksköterskors specialistutbildning	248
10	Tillgång och efterfrågan på specialistsjuksköterskor m.m.	253
10.1	Utbildade och sysselsatta specialistsjuksköterskor	253
10.2	Socialstyrelsens rapport NPS 2010.....	255
10.3	SCB:s arbetskraftsbarometer för 2009	256
10.4	Enkätundersökning bland landsting och regioner.....	256
11	Intryck från hearingar och möten m.m.....	259
11.1	Synpunkter som framförts vid hearingar och möten	259
11.1.1	Synpunkter från lärosäten som anordnar specialistutbildning för sjuksköterskor	260
11.1.2	Synpunkter från sjuksköterskeföreningar.....	263
11.1.3	Synpunkter från kommuner, kommun- förbund, landsting och regioner.....	265
11.1.4	Synpunkter från verksamhetschefer	269

11.2	Synpunkter från några organisationer.....	270
11.2.1	Synpunkter från Vårdförbundet.....	270
11.2.2	Synpunkter från Svensk Sjuksköterskeförening	272
11.2.3	Synpunkter från Sveriges Kommuner och Landsting	273
12	Överväganden och förslag.....	277
12.1	Allmänna utgångspunkter	277
12.2	Varför utbildas det för få specialistsjuksköterskor och vad kan man göra åt det?	278
12.2.1	Lön och anställningsvillkor har betydelse	279
12.2.2	Även utbud och genomförande av utbildningen har betydelse.....	280
12.2.3	En specialistsjuksköterskeutbildning med läkarnas specialiseringstjänstgöring som förebild?	281
12.3	Behovet av en mer flexibel utbildning	281
12.4	Behovet av en bättre samverkan	282
Del III	Verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära	
13	Uppdraget om verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära.....	287
13.1	Inledning.....	287
13.2	Bakgrund till uppdraget	288
13.3	Disposition	289
14	Tjänster och verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära.....	291
14.1	Alternativ- och komplementärmedicin.....	291
14.1.1	Vad är alternativ- och komplementärmedicin?.....	291

14.1.2	Omfattningen av användningen av alternativ- och komplementärmedicin.....	293
14.1.3	Omfattningen av verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära	296
14.1.4	Organisationer och forskning inom alternativ- och komplementärmedicin.....	297
14.2	Verksamhet som kan förväxlas med hälso- och sjukvård	298
14.2.1	Statistik över brott mot bestämmelserna i LYHS	298
14.2.2	Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter.....	299
14.2.3	Konsumentverket.....	300
15	Gällande regler och tidigare förslag till förändringar .	301
15.1	Regler som omgärdar verksamheten i dag.....	301
15.1.1	Patientsäkerhetslagen	301
15.1.2	Konsumentlagstiftningen	304
15.2	Utvecklingen av den rättsliga regleringen av alternativ- och komplementärmedicin och tidigare förslag till förändringar.....	307
15.2.1	Lagen (1960: 409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område	307
15.2.2	Alternativmedicinkommittén.....	308
15.2.3	Den fortsatta behandlingen av alternativ- medicinkommitténs förslag.....	311
15.2.4	1994 års behörighetskommitté.....	312
15.2.5	Propositionen Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område	314
15.2.6	Socialstyrelsens rapport med anledning av ett uppdrag att utreda vissa frågor rörande psykologisk och psykoterapeutisk verksamhet	315
15.2.7	AKM-registerutredningen.....	316
15.2.8	Propositionen Patientsäkerhet och tillsyn	319

16	Alternativ- och komplementärmedicin i de nordiska länderna.....	321
16.1	Norge.....	321
16.1.1	Bakgrund.....	321
16.1.2	Lov om alternativ behandling av sjukdom mv.	322
16.1.3	Forskrift om frivillig registerordning för utövare av alternativ behandling	324
16.1.4	Informationsinsatser	328
16.1.5	Forskning.....	329
16.2	Danmark	329
16.2.1	Bakgrund.....	329
16.2.2	Bekendtgörelse om en branschadministreret registerordning för alternativa behandlere	330
16.2.3	Forskning.....	334
16.3	Finland	334
16.3.1	Nuvarande reglering.....	334
16.3.2	Förslag om reglering av alternativa vårdmetoder.....	335
16.4	Island.....	336
16.4.1	Lag om alternativa behandlare	336
16.5	WHO	338
17	Problem i dag inom det område som ligger hälso- och sjukvården nära.....	341
17.1	Enkät till Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter	341
17.2	Intryck från möten m.m.	342
17.3	Utredningens slutsatser	343
18	Överväganden och förslag.....	345
18.1	Utgångspunkter	345
18.2	Ett register för alternativa behandlare	346
18.2.1	Inledning	346
18.2.2	Finns det skäl att införa ett register över utövare av alternativa behandlingsformer?	346

18.2.3	Ska registrering vara obligatorisk eller frivillig?.....	347
18.2.4	Yrkesorganisationers deltagande i registret	349
18.2.5	Vilka krav ska ställas på organisationer som vill delta i registret?.....	350
18.2.6	Vem ska få registrera sig i ett register över utövare av alternativa behandlingsformer?.....	357
18.2.7	Vilka krav ska gälla för registrering?.....	358
18.2.8	Återkallelse av godkännande, hinder mot registrering, avregistrering och förnyad registrering	361
18.2.9	Innehållet i registret.....	363
18.2.10	Vem ska ansvara för registret?	364
18.2.11	Allmänhetens tillgång till registret	369
18.2.12	Hur förhåller sig förslaget om ett register till regleringen inom EU?.....	370
18.3	Ökad tillgång till information för att välja vård.....	371
18.3.1	Inledning.....	371
18.3.2	Konsumentverkets bevakning av marknaden för alternativ medicin.....	371
18.3.3	Information	372
18.4	En samlad lagstiftning för alternativa behandlingsformer	373
18.4.1	Bakgrund till dagens reglering m.m.	373
18.4.2	En tydligare lagstiftning	374
18.4.3	Lag om alternativa behandlingsformer	375
18.5	Begränsningar i rätten att vidta vissa åtgärder inom hälso- och sjukvårdens område	378
18.5.1	Inledning.....	379
18.5.2	Behov av förändringar?.....	380
18.5.3	Finns det skäl att ange förbuden på annat sätt?	382
18.5.4	Förbjudna sjukdomar och tillstånd och former av behandling	383
18.5.5	Förbudet att behandla barn under 8 år	385
18.5.6	Förbudet att behandla gravida kvinnor	389
18.5.7	En medicinsk översyn.....	389

18.6	Tillsyn och kontroll	390
18.6.1	Inledning	390
18.6.2	Vad är tillsyn?	390
18.6.3	Nuvarande reglering.....	391
18.6.4	Bör tillsyn ske av verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära?	392
18.7	Skyddade yrkestitlar.....	395
18.7.1	Inledning	395
18.7.2	Bakgrund till dagens reglering.....	395
18.7.3	Tillämpningen av reglerna om skyddad yrkestitel	396
18.7.4	Är bestämmelserna om skyddad yrkestitel inom hälso- och sjukvården ändamålsenliga?	397
18.7.5	Bör skyddet för yrkestitlar utvidgas?	397
18.8	Marknadsföring	398
18.8.1	Inledning	399
18.8.2	Marknadsföringsbestämmelserna.....	399
18.8.3	Är det möjligt att införa särskilda bestämmelser om marknadsföring av hälso- och sjukvårdstjänster?.....	402
18.8.4	Bör särskilda bestämmelser om marknadsföring av hälso- och sjukvårds- tjänster införas?	402
18.8.5	Hur ska kontrollen ske av att förbudet efterlevs?	403

Del IV Utbildningsfrågor

19	Tandläkarnas specialiseringstjänstgöring.....	407
19.1	Inledning.....	407
19.2	Nuvarande förhållanden	408
19.2.1	Utbildningen till tandläkare och specialiseringstjänstgöringen.....	408
19.2.2	Anställning som tandläkare för specialiseringstjänstgöring	410
19.2.3	Skyddad specialistbeteckning	411
19.2.4	Arbetsmarknaden	411
19.2.5	Tandvården i Sverige	412

19.2.6	Tandvårdsstödet.....	413
19.2.7	Läkarnas specialiseringstjänstgöring.....	414
19.2.8	Specialiseringstjänstgöringens utveckling i korthet.....	416
19.3	Socialstyrelsens rapport 2006 ”Tandläkarnas specialistutbildning – en översyn”	418
19.4	Internationell jämförelse	421
19.4.1	Allmänt	421
19.4.2	Finland.....	422
19.4.3	Danmark.....	423
19.4.4	Norge.....	423
19.5	Tankar och synpunkter från företrädare för tandvården.....	423
19.5.1	Lärosäten	423
19.5.2	Sveriges Tandläkarförbund.....	424
19.5.3	Svenska Endodontiföreningen	425
19.5.4	Svenska Pedodontiföreningen	426
19.5.5	Sveriges Privattandläkarförening	426
19.5.6	Tjänstetandläkarna.....	427
19.5.7	Svensk Käkkirurgisk Förening.....	428
19.5.8	Svensk Sjukhustandläkarförening	428
19.5.9	Sveriges Kommuner och Landsting och Folktandvårdsföreningen	429
19.5.10	Stockholms läns landstings specialitetsråd för tand- och käksjukdomar	430
19.5.11	Enskilda synpunkter	431
19.6	Utredningens överväganden och förslag.....	431
19.6.1	Socialstyrelsen bemyndigas bestämma om inrättande och benämning för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring.....	432
19.6.2	Översyn av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring.....	433
19.6.3	Nationellt råd för specialiseringstjänstgöring... ..	434
19.6.4	Ansvar för att tillhandahålla platser för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring.....	435
19.6.5	Anställning som tandläkare för specialiseringstjänstgöring.....	436

19.6.6	Ska specialiseringstjänstgöringen ändras till statligt styrd utbildning eller högskoleutbildning?	437
20	Tandhygienisternas utbildning	439
20.1	Inledning.....	439
20.2	Nuvarande förhållanden	440
20.2.1	Allmänt om tandhygienister	440
20.2.2	Tandhygienist är ett legitimationsyrke	441
20.2.3	Tandhygienister arbetar med att främja munhälsa och förebygga tandsjukdomar	442
20.2.4	Tandhygienistutbildningen.....	442
20.2.5	Tvåårig utbildning med möjlighet till förlängning med ett år.....	443
20.2.6	Kort om 1993 års högskolereform och Bologna-processen.....	444
20.2.7	Arbetsmarknad	445
20.2.8	Ny yrkeshögskoleutbildning till tandsköterska	446
20.3	Tandvården i förändring – vad har uttalats i utredningar om tandhygienistyrket och utbildningen?.....	447
20.3.1	SOU 2002:53 ”Tandvården till 2010”	447
20.3.2	Socialstyrelsens yttrande över betänkandet SOU 2002:53	447
20.3.3	Konkurrensverkets rapportserie 2004:1 ”Tandvård och konkurrens”	448
20.3.4	SOU 2006:27 Delbetänkandet ”Stöd till hälsofrämjande tandvård”	448
20.3.5	Socialstyrelsens rapport 2006 ”Landstingens uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård”	448
20.3.6	Socialstyrelsens rapport 2006 ”Tandläkarnas specialistutbildning – en översyn”	449
20.3.7	Socialstyrelsens rapport 2007 ”Utvidgad kompetens för tandhygienister – förutsättningar för en försöksverksamhet”	449
20.3.8	Högskoleverkets rapporter 1996–2007.....	450

20.3.9	”Tandvården i Dalarna, EpiWux 2008”	452
20.3.10	Socialstyrelsens folkhälsorapport 2009	452
20.4	Tankar och synpunkter från företrädare för tandvården	453
20.4.1	Sveriges Tandhygienistförening	453
20.4.2	Lärosäten	454
20.4.3	Tandhygienistlärare	455
20.4.4	Sveriges Kommuner och Landsting och Folk tandvårdsföreningen	456
20.4.5	Sveriges privattandläkarförening	456
20.4.6	Sveriges Tandläkarförbund	457
20.4.7	Svenska Tandsköterskeförbundet	457
20.4.8	Stockholms läns landstings specialitetsråd för tand- och käksjukdomar	458
20.5	Internationell jämförelse	458
20.6	Utredningens överväganden och förslag	459
20.6.1	Inledning	459
20.6.2	Förlängning av tandhygienistutbildningen	460
20.6.3	Högskoleverket ges uppdrag att utforma förslag på en ny examensbeskrivning	460
20.6.4	Ska tandhygienistutbildningen utvidgas och ge kompetens för nya arbetsuppgifter?	461

Del V Behörighet inom socialtjänsten

21	Uppdraget om behörighetsreglering inom socialtjänsten	465
21.1	Inledning	465
21.2	Bakgrund till uppdraget	465
21.3	Disposition	466
22	Kompetens inom socialtjänsten i dag	467
22.1	Vad innebär socialt arbete?	467
22.2	Krav på kompetens inom socialtjänsten i dag – vad säger lagen?	468

22.3	Vem jobbar inom socialtjänsten i dag?	470
22.3.1	Socialstyrelsens kartläggningar.....	471
22.3.2	Socialstyrelsens rapport ”Kompetens i de sociala professionerna”	472
22.3.3	Statistikuppgifter.....	472
23	Behovet av behörighetsreglering inom socialtjänsten.....	475
23.1	Inledning.....	475
23.2	Tidigare utredningar.....	476
23.2.1	1994 års behörighetskommitté	476
23.2.2	Socialtjänstkommittén	478
23.2.3	Sociala barn- och ungdomsvårdskommittén	478
23.2.4	Barnskyddsutredningen	479
23.3	Andra rapporter om behovet av kompetens.....	481
23.3.1	Socialstyrelsens rapport ”Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten”	481
23.3.2	Rapport från socialutskottet 2009.....	481
23.3.3	Uppdrag om föreskrifter och allmänna råd om innebörden av kvalitetsparagrafen	482
24	Förutsättningar för behörighetsreglering	483
24.1	Legitimation och/eller krav på viss kompetens?	483
24.1.1	Reglering av yrke	483
24.1.2	Behörighetskrav inom andra områden (utom hälso- och sjukvård)	484
24.1.3	Vad är skillnaden mellan legitimation och behörighetskrav?	488
24.2	Behörighetsreglering inom socialtjänsten i övriga nordiska länder	488
24.2.1	Finland	489
24.2.2	Norge	489
24.3	Egenauktorisering för socionomer	489

25	Rättssäkerhet och kvalitet.....	493
25.1	Beslutsordning och ansvar inom socialtjänsten	493
25.1.1	Bestämmelser som styr handläggningen.....	493
25.1.2	Myndighetsutövning.....	494
25.1.3	Ansvar för handläggning och beslut inom socialtjänsten	495
25.2	Kompetens inom socialtjänsten	496
25.2.1	Inledning.....	496
25.2.2	Projekt för kompetens och kvalitet	497
26	Socionomutbildningen.....	499
26.1	Utbildningen i går och i dag.....	499
26.2	Högskoleverkets översyn av den sociala omsorgsutbildningen och socionomutbildningen 2003.....	499
26.3	Högskolverkets utvärdering av socionomutbildningen 2009.....	501
26.4	Arbetsmarknaden.....	503
27	Överväganden och förslag	505
27.1	Utgångspunkter	505
27.2	Behov av och förutsättningar för behörighetsreglering inom socialtjänsten.....	505
27.2.1	Behov av behörighetsreglering.....	506
27.2.2	Formella förutsättningar för legitimation eller reglering av arbetsuppgifter.....	507
27.3	Kompetenslyft inom socialtjänsten och verksamhet enligt LSS.....	509
27.3.1	Vilka arbetsuppgifter bör kräva viss kompetens?	510
27.3.2	Kompetenslyft.....	511
27.3.3	Introduktion för nyanställda.....	513
27.3.4	Övergångsbestämmelser.....	514
27.4	Erkännande av utländska yrkeskvalifikationer.....	515

27.5	Uppföljning av kvalitet och kompetens inom socialtjänsten	516
------	---	-----

Konsekvensbeskrivning och författningskommentarer

28	Konsekvenser av förslagen.....	521
28.1	Förutsättningar för konsekvensbeskrivningen	521
28.1.1	Kommittéförordningen	521
28.1.2	Kommittédirektiven.....	521
28.2	Konsekvenser för stat och kommun.....	522
28.2.1	Behörighetsfrågor inom hälso- och sjukvården m.m.	522
28.2.2	Specialistsjuksköterskor.....	523
28.2.3	Verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära.....	523
28.2.4	Utbildningsfrågor.....	524
28.2.5	Behörighetskrav inom socialtjänsten	525
28.3	Konsekvenser i övrigt	527
28.3.1	Behörighetsfrågor inom hälso- och sjukvården m.m.	527
28.3.2	Verksamhet som ligger hälso- och sjukvård nära	528
28.3.3	Utbildningsfrågor.....	528
28.3.4	Behörighetskrav inom socialtjänsten	529
29	Författningskommentar	531
29.1	Förslaget till lag om alternativa behandlingsformer	531
29.2	Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125).....	532
29.3	Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.....	532
29.4	Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453).....	533
29.5	Förslag till lag om ändring patientsäkerhetslagen (2010:659).....	534

29.6	Förslag till förordning om ett nationellt register över utövare av alternativa behandlingsformer	535
29.7	Förslag till förordning om ändring i högskoleförordningen(1993:100)	537
29.8	Förslag till förordning om ändring i förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område	537
29.9	Förslag till förordning om ändring i förordningen (1999:1134) om belastningsregister.....	538
29.10	Förslag till förordning om ändring i socialtjänstförordningen (2001:937)	538
29.11	Förslag till förordning om ändring i förordningen (2009:607) med instruktion för Konsumentverket	538
29.12	Förslag till förordning om ändring i förordningen (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen.....	539
Särskilt yttrande		541
Litteratur- och källförteckning		543
Bilagor		
1	Kommittédirektiv 2009:25	551
2	Förteckning över möten, konferenser och besök.....	565
3	Deltagande organisationer i referensgruppen	569
4	Förteckning över hearings med intressegrupper m.fl.....	571
5	Förteckning över diagnostiska läkemedel	575
6	Examensordning för specialistsjuksköterskeexamen	577
7	Principöverenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet	583
8	Yrkesorganisationer och forskning inom alternativ- och komplementärmedicin.....	591

9	Frågor om erfarenheter av verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära	603
10	Examensordning för socionomexamen	609

Förkortningar

AKM	alternativ- och komplementärmedicin
AT	allmäntjänstgöring
BEO	Barn- och elevombudet
BRÅ	Brottsförebyggande rådet
Ds.	betänkande i departementsserien
dir.	direktiv
EES	Europeiska ekonomiska samarbetsområdet
EU	Europeiska unionen
FYHS	förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område
HSAN	Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
IPULS	Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige

JO	Justitieombudsmannen
KI	Karolinska Institutet
LMTP	lagen (1993:584) om medicintekniska produkter
LSS	lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
LVM	lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
LVU	lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
NOU	Norges Offentlige Utredninger
LYHS	lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område
NSATS	nationell samordningsgrupp för tandläkarnas specialiserings-tjänstgöring
NPS	nationellt planeringsstöd
prop.	proposition
RF	regeringsformen
RSATS	regional samarbetsgrupp för tandläkarnas specialiserings-tjänstgöring
rskr.	riksdagsskrivelse
SCB	Statistiska centralbyrån

SFOG	Svensk förening för obstetrik och gynekologi
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
Skr.	skrivelse
SoL	socialtjänstlagen (2001:453)
SOU	Statens offentliga utredningar
SPUR	Sveriges läkarförbunds och Svenska Läkaresällskapets stiftelse för utbildningskvalitet
SRATS	Socialstyrelsens rådgivande arbetsgrupp för tandläkares specialiseringstjänstgöring
ST	specialiseringstjänstgöring
SWEDAC	Styrelsen för ackreditering och teknisk kontroll
SWESECT	Swedish society for Extracorporeal Technology
SÖ	Sveriges internationella överenskommelser
TM	traditionell medicin
VFU	verksamhetsförlagd utbildning
WHO	World Health Organization

Sammanfattning

Behörighetsutredningens uppdrag

Regeringen tillsatte den 2 april 2009 en särskild utredare med uppdrag att utreda ett antal frågor som rör behörighetsregleringen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I uppdraget ingick följande områden:

- bedöma om ytterligare yrkesgrupper bör regleras inom hälso- och sjukvården,
- överväga förändringar av optikernas arbetsuppgifter,
- pröva om systemet med särskilt förordnande att utöva yrke inom hälso- och sjukvården är ändamålsenligt,
- lämna förslag som leder till att fler sjuksköterskor specialutbildar sig,
- se över bestämmelserna om begränsningarna i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder,
- göra det tydligare för allmänheten vad som räknas till hälso- och sjukvård och vad som är verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära,
- lämna förslag till hur tandläkarnas specialiseringstjänstgöring bör regleras,
- se över tandhygienistutbildningens innehåll och omfattning och
- kartlägga och analysera förutsättningarna för en behörighetsreglering för vissa arbetsuppgifter inom socialtjänsten.

Målet med våra förslag ska vara att upprätthålla en hög patientsäkerhet och ett högt förtroende hos allmänheten för såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten. Våra förslag ska också ta hänsyn till den grundlagsfästa principen om näringsfrihet. Vi ska utgå från de principer som i dag ligger till grund för behörighet och legitimation och våra förslag ska skapa goda förutsättningar att använda de specifika kompetenser som utmärker de olika yrkesgrupperna inom

hälso- och sjukvården på ett effektivt och flexibelt sätt. Vissa delar av uppdraget innebär att vi ska överväga om nuvarande bestämmelser är ändamålsenliga.

Bör ytterligare yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården regleras?

Bestämmelser om legitimation, ensamrätt till yrke, skyddad yrkestitel och skyddad specialistbeteckning finns i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, LYHS. Från och med den 1 januari 2011 finns dessa bestämmelser i den nya patientsäkerhetslagen. Legitimationens huvudfunktion är att vara en garanti för att personalen har en viss kunskapsnivå och vissa personliga egenskaper.

Patientsäkerheten är det överordnade kriteriet vid en bedömning av vilka yrkesgrupper som ska vara reglerade. Övriga kriterier som ska ha stor betydelse är:

- yrkesrollens innehåll – som bör ha en viss bredd och innefatta ett visst mått av självständighet,
- utbildningen – som bör vara kvalificerad, väl definierad och leda till ett särskilt yrke och
- internationella förhållanden – bland annat de EU-regler som Sverige åtagit sig att tillämpa om ömsesidigt erkännande av kompetensbevis för verksamhet inom hälso- och sjukvården och den nordiska överenskommelsen om en gemensam arbetsmarknad för viss hälso- och sjukvårdspersonal.

För att en yrkesgrupp ska få legitimation behöver inte alla kriterier vara uppfyllda. Hur mycket som ska krävas för att en yrkesgrupp ska komma ifråga för legitimation får avgöras genom en sammanvägning. Patientsäkerheten är överordnad övriga kriterier. Behovet av legitimation kan vara mindre om yrket enbart utövas i offentlig anställning, än om det finns möjligheter att bedriva verksamheten i privat regi. Vi ska enligt direktiven undvika att skapa ett system med dubbla legitimationer.

Vi är fria att föreslå förändringar av de principer som i dag ligger till grund för vilka yrkesgrupper som ska vara reglerade. Vår bedömning är dock att nuvarande principer är väletablerade och ändamålsenliga. Vi föreslår därför inga förändringar.

Vi ser det som rimligt att legitimation i första hand bör komma i fråga för yrkesgrupper som har en svensk högskoleutbildning. Skälet är att utbildningen därmed omfattas av Högskoleverkets regelbundna granskning och utvärdering och att den enligt högskolelagen ska vila på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet.

Vi vill understryka att en reglering av ett yrke inte kan ersätta vårdgivarens ansvar för att planera, leda och kontrollera verksamheten. Det behövs ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, behandling enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt kompetenta och skickliga yrkesutövare för att uppnå god patientsäkerhet.

Följande grupper har i skrivelser och vid möten framfört önskemål om reglering av yrket: cytodiagnostiker, kuratorer inom hälso- och sjukvård, medicinska massageterapeuter, medicinska fotterapeuter, podiatrier, ortoptister, osteopater, perfusionister, tandtekniker och uroterapeuter.

Våra förslag:

Cytodiagnostiker

Cytodiagnostikerns huvuduppgift är att med hjälp av mikroskop ställa diagnos om det föreligger cellförändringar i cellprover från patienter. Vanligast är att diagnostisera cellprover i syfte att hitta förstadier till livmoderhalscancer. Yrkesgruppen har en gedigen högskoleutbildning och utför kvalificerade arbetsuppgifter. Flertalet har en yrkesexamen som biomedicinska analytiker och en påbyggnadsutbildning i diagnostisk cytologi. Det innebär att de som arbetar som cytodiagnostiker, med några få undantag, har legitimation som biomedicinsk analytiker. Cytodiagnostiker har en relativt smal yrkesroll med ett begränsat antal arbetsuppgifter. De är huvudsakligen verksamma vid laboratorier inom den offentliga hälso- och sjukvården och står som hälso- och sjukvårdspersonal under Socialstyrelsens tillsyn. Om en särskild legitimation skulle införas för denna yrkesgrupp, skulle det leda till dubbla legitimationer. Vi anser därför att det saknas förutsättningar för att föreslå legitimation för cytodiagnostiker.

Kuratorer inom hälso- och sjukvård

Kuratorer inom hälso- och sjukvården arbetar utifrån ett psykologiskt och socialt perspektiv och är verksamma inom många olika områden inom hälso- och sjukvården. Kuratorerna har en självständig yrkesroll med ett tydligt patientansvar. När de utför hälso- och sjukvård står de under Socialstyrelsens tillsyn. De som arbetar som kuratorer har socionomexamen som kompletterats med olika påbyggnadsutbildningar. Någon egen utbildning avsedd just för yrket kurator inom hälso- och sjukvård finns inte. Socionomexamen är en utbildning som ska tillgodose behovet av generell socionomkompetens inom hela det sociala arbetsfältet. Om en legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvården skulle införas, måste en avgränsning göras gentemot övriga med socionomexamen. Det innebär att legitimationen skulle behöva kopplas till arbetsuppgifterna istället för till utbildningen. Vi föreslår därför inte att legitimation ska införas för kuratorer inom hälso- och sjukvård.

Medicinska fotterapeuter och podiatrier

Båda dessa yrkesgrupper är verksamma inom området fotsjukvård. Medicinska fotterapeuter är i första hand enskilda yrkesutövare. Utbildning inom medicinsk fotvård anordnas sedan några år i form av en K/Y-utbildning. Den typen av utbildning motsvarar inte de krav för legitimation som vi ställt upp. Vårt intryck är vidare att det bland dagens verksamma medicinska fotterapeuter finns en väldigt varierande utbildningsbakgrund, där kompetensen till stora delar är resultatet av eget utvecklingsarbete och vidareutbildning genom olika privata kurser.

Podiatrier är en begränsad yrkesgrupp, vars utbildning i Sverige är under avveckling. Den sista årskullen kommer att examineras under 2011. Därefter kommer det inte att finnas någon svensk högskoleutbildning för podiatrier. Vi lämnar därför inga förslag om reglering för medicinska fotterapeuter och podiatrier.

Medicinska massageterapeuter

Medicinska massageterapeuter använder massage och muskeltöjningar i friskvårdande och förebyggande syfte och för behandling av specifika skador och besvär i rörelseapparaten. Det stora flertalet

arbetar som enskilda yrkesutövare. Vår bedömning är att utbildningen inte motsvarar kraven för legitimation. Vi lägger därför inget sådant förslag.

Ortoptister

Ortoptister undersöker, diagnostiserar och behandlar ensidiga synnedsättningar. Ortoptister arbetar huvudsakligen vid ögonkliniker på sjukhus. Ortoptister har en sjuksköterskeutbildning i grunden och en majoritet är utbildade ögonsjuksköterskor. De har därefter en kompletterande utbildning med inriktning mot ortopti. Att införa legitimation för ortoptister skulle därmed innebära att de får dubbla legitimationer. Vi lägger därför inte något förslag om legitimation för denna yrkesgrupp.

I dag finns ingen specialistinriktning för sjuksköterskor som vill specialisera sig inom ortopti. I kapitel 12 nedan framför vi att specialistsjuksköterskeutbildningen bör bli mer flexibel. Inom ramen för ett sådant mer flexibelt system skulle det kunna bli möjligt för ortoptister att få skyddad specialistbeteckning.

Osteopater

Osteopati är en behandlingsform som bygger på att kroppen är en enhet, där alla delar hänger ihop och är beroende av varandra. Den viktigaste uppgiften för en osteopat är att hitta orsaken till vad som hindrar kroppen från att läka sig själv. Osteopater arbetar i princip uteslutande som enskilda yrkesutövare utanför hälso- och sjukvården. De två osteopatutbildningar som anordnas i Sverige är inte högskoleutbildningar enligt högskolelagen. Vi föreslår därför inte legitimation för denna yrkesgrupp.

Perfusionister

Perfusionistens huvudsakliga arbetsuppgift är att styra hjärtlungmaskinen i samband med hjärtkirurgi. De arbetar så gott som uteslutande som anställda inom den offentliga vården och inte som enskilda yrkesutövare. De omfattas därmed av Socialstyrelsens tillsyn. Det finns i dag inte någon svensk högskoleutbildning för perfusionister. Vi föreslår därför inte legitimation för denna yrkesgrupp.

Tandtekniker

Tandtekniker utformar och tillverkar individuellt avpassade ersättningar för förlorade tänder. De uppfyller väl kraven för legitimation när det gäller utbildning. De utför vidare kvalificerade arbetsuppgifter och har i allt större utsträckning patientkontakt. Enligt vår mening är det emellertid tandläkaren som har ansvaret för behandlingen som helhet, även om det är tandteknikern som tillverkar ersättningarna för förlorade tänder. Vårt intryck är också att tandtekniker i första hand arbetar med materialet och att de patientkontakter som sker mest gäller estetiska frågor.

Tandteknikernas tillverkade ersättningar omfattas av lagstiftningen för medicintekniska produkter. Det innebär att det finns detaljerade bestämmelser som på olika sätt reglerar verksamheten och som bland annat innebär krav på övervakning av hur produkterna fungerar i praktisk användning. Tandteknikerna måste därför registrera sin verksamhet hos Läke medelsverket, som också utövar tillsyn över verksamheten. Sammantaget lämnar vi därför inte något förslag om legitimation för tandtekniker.

Uroterapeuter

Uroterapeuter utreder och behandlar personer med urinläckage eller andra blåsstörningar. De är i dag legitimerade sjuksköterskor, barnmorskor, sjukgymnaster eller läkare som läst en påbyggnadsutbildning i uroterapi. Eftersom vi inte ska skapa dubbla legitimationer lägger vi inget förslag om reglering för denna yrkesgrupp.

Ytterligare behörighetsreglering för yrkesgrupper med legitimation

Ett antal yrkesgrupper som har legitimation har framfört önskemål om ytterligare behörighetsreglering. Svensk Förening för Sjuksköterskor för Diabetesvård önskar skyddad yrkesbeteckning. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter vill att 12 månaders praktiktjänstgöring på heltid ska vara ett krav för legitimation för arbetsterapeuter. Samma krav har framförts från Svenska Audionomföreningen när det gäller audionomer. Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund vill ha en specialistutbildning och Sveriges Psykologförbund menar att det är angeläget att en statlig reglering av psykologernas specialist-

kompetens utreds närmare. Förbundet vill också att psykologer ska få ensamrätt till yrket. Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund har framfört att yrkestiteln sjukgymnast bör bytas ut mot fysioterapeut. Regeringen har också överlämnat en begäran från Ortopediska Branschrådet om en ändring av legitimationsbestämmelserna för ortopedingenjörer.

Våra förslag:

Sjuksköterskor inom diabetesvård

Enligt vår mening bör diabetessjuksköterskor kunna ses som specialistutbildade sjuksköterskor. Om utbildningen blir mer flexibel kan det vara möjligt för diabetessjuksköterskor att få en skyddad specialistbeteckning (se kap. 12). Vår bedömning är att det för närvarande inte bör införas en skyddad yrkestitel för diabetessjuksköterskor.

Praktiktjänstgöring – ett krav för legitimation?

Vi anser att den praktiska erfarenhet som krävs för legitimation ska ingå i utbildningen och att examen ska vara kriteriet för att legitimation kan utfärdas. Därefter har arbetsgivaren ansvaret för att anställda har den kompetens som krävs. En viktig del av det ansvaret är att ge nyanställda den introduktion som är nödvändig för att utföra arbetet på ett tillfredställande och patientsäkert sätt. Vi anser därför inte att praktiktjänstgöring bör vara ett krav för legitimation för arbetsterapeuter eller audionomer.

Bör fler grupper få skyddad specialistbeteckning och reglerad specialistordning?

Det finns i dag specialistordningar för sjukgymnaster och psykologer som hanteras av Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, respektive Sveriges Psykologförbund. Det är också möjligt för legitimerade sjukgymnaster och psykologer att ange att de har vidareutbildning och specialistutbildning. Den utbildning som ligger till grund för legitimationen för dessa grupper är därtill relativt omfattande och håller god kvalitet. Vi anser inte att det ur ett patientsäkerhetsperspektiv finns anledning att införa reglerad specialist-

ordning och skyddad specialistbeteckning för dessa båda yrkesgrupper.

Ska psykologer ha ensamrätt till yrket?

För att en yrkesgrupp ska ha ensamrätt till ett visst yrke måste behovet av att öka patientsäkerheten vara så stort att näringsfriheten bör begränsas. Vi anser inte att det finns skäl att införa en sådan ensamrätt för någon ytterligare grupp. En sådan ensamrätt för psykologer skulle också skapa svårigheter när det gäller att definiera vilka arbetsuppgifter som i så fall skulle omfattas av ensamrätten.

Ska titeln sjukgymnast ändras till fysioterapeut?

Fysioterapeut är en titel som i dag används både av dem som behandlar människor och av dem som behandlar djur, till exempel hästar och hundar. Internationellt motsvarar fysioterapeuttiteln sjukgymnast. Sjukgymnast är idag en titel som används av betydligt fler än de som använder titeln fysioterapeut. Ett problem, som många anser finns, när det gäller skyddade yrkestitlar är att titeln terapeut ofta förväxlas. Vi anser att denna förväxlingsrisk är ett tungt vägande skäl mot att ersätta titeln sjukgymnast med fysioterapeut. En sådan förändring skulle också innebära att titeln sjukgymnast, efter en övergångsperiod, skulle kunna användas av vem som helst. Men hänsyn till hur väl inarbetad den titeln är, skulle det försvåra för patienter/konsumenter att bedöma vem som tillhör hälso- och sjukvårdspersonal och vem som inte gör det.

Vilken utbildning ska ge rätt till legitimation som ortopedingenjör?

Legitimation för ortopedingenjörer infördes 2006. För att inte utesluta de som gått äldre utbildningar, bestämdes att även dessa utbildningar ska kunna ligga till grund för legitimation för denna yrkesgrupp. Socialstyrelsen har också möjlighet att i undantagsfall ge legitimation till den som skaffat sig en fullgod kompetens på annat sätt än genom att avlägga examen. Denna möjlighet finns när det gäller alla legitimationsyrken. Reglerna om undantag är av naturliga skäl mest aktuella när legitimation införs. Nästan alla som läst en äldre utbildning till ortopedingenjör bör nu ha hunnit söka legiti-

mation. Vi har heller inte funnit att ortopedingenjörer, oavsett utbildningsbakgrund, har varit föremål för ingripanden från Socialstyrelsen eller HSAN i någon större utsträckning. Vi anser därför inte att det finns skäl att ändra på kraven för legitimation för ortopedingenjörer.

Översyn av optikernas arbetsuppgifter

Vi gör bedömningen att det inte finns anledning att ändra optikernas arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården – med ett undantag. Vi föreslår att optiker får använda så kallade diagnostiska droppar. Användning av sådana droppar leder till kvalitetsmässigt bättre synundersökningar. Det skapar förutsättningar för att tidigt upptäcka svåra synfel och misstänkt sjukliga förändringar i ögat. Det är två grupper av patienter som kan förväntas ha störst nytta av att diagnostiska droppar används. Den första är barn över åtta år, eftersom vissa synfel hos dem kan upptäckas betydligt säkrare om dessa droppar får användas. Den andra är den äldre delen av befolkningen, eftersom det är viktigt att ögonsjukdomar, som exempelvis glaukom, upptäcks på ett tidigt stadium.

Om optiker får använda diagnostiska droppar blir antalet felaktiga remisser också färre. Riskerna med dropparna är små, men enbart optiker som har utbildning i att använda sådana droppar bör få en behörighet att förordna dem. Sedan hösten 2008 anordnar Karolinska Institutet vidareutbildning i att använda diagnostiska droppar. Eftersom dessa droppar enbart ska användas vid vissa synundersökningar bör behörigheten begränsas till att endast avse rekvisition av de diagnostiska läkemedel som behövs vid sådana undersökningar. Socialstyrelsen och Läkemedelsverket bör vara de myndigheter som meddelar föreskrifter om optikers behörighet att använda läkemedel.

Under vårt utredningsarbete har företrädare för optikerbranschen framfört önskemål om att bestämmelserna om vem som får tillhandahålla kontaktlinser bör skärpas. När den nya patientsäkerhetslagen träder i kraft den 1 januari 2011 upphör förbudet för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att tillhandahålla kontaktlinser. Därför behandlar vi inte den frågan i vårt betänkande.

Våra förslag:

- Optiker som uppfyller vissa kompetenskrav bör få behörighet att använda diagnostiska droppar.
- Socialstyrelsen och Läkemedelsverket bör vara de myndigheter som meddelar föreskrifter om optikers behörighet att förordna läkemedel.

Särskilt förordnande att utöva yrke inom hälso- och sjukvården

Vi ska överväga om det nuvarande systemet med särskilda förordnanden att utöva yrke inom hälso- och sjukvården är ändamålsenligt. I dag har landstingen möjlighet att anställa läkare som inte har legitimation, utan att söka särskilt förordnande för den enskilde, i följande fall:

- Läkare för allmäntjänstgöring (AT-tjänst), vilket är ett villkor för att få legitimation.
- Läkarvikarier, om den som anställs har läkarexamen från Sverige eller annat nordiskt land eller har utländsk utbildning och fått beslut om AT-tjänst från Socialstyrelsen.
- Läkare som har utländsk utbildning och som måste fullgöra provtjänstgöring under sex månader.
- Medicine studerande som har fullbordat studier till och med den nionde terminen med godkända kurser. De får vikariera inom sjukvården under handledning med undantag för tjänstgöring inom primärvården.

Landstingen har fått denna möjlighet för att underlätta administrationen vid anställning. Varje år anställs omkring 2 200 medicine kandidater som AT-läkare. Antalet vikarier uppskattas till cirka 1 000 per år.

Ett problem, som uppmärksammades redan 2001 av det dåvarande Landstingsförbundet, är att det inte är möjligt för dem som bedriver privat hälso- och sjukvård att anställa ännu icke legitimerade läkare för AT-tjänstgöring, vikariat och provtjänstgöring. Detta framgår av en skrivelse som regeringen överlämnat till oss. Sedan Landstingsförbundet uppmärksammade detta för snart 10 år sedan, har antalet privata utförare av hälso- och sjukvård ökat avsevärt.

Det är emellertid möjligt för enskilda att söka särskilt förordnande hos Socialstyrelsen.

När någon får ett särskilt förordnande att utöva ett yrke inom hälso- och sjukvården, bör detta prövas lika noggrant som när legitimation beviljas. Socialstyrelsen kommer från den 1 januari 2011 att få tillgång till uppgifter ur belastningsregistret om vissa brott som lett till annan påföljd än böter. Detta för att kunna bedöma ansökningar om legitimation och för sitt tillsynsarbete när det gäller hälso- och sjukvårdspersonal. Vi menar att denna direktåtkomst också ska gälla för myndighetens bedömning av ansökningar om särskilt förordnande. Vi anser också att landstingen bör ha rätt att begära utdrag ur belastningsregistret för att kunna bedöma om en person ska få särskilt förordnande för AT-tjänst eller vikariat. Det finns behov av att se över föreskrifterna som ger landstingen möjlighet att anställa läkare utan legitimation.

Våra förslag:

- Det nuvarande systemet med särskilt förordnande är ändamålsenligt och svarar mot behovet av att under vissa förutsättningar kunna ge icke legitimerade läkare möjlighet att arbeta inom vården. Det har inte under vårt arbete framkommit att dessa särskilda förordnanden orsakar några problem eller innebär någon fara för patientsäkerheten.
- Landstinget och Socialstyrelsen bör vid handläggningen av särskilda förordnanden att utöva yrke få tillgång till uppgifter om vissa brott som föranlett annan påföljd än böter.
- Socialstyrelsen bör se över de föreskrifter som ger landstingen möjlighet att i vissa fall meddela särskilda förordnanden att utöva läkaryrket.

Specialistsjuksköterskor

Vårt uppdrag har varit att göra en övergripande utredning av varför det utbildas för få specialistsjuksköterskor i förhållande till hälso- och sjukvårdens behov och lämna förslag till hur fler kan utbildas.

Med specialistsjuksköterska menas vanligtvis en sjuksköterska som tagit en specialistsjuksköterskeexamen. Examen har i dag 11 inriktningar.

1. anestesijukvård
2. intensivvård
3. operationssjukvård
4. ambulanssjukvård
5. kirurgisk vård
6. medicinsk vård
7. onkologisk vård
8. hälso- och sjukvård för barn och ungdomar
9. psykiatrisk vård
10. vård av äldre
11. distriktssköterska.

Samtliga utbildningar omfattar 60 högskolepoäng, med undantag av inriktningen mot distriktssköterska som omfattar 75 poäng. Det krävs legitimation som sjuksköterska för att bli antagen till specialistutbildningen och studenten måste ha fullgjort en verksamhetsförlagd del av utbildningen (VFU) samt ett självständigt arbete för att få examen. Den som avlagt specialistsjuksköterskeutbildning har rätt till skyddad specialistbeteckning. Staten är huvudman för specialistjuksköterskeutbildningen och bekostar den, inklusive den verksamhetsförlagda delen, som framför allt sker inom landstingsdriven eller kommunal vård.

Legitimerade sjuksköterskor kan vidareutbilda sig även på andra sätt än genom att avlägga specialistsjuksköterskeexamen. Många sjuksköterskor väljer att fördjupa sig i ögonsjukvård, diabetessjukvård, smärta, astma, allergi, diabetes, reumatism m.m. Denna typ av vidareutbildning leder dock inte fram till en specialistsjuksköterskeexamen och ger inte rätt till skyddad specialistbeteckning. Såväl specialistsjuksköterskeexamen som annan vidareutbildning av sjuksköterskor kan ske som uppdragsutbildning, vilket innebär att ett landsting eller en kommun beställer en utbildning av en högskola och betalar för den.

Hur ser efterfrågan på och tillgång till specialistsjuksköterskor ut?

Det går inte att i absoluta tal fastställa hur stor skillnaden är mellan tillgången på specialistsjuksköterskor och sjukvårdens behov av denna typ av kompetens. Behovet är beroende av en rad relativa faktorer, som till exempel vilka mål olika vårdenheter har när det gäller bemanningen. Det finns inte heller någon reglering av hur många av sjuksköterskorna inom en verksamhet som måste vara specialistutbildade. Enligt Socialstyrelsens *Årsrapport NPS 2010* har i dag varannan sjuksköterska specialistutbildning. Där framgår också att landsingen anser att det är svårt att rekrytera specialistsjuksköterskor, speciellt inom operation, psykiatri, intensivvård och anestesi.

Varför utbildas det för få specialistsjuksköterskor?

Det finns inte någon enskild orsak till att det inte utbildas tillräckligt många specialistsjuksköterskor. Åsikterna går också isär om vad som behöver göras för att fler ska utbilda sig. Något som lyfts fram är att specialistsjuksköterskor inte efterfrågas i vården och att de inte får högre lön eller nya arbetsuppgifter. Om utbildningen inte leder till förändringar när det gäller arbetsuppgifter, ansvar, lön etc. är det rimligt att anta att det påverkar intresset för att vidareutbilda sig.

På samma sätt skulle troligen en möjlighet att utbilda sig inom en anställning med lön påverka intresset bland sjuksköterskor att vidareutbilda sig. Lön och andra arbetsvillkor regleras dock mellan arbetsmarknadens parter. Eftersom sjuksköterskornas specialistutbildning är en statlig högskoleutbildning, måste även frågan om utbildningen kan ske inom en anställning med lön avgöras av arbetsgivaren och den enskilda sjuksköterskan.

Det är vidare vårdgivarens ansvar att leda och fördela arbetet så att de olika arbetsuppgifterna utförs av personal med rätt kompetens. Ett krav på att en viss andel av sjuksköterskor på en vårdenhet ska vara specialistutbildade skulle innebära en särlösning som inte är förenlig med regelverket i övrigt. Vårdgivarens skyldighet att se till att de som arbetar i verksamheten har rätt kompetens för sina arbetsuppgifter framhålls också i propositionen *Patientsäkerhet och tillsyn* (2009/10:210) om en ny patientsäkerhetslag, som kommer att träda i kraft den 1 januari 2011. Samma krav på vårdgivaren finns i

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

Intresset bland sjuksköterskor för att specialistutbilda sig är sannolikt också beroende av vilket utbud av utbildningar som finns och var i landet de anordnas. Givet nuvarande regelverk för lärosätena finns det ytterst begränsade förutsättningar för att i egentlig mening påverka lärosätenas utbildningsutbud. De bestämmer var i landet utbildningarna sker, om de ges på hel- eller deltid, anordnas över nätet m.m.

Vissa menar att sjuksköterskornas specialistutbildning borde utformas på samma sätt som läkarnas ST-utbildning. Det skulle emellertid innebära att specialistsjuksköterskornas utbildning blir en specialiseringstjänstgöring och inte längre en högskoleutbildning. Därmed skulle det bli svårare för specialistsjuksköterskor att få tillträde till utbildning på forskarnivå. Därför bör detta utredas i ett större sammanhang, där flera yrkens specialisttjänstgöring eller specialistutbildningar granskas samtidigt.

Den viktigaste frågan att ställa för att finna orsaken till att det utbildas för få specialistsjuksköterskor är: Motsvarar de 11 inriktningarna verkligen vårdens behov, i dag och i framtiden? Det främsta tecknet på att så inte är fallet är att vårdgivare köper uppdragsutbildning på andra områden än de 11 som leder fram till specialistutbildning. Enligt vår mening behöver utbildningen därför bli mer flexibel, där lärosätena ges möjlighet att anordna utbildningar med de inriktningar som efterfrågas inom hälso- och sjukvården. Därmed kommer de sjuksköterskor som specialistutbildar sig också att vara efterfrågade i vården, samtidigt som en mer flexibel utbildning lättare kan följa kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården.

Ett problem som alla berörda är överens om är att dialogen och samverkan mellan lärosäten och vårdgivare har brister. Vårdgivarna kan inte beskriva sitt behov av specialistsjuksköterskor och specialistutbildningarna är inte utformade efter vårdens behov. Samarbetet kring den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU) måste också bli bättre.

Högskoleverket har gjort en översyn av specialistsjuksköterskeutbildningen som presenterades i rapporten *Sjuksköterskors specialistutbildning – vilket slags examen?* (2010:5R) i maj 2010. De förslag som presenteras i rapporten, tillsammans med vår kartläggning, bör kunna ligga till grund för den fortsatta beredningen av frågan om utformningen av specialistsjuksköterskornas utbildning. Om det införs en ny, mer flexibel utbildning är det viktigt att bestämmelserna

om skyddad specialistbeteckning för specialistsjuksköterskor ses över. Enligt vår mening bör det även i framtiden finnas en skyddad specialistbeteckning för specialistsjuksköterskor, som knyts till den inriktning inom vilken de fått sin specialistering.

Vårt förslag:

- Högskoleverket bör få i uppdrag att, i samarbete med Socialstyrelsen och i samråd med SKL, utreda och föreslå former för samarbetet mellan hälso- och sjukvården och lärosäten samt lärosätena sinsemellan, när det gäller utbildning av specialist-sjuksköterskor.

Verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära

Vi ska lämna förslag som gör det tydligare för allmänheten vad som räknas till hälso- och sjukvård och vad som inte räknas dit. Enligt våra direktiv finns det risk för förväxling och för att det förekommer vilseledande information inom den typ av verksamhet som vanligtvis kallas alternativ- och komplementärmedicin och som förkortas AKM. Förväxlingsrisken uppstår ofta när utövare av olika former av behandlingar, vid sin marknadsföring, använder titlar och beskrivningar av metoder som anspelar på traditionell hälso- och sjukvård.

Det finns inget entydigt svar på vad AKM är. En ofta använd beskrivning är den som the Cochrane Collaboration använder. Denna organisation beskriver området alternativmedicin som alla de former av hälso- och sjukvård som existerar utanför den politiskt dominerande hälso- och sjukvården i ett visst samhälle eller i en viss kultur under en viss historisk period.

Antalet sysselsatta inom alternativa behandlingsformer i Sverige går inte att ange exakt, men 2007 var det drygt 25 500 personer som arbetade inom de branscher som omfattar alternativa behandlingsformer. I Sverige finns också ett antal organisationer och förbund som organiserar utövare av olika alternativa behandlingar.

Register för alternativa behandlare

För att underlätta för människor att göra medvetna val av vilken form av vård och behandling de vill ha, föreslår vi att det upprättas ett register för de som utövar alternativa behandlingsformer och som inte är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. En förutsättning för registrering är dock att utövaren är medlem i en yrkesorganisation inom AKM-området. Dessa organisationer ska också finnas med i registret. Det ska vara frivilligt att registrera sig. Ett obligatoriskt register kan skapa oriktiga förväntningar på att staten på något sätt går i god för de registrerade utövarna och de behandlingsformer de använder.

De yrkesorganisationer som vill ingå i registret ska vara ideella organisationer med huvudändamål att organisera yrkesutövare av alternativa behandlingsformer. Yrkesorganisationen bör också ha en viss storlek. En lämplig utgångspunkt kan vara att organisationen har minst 30 medlemmar. Yrkesorganisationerna spelar en viktig roll genom den kunskap som finns samlad där och det nära samarbete som ofta förekommer med utbildningssamordnare. För att vara med i registret måste organisationen ha stadgar som ger möjlighet att ta emot klagomål, att utesluta medlemmar och därtill ställa krav på viss utbildning av sina medlemmar. Utövare av alternativa behandlingsmetoder måste ha grundläggande allmänmedicinska kunskaper om människokroppen och dess olika organ, om sjukdomslära och om regelverket inom hälso- och sjukvården. Det främsta syftet med att kräva en sådan grundläggande kunskap är att utövaren ska veta om han eller hon ska ta sig an en patient eller hänvisa patienten till hälso- och sjukvården. Yrkesorganisationen ska också ha regler för marknadsföring och krav på att medlemmarna har en försäkring som bland annat ersätter för eventuella behandlingsskador. Registreringen ska finansieras via en årlig avgift som medlemmarna i registret betalar.

Vi föreslår att Konsumentverket ska administrera registret och godkänna de organisationer som uppfyller kraven för att få delta. Konsumentverket är förvaltningsmyndighet för konsumentfrågor och har ansvar för att de konsumentskyddande reglerna följs och att konsumenter har tillgång till information som ger dem möjligheter att göra aktiva val och att stärka konsumenterna ställning på marknaden. Enligt marknadsföringslagen får en näringsidkare inte använda sig av felaktiga påståenden om sina egna kvalifikationer. I en översyn som nyligen gjorts av Konsumenttjänstlagen föreslås att det införs ett nytt kapitel om behandling och vård av person. Vi menar

att ett register som gör det möjligt för konsumenter att göra medvetna val bland utövare av alternativa behandlingsmetoder passar väl in i verkets ansvarsområde.

Alternativa behandlingsformer används även inom hälso- och sjukvården och blir ett komplement eller integreras helt inom den etablerade vården. De omfattas då av de regler som styr den verksamheten, vilket innebär att patientsäkerheten upprätthålls. Det register vi föreslår ska enbart innehålla utövare av alternativa behandlingsformer som inte är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Detta för att ytterligare tydliggöra skillnaden. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bör dock ha möjlighet att växla mellan att arbeta inom den traditionella hälso- och sjukvården och vara verksamma utanför densamma som utövare av alternativa behandlingsformer. Det skapar ett behov av att legitimerad personal har möjlighet att avsäga sig sin legitimation, men också att återfå den.

Registret måste vara lättillgängligt. Det innebär att det måste finnas på Internet. Till registret bör det också kopplas en informationsportal med objektiv och vetenskaplig information om de olika terapiformerna som erbjuds. En nationell informationsinsats bör genomföras i samband med att registret införs för att göra det allmänt känt.

Våra förslag:

- Ett register upprättas för de som utövar alternativa behandlingsformer och som inte är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Den som vill registrera sig måste vara medlem i en yrkesorganisation inom AKM-området som har godkänts att delta i registret.
- Konsumentverket ska administrera registret.
- En nationell informationsinsats bör genomföras när registret införs.

Begränsningar i rätten att vita vissa åtgärder

Det finns inte något generellt förbud mot att utöva yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Möjligheterna är dock begränsade genom den reglering som finns om behörighet att utöva yrken inom hälso- och sjukvården, bestämmelser om ensamrätt till

yrke, skyddad yrkestitel och kompetens som Europaläkare och specialistkompetens.

Huvudregeln är alltså att det ska vara tillåtet för vem som helst att vara verksam på hälso- och sjukvårdens område. Verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära regleras i dag endast genom de begränsningar som finns i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS). Där fastslås att den som inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonal inte får:

- behandla sådana smittsamma sjukdomar som är anmälningspliktiga enligt smittskyddslagen,
- behandla cancer och andra elakartade svulster, diabetes, epilepsi eller sjukliga tillstånd i samband med havandeskap eller förlossning,
- undersöka eller behandla under allmän eller lokal bedövning, genom injektion eller under hypnos,
- använda radiologiska metoder,
- lämna skriftliga råd eller anvisningar för behandling utan personlig undersökning,
- prova ut eller tillhandahålla kontaktlinser eller
- behandla barn under 8 år.

Riksdagen har fattat beslut om att förbudet mot att sälja kontaktlinser ska tas bort från och med den 1 januari 2011. Då träder också den nya patientsäkerhetslagen i kraft. Bestämmelserna i LYHS kommer då att finnas i den lagen.

Vid de möten och hearings vi haft, och genom skrivelser vi tagit del av, har det framförts önskemål om förändringar av de begränsningar som i dag finns när det gäller användning av alternativa behandlingsmetoder. De önskemål som framförts är att förbudet mot att behandla barn under åtta år bör tas bort, alternativt att åldersgränsen bör höjas till 15 eller 18 år, att gravida bör kunna få alternativ behandling samt att psykiska sjukdomar och behandling med psykoterapi bör finnas med i den uppräknade av sjukdomar som inte får behandlas.

Motiveringen bakom att förbjuda behandling av barn under 8 år är att medan en vuxen har möjlighet att avbryta behandlingen om den leder till försämring eller är resultatlös, så är barnen utlämnade till föräldrarnas och behandlarens bedömning. När barnen börjar skolan kommer de under regelbunden läkarkontroll, vilket bör kunna

leda till att det upptäcks om barnet får felaktig eller skadlig behandling.

Sverige lämnade i september 2007 en rapport om de insatser som regeringen och statliga myndigheter gjort de senaste fem åren för att förverkliga FN:s barnkonvention. Den 12 juni 2009 redovisade FN:s kommitté för barns rättigheter sina slutsatser efter att ha granskat rapporten. Kommittén sa sig vara bekymrad över att Sverige förbjuder användningen av AKM för undersökning, behandling och vård av barn under åtta år samt för gravida kvinnor och kvinnor under förlossning. Sverige är ett av de få länder som inte tillåter behandling av barn under åtta år. Detta måste emellertid ställas i relation till att det är ett stort antal länder (19 i Mellan- och Sydeuropa) där det är helt förbjudet för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att ge sådan vård och behandling.

När det gäller behandling av gravida är vår uppfattning att det redan i dag finns möjligheter att behandla vissa lindrigare besvär som kan ha samband med graviditet.

Riskerna för att personer med psykisk sjukdom får behandling utanför hälso- och sjukvården har framförts i många sammanhang. Det finns emellertid inga studier som visar vilka metoder som är skadliga eller vilka tillstånd som det finns risker förenade med att behandla med alternativa metoder. Det innebär också stora svårigheter att ange och precisera vilka psykiska sjukdomar som skulle omfattas av ett behandlingsförbud. Detsamma gäller användning av psykoterapi. Under vårt arbete har det inte framkommit att en sådan behandling innebär särskilt påtagliga risker. Det är också svårt att precisera vilka metoder som skulle vara förbjudna. Det finns i dag ett förbud mot att använda skyddade yrkestitlar vid marknadsföring på ett sätt som oriktigt ger sken av att verksamheten utövas av någon som har legitimation. Det förbudet ger ett visst skydd för den som söker vård för psykiska problem och önskar psykoterapi.

Vi har inom ramen för vårt utredningsarbete inte haft möjlighet att analysera behovet av att lägga till nya behandlingsförbudna somatiska sjukdomar eller ta bort någon av de regler som i dag begränsar möjligheterna till behandling. En sådan översyn kräver också bistånd av medicinsk och annan expertis.

Vårt förslag:

- Socialstyrelsen bör få i uppdrag att se över vilka somatiska sjukdomar som det bör vara förbjudet att behandla, om åldersgränsen för barn bör ändras och möjligheterna att behandla gravida.

Behovet av tillsyn över alternativ- och komplementärmedicin

Socialstyrelsen ansvarar i dag för viss kontroll, även av verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära. Om någon dömts för brott mot de regler som begränsar möjligheterna till vård och behandling, får Socialstyrelsen meddela förbud för honom eller henne att under viss tid, eller för alltid, utöva sådan verksamhet. Myndigheten har också tillsyn över om någon som inte är behörig använder skyddade yrkestitlar eller titlar som kan förväxlas med sådana. I övrigt sker kontrollen av verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära inom ramen för den allmänna konsumentlagstiftningen. Vi föreslår inte någon förstärkt tillsyn av det aktuella området.

Skyddad yrkestitel

Vi ska, enligt våra direktiv, se över bestämmelserna när det gäller skyddad yrkestitel, eftersom det kan finnas en risk för att dessa yrkestitlar används på ett vilseledande sätt inom verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära. Skyddad yrkestitel får bara användas av den som har legitimation. Den som saknar legitimation får inte heller använda en titel som kan förväxlas med en skyddad yrkestitel. Marknadsföringen av hälso- och sjukvårdstjänster och närliggande verksamhet regleras i dag endast av marknadsföringslagen. Det är alltid otillbörlig marknadsföring att oriktigt påstå att en vara eller en tjänst förmår bota sjukdomar, funktionsrubbningsar eller missbildningar. Lagen ger i och för sig utrymme för att ingripa mot marknadsföring som är vilseledande, när det gäller näringsidkarens kvalifikationer. Med hänsyn till hur viktigt det är ur ett patientsäkerhetsperspektiv att den som söker vård inte vilseleds om utövarens kompetens, föreslår vi att skyddet för yrkestitlar ska utvidgas till att även gälla vid marknadsföring av verksamhet. Eftersom Socialstyrelsen i dag ansvarar för tillsynen av användningen av skyddade titlar, anser vi att även ett sådant marknadsföringsförbud bör ligga under Socialstyrelsens tillsyn.

Våra förslag:

- Skyddet för yrkestitlar ska utvidgas till att gälla även vid marknadsföring av verksamhet.
- Socialstyrelsen ska ansvara för tillsynen.

En samlad lagstiftning

Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, LYHS, innehåller både bestämmelser om hälso- och sjukvårdspersonal och om vilka begränsningar som gäller för den som utövar alternativ- och komplementärmedicin. Från och med den 1 januari 2011 kommer dessa begränsningar att finnas i patientsäkerhetslagen. Vi menar att en gemensam lag om alternativa behandlingsformer skulle bidra till att tydliggöra vad som är hälso- och sjukvård och vad som inte är det.

Vårt förslag:

- Bestämmelserna om vilka begränsningar som gäller för den som utövar alternativ- och komplementärmedicin flyttas från LYHS till en särskild lagstiftning, som även innehåller reglerna för det register vi föreslår.

Tandläkarnas specialiseringstjänstgöring

Vi ska utreda och lämna förslag till hur tandläkarnas specialiserings-tjänstgöring bör regleras. Specialisttjänstgöringen är en vidareutbildning som genomförs under anställning. Utbildningen ska bedrivas vid en klinik som godkänts av Socialstyrelsen. I dag finns följande åtta specialiteter:

- pedodonti (barn- och ungdomstandvård)
- ortodonti (ansiktets, käkarnas och bettets utveckling och växt)
- parodontologi (sjukdomar och defekter i de vävnader som utgör tandens fäste i käkbenet)
- oral kirurgi (sjukdomar samt defekter i munhåla, käkar, ansikte och angränsande områden)
- endodonti (sjukdomsprocesser i tandpulpan)

- oral protetik (missbildningar och vävnadsförluster i käkar och ansikte)
- odontologisk radiologi (röntgenundersökningar av tänder, käkar och angränsande områden inom ansiktet inklusive käkleder)
- bettfysiologi (funktionsstörningar inom käksystemet).

Antalet specialiteter varierar mellan medlemsländerna i EU. Vissa länder saknar helt specialiteter, medan andra har förhållandevis många. Sverige tillhör med sina åtta specialiteter den senare kategorin. I flera av de länder, som har få eller inga specialiteter, genomgår dock tandläkare fleråriga utbildningar efter grundutbildningen och fungerar i praktiken som specialister. Endast två specialiteter – ortodonti och oral kirurgi – kan leda till automatiskt erkännande av yrkeskvalifikationen inom EU. För de övriga sex specialiteter som finns i Sverige kan erkännande ske enligt den så kallade generella ordningen.

Efterfrågan på tandvård påverkas av en rad faktorer som befolkningens behov av tandvård, tillgången på personal, tandvårdsstödet, nationella riktlinjer med mera. Tandhälsan har förbättrats dramatiskt under de senaste årtiondena, inte minst hos barn och ungdomar. Förbättrad tandhälsa leder dock inte med automatik till lägre efterfrågan på tandvård. Antalet barn och ungdomar med stora vårdbehov har inte minskat. Ett ökat antal äldre med allvarliga sjukdomar och nedsatt allmäntillstånd ställer också ökade krav, liksom att många äldre har sina egna tänder kvar, kompletterade med olika typer av implantat.

Vi anser att det behövs ett samlat ansvar för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring för att kontinuerligt kunna följa upp gjorda insatser och göra de förändringar av tjänstgöringen som utvecklingen av tandhälsan kräver. Det ansvaret bör ligga på en myndighet. Socialstyrelsen ansvarar i dag för de föreskrifter och allmänna råd om vilka kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som ska gälla för varje specialistkompetens. Myndigheten har också i uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer för vuxentandvården, ta fram indikatorer för att analysera och följa upp tandvårdens kvalitet, ansvara för tandhälsoregistret som bland annat ska användas för att följa hur tandvården utvecklas, föreskriva hur arbetsuppgifter får delegeras inom tandvården och sammanställa och sprida vetenskapligt baserad kunskap om dentala materials egenskaper och användning. Därtill är Socialstyrelsen behörig myndighet inom ramen för yrkeskvalifikationsdirektivet och bevakar bland annat tandvårdsfrågorna i det inledande arbetet som för närvarande pågår inom EU-kommissionens översyn

av direktivet 2012. Detta sammantaget gör myndigheten väl lämpad att också meddela föreskrifter om inrättande och benämning för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring.

Sedan den 1 februari 2010 är Socialstyrelsen ansvarig för inrättande och benämning av läkarnas specialistkompetens. Ett nationellt råd har inrättats för att bistå myndigheten. Vi föreslår att detta nationella råd utökas med kompetens också på tandvårdsområdet. Rådet ska utses av regeringen. Vår förhoppning är att ett gemensamt råd kan leda till att effektivitetsvinster kan göras i den administrativa handläggningen och att lärdomar kan dra mellan yrkena under den kontinuerliga bevakningen av tjänstgöringarnas utveckling.

När rådet handlägger frågor om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring ska det bestå av en ordförande och fem ledamöter. Ledamöterna ska utses på förslag av Socialstyrelsen, företrädare för tandläkarprofessionen, Sveriges Kommuner och Landsting och Högskoleverket.

Föreskrifterna och de allmänna råden om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring behöver ses över. Vid översynen är det viktigt att ta hänsyn till de förändringar i arbetsfält och samarbetsmöjligheter i tandvårdsteamerna som kan bli en följd av det minskande antalet tandläkare och ökade antalet tandhygienister samt av den förstärkning som skett av tandsköterskornas utbildning. Rörligheten inom EU, och till och från länder utanför EU, kan också påverka. Leder översynen till krav på att obligatoriska specialistkompetenskurser ska ingå i specialiseringstjänstgöringen, bör man överväga om dessa ska finansieras av staten på samma sätt som i dag sker inom läkarnas specialistutbildning.

Ansvar för att tillhandahålla platser för tandläkarnas specialisttjänstgöring har underförstått legat på landstingen. Landstingen har tagit detta ansvar. Vi föreslår att det införs en bestämmelse i tandvårdslagen om att landstingen är skyldiga att tillhandahålla platser för tandläkares specialiseringstjänstgöring i en omfattning som motsvarar det planerade, framtida behovet av tandläkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet.

Vid möten och hearings har det framkommit önskemål om att tandläkarnas specialisttjänstgöring bör vara en högskoleutbildning och att utbildningen bör vara statligt finansierad. En avreglering skedde redan 1992 av både läkarnas och tandläkarnas specialistutbildningar. Avregleringen innebär att statligt detaljstyrd specialiseringsutbildning avskaffades. Vi menar att de skäl som låg bakom avreg-

leringen fortfarande bör gälla och att samma system ska tillämpas för läkare som för tandläkare.

Våra förslag:

- Socialstyrelsen får i uppdrag att meddela föreskrifter om inrättande och benämning för tandläkarnas specialisttjänstgöring.
- Det nationella rådet för läkarnas specialiseringstjänstgöring, som finns vid Socialstyrelsen, utökas och får i uppgift att även bistå myndigheten om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring.
- Socialstyrelsen bör göra en översyn av målbeskrivningarna för utbildningen och av föreskrifterna och de allmänna råden om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring.
- En bestämmelse införs i tandvårdslagen om landstingens skyldighet att tillhandahålla platser för tandläkarnas specialisttjänstgöring.
- Tandläkarnas specialiseringstjänstgöring ska även i fortsättningen vara en utbildning under tjänstgöring.
- Frågan om tjänstgöringen ska vara en högskoleutbildning bör utredas i ett större sammanhang, där flera yrkens specialiserings-tjänstgöring eller specialistutbildning granskas samtidigt.

Tandhygienisternas utbildning

Vi ska utreda tandhygienistutbildningens innehåll och omfattning.

Tandhygienister fick legitimation 1991. För att få legitimation krävs två års högskolestudier som leder till en yrkesexamen. Tandhygienistyrket är det enda av 21 legitimationsyrken inom hälso- och sjukvården som har en tvåårig utbildning. Tandhygienistutbildningen finns i dag vid åtta lärosäten som alla erbjuder ett tredje, valfritt år. Av dem som studerar till tandhygienist väljer i dag 58 procent att gå ett tredje år. Under det tredje året får studenterna utökad utbildning inom områdena barn- och ungdomstandvård, äldretandvård, tandvård för grupper med sjukdomar som påverkar munhälsan, vetenskaplig metodik, samarbete i tandvårdsteam med mera.

Tillgången på tandhygienister är god och förväntas öka med 47 procent fram till 2023. De flesta prognoser förutser också att efterfrågan på tandhygienister kommer att öka. Den goda tandhälsan hos stora grupper leder till att tandhygienisterna får en större roll. Mer av barntandvården skulle till exempel kunna utföras av tandhygienister. Uppsökande verksamhet hos äldre och funktionshindrade innebär också att efterfrågan på tandhygienister ökar.

Högskoleverket har sedan femton år tillbaka påpekat att den nuvarande utbildningen svårigen kan uppnå högskolemässig nivå och att den bör ses över. Tandhygienistyrket har genomgått stora förändringar. De krav som ställs på den legitimerade tandhygienisten kan inte tillgodoses inom ramen för två års studier. Vi delar den uppfattningen. Vi menar också att befintliga kursprogram för de treåriga utbildningar, som alla lärosäten i dag erbjuder, kan fungera som utgångspunkt för vad en ny examensbeskrivning ska innehålla.

Vårt förslag:

- Tandhygienistutbildningen ska förlängas till 180 högskolepoäng, det vill säga från två till tre år. Högskoleverket bör få i uppdrag att utforma förslag till en ny examensbeskrivning.

Behörighet inom socialtjänsten

Vår uppgift har varit att kartlägga och analysera behovet av och förutsättningarna för en behörighetsreglering för ett antal arbetsuppgifter inom socialtjänsten. Det gäller vissa typer av handläggning, inklusive utredning och beslut, som rör enskilda och som utförs för socialnämndens räkning. Vi ska särskilt beakta det politiska beslutsfattandet inom socialtjänsten samt vilka konsekvenser en behörighetsreglering skulle få när det gäller tillgång till personal med lämplig utbildning och erfarenhet.

Hur ser det ut i dag?

Behörighetsreglering innebär att man ställer krav på viss kompetens för att få använda viss titel eller för att utföra vissa arbetsuppgifter. Båda typerna av reglering kan även användas samtidigt. I Socialtjänstlagen finns redan i dag krav på att personalen ska ha lämplig

utbildning och erfarenhet. Men där står inte vilken typ av utbildning och erfarenhet som ska krävas.

Socialstyrelsen har gett ut allmänna råd om personalens kompetens på flera olika områden inom socialtjänsten. Sådana råd finns för handläggning och uppföljning av ärenden som rör barn och unga, ärenden som avser äldre personer och personer med funktionshinder. Gemensamt för dessa allmänna råd är att de anger socionomexamen, eller social omsorgsexamen enligt tidigare studieordning, som lämplig utbildning. I de allmänna råden finns också ett antal kunskapsområden preciserade, inom vilka personalen bör ha teoretiska kunskaper och praktiska färdigheter, såsom utredning, insatser, uppföljning, utvärdering m.m.

Socialstyrelsen har också meddelat föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i socialtjänsten. Ledningssystemet ska omfatta personal- och kompetensförsörjning. Det ska finnas rutiner för att fortlöpande kontrollera att personalen har den kompetens som krävs för att utföra uppgifterna.

Barnskyddsutredningen

Barnskyddsutredningen (SOU 2009:68), som lämnade sina förslag i juli 2009, hade bland annat i uppdrag att utreda hur kompetensnivån kan säkerställas för socialsekreterare som arbetar med utredning, planering och uppföljning av ärenden som rör barn och unga. Utredningen skulle också ta ställning till om det behövs en särskild reglering av kompetenskraven.

Utredningen föreslog att socionomexamen ska krävas för bedömning av om utredning ska inledas, utredning och bedömning av behovet av insatser eller av andra åtgärder och för uppföljning av beslutade insatser. För socialsekreterare som saknar tidigare erfarenhet av dessa arbetsuppgifter ska socialnämnden erbjuda lämplig introduktion och stöd i yrket. Kraven på behörighet ska börja gälla efter en övergångstid på fem år. Utredningen föreslog vidare att en specialistutbildning om minst ett år bör införas på den avancerade nivån. Utredningen har på ett grundligt sätt redovisat att det finns behov av en sådan reglering för barnskyddsärenden. Under remissbehandlingen av Barnskyddsutredningens betänkande framfördes i stort sett inga invändningar mot förslaget.

Vår bedömning

De arbetsuppgifter det här handlar om är så kallad myndighetsutövning. Med det menas beslut eller andra åtgärder som ytterst är ett uttryck för samhällets maktbefogenheter i förhållande till medborgarna. Det handlar om beslut om bistånd, om insatser enligt LSS, om omedelbart omhändertagande med mera. Handläggning av ett ärende innebär alla åtgärder som vidtas från det att ärendet inleds tills det avslutas genom ett slutligt beslut. Det är socialnämnden som fattar besluten, men delegering kan också ske till tjänsteman av hela ärendegrupper eller ett enskilt ärende. Det handlar många gånger om att fatta svåra, och för klienten helt avgörande, beslut i handläggningen och den enskilde tjänstemannen har ett stort handlingsutrymme.

Det finns redan i dag lagstadgade krav på kvalitet och kvalitets-säkring av verksamheter inom socialtjänsten och LSS, men de har inte fått tillräcklig genomslagskraft. Vi gör därför bedömningen att det finns behov av ytterligare reglering. Genom att tydliggöra vilken kunskap och vilka färdigheter som behövs för detta arbete, ökar förutsättningarna för att brukaren får insatser av god kvalitet.

Vi delar Barnskyddsutredningens bedömning att socionomexamen är den utbildning som ger den bästa grunden för socialt arbete. Men om endast socionomexamen skulle godtas som kompetens, kommer det att uppstå icke önskvärda inläsningseffekter, där personer med annan utbildning utestängs från dessa tjänster. Vi menar därför att huvudmannen bör ha möjlighet att även anställa personer med annan relevant högskoleutbildning för dessa arbetsuppgifter. Det kan till exempel vara en person med en högskoleutbildning inom andra områden och med påbyggnad i framför allt socialt arbete och /eller förvaltningsrätt och social rätt.

Enligt statistik från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har i dag ca 18 000 personer inom socialtjänsten sådana uppgifter som skulle omfattas av behörighetsregleringen. Av dessa saknar drygt 7 000 socionomexamen. Av dessa har drygt 4 000 en eftergymnasial utbildning på tre år eller mer och drygt 2 000 en sådan utbildning på två år.

Det finns ett stort antal varianter av socionomutbildning. En student har i dag 37 olika alternativ att välja bland. För att socionomexamen ska vara ett krav för behörighet, när det gäller viss myndighetsutövning inom hela socialtjänsten, måste grundutbildningen bli mer likvärdig och ge den kompetens som behövs för dessa reglerade

arbetsuppgifter. Vi menar att om de behörighetskrav vi föreslår införs, är det troligt att socionomutbildningen kommer att bli mer likvärdig. Former bör också utvecklas för en kontinuerlig dialog mellan utbildningsanordnare och socialtjänsten om utbildningens innehåll och framtida utveckling.

En övergångstid på fem år bör införas. Det ger de som önskar möjlighet att komplettera sin utbildning och huvudmännen ges tid att planera verksamheten. En modell för hur detta kompetenslyft kan åstadkommas är att staten erbjuder utbildningsplatser, medan huvudmännen möjliggör studier, helt eller delvis inom ramen för respektive socialsekreterares tjänst.

Våra förslag kommer att öka efterfrågan på socionomer. Enligt en rapport från Högskoleverket (2009:5R *Högskoleutbildningarna och arbetsmarknaden*) kommer tillgången på socionomer att öka med mellan 40 och 50 procent fram till 2025, givet att det utbildas lika många per år som i dag. Någon risk för att behörighetskravet skulle vara svårt att uppnå på grund av brist på personer med rätt utbildning finns därför inte.

I likhet med Barnskyddsutredningen föreslår vi också en lagstiftning om introduktion och stöd i yrket för dem som saknar tidigare erfarenheter av de arbetsuppgifter som är reglerade.

Våra förslag:

- Krav ska ställas i lag på socionomexamen, eller annan relevant examen på minst grundnivå i högskolan, för följande arbetsuppgifter inom socialtjänsten:
 1. bedömning av om utredning ska inledas,
 2. utredning och bedömning av behovet av insatser eller andra åtgärder och
 3. uppföljning av beslutade insatser.

För arbete inom verksamhet enligt LSS ska arbetsuppgift 2 och 3 regleras.

- Socialstyrelsen bör få i uppdrag att i samarbete med Högskoleverket ta fram underlag för en närmare beskrivning av vad som avses med annan relevant examen på minst grundnivå i högskolan inom området.

- Befintlig personal ska under en övergångsperiod på fem år erbjudas kompetenshöjande utbildning.
- Den som saknar tidigare erfarenheter av de arbetsuppgifter som är reglerade ska få en lämplig introduktion och stöd i yrket under minst ett år.
- En uppföljning och utvärdering ska genomföras inom två år efter att behörighetsregleringen till fullo genomförts.

Summary

The remit of the Qualification Requirements Inquiry

On 2 April 2009, the Swedish Government appointed an inquiry chair with a remit to investigate a number of issues relating to the regulation of qualification requirements in health care and social services. The Inquiry was directed to:

- assess whether additional professional groups should be regulated in the health-care sector,
- consider changes in the duties of opticians,
- examine whether the system of special appointment to practise a profession in health care is appropriate,
- present proposals leading to more nurses receiving specialist training,
- review the provisions on restrictions on the right to take certain health-care measures,
- make it clearer to the general public what is regarded as health care and what is classified as health-care-related activity,
- present proposals on ways in which specialty training programmes for dentists should be regulated,
- review the content and scope of training for dental hygienists and
- examine and analyse the prospects for regulation of qualification requirements for certain tasks in the social services.

In presenting our proposals, we are asked to be mindful of high patient safety and the high level of trust among the public in both health care and the social services. Our proposals should also take account of the constitutional principle of freedom of trade. We are asked to base ourselves on the principles which today underpin qualification requirements and licence to practise, and our proposals should create good conditions for the application of specific skills which

distinguish the various professional groups in the health-care sector in an effective and flexible way. Some parts of the remit require us to consider whether the present-day provisions are appropriate.

Should further professional groups in the health-care sector be regulated?

Provisions on licence to practise, exclusive right to practise a profession, protected title and protected specialist designation are contained in the Professional Activities in the Health and Medical Care Field Act (LYHS). With effect from 1 January 2011, these provisions are contained in the new Patient Safety Act. The principal function of licence to practise is to guarantee that staff have a certain level of knowledge and certain personal characteristics.

Patient safety is the overarching criterion in assessing which professional groups are to be regulated. Other criteria that may be of great significance are:

- the content of the professional role – which should have a certain breadth and contain a certain degree of independence,
- the training programme – which should be of high quality, well defined and lead to a particular profession and
- international relations – including the EU rules Sweden has undertaken to apply on mutual recognition of formal qualifications for activity in the health-care sector and the Nordic agreement on a common labour market for certain health-care staff.

It is not necessary for all the criteria to be met for a professional group to be granted licence to practise. How much should be required for a professional group to be eligible for a licence to practise has to be decided by striking a balance. Patient safety overrides other criteria. There may be less need for a licence to practise if the profession is only practised in public employment than if there are opportunities to undertake the activity privately. Under our terms of reference, we are asked to avoid creating a system of duplicate licences to practice.

We are free to propose changes to the principles which today dictate which professional groups are to be regulated. Our assessment is, however, that the present-day principles are well established and appropriate. We therefore do not propose any changes.

In our view it is reasonable that a licence to practise should primarily be considered for professional groups who have qualifications from Swedish higher education. The reason for this is that their education is consequently covered by the National Agency for Higher Education's regular review and evaluation and that under the Higher Education Act it has to be founded on a scientific basis and proven experience.

We wish to emphasise the regulation of a profession cannot replace the responsibility of the health-care provider to plan, direct and check activity. There is a need for systematic work on patient safety, treatment based on science and proven experience, as well as competent and skilled practitioners to achieve good patient safety.

The following groups have expressed a wish for regulation of their profession in written communications and at meetings: cytodiagnosticians, social workers in the health-care sector, medical massage therapists, chiropractors, podiatrists, orthoptists, osteopaths, perfusionists, dental technicians and urotherapists.

Our proposals:

Cytodiagnosticians

The principal task of cytodiagnosticians is to use microscopy to diagnose whether there are cell changes in smears from patients. It is most common to diagnose smears in order to identify precursor stages of cervical cancer. This professional group receives thorough higher education and performs highly skilled tasks. Most are qualified as biomedical analysts and have received supplementary training in diagnostic cytology. This means that those who work as cytodiagnosticians, with a few exceptions, are licensed to practise as biomedical analysts. Cytodiagnosticians have a relatively narrow professional role with a limited number of tasks. They are principally employed in laboratories in the public health service, and as health-care staff are supervised by the National Board of Health and Welfare. If a special licence to practise was introduced for this professional group, it would lead to duplicate licences to practise. We therefore do not consider the conditions for proposing a licence to practise for cytodiagnosticians to be met.

Social workers in the health-care sector

Social workers in the health-care sector operate on the basis of a psychological and social perspective and work in many different areas of health care. These social workers have an independent professional role with clear responsibility for patients. In providing health care, they are under the supervision of the National Board of Health and Welfare. Those who act as social workers hold a Bachelor of Science degree in social work and public administration, supplemented by various advanced training courses. There is no separate training intended specifically for the profession of social worker in the health-care sector. The Bachelor of Science degree in social work and public administration is a programme which is intended to meet the need for general skills in social work throughout the social field. If a licence to practise for social workers in the health-care sector was introduced, it would have to be differentiated from others who hold the Bachelor of Science degree in social work and public administration. Licence to practise would therefore need to be linked to work tasks rather than to the training received. We therefore do not propose that licence to practise should be introduced for social workers in the health-care sector.

Chiropodists and podiatrists

Both these professional groups work in the area of foot care. Chiropodists are primarily private practitioners. Training in chiropody has been arranged for a few years in the form of qualified professional training (KY). The type of training does not satisfy the requirements for licence to practice which we have established. It is also our impression that among chiropodists currently active there is a wide variety of educational backgrounds, where the level of skill is in large part the result of the chiropodist's own development efforts and continuing professional education through various private courses.

Podiatrists are a limited professional group, whose training in Sweden is being phased out. The last annual intakes will graduate in 2011. There will then be no Swedish higher education for podiatrists. We therefore do not make any proposals for the regulation of chiropodists and podiatrists.

Medical massage therapists

Medical massage therapists use massage and muscle stretching for well-being and preventive purposes and for the treatment of specific injuries and complaints in the locomotor system. The vast majority of them work as private practitioners. Our assessment is that their training does not fulfil the requirements for a licence to practise. We therefore do not make any such proposal.

Orthoptists

Orthoptists examine, diagnose and treat unilateral visual impairments. They mainly work at eye clinics in hospitals. Orthoptists have a background of training in nursing, and the majority of them are trained ophthalmic nurses. They then undergo supplementary training specialising in orthoptics. Introducing a licence to practice for orthoptists would therefore mean that they have duplicate licenses to practise. We therefore do not make any proposal for a licence to practise for this professional group.

There is no specialised programme today for nurses wishing to specialise in orthoptics. In Chapter 12 we argue that specialist nurse training should be made more flexible. Within the framework of such a more flexible system it might be possible for orthoptists to gain protected specialist designation.

Osteopaths

Osteopathy is a form of treatment based on the body being a unit, all the parts of which are related and dependent on one another. The most important task for an osteopath is to find the cause of what is preventing the body from healing itself. Osteopaths in principle work exclusively as private practitioners outside the health service. The two osteopath training programmes held in Sweden are not higher education programmes under the Higher Education Act. We therefore do not propose a licence to practise for this professional group.

Perfusionists

The principal task of perfusionists is to control the heart-lung machine in connection with heart surgery. They work almost exclusively as employees in the public health service and not as private practitioners. They are therefore covered by National Board of Health and Welfare supervision. There is no Swedish higher education programme for perfusionists at present. We therefore do not propose a licence to practise for this professional group.

Dental technicians

Dental technicians design and make individually fitted replacements for lost teeth. They do fulfil the requirements for licence to practise with regard to education. They additionally carry out advanced tasks and to an ever increasing degree have contact with patients. In our view it is, however, the dentist who is responsible for the treatment as a whole, even though it is the dental technician who makes the replacements for lost teeth. Our impression is that dental technicians primarily work with the material and that the contacts with patients that take place mostly relate to aesthetic issues.

The replacements made by dental technicians are covered by the legislation on medical devices. This means that there are detailed provisions which in various ways regulate the activity and which among other things contain requirements on monitoring how the devices work in practical use. Dental technicians therefore have to register their activity with the Medical Products Agency, which also supervises this activity. Taking all aspects into consideration, we therefore do not make any proposal for a licence to practise for dental technicians.

Urotherapists

Urotherapists investigate and treat people with urinary leakage or other bladder disorders. At present they are nurses, midwives, physiotherapists or doctors with a licence to practise who have received advanced training in urotherapy. As we are asked not to create duplicate licences to practise, we do not make any proposal on regulation for this professional group.

Further regulation of qualifications for professional groups with licence to practise

A number of professional groups which have a licence to practise have expressed a wish for further regulation of qualification requirements. The Swedish Association for Diabetes Specialist Nurses wishes to be granted a protected title. The Swedish Association of Occupational Therapists would like 12 months of full-time practical experience to be a requirement for licence to practise as an occupational therapist. The same request has been made by the Swedish Association of Audiologists with regard to audiologists. The Swedish Association of Registered Physiotherapists wishes to have a specialist training programme, and the Swedish Psychological Association considers there to be an urgent need for state regulation of the specialist skills of psychologists to be investigated more closely. The Association also wants psychologists to have exclusive right to practise their profession. The Swedish Association of Registered Physiotherapists has argued that the Swedish title *sjukgymnast* should be replaced by *fysioterapeut*. The Government has also forwarded a request from the Orthopaedic Sector Council for an amendment to the provisions concerning licence to practise as an orthopaedic engineer.

Our proposals:

Nurses in diabetic care

In our view, it should be possible for diabetes nurses to be regarded as nurses with specialist training. If this training becomes more flexible, it may be possible for diabetes nurses to gain a protected specialist title (see Chapter 12). Our assessment is that a protected title for diabetes nurses should not be introduced at present.

Practical experience – a requirement for licence to practise?

We consider that the practical experience required for licence to practise should form part of the training and that passing an examination should be the criterion that has to be met for a licence to practise to be issued. The employer would then be responsible for employees having the skills required. An important aspect of this responsibility is to give new employees the induction necessary to

carry out the work in a way that is satisfactory and safe for patients. We therefore do not consider that practical experience should be a requirement for licence to practise for occupational therapists or audiologists.

Should more groups have a protected specialist title and a regulated specialist scheme?

There are specialist schemes today for physiotherapists and psychologists which are organised by the Swedish Association of Registered Physiotherapists and the Swedish Psychological Association. It is also possible for physiotherapists and psychologists with a licence to practice to state that they have continuing professional education and specialist training. The training on which licence to practise for these groups is based is also relatively extensive and of good quality. We do not consider there to be reason, from the point of view of patient safety, to introduce a regulated specialist scheme and protected specialist title for these two professional groups.

Should psychologists have exclusive right to practise their profession?

For a professional group to have exclusive right to practise a particular profession, the need to improve patient safety must be so great that freedom of trade should be restricted. We do not consider there to be reason to introduce such an exclusive right for any additional group. Such an exclusive right for psychologists would also cause difficulties with regard to defining what tasks would then be covered by the exclusive right.

Should the Swedish title of physiotherapist be changed from sjukgymnast to fysioterapeut?

Fysioterapeut is a title which today is used both by those who treat people and those who treat animals, for example horses and dogs. Internationally the term *fysioterapeut* is equivalent to *sjukgymnast*. *Sjukgymnast* today is a title which is used to significantly more people than the title *fysioterapeut*. A problem that many people consider to exist with regard to protected titles is that the title of therapist is often confused. We consider this risk of confusion to be a strong

argument for not replacing the title *sjukgymnast* with *fysioterapeut*. Such a change would also mean that the title *sjukgymnast*, after a transitional period, could be used by anyone. In view of how well established the title is, this would make it more difficult for patients/consumers to judge who is a health-care professional and who is not.

What training provides entitlement to a licence to practise as an orthopaedic engineer?

Licence to practice for orthopaedic engineers was introduced in 2006. To avoid excluding those who have followed older training programmes, it was decided that it should also be possible for these training programmes to provide the basis for a licence to practise for this professional group. It is also possible for the National Board of Health and Welfare, in exceptional cases, to grant a licence to practise to those who have demonstrated satisfactory skills other than by gaining a degree. This possibility exists with regard to all professions with licence to practise. The rules on exemptions are, for obvious reasons, most relevant when a licence to practise is introduced. Nearly everyone who has followed an older training programme to become an orthopaedic engineer should now have had time to apply for a licence to practise. Nor have we found that orthopaedic engineers, regardless of educational background, have been the subject of action by the National Board of Health and Welfare or the Medical Responsibility Board (HSAN) to any major extent. We therefore do not consider there to be grounds for changing the requirements for licence to practise as an orthopaedic engineer.

Review of the duties of opticians

We do not judge there to be a need to alter the duties of opticians in the health-care system – with one exception. We propose that opticians be allowed to use what are known as diagnostic drops. The use of such drops leads to better quality in sight tests. It provides a basis for the early detection of severe visual defects and suspected pathological changes in the eye. There are two groups of patients who can be expected to benefit most from the use of diagnostic drops. The first of these is children over the age of eight years, as

some visual defects in this group can be detected significantly more reliably if drops are allowed to be used. The other group is the older part of the population, as it is important that eye diseases such as glaucoma are detected at an early stage.

If opticians are allowed to use diagnostic drops, the number of incorrect referrals will also decrease. The risks associated with the drops are small, but only opticians who have received training in using such drops should be authorised to prescribe them. Karolinska Institutet has organised continuing professional education courses in the use of diagnostic drops since the autumn of 2008. As these drops are only to be used in certain sight tests, authorisation should be limited so that it only relates to requesting those diagnostic medicines which are needed in such tests. The National Board of Health and Welfare and the Medical Products Agency should be the authorities which issue regulations on authorisation for opticians to use medicines.

During our inquiry, representatives of the optician industry expressed a wish for the provisions on who is allowed to supply contact lenses to be tightened. When the new Patient Safety Act comes into effect on 1 January 2011, the ban on people other than health-care professionals supplying contact lenses ceases to apply. We therefore do not consider this issue in our report.

Our proposals:

- Opticians who meet certain skills requirements should be authorised to use diagnostic drops.
- The National Board of Health and Welfare and the Medical Products Agency should be the authorities which issue regulations on authorisation for opticians to prescribe medicines.

Special appointment to practise a profession in the health-care sector

We have been asked to consider whether the present-day system of special appointments to practise a profession in the health-care sector is appropriate. It is possible at present for the county councils to employ doctors who do not have a licence to practise, without

applying for special appointment for the individual, in the following cases:

- Doctors for pre-registration training, which is a condition for obtaining licence to practise.
- Locum tenens doctors, if the person employed has a medical degree from Sweden or another Nordic country or has been trained abroad and has obtained a decision on a pre-registration training post from the National Board of Health and Welfare.
- Doctors who have received training abroad and who have to take a probationary post for six months.
- Medical students who have completed studies up to and including the ninth semester with approved courses, They may work as locum tenens doctors in the health service under supervision with the exception of posts in primary care.

The county councils have been granted this option to facilitate the administration of employment. Every year around 2 200 Bachelors of Medicine (*medicine kandidater*) are employed as pre-registration doctors. The number of locum tenens doctors is estimated at around 1 000 per year.

A problem to which attention was drawn as long ago as 2001 by the then Swedish Federation of County Councils is that it is not possible for those who operate private health care to employ doctors without licence to practise for pre-registration posts, locum tenens posts and probationary posts. This is evident from communication which the Government has forwarded to us. Since the Swedish Federation of County Councils drew attention to this just under 10 years ago, the number of private health-care practitioners has increased substantially. However, it is possible for individuals to apply for special appointment by the National Board of Health and Welfare.

When someone receives a special appointment to practise a profession in the health-care sector, this should be scrutinised just as carefully as when a licence to practise is granted. From 1 January 2011, the National Board of Health and Welfare will have access to information from the Criminal Records Registry on certain offences which have led to the imposition of sanctions other than fines. The purpose of this is to allow applications for a licence to practise to be assessed and to assist the Board in its supervisory activity with regard to health-care professionals. In our view, this direct

access should also apply to the Board's assessment of applications for special appointment. We also consider that the county councils should have the right to request extracts from the Criminal Records Registry to allow an assessment to be made of whether a person should be granted a special appointment for a pre-registration post or a locum tenens post. There is a need to review the regulations which enable the county councils to employ doctors without a licence to practise.

Our proposals:

- The present-day system of special appointment is appropriate and meets the need to enable doctors without a licence to practise to work in the health-care sector under certain circumstances. It has not been evident during our work that these special appointments cause any problems or pose any danger to patient safety.
- In dealing with such special appointments to practise a profession, county councils and the National Board of Health and Welfare should have access to information on what offences have led to the imposition of a sanction other than fines.
- The National Board of Health and Welfare should review the regulations which enable the county councils in certain cases to issue special appointments to practise the medical profession.

Specialist nurses

Our remit has been to conduct a broad inquiry into why too few specialist nurses are trained in relation to the needs of the health-care sector and to present proposals for ways in which more can be trained.

The term specialist nurse is generally used to mean a nurse who has obtained a degree as a specialist nurse. There are degrees at present in 11 specialties:

1. anaesthetic care
2. intensive care
3. operative care
4. outpatient care

5. surgical care
6. medical care
7. oncological care
8. health care for children and adolescents
9. psychiatric care
10. care of the elderly
11. district nursing

All these training programmes provide 60 university credits, with the exception of the district nursing specialisation, which provides 75 credits. Licence to practise as a nurse is required for qualification to specialist training, and the student has to have completed an in-service part of the training programme (VFU) as well as independent work in order to be able to gain the degree. Anyone who has completed the specialist nurse training programme is entitled to the protected specialist title. Central government is responsible for the specialist nurse training programme and funds it, including the in-service element which takes place in particular in care organised by county councils or municipalities.

Nurses with a licence to practise can also receive continuing professional education in ways other than by obtaining a specialist nursing degree. Many nurses choose to make a detailed study of ophthalmic care, diabetes care, pain, asthma, allergy, diabetes, rheumatism etc. However, this type of continuing professional education does not lead to a specialist nursing qualification and does not give entitlement to use of a protected title. Both a degree in specialist nursing and other continuing professional education of nurses can take the form of commissioned training, which means that a county council or a municipality orders a training programme from an institute of higher education and pays for it.

What is the demand for and supply of specialist nurses?

It is not possible to state in absolute figures how large the gap is between the supply of specialist nurses and the need for this type of skill in the health service. The need depends on a number of relative factors, such as what targets different care units have with regard to manning levels. Nor is there any regulation of how many of the nurses in an organisation must have specialist training. According to the National Board of Health and Welfare *Annual report NPS*

2010, one in every two nurses today has specialist training. It is also apparent that the county councils consider it difficult to recruit specialist nurses, particularly in the operative, psychiatric, intensive care and anaesthetic fields.

Why are too few specialist nurses being trained?

There is no single reason why a sufficient number of specialist nurses are not being trained. Views also differ on what needs to be done for more people to train. It is stressed that there is no demand for specialist nurses in the health-care sector and that they do not receive higher pay or new duties. If the training does not lead to changes with regard to duties, responsibilities, pay etc., it is reasonable to assume that this has an impact on the level of interest in undergoing further training.

In the same way, the possibility of training in paid employment would probably have an impact on the level of interest among nurses in continuing professional education. Pay and other terms of employment are, however, regulated between the employers and unions. As the specialist training of nurses is a state higher-education programme, the question of whether the training can be provided within paid employment must also be decided by the employer and the individual nurse.

In addition, it is the responsibility of the health-care provider to direct and distribute the work so that different duties are performed by staff with the right skills. A requirement for a certain proportion of nurses in a care unit to have specialist training would signify a special solution which is not compatible with the regulations in general. The obligation of the healthcare provider to ensure that those who work in the organisation have the right skills for their duties is also highlighted in the Government bill *Patient Safety and Supervision* (2009/10:210) for a new Patient Safety Act, which comes into force on 1 January 2011. The same requirements to be met by the health-care provider are contained in the National Board of Health and Welfare Regulations (SOSFS 2005:12) *on management systems for quality and patient safety in health care*.

The level of interest among nurses in undergoing specialist training probably also depends on the range of training programmes available and where in the country they are held. Given the present-day rules on higher education institutions, there are extremely limited prospects

of meaningfully influencing the training provision in these institutions. They determine where in the country the training takes place, whether the training is provided on a full-time or part-time basis, whether it is arranged on the Internet and so on.

Some people are of the opinion that the specialist training of nurses ought to be formulated in the same way as the specialty training programmes for doctors. This would, however, mean that the training of specialist nurses becomes an in-service specialisation programme and no longer a higher-education training programme. It would consequently become more difficult for specialist nurses to be admitted to training at postgraduate level. This ought therefore to be investigated in a wider context, where the in-service specialisation programmes or specialist training programmes of the professions are reviewed at the same time.

The most important question to ask in order to discover why too few specialist nurses are being trained is: Do the 11 specialties actually meet the needs of the care sector today and in the future? The principal sign that this is not the case is that health-care providers buy commissioned training in areas other than the 11 with specialist training. In our view the training therefore needs to become more flexible, with institutions of higher education being allowed to organise training programmes within the specialisms which are in demand in the health-care sector. Nurses who undergo specialist training will consequently also be in demand in the care sector, while more flexible training can more easily track the development of knowledge in health care.

A problem on which everyone concerned is agreed is that there are shortcomings in the dialogue and collaboration between institutions of higher education and health-care providers. The health-care providers cannot describe their need for specialist nurses, and the specialist training programmes are not designed in accordance with the needs of the health-care sector. Cooperation on in-service training (VFU) must also improve.

The National Agency for Higher Education has conducted a review of specialist nurse training, which was presented in the report *Specialist training of nurses – what kind of qualification?* (2010:5R) in May 2010. The proposals presented in the report, together with our analysis, ought to be able to provide a basis for continued discussion of the issue of the design of training for specialist nurses. If a new, more flexible training programme is introduced, it is important that the provisions on protected title for specialist nurses are

reviewed. In our view there should continue in the future to be a protected specialist title for specialist nurses, which is linked to the field within which they have obtained their specialism.

Our proposal:

- The National Agency for Higher Education should be instructed, in cooperation with the National Board of Health and Welfare and in consultation with the Swedish Association of Local Authorities and Regions, to investigate and propose forms of cooperation between the health-care sector and the institutions of higher education and mutually between the institutions of higher education with regard to the training of specialist nurses.

Activity related to the health-care sector

We have been asked to present proposals which make it clearer to the general public what is and is not counted as part of health care. According to our terms of reference there is a risk of confusion and of misleading information in the type of activity usually known as alternative and complementary medicine (ACM). A risk of confusion often arises when practitioners of various types of treatments use titles and descriptions in their marketing of methods which allude to traditional health care.

There is no clear answer regarding what ACM is. A description often used is that employed by the Cochrane Collaboration. This organisation describes the area of alternative medicine as all the forms of health care that exist outside the politically dominated health-care sector in a particular society in or in a particular culture during a particular historical period.

It is not possible to give a precise figure for the number of people employed in alternative forms of therapy in Sweden, but in 2007 just over 25 500 people were working in the sectors which encompass alternative forms of treatment. There are also a number of organisations and associations which organise practitioners of various alternative therapies in Sweden.

Register of alternative therapists

To make it easier for people to make conscious choices on what form of care and treatment they wish to receive, we propose that a register should be established for those who practise alternative therapies and who are not health-care professionals with a licence to practise. Registration would, however, be conditional on the practitioner being a member of a professional organisation in the area of ACM. These organisations should also be included in the register. Registration should be voluntary. A mandatory register might lead to incorrect expectations that central government in some way vouches for the registered practitioners and the therapies they employ.

Those professional organisations wishing to be included in the register should be non-profit organisations whose principal purpose is to organise professional practitioners of alternative therapies. The professional organisation should also be of a certain size. A suitable basis might be for the organisation to have at least 30 members. Professional organisations play an important role through the knowledge gathered in them and the close cooperation that often takes place with training coordinators. To be included in the register, the organisation must have statutes enabling it to receive complaints, to exclude members and to set requirements for particular training for its members. Practitioners of alternative methods of treatment must have basic general medical knowledge of the human body and its various organs, pathology and regulations in the field of health care. The principal purpose of requiring such basic knowledge is that the practitioner has to know whether he or she should take on a patient or refer the patient to the health-care sector. The professional organisation also has to have rules on marketing and requirements and require its members to hold insurance which, among other things, compensates for any injuries caused by treatment. Registration should be financed by an annual fee paid by the members of the register.

We propose that the Swedish Consumer Agency should administer the register and approve those organisations which fulfil the requirements to be allowed to take part. The Swedish Consumer Agency is the administrative authority for consumer issues and is responsible for the rules on consumer protection being respected and consumers having access to information which enables them to make active choices and for strengthening the position of consumers in the market. Under the Marketing Act, traders must not make

false claims about their own qualifications. In a recent review of the Consumer Services Act, it was proposed that a new chapter should be introduced on the treatment and care of people. In our view, a register which makes it possible for consumers to make conscious choices among practitioners of alternative therapy methods is a good match for the Agency's area of responsibility.

Alternative therapies are also used in the health service and supplement or are fully integrated into established health care. They are also covered by the rules governing the organisation, which means that patient safety is maintained. The register we propose should only contain practitioners of alternative therapies who are not health-care professionals with a licence to practise. The reason for this is to further clarify the difference. It should, however, be possible for health-care professionals to switch between working in traditional health care and operating outside the health service as practitioners of alternative therapies. This creates a need for staff with a licence to practise to cede their licence to practise, but also be able to regain it.

The register must be readily accessible. This means that it must be on the Internet. An information portal containing objective and scientific information about the various therapies offered should also be linked to the register. A national information campaign should be conducted at the time when the register is introduced to make it generally known.

Our proposals:

- A register should be established for those who practise alternative therapies and who are not health-care professionals with a licence to practise. Anyone wishing to register must be a member of a professional organisation in the area of ACM which has been approved for inclusion in the register.
- The Swedish Consumer Agency should administer the register.
- A national information campaign should be conducted when the register is introduced.

Restrictions on the right to take certain measures

There is no general ban on undertaking professional activity in the area of health care. However, the opportunities to do so are limited by the regulation that exists on authority to practise professions in the health-care sector, provisions on exclusive right to practise professions, protected titles, skills as a European doctor and specialist skills.

The principal rule is thus that it has to be permitted for anyone to operate in the area of health care. Activity related to health care is currently only regulated through the restrictions contained in the Professional Activities in the Health and Medical Care Field Act (1998:31, LYHS). It is stipulated there that anyone who is not a health-care professional must not:

- treat infectious diseases which are notifiable under the Communicable Diseases Act,
- treat cancer and other malignant tumours, diabetes, epilepsy or
- pathological conditions in connection with pregnancy or childbirth,
- examine or treat under general or local anaesthetic, by injection or under hypnosis,
- use radiological methods,
- supply written advice or instructions for treatment without personal examination,
- try out or supply contact lenses or
- treat children below the age of 8 years.

The Riksdag has adopted a resolution to remove the ban on selling contact lenses with effect from 1 January 2011. The new Patient Safety Act also comes into effect on that date. The provisions of the Professional Activities in the Health Medical Care Field Act will then also be contained in this Act.

A wish has been expressed at the meetings and hearings we have held and through written communications we have studied for changes in the restrictions which exist at present with regard to the use of alternative methods of treatment. The wishes expressed are for the ban on treating children below the age of eight years to be removed, alternatively for the age limit to be raised to 15 or 18 years, for pregnant women to be allowed to receive alternative therapy and for mental diseases and treatment by psychotherapy to be included in the enumeration of diseases which must not be treated.

The argument behind prohibiting treatment of children below the age of 8 years is that while an adult has the option of discontinuing treatment if it leads to an exacerbation or does not produce any results, children are dependent on the assessment of their parents and the therapist. When children start school they undergo regular medical checks, which should enable it to be discovered whether they are receiving incorrect or harmful treatment.

In September 2007, Sweden presented a report on efforts made by the Government and government agencies in the past five years to put the UN Convention on the Rights of the Child into practice. On 12 June 2009 the UN Committee on the Rights of the Child presented its conclusions after examining the report. The Commission expressed concern that Sweden prohibits the use of ACM for examination, treatment and care of children below the age of eight years and for pregnant women and women during childbirth. Sweden is one of the few countries not to permit treatment of children below the age of eight years. This must, however, be viewed in connection with the fact that there are a large number of countries (19 in Central and Southern Europe) where it is totally prohibited for anyone other than health-care professionals to give such care and treatment.

With regard to the treatment of pregnant women, our view is that there are already ways today of treating certain less serious complaints which may be related to pregnancy.

The risks of people with mental diseases being treated outside the health-care sector have been discussed in many contexts. However, there are no studies showing which methods are harmful or which conditions are associated with risk in treatment by alternative methods. This also makes it very difficult to indicate and specify which mental diseases would be covered by a ban on treatment. The same applies to the use of psychotherapy. It has now become apparent during our work that such treatment do not pose particularly significant risks. It is also difficult to specify which methods would be prohibited. There is a ban at present on using protected titles in marketing in a way that incorrectly gives the impression that the activity is performed by someone who has a licence to practise. This ban provides some protection for those who seek help with mental problems and wish to receive psychotherapy.

In the framework of our inquiry, we have not had an opportunity to analyse the need to add new somatic diseases for which treatment is banned or to remove any of the rules which at present

limit the options for treatment. Such a review also requires the assistance of medical and other expertise.

Our proposal:

- The National Board of Health and Welfare should be tasked with reviewing which somatic diseases should be subject to a ban on treatment, whether the age limit for children should be amended and the options for treating pregnant women.

Need for supervision of alternative and complementary medicine

The National Board of Health and Welfare is responsible at present for supervision of certain activities, including those related to health care. If anyone is convicted of an infringement of the rules limiting the options for care and treatment, the National Board of Health and Welfare may prohibit him or her from undertaking such activities for a certain period, or permanently. The Board also monitors whether anyone who is not authorised to do so uses protected titles or titles which may be confused with such protected titles. Supervision of activity related to health and medical care is otherwise exercised within the framework of general consumer legislation. We do not propose any strengthening of supervision in the area concerned.

Protected titles

Under our terms of reference, we have been asked to review the provisions relating to protected titles, as there may be a risk of these being used in a misleading manner in activity related to health care. A protected title may only be used by the person who has a licence to practise. Nor may anyone who does not hold a licence to practise use a title which may be confused with a protected title. The marketing of health-care services and related activity is only regulated today by the Marketing Act. Incorrectly claiming that a product or service is capable of curing diseases, functional impairments or deformities always represents improper marketing. The Act in itself provides scope for taking action against marketing which is misleading in relation to the trader's qualifications. With regard to how important

it is from the point of view of patient safety that the person seeking care is not misled about the practitioner's skills, we propose that the protection of titles should be expanded so that it also applies to the marketing of activity. As the National Board of Health and Welfare at present is responsible for supervision of the use of protected titles, we also consider that such a ban on marketing should come under the Board's supervision.

Our proposals:

- Protection of titles should be expanded so that it also applies to the marketing of activity.
- The National Board of Health and Welfare should be responsible for supervision.

Combined legislation

The Professional Activities in the Health and Medical Field Act (LYHS) contains provisions both on health-care professionals and on what restrictions apply to those who practise alternative and complementary medicine. In our view, a combined law on alternative therapies would contribute to clarifying what is regarded as health care and what is not.

Our proposal:

- The provisions on what restrictions apply to those who practise alternative and complementary medicine should be transferred from the Professional Activities in the Health and Medical Field Act to separate piece of legislation which also contains the rules on the register which we propose.

Specialist training programmes for dentists

We have been asked to investigate and present proposals on how specialist training programmes for dentists should be regulated. The specialist training programmes are continuing professional education which takes place during employment. This training has to be under-

taken at a clinic approved by the National Board of Health and Welfare. There are eight specialties at present:

- paediatric dentistry (dental care of children and adolescents)
- orthodontics (development and growth of the face, jaws and dentition)
- periodontology (diseases and defects in the tissues surrounding the attachment of the tooth to the jawbone)
- oral surgery (diseases and defects of the oral cavity, jaws, face and adjacent areas)
- endodontics (pathological processes in the pulp of the tooth)
- oral prosthetics (deformities and tissue loss in the jaws and face)
- odontological radiology (X-ray examinations of teeth, jaw and adjacent areas in the face including mandibular joints)
- bite physiology (functional impairments in the mandibular system).

The number of specialties vary between EU Member States. Some countries do not have any specialties at all, while others have a relatively large number. Sweden, with its eight specialties, belongs to the latter category. In several of those countries which have few or no specialties dentists do, however, undergo several years of training programmes after their basic training and in practice operate as specialists. Only two specialties – orthodontics and oral surgery – can lead to automatic recognition of the professional qualification in the EU. Recognition for the other six specialties that exist in Sweden can be obtained under what is known as the general scheme.

Demand for dental care is affected by a number of factors such as the need of the population for dental care, availability of staff, support for dental care, national guidelines and so on. Dental health has improved dramatically in recent decades, particularly among children and adolescents. However, dental health does not automatically lead to lower demand for dental care. The number of children and adolescents with a great need for care has not decreased. An increased number elderly people with serious diseases and impaired general condition also makes increased demands, as does the fact that many elderly people retain their own teeth, supplemented by various types of implants.

We consider there to be a need for collective responsibility for specialist registrar training of dentists to enable efforts made to be continuously followed up and for changes to be made to the spe-

ciality training necessitated by developments in dental health. Responsibility should rest with a government agency. The National Board of Health and Welfare is at present responsible for the regulations and general guidelines on what knowledge, skills and approaches are to apply to each area of specialist expertise. This agency is also tasked with drawing up national guidelines for adult dental care, devising indicators by which to analyse and follow up the quality of dental care, taking responsibility for the dental health register which is to be used to monitor how dental care develops, prescribing how duties may be delegated in dental care and compiling and disseminating scientifically based knowledge on the properties and use of dental materials. In addition, the National Board of Health and Welfare is the competent authority under the Professional Qualifications Directive and monitors dental care issues in the initial work currently in progress in the 2012 review of the Directive by the European Commission. This, taken together, makes the Board well suited to also issuing regulations on the establishment and designation of the specialty training of dentists.

The National Board of Health and Welfare has been responsible for the establishment and designation of the specialist skills of doctors since 2010. A national council has been established to assist the Board. We propose that this national council should be expanded to also include skills in the area of dental care. The council should be appointed by the Government. Our hope is that a joint council can lead to the possibility of efficiency gains in administration and to allowing lessons to be drawn between the professions during the continuous monitoring of the development of specialty training.

When the council considers issues concerning the specialty training of dentists, it should consist of one chair and five members. The members should be appointed on the proposal of the National Board of Health and Welfare, representatives of the dental profession, the Swedish Association of Local Authorities and Regions and the National Agency for Higher Education.

The regulations and general guidelines on the specialist training programme for dentists need to be reviewed. In this review, it is important to take account of the changes in fields of work and opportunities for cooperation in the dental care teams that may be a consequence of the reduced number of dentists and the increased number of dental hygienists, and of the strengthening of the training of dental nurses which has taken place. Mobility within the EU, and to and from countries outside the EU, may also have an impact. If

the review leads to requirements for mandatory courses in specialist skills to be included in the specialist training programme, consideration should be given to whether these should be funded by central government, as happens at present in the specialist training of doctors.

Responsibility for providing places for the specialty training programme for dentists has been understood to rest with the county councils. The county councils have fulfilled this responsibility. We propose that a provision be introduced into the Dental Care Act stating that the county councils are obliged to provide places for the specialty training programme for dentists to an extent equivalent to the planned future need for dentists with specialist skills in clinical work.

A wish has been expressed at meetings and hearings that the specialist training programme for dentists should be a university programme and that the training should be funded by central government. The specialist training of both doctors and dentists was deregulated as long ago as 1992. This deregulation has meant the abolition of detailed control of specialty training. In our view, the arguments that lay behind this deregulation should continue to apply, and the same system should be applied to doctors as for dentists.

Our proposals:

- The National Board of Health and Welfare should be tasked with issuing regulations on the establishment and designation of the specialty training programme for dentists.
- The national council for the specialty training of doctors, which is located at the National Board of Health and Welfare, should be expanded and tasked with also assisting the Board on the specialty training programme for dentists.
- The National Board of Health and Welfare should conduct a review of the descriptions of goals for training and of the regulations and general guidelines on the specialty training programme for dentists.
- A provision should be introduced into the Dental Care Act on the obligation of county councils to provide places for the specialty training programme for dentists.

- The specialty training programme for dentists should continue in future to be in-service training.
- The question of whether this in-service training should be a university-based training programme should be investigated in a wider context, with the specialty training programme or specialist training of several professions being examined simultaneously.

Training of dental hygienists

We have been asked to investigate the content and scope of the dental hygienist training programme.

Licence to practise for dental hygienists was introduced in 1991. Two years of studies in higher education leading to a professional qualification are required to obtain a licence to practise. The profession of dental hygienist is the only one among 21 professions subject to licence to practise in health and medical care to have a two-year programme of training. The dental hygienist training programme is now available at eight institutions of higher education, all of which offer a third, elective year. Of those who study to become a dental hygienist, 58 per cent at present opt for a third year. During the third year, the students receive expanded training in the areas of paediatric and adolescent dental care, dental care of the elderly, dental care for groups with diseases affecting oral health, scientific methodology, cooperation in dental-care teams etc.

The supply of dental hygienists is good and is expected to increase by 47 per cent by 2023. Most projections also predict that the demand for dental hygienists will increase. Good dental health in large groups is leading to dental hygienists acquiring a greater role. A greater share of paediatric dental care could, for example, be performed by dental hygienists. Outreach activity among the elderly and disabled also means that demand for dental hygienists is increasing.

The National Agency for Higher Education pointed out fifteen years ago that it is difficult for present-day training to achieve university level and that it should be reviewed. The profession of dental hygienist has undergone great changes. The requirements set for a dental hygienist with a licence to practise cannot be satisfied in the framework of two years of study. We share this view. We are also of the view that existing curricula for the three-year training

programmes which all the institutions of higher education today offer can serve as basis for deciding what a new qualification descriptor should contain.

Our proposal:

- The training programme for dental hygienists should be extended to 180 higher education credits, that is to say from two years to three. The National Agency for Higher Education should be tasked with drawing up proposals for a new qualification descriptor.

Qualification requirements in the social services

Our task has been to survey and analyse the need for, and prospects of, regulation of qualification requirements for a number of tasks in the social services. This applies to certain types of administration, including investigation and decisions, which relate to individuals and which are carried out on behalf of the social welfare committee. We have been asked to pay special attention to political decision-making in the social services and what consequences regulating qualification requirements would have with regard to the supply of personnel with suitable training and experience.

What is the current situation?

Regulation of qualification requirements means that requirements are set for certain skills in order to be allowed to use a particular title or to carry out particular tasks. The two types of regulation can also be used simultaneously. There are already requirements in the Social Services Act today for staff to have suitable training and experience. But it is not stated what type of training and experience is to be required.

The National Board of Health and Welfare has issued general guidelines on the skills of staff in several different areas in the social services. Such guidelines exist for the administration and follow-up of cases relating to children and adolescents, cases concerning the elderly and people with disabilities. It is common to these general guidelines that they indicate qualification as social worker or qualifi-

cation in social care according to a previous study scheme as suitable training. The general guidelines also specify a number of areas in which staff should have theoretical knowledge and practical skills, such as investigation, action, follow-up, evaluation etc.

The National Board of Health and Welfare has also issued regulations and general guidelines on management systems for quality in social services. The management system should also cover supply of staff and skills. There should be routines for continuously checking that staff have the skills required to carry out their tasks.

The Child Protection Inquiry

The Child Protection Inquiry (SOU 2009:68), which presented its proposals in July 2009, was tasked, among other things, with investigating how a high level of skill can be ensured for social welfare officers who work on the investigation, planning and follow-up of cases relating to children and adolescents. The inquiry was also asked to comment on whether there was a need for separate regulation of skills requirements.

The Inquiry proposed that the Bachelor of Science degree in social work and public administration should be required to assess whether an investigation should be initiated, to investigate and assess the need for intervention or for other measures and to follow up interventions decided upon. The social welfare committee should offer suitable induction and support in the profession for social welfare officers who do not have any previous experience of these duties. The qualification requirements should start to apply after a transitional period of five years. The Inquiry additionally proposed that a specialist training programme of at least one year should be introduced at the advanced level. The Inquiry has presented thorough arguments for a need for such regulation for child protection cases. Virtually no objections were raised against this proposal during the consultation period following the report of the Child Protection Inquiry.

Our assessment

The duties concerned here are what are known as exercise of authority. This means decisions or other measures which ultimately are an expression of the powers of society in relation to its citizens. It concerns decisions on assistance, actions taken under the Law on Services for Persons with Certain Functional Impairments (LSS), on immediate taking into care etc. The handling of a case involves all measures taken, from initiation of a case until it is concluded through a final decision. It is the social welfare committee that takes the decisions, but whole groups of cases or a single case may also be delegated to officials. Case handling is very often concerned with taking difficult decisions which are of crucial importance to the client, and the individual official has great scope in taking such decisions.

There are already statutory requirements today for the quality and quality assurance of activities in the social services and in the Law on Services for Persons with Certain Functional Impairments, but they have not had a sufficient impact. We therefore judge there to be a need for further regulation. The prospects of the user receiving good-quality intervention are improved by clarifying what knowledge and skills are needed for this work.

We share the assessment of the Child Protection Inquiry that the Bachelor of Science degree in social work and public administration is the training that provides the best basis for social work. But if only the Bachelor of Science degree were to be accepted as providing the required skills, undesirable lock-in effects would arise, where people with different training are excluded from these posts. We therefore take the view that the responsible authority should have the option of also employing people with different relevant higher education for these duties. This may, for example, be a person with higher education in other areas and with advanced studies in particular in social work and/or administrative law and social law.

According to statistics from the Swedish Association of Local Authorities and Regions (SKL), around 18 000 people in the social services have duties that would be covered by the regulation on qualification requirements. Just over 7 000 of these do not hold a Bachelor of degree in social work and public administration. Of these, just over 4 000 have had post-secondary education lasting three years or more and just over 2 000 have undergone such education lasting two years.

There are a large number of variants of training for social workers. A student today has 37 different alternatives to choose from. If the Bachelor of Science in social work and public administration is to be a qualification requirement for certain exercise of authority throughout the social services, the basic training must become more equivalent and provide the skills required for these regulated duties. In our view, if the qualification requirements we propose are introduced, it is likely that the training of social workers will become more equivalent. Procedures should also be developed for continuous dialogue between training organisers and the social services on the content and future development of training.

A transitional period of five years should be introduced. This provides those who wish to have the option of supplementing their training and the responsible authorities with time to plan the activity. A model of how this boost in skills can be accomplished is for central government to offer training places, while the responsible authorities make studies possible, wholly or partly in the framework of the post of the social welfare officer concerned.

Our proposals will increase the demand for social workers. According to a report from the National Agency for Higher Education (2009:5R *Higher Education Programmes and the Labour Market*), the supply of social workers will increase by between 40 and 50 per cent by 2025, given that the same number are trained per year as at present. There is therefore no risk of the qualification requirements being difficult to achieve due to a lack of people with the right training.

Like the Child Protection Inquiry, we also propose legislation on induction and support in the profession for those who do not have previous experience of the duties that are regulated.

Our proposals:

- Requirements should be laid down in law for the Bachelor of Science degree in social work and public administration, or other relevant qualification of at least first-degree level in higher education, for the following tasks in social services:
 1. assessment of whether an investigation should be initiated,
 2. investigation and assessment of the need for intervention and other measures and
 3. follow-up of interventions decided upon.

Duties 2 and 3 should be regulated for work related to the Law on Services for Persons with Certain Functional Impairments.

- The National Board of Health and Welfare should be tasked with cooperating with the National Agency for Higher Education to produce a basis for a more detailed description of what is meant by other relevant qualification of at least first-degree level in higher education in the area.
- Existing staff should be offered skills-raising training during a transitional period of five years.
- Anyone who lacks previous experience of the duties that are regulated should be given suitable induction and support in the profession for at least one year.
- Follow-up and evaluation should be conducted within two years after the regulation of qualification requirements has been fully implemented.

Författningsförslag

1 Förslag till lag om alternativa behandlingsformer

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

1 § Denna lag gäller den som yrkesmässigt undersöker någon annans hälsotillstånd eller behandlar någon annan för sjukdom eller därmed jämförligt tillstånd genom att vidta eller föreskriva åtgärder i förebyggande, botande eller lindrande syfte. Lagen gäller inte den som enligt 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen.

2 § Med alternativa behandlingsformer avses i denna lag åtgärder enligt 1 §.

Inskränkningar i verksamhet på hälso- och sjukvårdens område

3 § Andra än hälso- och sjukvårdspersonal får inte yrkesmässigt undersöka någon annans hälsotillstånd eller behandla någon annan för sjukdom eller därmed jämförligt tillstånd genom att vidta eller föreskriva någon av följande åtgärder i förebyggande, botande eller lindrande syfte:

1. behandla sådana smittsamma sjukdomar som enligt smittskyddslagen (2004:168) är anmälningspliktiga sjukdomar,
2. behandla cancer och andra elakartade svulster, diabetes, epilepsi eller sjukliga tillstånd i samband med havandeskap eller förlossning,
3. undersöka eller behandla någon annan under allmän bedövning eller under lokal bedövning genom injektion av bedövningsmedel eller under hypnos,

4. behandla någon annan med radiologiska metoder,
5. utan personlig undersökning av den som sökt honom eller henne, lämna skriftliga råd eller anvisningar för behandling,
6. undersöka eller behandla barn under åtta år, eller
7. prova ut kontaktlinser.

Register

4 § Utövare av alternativa behandlingsformer ska kunna ingå i ett frivilligt register över sådana yrkesutövare.

5 § Regeringen får meddela ytterligare föreskrifter om hur registret ska administreras, vilka uppgifter det ska innehålla, villkoren för registrering, och avgift för godkännande och registrering.

Straffbestämmelser m.m.

6 § Till böter eller fängelse i högst ett år döms den som

1. bryter mot någon av bestämmelserna i 3 § 1–7, eller
2. under utövning av verksamhet som sägs 3 § uppsåtligt eller av oaktsamhet

a) tillfogar den undersökte eller behandlade en skada som inte är ringa, eller

b) framkallar fara för en sådan skada.

Första stycket 2 gäller oavsett om skadan eller faran orsakats av olämplig behandling eller genom avbrott i eller dröjsmål med läkarvård. Den omständigheten att gärningsmannen på grund av brist i utbildning och erfarenhet inte kunnat inse sjukdomens natur eller förutse skadan eller faran befriar honom eller henne inte från ansvar.

Om gärningen är belagd med straff enligt 10 kap. 3 eller 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska i stället dömas till ansvar enligt dessa bestämmelser.

7 § Till ansvar enligt bestämmelsen i 6 § ska inte dömas, om gärningen är belagd med strängare straff i annan lag.

8 § Har någon gjort sig skyldig till brott som anges i 6 §, får Socialstyrelsen meddela förbud för honom eller henne att under viss tid eller för alltid utöva verksamhet som avses i 5 kap. 1 §. Förbudet får förenas med vite.

Den som överträtt ett sådant vitesförbud får inte dömas till straff för gärning som omfattas av vitesförbudet.

Överklagande av Socialstyrelsens beslut m.m.

9 § Socialstyrelsens beslut om förbud att utöva verksamhet enligt 8 § första stycket får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

10 § Beslut som Socialstyrelsen meddelar enligt denna lag gäller omedelbart, om inte annat anges i beslutet.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

2 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

Härigenom föreskrivs att en ny paragraf, 13 §, ska införas i tandvårdslagen (1985:125).

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

13 §¹

I landstingen ska finnas möjlighet till anställning för tandläkares specialiseringstjänstgöring enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av tandläkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

¹ Tidigare upphävd genom 1996:788

3 Förslag till lag om ändring i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Härigenom föreskrivs att det i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade ska införas två nya paragrafer, 6 a § och 6 b §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

6 a §

För utförande av uppgifter enligt denna lag som innefattar

1. utredning och bedömning av behovet av insatser eller andra åtgärder, eller

2. uppföljning av beslutade insatser

är kommunen skyldig att använda socialsekreterare som har avlagt svensk socionomexamen eller annan relevant examen på grundnivå i högskolan eller som har sådan utbildning som erkänts av Socialstyrelsen enligt 6 b §.

Socialnämnden ansvarar för att den socialsekreterare som självständigt utför sådana arbetsuppgifter som avses i denna paragraf har för uppgiften tillräcklig erfarenhet. Saknar socialsekreteraren tillräcklig erfarenhet ska nämnden erbjuda denne lämplig introduktion och stöd i yrket under minst ett år.

6 b §

Socialnämnden får använda en socialsekreterare med utländsk examen för utförande av de uppgifter som anges i 6 a § om den

utländska utbildningen ensam eller tillsammans med yrkeslivserfarenhet kan jämföras med en svensk socionomexamen eller annan relevant examen på grundnivå i högskolan. Socialstyrelsen bedömer om kraven enligt första stycket är uppfyllda.

Regeringen meddelar de föreskrifter som behövs för verkställigheten av denna bestämmelse.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.
 2. En socialsekreterare som före ikraftträdandet av denna lag anställts för att utföra de uppgifter som anges i 6 a § första stycket ska till och med den 31 december 2018 anses behörig att utföra de angivna uppgifterna.

4 Förslag till lag om ändring i socialtjänstlagen (2001:453)

Härigenom föreskrivs att det i socialtjänstlagen (2001:453) ska införas två nya paragrafer, 3 kap. 3 a § och 3 b §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.

3 a §

För utförande av uppgifter inom socialtjänsten som innefattar

1. bedömning av om utredning ska inledas,

2. utredning och bedömning av behovet av insatser eller andra åtgärder, eller

3. uppföljning av beslutade insatser

är kommunen skyldig att använda socialsekreterare som har avlagt svensk socionomexamen eller annan relevant examen på grundnivå i högskolan eller som har sådan utbildning som erkänts av Socialstyrelsen enligt 3 b §.

Socialnämnden ansvarar för att den socialsekreterare som självständigt utför sådana arbetsuppgifter som avses i denna paragraf har för uppgiften tillräcklig erfarenhet. Saknar socialsekreteraren tillräcklig erfarenhet ska nämnden erbjuda denne lämplig introduktion och stöd i yrket under minst ett år.

3 b §

Socialnämnden får använda en socialsekreterare med utländsk examen för utförande av de uppgifter som anges i 3 a § om den utländska utbildningen ensam eller tillsammans med yrkeslivserfarenhet motsvarar en svensk socio-nomexamen eller annan relevant examen på grundnivå i högskolan. Socialstyrelsen bedömer om kraven enligt första stycket är uppfyllda.

Regeringen meddelar de föreskrifter som behövs för verkställigheten av denna bestämmelse.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.
 2. En socialsekreterare som före ikraftträdandet av denna lag anställts för att utföra de uppgifter som anges i 3 kap. 3 a § första stycket ska till och med den 31 december 2018 anses behörig att utföra de angivna uppgifterna.

5 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

Härigenom föreskrivs i fråga om patientsäkerhetslagen (2010:659) dels att 5 kap. 1 §, 10 kap. 6 och 8 §§ ska upphöra att gälla, dels att 1 kap. 1 §, 10 kap. 7 och 13 §§ ska ha följande lydelse, dels att det ska införas en ny paragraf, 4 kap. 6 a § av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 kap.

1 §

Denna lag syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet. I lagen finns bestämmelser om

- anmälan av verksamhet m.m. (2 kap.),
- vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete (3 kap.),
- behörighetsfrågor (4 kap.),
- *begränsningar i rätten för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder* (5 kap.),
- skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal m.fl. (6 kap.),
- Socialstyrelsens tillsyn (7 kap.),
- prövotid och återkallelse av legitimation m.m. (8 kap.),
- Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (9 kap.), och
- straffbestämmelser och överklagande m.m. (10 kap.).

Allmänna bestämmelser om mål och krav på hälso- och sjuk-

Denna lag syftar till att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet. I lagen finns bestämmelser om

- anmälan av verksamhet m.m. (2 kap.),
- vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete (3 kap.),
- behörighetsfrågor (4 kap.),
- skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal m.fl. (6 kap.),
- Socialstyrelsens tillsyn (7 kap.),
- prövotid och återkallelse av legitimation m.m. (8 kap.),
- Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (9 kap.), och
- straffbestämmelser och överklagande m.m. (10 kap.).

Allmänna bestämmelser om mål och krav på hälso- och sjuk-

vården och tandvården finns i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvårdslagen (1985:125).
 vården och tandvården finns i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvårdslagen (1985:125).

4 kap.*6 a §*

Vid marknadsföring av verksamhet får en i 1 § angiven yrkestitel (skyddad yrkestitel) eller en titel som kan förväxlas med dessa inte användas på ett sådant sätt att det oriktigt ger sken av att verksamheten utövas av någon som har legitimation för yrket.

10 kap.*7 §*

Till ansvar enligt någon av bestämmelserna i 3-6 §§ ska inte dömas, om gärningen är belagd med straff i annan lag.
 Till ansvar enligt någon av bestämmelserna i 3-5 §§ ska inte dömas, om gärningen är belagd med straff i annan lag.

13 §

Socialstyrelsens beslut får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol, om beslutet gäller

1. behörighet, rätt att använda en skyddad yrkestitel eller legitimation enligt 4 kap.,
2. föreläggande enligt 7 kap. 20 § andra stycket att lämna upplysningar, handlingar eller annat material,
3. föreläggande enligt 7 kap. 24 § att vidta rättelse,
4. förbud enligt 7 kap. 26, 27 eller 28 § att driva verksamhet, eller
5. förbud att utöva verksamhet enligt 8 § första stycket.

Andra beslut av Socialstyrelsen enligt denna lag får inte överklagas.

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2013.

6 Förslag till förordning om ett nationellt register över utövare av alternativa behandlingsformer

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

1 § Denna förordning innehåller bestämmelser om ett register för utövare av alternativa behandlingsformer och organisationer för sådana utövare.

2 § Organisationerna får efter ansökan delta i registret. Uppgifter om yrkesutövarna får, enligt vad som närmare framgår av denna förordning och föreskrifter som meddelats med stöd av förordningen, efter ansökan antecknas i ett register.

Registret ska föras med hjälp av automatiserad behandling.

3 § Konsumentverket ska föra registret, vara personuppgiftsansvarig för behandlingen av personuppgifter i registret och även i övrigt handlägga ärenden enligt denna förordning.

Förordningens förhållande till personuppgiftslagen

4 § Personuppgiftslagen (1998:204) gäller vid behandling av personuppgifter i registret, om inte annat följer av denna förordning eller föreskrifter som har meddelats med stöd av denna eller annars av 2 § personuppgiftslagen.

Registrets innehåll

5 § Registret ska innehålla uppgift om den registrerades

1. identitet,
2. yrkesverksamhet inom alternativa behandlingsformer och,
3. organisationstillhörighet inom detta område.

Tillgången till registret

6 § Innehållet i registret ska publiceras på Internet. Uppgifter om personnummer, samordningsnummer eller bostadsadress får dock inte publiceras på detta sätt.

Organisationers deltagande i registret

7 § En organisation, som är väletablerad och har som huvudändamål att organisera sådana yrkesutövare som avses i 1 § lagen (2012:xxx) om alternativa behandlingsformer, får efter ansökan godkännas att delta i registret, om organisationen har stadgar av vilka framgår att medlemmarna ska

1. ha tillräcklig utbildning och övrigt yrkeskunnande,
2. följa de riktlinjer för yrkesutövningen som organisationen har antagit,
3. inneha ansvarsförsäkring,
4. omfattas av organisationens skyldighet att pröva anmälningar om klagomål mot yrkesutövningen samt
5. kunna uteslutas ur organisationen.

En organisation som utgör en sammanslutning av sådana i första stycket angivna organisationer kan efter ansökan också godkännas att delta i registret, om den i tillämpliga delar uppfyller de där angivna villkoren.

8 § En organisation eller en sammanslutning av organisationer som godkänts att delta i registret är skyldig att snarast meddela registermyndigheten om en medlem, som är registrerad, inte längre uppfyller villkoren för att vara registrerad.

9 § Ett godkännande enligt 7 § får återkallas om villkoren för godkännandet inte längre uppfylls.

Registrering av utövare

10 § En yrkesutövare som är medlem i en organisation som godkänts enligt 7 § får efter ansökan registreras i registret.

11 § Den som av Socialstyrelsen meddelats förbud enligt 8 § lagen (2012:xx) om alternativa behandlingsformer får inte registreras så länge förbudet gäller.

12 § Den registrerade är skyldig att snarast informera registermyndigheten om sådana förhållanden som påverkar förutsättningarna för registreringen samt om uppgifterna i registret i något avseende behöver ändras.

- 13 § Den registrerade ska avföras från registret om
1. han eller hon inte längre uppfyller villkoren för registrering enligt 10 §,
 2. förbud enligt 8 § lagen (2012:xx) om alternativa behandlingsformer har meddelats för den registrerade,
 3. avgift inte betalas enligt 15 § eller
 4. han eller hon begär det.

14 § En registrerad som avförts från registret med stöd av 13 § denna lag får, om det beror på uteslutning från en organisation, inte registreras på nytt i registret förrän ett år efter beslutet om avregistrering.

Avgift

- 15 § Den som ansöker om godkännande eller registrering, ska betala en ansökningsavgift.
Den registrerade ska betala en årlig avgift.

Rättelse och skadestånd

16 § Bestämmelserna i personuppgiftslagen (1998:204) om rättelse och skadestånd gäller vid behandling av personuppgifter enligt denna förordning eller föreskrifter som har meddelats stöd av denna förordning.

Överklagande

- 17 § Beslut enligt 7, 9-11 och 13 §§ får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Beslut om rättelse eller om avslag på ansökan om information enligt 26 § personuppgiftslagen (1998:204) får också överklagas hos sådan domstol. Andra beslut enligt denna förordning får inte överklagas.
Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

Bemyndigande

- 18 § Konsumentverket får meddela ytterligare föreskrifter om
1. vilka uppgifter som registret närmare ska innehålla,
 2. villkoren för godkännande och registrering,
 3. avgift för godkännande och registrering.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2013.

7 Förslag till förordning om ändring i högskoleförordningen (1993:100)

Härigenom föreskrivs att bilaga 2 till högskoleförordningen (1993:100) ska ha följande lydelse.

Bilaga 2²
Examensordning

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

Tandhygienistexamen

Tandhygienistexamen

Omfattning

Omfattning

Tandhygienistexamen uppnås efter att studenten fullgjort kursfordringar om 120 högskolepoäng.

Tandhygienistexamen uppnås efter att studenten fullgjort kursfordringar om 180 högskolepoäng.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2012.

² Senaste lydelse 2010:542

8 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

Härigenom föreskrivs att 4 kap. 2 § och 6 kap. 2 § förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

4 kap.

2 §

Den legitimerade tandläkare som vill uppnå specialistkompetens *skall* ha utövat allmän tandläkarpraktik under minst två år efter att ha fått legitimation som tandläkare och *skall* därefter genomgå vidareutbildning under minst tre år för att förvärva de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som föreskrivits för den sökta specialistkompetensen. Specialistkompetensen *skall* förvärfvas genom tjänstgöring som tandläkare under handledning vid en klinik som godkänts av Socialstyrelsen och genom deltagande i kompletterande utbildning (specialiseringstjänstgöring).

De specialiteter inom vilka specialistkompetens kan uppnås är följande.

1. Pedodonti
2. Ortodonti
3. Parodontologi
4. Oral kirurgi

Den legitimerade tandläkare som vill uppnå specialistkompetens *ska* ha utövat allmän tandläkarpraktik under minst två år efter att ha fått legitimation som tandläkare och *ska* därefter genomgå vidareutbildning under minst tre år för att förvärva de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som föreskrivits för den sökta specialistkompetensen. Specialistkompetensen *ska* förvärfvas genom tjänstgöring som tandläkare under handledning vid en klinik som godkänts av Socialstyrelsen och genom deltagande i kompletterande utbildning (specialiseringstjänstgöring).

Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om indelning och benämning av de specialiteter inom vilka specialistkompetens kan uppnås samt om vad som ska krävas för att bevis om specialistkompetens. Meriter från utbildning på

- | | |
|---------------------------|---|
| 5. Endodonti | <i>forskarnivå får tillgodoräknas i</i> |
| 6. Oral protetik | <i>specialiseringstjänstgöringen.</i> |
| 7. Odontologisk radiologi | <i>Socialstyrelsen får meddela när-</i> |
| 8. Bettfysiologi | <i>mare föreskrifter om tillgodo-</i> |
| | <i>räknande av sådana meriter.</i> |

6 kap.**2 §**

Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om kompetenskrav för behörighet som kontaktlins-optiker.

Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om kompetenskrav för behörighet som kontaktlins-optiker *och för att få förordna läkemedel.*

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2012.

9 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1999:1134) om belastningsregister

Härigenom föreskrivs att det i förordningen (1999:1134) om belastningsregister ska införas en ny paragraf, 16 b §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

16 b §

Uppgifter ur belastningsregistret om brott mot 3 kap. brottsbalken, 4 kap. 1–5 §§ brottsbalken eller någon av dessa paragrafer jämte 4 kap. 10 § brottsbalken, 6 kap. brottsbalken, 8 kap. 5 eller 6 § brottsbalken eller någon av dessa paragrafer jämte 8 kap. 12 § brottsbalken, 13 kap. brottsbalken,

17 kap. 1 eller 2 § brottsbalken narkotikastrafflagen (1968:64) eller lagen (2000:1225) om straff för smuggling i fråga om narkotika,

lagen (1991:1969) om förbud mot vissa dopningsmedel ska lämnas ut om det begärs av Socialstyrelsen eller sådan landstingskommunal nämnd som i vissa fall beslutar om förordnande enligt 4 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2012.

10 Förslag till förordning om ändring i socialtjänstförordningen (2001:937)

Härigenom föreskrivs att det i socialtjänstförordningen (2001:937) ska införas två nya kapitel, kapitel 9 kap. och 10 kap., av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

9 kap. Utländsk utbildning som omfattas av avtalet om Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES-avtalet) eller avtalet mellan Europeiska gemenskapen och dess medlemsstater å ena sidan och Schweiz å andra sidan

1 §

En sökande som har utbildning som socionom eller annan relevant annan relevant examen på grundnivå i högskolan från ett annat EES-land än Sverige, eller från Schweiz, ska på ansökan få kompetensbevis här i landet om

1. den sökande har ett sådant utbildnings-, examens- eller behörighetsbevis över behörighetsgivande utbildning som följer av EES-avtalet eller av avtalet mellan Europeiska gemenskapen och dess medlemsstater å ena sidan och Schweiz å andra sidan, och

2. det yrke som sökanden avser att utöva här i landet och det yrke han eller hon är behörig för i ursprungsmedlemsstaten, är jämförbara yrkesverksamheter.

2 §

Ansökan om behörighetsbevis enligt 1 § görs hos Socialstyrelsen.

3 §

En yrkesutövare som avses i 1 § och som för första gången avser att temporärt och tillfälligt utöva yrket i Sverige ska skriftligen underrätta Socialstyrelsen om detta.

Om yrkesutövaren har för avsikt att ett senare år tillhandahålla temporära och tillfälliga tjänster här, ska en underrättelse om detta ske det året.

En underrättelse enligt denna bestämmelse ska anses innefatta även en ansökan om tidsbegränsad behörighet.

4 §

Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om vilka handlingar som ska bifogas en underrättelse enligt 3 §.

5 §

En yrkesutövare som har ansökt om behörighet enligt 3 § och som uppfyller villkoren för behörighet enligt 1 §, ska få en tidsbegränsad behörighet för yrket.

6 §

Socialstyrelsen ska se till att en sökande enligt 1 och 3 §§ får de upplysningar om svenska författningar som är nödvändiga för att utöva yrket.

Socialstyrelsen ska även i övrigt

på förfrågan från en yrkesutövare i ett EES-land eller i Schweiz som har för avsikt att etablera sig i Sverige lämna upplysningar om vad som gäller i fråga om självständig yrkesverksamhet inom socialtjänsten m.m. här i landet.

7 §

Socialstyrelsen ska vid prövning av ansökan om kompetensbevis eller behörighet enligt 1 eller 3 §§ ta hänsyn till den sökandes yrkeserfarenhet, vidareutbildning och fortbildning i yrket.

8 §

Ärenden om behörighet enligt föreskrifter som avses i 1 och 3 §§ ska handläggas skyndsamt. Socialstyrelsens beslut ska fattas inom tre månader från ansökningdagen. Om ansökan måste kompletteras eller om det finns andra särskilda skäl, får tidsfristen förlängas.

Socialstyrelsen ska om det behövs underrätta de behöriga myndigheterna i det eller de EES-länder eller i Schweiz där yrkesutövaren tidigare varit verksam om beslut om behörighet som meddelats enligt 1 och 3 §§.

9 §

Om en yrkesutövare med svensk behörighet som avses i 1 och 3 §§ även har motsvarande utbildnings-, examens- eller annat behörighetsbevis från ett annat EES-land än Sverige eller från

Schweiz och yrkesutövaren här i landet döms för brott i sin yrkesutövning eller får sin behörighet återkallad, ska Socialstyrelsen underrätta den behöriga hälso- och sjukvårdsmyndigheten i det andra landet om åtgärden och om skälen för åtgärden.

På begäran av en myndighet i ett annat EES-land eller i Schweiz, ska Socialstyrelsen skyndsamt lämna de upplysningar som kan behövas för prövning av behörighet i ett visst fall.

10 §

Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om behörighet som avses i 1 och 5 §§ samt om anpassningsperiod, lämplighetsprov och yrkesverksamhet i den utsträckning sådana krav enligt EES-avtalet eller avtalet mellan Europeiska gemenskapen och dess medlemsstater å ena sidan och Schweiz å andra sidan och som får ställas på en sökande.

11 §

Socialstyrelsen ska i den utsträckning det behövs för att fullgöra Sveriges förpliktelser enligt EES-avtalet eller avtalet mellan Europeiska gemenskapen och dess medlemsstater å ena sidan och Schweiz å andra sidan lämna de upplysningar och utfärda de intyg om behörighet, yrkesverksamhet och liknande förhållanden som yrkesutövare och behöriga hälso- och sjukvårdsmyndigheter i andra

EES-länder eller i Schweiz begär.

10 kap. Bestämmelser om annan utländsk utbildning

1 §

Den som har genomgått annan utbildning utomlands än som avses i 9 kap. 1 § ska på ansökan få behörighet att utöva vissa arbetsuppgifter inom socialtjänsten och verksamheter enligt LSS för vilket det finns bestämmelser om behörighet här i landet om den sökande

1. har genomgått den kompletterande utbildning och fullgjort den praktiska tjänstgöring som behövs för att kunskaperna och färdigheterna ska motsvara de svenska kraven,

2. har för yrket nödvändiga kunskaper i svenska författningar, och

3. har för yrket nödvändiga kunskaper i svenska, danska eller norska språket.

2 §

Ansökan om kompetensbevis enligt 1 § görs hos Socialstyrelsen.

3 §

Socialstyrelsen ska meddela ytterligare föreskrifter om kraven på utbildning, praktisk tjänstgöring, kunskaper i svenska författningar och språkkunskaper för dem som genomgått sådan utländsk utbildning som avses i 1 §.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2013.

11 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2009:607) med instruktion för Konsumentverket

Härigenom föreskrivs att 3 § förordningen (2009:607) med instruktion för Konsumentverket ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 §

Myndigheten ska därutöver

1. följa och analysera konsumenternas ställning på marknaderna samt vid behov vidta eller föreslå åtgärder,

2. med utbildning och information stödja kommunernas konsumentverksamhet i frågor som rör konsumentskydd och konsumentlagstiftning,

3. vara kontaktmyndighet för svenska myndigheters samarbete med myndigheter inom EES och med Europeiska gemenskapernas kommission i konsumentrelaterade frågor som rör informations-samhällets tjänster enligt lagen (2002:562) om elektronisk handel och andra informationssamhällets tjänster,

4. vara kontaktmyndighet enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 2006/2004 av den 27 oktober 2004 om samarbete mellan de nationella tillsynsmyndigheter som ansvarar för konsument-skyddslagstiftningen, *och*

5. fullgöra de uppgifter som en behörig myndighet har enligt samma förordning, i fråga om efterlevnaden av sådana regler som myndigheten har tillsyn över.

4. vara kontaktmyndighet enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 2006/2004 av den 27 oktober 2004 om samarbete mellan de nationella tillsynsmyndigheter som ansvarar för konsument-skyddslagstiftningen,

5. fullgöra de uppgifter som en behörig myndighet har enligt samma förordning, i fråga om efterlevnaden av sådana regler som myndigheten har tillsyn över, *och*

6. vara ansvarig myndighet enligt förordningen om ett register över utövare av alternativa be-handlingsformer (2010:xxx)

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2013.

12 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen

Härigenom föreskrivs att 14 och 21 §§ förordningen (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

14 §

Nationella rådet för specialiseringstjänstgöring har till uppgift att

- bistå Socialstyrelsen med att dela in och benämna de specialiteter inom vilka specialistkompetens kan uppnås samt med att avgöra vad som ska krävas för att få bevis om specialistkompetens,
- bistå Socialstyrelsen med att utarbeta målbeskrivningar som avses i 4 kap. 3 § förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område,
- stödja sjukvårdshuvudmännen för att uppnå hög kvalitet i specialiseringstjänstgöringen,
- främja utbildning av handledare inom specialiseringstjänstgöringen,
- följa upp kvaliteten i specialiseringstjänstgöringen, samt
- utarbeta kriterier för utbildande enheter för att säkerställa att verksamheten har den bredd och inriktning som behövs för att erbjuda specialiseringstjänstgöring av hög kvalitet.

Rådet ska vidare bistå Socialstyrelsen i frågor om enskilda läkares kompetens i förhållande till fastställda målbeskrivningar.

Rådet består av en ordförande och sju andra ledamöter.

Rådet ska vidare bistå Socialstyrelsen i frågor om enskilda läkares *och tandläkares* kompetens i förhållande till fastställda målbeskrivningar.

Om Socialstyrelsen bestämmer det, får rådet även fullgöra andra uppgifter.

Rådet består av en ordförande och sju andra ledamöter *för frågor om läkarnas specialiseringstjänstgöring och en ordförande och fem andra ledamöter för frågor om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring.*

21 §

Nationella rådet för specialiseringstjänstgöring utses av regeringen för en bestämd tid. Minst en av ledamöterna ska utses på förslag av Socialstyrelsen, minst en på förslag av Sveriges Kommuner och Landsting, minst en på förslag av Svenska Läkaresällskapet, minst en på förslag av Sveriges läkarförbund och minst en från universitet och högskolor på förslag av Högskoleverket.

Nationella rådet för specialiseringstjänstgöring utses av regeringen för en bestämd tid. *För frågor om läkarnas specialiseringstjänstgöring ska minst en av ledamöterna utses på förslag av Socialstyrelsen, minst en på förslag av Sveriges Kommuner och Landsting, minst en på förslag av Svenska Läkaresällskapet, minst en på förslag av Sveriges läkarförbund och minst en från universitet och högskolor på förslag av Högskoleverket. För frågor om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring ska minst en av ledamöterna utses på förslag av Socialstyrelsen, minst en på förslag av Sveriges Kommuner och Landsting, minst en på förslag av företrädare för professionen och minst en från universitet och högskolor på förslag av Högskoleverket.*

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2011.

1 Uppdraget och dess genomförande

1.1 Utredningens direktiv

Utredningen ska enligt sina direktiv bedöma om ytterligare yrkesgrupper bör regleras inom hälso- och sjukvården och i så fall lämna förslag på hur regleringen ska se ut. Förslagen ska utgå från den grundlagsfästa principen om näringsfrihet samt bygga på de principer som i dag ligger till grund för legitimation och annan behörighet för hälso- och sjukvårdsyrkena. Utredningen ska också se över frågan om optikernas arbetsuppgifter och överväga om systemet med särskilt förordnande att utöva yrke inom hälso- och sjukvården är ändamålsenligt. I uppdraget ingår även att utreda och lämna förslag på åtgärder som ska syfta till att fler sjuksköterskor specialistutbildas.

Utredningen ska också göra en översyn av bestämmelserna i 4 kap. lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) om begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder och överväga om bestämmelserna om skyddad yrkestitel inom hälso- och sjukvården är ändamålsenligt. Utgångspunkten för översynen och de förslag som lämnas ska vara att det ska bli tydligare för allmänheten vad som räknas till hälso- och sjukvård och vad som inte räknas dit. I denna del av uppdraget ingår att utreda behovet av samt förutsättningarna för en tillsyn över den verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära och som av allmänheten lätt kan förväxlas med hälso- och sjukvård och om behov finns lämna förslag till hur en sådan tillsyn bör vara utformad.

Utredningen ska också utreda och lämna förslag till hur tandläkarnas specialisttjänstgöring bör regleras och överväga tandhygienistutbildningens innehåll och omfattning.

Utredningen ska enligt direktiven kartlägga och analysera behovet av samt förutsättningarna för en behörighetsreglering beträffande

utförandet av vissa typer av handläggning, inklusive utredning och beslut som rör enskilda inom socialtjänsten som utförs för socialnämndens räkning. I analysen ska, utöver frågan om behovet av rättssäkerhet och kvalitet för klienten, särskilt frågan om det politiska beslutsfattandet inom socialtjänsten beaktas samt konsekvenserna av en behörighetsreglering inom socialtjänsten vad gäller tillgång till personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Direktiven finns i sin helhet i bilaga 1.

1.2 Utredningens arbete

Under utredningens gång har vi hållit ett stort antal möten med representanter för olika yrkesgrupper. Representanter för utredningen har också deltagit i ett antal konferenser och gjort flera studiebesök. I bilaga 2 finns en förteckning över möten, konferenser och besök.

Utredningen har haft 11 möten med experterna varav ett i internatform. En referensgrupp med representanter för berörda fackliga organisationer och arbetsgivarorganisationer har bistått utredningen och deltagit vid två möten, se bilaga 3. Vi har genomfört åtta hearingar. Till två av dessa bjöd vi in brukar- och patientorganisationer och i en deltog organisationer för utövare av alternativa behandlingsformer. I arbetet med den del av uppdraget som avser specialistsjuksköterskor ordnade vi fyra hearingar tillsammans med Högskoleverket och en tillsammans med både Högskoleverket och Sveriges Kommuner och Landsting. Deltagarna vid dessa hearingar finns upptagna i bilaga 4.

1.3 Betänkandets disposition

I de två inledande kapitlen finns en beskrivning av nuvarande förhållanden och gällande rätt samt utgångspunkterna för uppdraget. Betänkandet är sedan uppdelat i fyra olika delar. I del I behandlas behörighetsfrågor inom hälso- och sjukvården, i del II specialistsjuksköterskor, i del III verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära, i del IV utbildningsfrågor och i del V behörighet inom socialtjänsten.

1.4 En ny patientsäkerhetslag

Riksdagen fattade den 16 juni 2010 beslut om en patientsäkerhetslag som ersätter lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS). Den nya lagen ska träda ikraft den 1 januari 2011.

Genom den nya lagen införs bestämmelser om systematiskt patientsäkerhetsarbete och ett reformerat ansvarssystem inom hälso- och sjukvården. Disciplinpåföljderna varning och erinran ersätts av en utökad klagomålshantering hos Socialstyrelsen med en möjlighet att rikta kritik mot yrkesutövare. Vidare utökas möjligheterna att tillgripa skyddsåtgärden provotid. Bestämmelserna om återkallelse av legitimation och annan behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården förändras, bl.a. på så sätt att det tydliggörs att även allvarlig brottslighet utan samband med yrkesutövningen ska kunna utgöra grund för återkallelse. Apotekspersonal blir också skyldig att anmäla till Socialstyrelsen om en läkares eller tandläkares förskrivning av exempelvis narkotiska läkemedel eller andra särskilda läkemedel skäligen kan befaras stå i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet. I princip samtliga bestämmelser i LYHS som inte påverkas av något särskilt förslag förs i sak oförändrade över till den nya lagen.

I betänkandet har vi vid beskrivningen av gällande rätt utgått från patientsäkerhetslagen. Bestämmelserna i den lagen överensstämmer när det gäller de frågor som varit aktuella i vårt arbete i stort sett helt med regleringen enligt LYHS. De förändringar som skett är redaktionella och att kapitel och paragrafer fått andra nummer. Någon förordning har dock ännu inte utfärdats med stöd av patientsäkerhetslagen och vi har därför när det gäller den delen av regleringen utgått från förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

2 Gällande rätt

I kapitlet redovisar vi översiktligt gällande regelverk inom hälso- och sjukvårdsområdet (avsnitt 2.1) och socialtjänstområdet (avsnitt 2.2). De internationella överenskommelser som berör utredningens uppdrag redovisas i avsnitt 2.3. Framställningen fokuserar på den utifrån utredningens uppdrag mest relevanta lagstiftningen. I senare kapitel kommer vissa bestämmelser presenteras vi mera utförligt i samband med behandlingen av specifika frågor.

2.1 Hälso- och sjukvård

Det hälso- och sjukvårdsrättsliga regelverket är omfattande. Förutom ett flertal lagar och förordningar finns en rad föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen och andra myndigheter som berör hälso- och sjukvården. Gällande lagstiftning kan något översiktligt indelas i dels lagar och av mer generell karaktär, dels lagar som reglerar mer specifika områden inom hälso- och sjukvården. Till den första kategorin hör patientsäkerhetslagen som ersätter lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) från den 1 januari 2011, hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL), patientdatalagen (2008:355) samt tandvårdslagen (1985:125). Till den andra kategorin hör t.ex. lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1993:584) om medicintekniska produkter och läkemedelslagen (1992:859). Det finns också några förordningar som är av betydelse för vårt uppdrag, t.ex. förordningen (1998:1518) om behörighet till vissa anställningar inom hälso- och sjukvården m.m. och förordningen (1998:1519) om behörighet till vissa anställningar inom folktandvården m.m.

2.1.1 Hälso- och sjukvårdslagen

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) innehåller de grundläggande bestämmelserna för hur hälso- och sjukvården ska vara utformad och de mål som gäller för verksamheten. Lagen anger de övergripande nationella målen för hälso- och sjukvården och vilka krav som kan ställas på denna.

Med hälso- och sjukvård avses enligt HSL åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna. För tandvård finns särskilda bestämmelser. Målet för all hälso- och sjukvård är enligt HSL en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Med god vård avses bl.a. att vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patienternas behov av trygghet i vården och behandlingen. För att uppnå målet om en god vård ställer samhället olika krav på hälso- och sjukvården. Kraven avser såväl hälso- och sjukvårdens organisation i olika avseenden som en återkommande och systematisk kvalitetssäkring av verksamheten. Det framgår t.ex. att ledningsstrukturen inom hälso- och sjukvården ska tillgodose hög patientsäkerhet, god kvalitet i vården och främja kostnadseffektivitet inom ett visst verksamhetsområde. Vidare framgår bl.a. att det inom hälso- och sjukvård ska finnas en tydligt utpekad person som svarar för den löpande verksamheten – verksamhetschef. Denna person har ett särskilt ansvar i förhållande till patienter, anhöriga och tillsynsmyndigheten och ska besvara frågor kring verksamheten.¹

2.1.2 Tandvårdslagen

Tandvårdslagen innehåller de grundläggande bestämmelserna för hur tandvården ska vara utformad och de mål som gäller för verksamheten. Lagen anger de övergripande nationella målen för tandvården och vilka krav som kan ställas på denna.

Med tandvård avses enligt lagen åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan. Målet för all tandvård är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Tandvården ska bedrivas så att den uppfyller kravet på en god tandvård. Med god tandvård avses bl.a. att den ska vara av

¹ Prop. 1995/96:176 s. 57.

god kvalitet med en god hygienisk standard och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder och tillgodose patienternas behov av trygghet i vården och behandlingen.

2.1.3 Patientsäkerhetslagen

Patientsäkerhetslagen träder i kraft den 1 januari 2011 och ersätter lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS).

Den nya lagen innehåller bestämmelser om att vårdgivare ska bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Den innebär också ett reformerat ansvarssystem inom hälso- och sjukvården. De tidigare disciplinpåföljderna varning och erinran ersätts av en utökad klagomålshantering hos Socialstyrelsen med en möjlighet att rikta kritik mot yrkesutövare. Utökade möjligheter att använda skyddsåtgärden prövotid införs och i ett sådant beslut ska det kunna fastställas en prövotidsplan som den legitimerade ska följa. Bestämmelserna om återkallelse av legitimation och annan behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården förändras, bl.a. på så sätt att det tydliggörs att även allvarlig brottslighet utan samband med yrkesutövningen ska kunna utgöra grund för återkallelse.

Tillämpningsområde

Patientsäkerhetslagen innehåller bestämmelser om anmälan av verksamhet m.m., vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, behörighetsfrågor, begränsningar i rätten för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder, skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal m.fl., Socialstyrelsens tillsyn, prövotid och återkallelse av legitimation m.m., Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, och straffbestämmelser.

I det inledande kapitlet anges lagens syfte och innehåll. Vidare definieras vad som i lagen avses med begreppen hälso- och sjukvård, vårdgivare, hälso- och sjukvårdspersonal, vårdskada och patientsäkerhet.

När det gäller definitionen av hälso- och sjukvård görs en hänvisning till sådan verksamhet som omfattas av HSL, tandvårdslagen, lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar, lagen (1996:1152) om handel med läkemedel m.m. samt lagen (2007:1455) om detalj-

handel med nikotinläkemedel. Hänvisningen till HSL innebär enligt förarbetena inte att den lagen blir tillämplig på alla personer som vidtar hälso- och sjukvårdande åtgärder. HSL riktar sig främst till sjukvårdshuvudmännen. Vidare anges i förarbetena t.ex. att de allmänna kraven på hälso- och sjukvården som anges i HSL inte är tillämpliga på alternativmedicinska yrkesutövare.² Dessutom anges att sådan verksamhet inte utgör hälso- och sjukvård och därmed inte heller kan omfattas av Socialstyrelsens tillsyn annat än i den begränsade omfattning som anges i 10 kap. 8 §. Myndigheten har dock en skyldighet att vidta åtgärder för att vinna rättelse om man får kännedom om att någon som inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen har brutit mot de förbud mot behandling som finns i 5 kap. 1 §.

Vårdgivare

Med vårdgivare avses statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård. Med vårdgivare avses dock inte alternativmedicinska utövare.³ Den som avser att bedriva sådan verksamhet som avses i lagen ska anmäla detta till Socialstyrelsen.

Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls. Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador och utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Patienterna och deras närstående ska ges möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet.

Vårdgivaren ska till Socialstyrelsen anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. En vårdgivare ska snarast anmäla till Socialstyrelsen om det finns skälig anledning att befara att en person, som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården och som är verksam eller har varit verksam hos vårdgivaren, kan utgöra en fara för patientsäkerheten.

² Prop. 1997/98:109 s. 148.

³ a. prop. s. 167.

Hälso- och sjukvårdspersonal

Följande yrkesutövare utgör hälso- och sjukvårdspersonal.

- den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården,
- personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter,
- den som i annat fall vid hälso- och sjukvård biträder en legitimerad yrkesutövare,
- apotekspersonal som tillverkar eller expedierar läkemedel eller lämnar råd och upplysningar,
- personal vid Giftinformationscentralen som lämnar råd och upplysningar,
- personal vid larmcentral och sjukvårdsrådgivning som förmedlar hjälp eller lämnar råd och upplysningar till vårdsökande, och
- den som i annat fall enligt föreskrifter som har meddelats i anslutning till lagen tillhandahåller tjänster inom ett yrke under ett tillfälligt besök i Sverige utan att ha svensk legitimation för yrket.

Hälso- och sjukvårdspersonal omfattas i sitt arbete av särskilda bestämmelserna om skyldigheter och ansvar, se nedan.

Hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter

Bestämmelser som innefattar skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonalen i yrkesverksamheten finns såväl i patientsäkerhetslagen som i andra lagar samt i förordningar och myndighetsföreskrifter.

I 6 kap. anges hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter. Av grundläggande betydelse är bestämmelsen att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Begreppet ”vetenskap och beprövad erfarenhet” är centralt i ansvarshänseende och ett agerande i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet kan vara ansvarsgrundande enligt bestämmelser i 8 kap. Mot bakgrund av att den medicinska vetenskapen befinner sig i ständig utveckling finns det ingen exakt definition av begreppet.

Kravet på att agera i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet är emellertid inte absolut. Under vissa omständigheter har det i rättspraxis t.ex. ansetts tillåtet att i undantagssituationer tillgripa alternativmedicinska behandlingsmetoder när alla vanliga etablerade metoder har provats och uttömts, behandlingen är riskfri samt

patienten själv önskar den aktuella behandlingen. En förutsättning är dock att den alternativa metoden används i en omfattning och under former som kan godtas.⁴

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar för patienternas rätt till information och att de ges möjlighet att under vissa förutsättningar välja behandlingsmetod samt vad personalen ska iaktta vid dödsfall och vid utfärdande av intyg regleras också i 6 kap. Där finns även bestämmelser om hälso- och sjukvårdspersonalens möjlighet att delegera medicinska arbetsuppgifter samt skyldighet att rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en sådan skada till vårdgivaren. Vidare regleras hälso- och sjukvårdspersonalens tystnadsplikt och uppgiftsskyldighet. Regleringen om tystnadsplikt gäller endast inom enskilt bedriven hälso- och sjukvård. För offentligt bedriven sådan vård finns motsvarande bestämmelse i sekretesslagen (2009:400).

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen har ett eget ansvar för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. Detta brukar kallas det medicinska yrkesansvaret.⁵

Behörighets- och legitimationsregler

Bakgrund

För att garantera en viss kunskapsnivå och sådana personliga egenskaper hos yrkesutövaren att denne är förtjänt av allmänhetens och myndigheternas förtroende har det sedan lång tid tillbaka funnits en särskild reglering i fråga om behörigheten att utöva yrken inom hälso- och sjukvården. Regleringen finns i 4 kap. Förutom vissa ändringar i legitimationsreglerna och reglerna om skyddad yrkestitel, bygger bestämmelserna väsentligen på tidigare gällande bestämmelser i LYHS och på förslagen från 1994 års behörighetskommitté.⁶ Detaljerade föreskrifter finns vidare i förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (FYHS).

Endast den som genomgått viss utbildning och som, i vissa fall, fullgjort praktisk tjänstgöring kan efter ansökan få legitimation för visst yrke. I 4 kap. finns förutom bestämmelser om legitimation också bestämmelser om ensamrätt till yrke, skyddad yrkestitel, kompetens som Europaläkare och specialistkompetens.

⁴ Se bl.a. Regeringsrättens avgörande RÅ 1998 ref. 41 I och II.

⁵ Prop. 1993/94:149 s. 67.

⁶ Legitimation och skyddad yrkestitel (Ds 2004:28) och prop. 2005/06:43.

Legitimation

Det viktigaste kompetensbeviset inom hälso- och sjukvården är legitimationen. Legitimationen är en personlig behörighet och ett uttryck för att den legitimerade står under samhällets tillsyn och har godkänts för yrkesverksamhet inom det område som legitimationen avser.

För närvarande finns det 21 yrkesgrupper som kan erhålla legitimation. Dessa är apotekare, arbetsterapeut, audionom, barnmorska, biomedicinsk analytiker, dietist, kiropraktor, logoped, läkare, naprapat, optiker, ortopedingenjör, psykolog, psykoterapeut, receptarie, röntgensjuksköterska, sjukgymnast, sjukhusfysiker, sjuksköterska, tandhygienist samt tandläkare.

I förarbetena till LYHS framhöll regeringen att rätten till legitimation ska förbehållas sådana grupper av yrkesutövare som har en självständig yrkesfunktion med kvalificerade arbetsuppgifter och ett särskilt ansvar för patienternas säkerhet i vården. Det ska också vara fråga om grupper som i inte oväsentlig utsträckning vänder sig direkt till allmänheten, t.ex. i egenskap av fria yrkesutövare. Det betonades att patientsäkerheten måste vara överordnad övriga kriterier när det gäller bedömningen av om ett yrke ska omfattas av bestämmelserna om legitimation. Yrkesrollens innehåll, aktuell utbildningsnivån och rådande internationella förhållanden är väsentliga vid bedömningen då en sammanvägning av samtliga omständigheter måste göras.⁷

Av bestämmelserna framgår vilka förutsättningar som enligt huvudregeln ska vara uppfyllda för att legitimation ska utfärdas. I särskilda fall kan legitimation utfärdas om någon på annat sätt förvärvat motsvarande kompetens.

Frågor om meddelande av legitimation m.m. prövas av Socialstyrelsen. Prövningen av en ansökan om legitimation avser dels om den sökande uppfyller de fastlagda kraven på utbildning och i förekommande fall fullgjord praktik för yrket i fråga, dels att förhållandena inte är sådana att legitimationen skulle ha återkallats enligt bestämmelserna i 8 kap. om sökanden hade varit legitimerad. Sådana omständigheter är t.ex. om den legitimerade varit grovt oskicklig vid utövning av sitt yrke, i eller utanför yrkesutövning gjort sig skyldig till ett allvarligt brott som är ägnat att påverka förtroendet för honom eller henne eller på annat sätt visat sig uppenbart olämplig att utöva yrket eller på grund av sjukdom eller någon liknande

⁷ Prop. 1997/98:109 s. 80 ff.

omständighet inte kan utöva yrket tillfredsställande. I övrigt gör Socialstyrelsen i princip ingen kvalitets- eller lämplighetsbedömning av en yrkesutövare i samband med att legitimation meddelas.

Med erhållen legitimation och därav följande status som hälso- och sjukvårdspersonal följer vissa skyldigheter i yrkesutövningen enligt patientsäkerhetslagen men också enligt annan lagstiftning, t.ex. journalföringsplikt enligt patientdatalagen.⁸ Legitimerade yrkesutövare är vidare, i den mån de anses bedriva hälso- och sjukvård, befriade från att betala mervärdesskatt.⁹

Ensamrätt till yrke

Apotekare, barnmorskor, läkare, receptarier och tandläkare är de enda yrkesgrupperna inom hälso- och sjukvården som har ensamrätt till sina respektive yrken. En sådan ensamrätt innebär att bara den som har legitimation får utöva yrket och att obehörigen utöva tandläkaryrket är straffbelagt liksom att utöva läkaryrket för den läkare vars legitimation har återkallats eller behörighet annars har upphört.

Skyddad yrkestitel m.m.

Samtliga legitimationsyrken har s.k. skyddad yrkestitel, vilket innebär att yrkestiteln bara får användas av den som har legitimation för yrket eller genomgår föreskriven praktisk tjänstgöring. Den som saknar behörighet att använda en skyddad yrkestitel får inte heller i yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område använda sig av en titel som kan förväxlas med en skyddad yrkestitel. Till bestämmelsen är en ansvarsbestämmelse knuten.

En legitimerad läkare som genomgått av regeringen föreskriven praktisk utbildning har rätt att efter ansökan få kompetens som allmänpraktiserande läkare, s.k. Europaläkarkompetens. Detta är en skyddad beteckning för Europaläkare.

Läkare och tandläkare kan efter vidareutbildning ansöka om bevis om specialistkompetens. Sjuksköterskor som har en specialistsjuksköterskeexamen får använda en titel som motsvaras av en sådan examen.

⁸ 3 § patientdatalagen (2008:355).

⁹ 3 kap 3 och 4 §§ mervärdesskattelagen (1994:200, ML).

Begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder

Såsom anförts tidigare (se ovan under avsnitt 2.3.4) finns i Sverige ett grundlagsskydd för yrkes- och näringsfriheten som får begränsas endast för att skydda angelägna allmänna intressen.¹⁰ Huvudregeln är således att det är tillåtet för vem som helst att oavsett kompetens vara verksam på hälso- och sjukvårdens område. I 5 kap. patient-säkerhetslagen anges i huvudsak de undantag från regeln om näringsfrihet som finns beträffande hälso- och sjukvårdsverksamhet. I kapitlet begränsas rätten för annan än den som är hälso- och sjukvårdspersonal att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder. Bestämmelserna motsvarar i allt väsentligt de regler som tidigare fanns i den s.k. kvacksalverilagen.¹¹

Bestämmelserna gäller endast den som inte är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal samt endast vid yrkesmässig verksamhet. Det förbjudna området anges till undersökning av någon annans hälsotillstånd eller behandling av någon annan för sjukdom eller därmed jämförligt tillstånd genom att vidta eller föreskriva någon av följande åtgärder i förebyggande, botande eller lindrande syfte:

1. behandla sådana smittsamma sjukdomar som enligt smittskyddslagen (2004:168) är anmälningsskyldiga sjukdomar,
2. behandla cancer och andra elakartade svulster, diabetes, epilepsi eller sjukliga tillstånd i samband med havandeskap eller förlossning,
3. undersöka eller behandla någon annan under allmän bedövning eller under lokal bedövning genom injektion av bedövningsmedel eller under hypnos,
4. behandla någon annan med radiologiska metoder,
5. utan personlig undersökning av den som sökt honom eller henne, lämna skriftliga råd eller anvisningar för behandling,
6. undersöka eller behandla barn under åtta år eller
7. prova ut kontaktlinser

¹⁰ 2 kap. 20 § RF.

¹¹ Lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Bestämmelserna kompletteras av en straffbestämmelse. Enligt 10 kap. 6 § döms den som bryter mot någon av bestämmelserna i 5 kap. 1 § 1–7 eller som under utövning av verksamhet som sägs i 5 kap. 1 § uppsåtligen eller av oaktsamhet tillfogar den undersökte eller behandlade en skada, som inte är ringa, eller framkallar fara för sådan skada, till böter eller fängelse i högst ett år. Detta gäller oavsett om skadan eller faran orsakats av olämplig behandling eller genom avbrott i eller dröjsmål med läkarvård. Vidare anges att den omständigheten att någon på grund av brist i utbildning och erfarenhet inte kunnat inse sjukdomens natur eller förutse skadan eller faran inte befriar honom eller henne från ansvar. Förutom nämnda straffbestämmelse ges i 10 kap. 8 § en möjlighet för Socialstyrelsen att meddela den som gjort sig skyldig till ett sådant brott förbud att under viss tid eller för alltid utöva verksamhet som anges i 5 kap. Ett sådant förbud får förenas med vite.

Socialstyrelsens tillsyn m.m.

Tillsynens omfattning

Bestämmelser om Socialstyrelsens tillsyn finns samlade i 7 kap. Av 1 § framgår att hälso- och sjukvården och dess personal står under tillsyn av Socialstyrelsen. För tillsyn över hälso- och sjukvård inom Försvarsmakten finns särskilda bestämmelser. Tillsynen omfattar både verksamhetstillsyn och individtillsyn. Vad som är att betrakta som hälso- och sjukvård framgår av definitionen i 1 kap. 2 § samt 1 § HSL. Tillsynen omfattar både sjukdomsförebyggande åtgärder och den direkt sjukvårdande verksamheten. Till hälso- och sjukvården räknas bl.a. även tandvården och viss annan verksamhet som definitionsmässigt inte är att betrakta som hälso- och sjukvård.

Tillsynen ska främst inriktas på granskning av att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter. Inom ramen för tillsynen ska Socialstyrelsen

1. lämna råd och ge vägledning,
2. kontrollera att brister och missförhållanden avhjälps,
3. förmedla kunskap och erfarenheter som erhålls genom tillsynen och
4. informera och ge råd till allmänheten.

Socialstyrelsen ska även utöva tillsyn över säkerheten vid sjukvårdsinrättningar där det bedrivs bl.a. psykiatrisk tvångsvård. Inom sådan

verksamhet ska Socialstyrelsen granska andra aspekter på säkerhet än de som traditionellt har varit föremål för tillsynens intresse, t.ex. skydd mot fritagningsförsök.¹²

Vårdgivare ska under vissa förutsättningar anmäla brister i vården till Socialstyrelsen. Anmälningsskyldigheten brukar benämnas Lex Maria.

Socialstyrelsen ska efter anmälan pröva klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal och avgöra dessa genom beslut. Myndigheten får i beslut uttala sig om huruvida en åtgärd eller underlåtenhet av vårdgivare eller hälso- och sjukvårdspersonal strider mot lag eller annan föreskrift eller är olämplig med hänsyn till patient-säkerheten.

Befogenheter och skyldigheter

Socialstyrelsen har i sin tillsynsverksamhet vissa befogenheter och skyldigheter. Grundläggande är att all verksamhet och all personal som omfattas av tillsynen på begäran är skyldiga att lämna de upplysningar och det material som rör verksamheten som myndigheten behöver för sin tillsyn. Föreläggande med vite får meddelas och Socialstyrelsen har rätt att inspektera såväl verksamhet som yrkesutövning samt att tillfälligt omhänderta handlingar m.m. Polisassistans får användas för att kunna genomföra en inspektion.

Socialstyrelsen ska vidta åtgärder för att vinna rättelse om myndigheten får kännedom om att någon har brutit mot en bestämmelse som gäller verksamhet som står under myndighetens tillsyn. Om det behövs ska anmälan till åtal göras. Detta gäller även när någon som inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen har brutit mot de förbud mot behandling som finns i 5 kap. 1 §.

Socialstyrelsen har förhållandevis långtgående möjligheter att vidta åtgärder för att säkerställa säkerheten för patienter och i vissa fall säkerheten för andra. Myndigheten får förelägga en vårdgivare att avhjälpa missförhållanden och ett sådant föreläggandet får kombineras med vite. Som en yttersta patientsäkerhetsåtgärd får Socialstyrelsen förbjuda verksamhet.¹³ Om en vårdgivare inte fullgör sina skyldigheter beträffande systematiskt patientsäkerhetsarbete och det finns skäl att befara att det finns risk för patientsäkerheten eller för andra

¹² Prop. 2005/06:63.

¹³ Prop. 1995/96:176 innehåller en detaljerad genomgång av Socialstyrelsens befogenheter, skyldigheter och sanktionsmöjligheter i tillsynsverksamheten.

ska, Socialstyrelsen utfärda ett föreläggande vid vite att fullgöra skyldigheterna.¹⁴

Bestämmelser om åtgärder som kan vidtas mot hälso- och sjukvårdspersonalen återfinns i 8 kap. Regleringen avser bl.a. provotid, återkallelse av legitimation och begränsning av förskrivningsrätt. Om Socialstyrelsen anser att det finns skäl att vidta sådana åtgärder, ska myndigheten anmäla det till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).

2.1.4 Förordningen om behörighet till vissa anställningar inom hälso- och sjukvården m.m.

Förordningen innehåller bestämmelser om behörighet till vissa anställningar inom landstingens hälso- och sjukvård och om hur sådana anställningar ska ske. Regleringen avser även den hälso- och sjukvård som kommunerna bedriver.

För anställning som läkare för allmäntjänstgöring krävs läkarexamen och för anställning som läkare för specialiseringstjänstgöring krävs legitimation som läkare. Annan anställning som läkare än för allmän- eller specialiseringstjänstgöring kräver specialistkompetens eller kompetens som allmänpraktiserande läkare (Europaläkare). Socialstyrelsen kan om särskilda skäl föreligger medge undantag från den bestämmelsen. Vid anställning av vikarie för läkare kan myndigheten medge att annan person anställs om denne i huvudsak bedöms kunna fullgöra uppgifterna.

Behörig till anställning som barnmorska, psykolog, psykoterapeut, sjukgymnast, sjukhusfysiker eller sjuksköterska är den som har legitimation för yrket. En psykolog är behörig även då han eller hon genomgår föreskriven praktisk tjänstgöring som krävs för legitimation. Socialstyrelsen kan medge undantag vid anställning av vikarie.

I förordningen finns bestämmelser om hur tjänster som läkare ska kungöras och tillsättas.

¹⁴ Prop. 2009/10:210 s. 140 f.

2.1.5 Förordningen om behörighet till vissa anställningar inom folktandvården m.m.

Förordningen innehåller bestämmelser om behörighet till vissa anställningar inom folktandvården och om hur sådana anställningar ska ske. Behörig till anställning som tandläkare under specialiserings-tjänstgöring är den som har legitimation som tandläkare och har utövat allmän tandläkarpraktik under minst två år. Det finns även bestämmelser om anställningstid för sådan tjänstgöring och om anställning av chef vid en enhet för specialisttandvård.

2.2 Socialtjänst

Socialtjänsten regleras i huvudsak i socialtjänstlagen (2001:453). Bestämmelser om tvångsvård finns i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ger rätt till vissa särskilt angivna insatser för personer med omfattande och varaktiga funktionsnedsättningar.

2.2.1 Socialtjänstlagen

I lagen slås fast att samhällets socialtjänst på demokratins och solidaritetens grund ska främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Socialtjänsten ska vidare, under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser. Verksamheten ska bygga på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet.

Insatser

Insatser inom socialtjänsten ska vara av god kvalitet. För utförande av socialnämndens uppgifter ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

Socialnämndens insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med honom eller henne och vid behov i sam-

verkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar. När en åtgärd rör ett barn ska barnets inställning så långt det är möjligt klarläggas. Hänsyn ska tas till barnets vilja med beaktande av dess ålder och mognad.

Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt. Med försörjning avses medel för att klara mat, hyra och andra levnadsomkostnader. Livsföring i övrigt omfattar allt annat som har betydelse när det gäller att bedöma om en människa har en skälig levnadsnivå. Valet av åtgärder kommer här att bero på förhållandena i det enskilda fallet. Bistånd kan således ges genom stöd och hjälp i hemmet, förordnande av en kontaktperson, beredande av vård i familjehem eller i hem för vård eller boende, anvisande av plats i ett servicehus etc.

Det finns särskilda bestämmelser för olika grupper – barn och unga, äldre människor, människor med funktionsnedsättning, missbrukare, anhängigvårdare och brottsoffer.

Handläggning

Socialnämnden ska utan dröjsmål inleda utredning av det som har kommit till nämndens kännedom och som kan föranleda en åtgärd av nämnden. När det gäller en utredning av om nämnden behöver ingripa till ett barns skydd eller stöd finns särskilda föreskrifter som gör det möjligt för nämnden att ta de kontakter som behövs och i samband därmed lämna ut annars sekretessbelagda uppgifter. Utredningen ska i sådana fall bedrivas skyndsamt och vara klar inom fyra månader. När någon behöver vårdas i ett hem för vård eller boende eller i ett familjehem, ska en plan (s.k. vårdplan) upprättas för den vård som socialnämnden avser att anordna. För barn och unga ska en plan (s.k. genomförandeplan) upprättas över hur vården ska genomföras för de barn och unga som vårdas i ett hem för vård eller boende eller i ett familjehem.

Handläggning av ärenden rörande enskilda samt genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling ska dokumenteras. Förvaltningslagens bestämmelser om rätt att meddela sig muntligen, att få del av uppgifter, att få motiverade beslut m.m. gäller i ärenden om myndighetsutövning inom socialtjänsten.

Tillsyn och anmälningsskyldighet

Socialstyrelsen har tillsyn över socialtjänsten. Tillsynen innebär granskning av att verksamheten uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Inom ramen för tillsynen ska Socialstyrelsen lämna råd och ge vägledning, kontrollera att brister och missförhållanden avhjälps, förmedla kunskap och erfarenheter som erhålls genom tillsynen och informera och ge råd till allmänheten. Grundläggande är att den som bedriver verksamhet som står under tillsyn på begäran är skyldig att lämna de upplysningar och det material som rör verksamheten som myndigheten behöver för sin tillsyn. Föreläggande med vite får meddelas och Socialstyrelsen har rätt att inspektera verksamhet samt att tillfälligt omhänderta handlingar m.m. Polisassistans får användas för att kunna genomföra en inspektion.

Var och en som får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd bör anmäla detta till nämnden. Myndigheter vars verksamhet berör barn och ungdom samt andra myndigheter inom hälso- och sjukvården, annan rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet, socialtjänsten och kriminalvården samt deras anställda är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd. Detsamma gäller dem som är verksamma inom yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som berör barn och unga eller annan yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet inom hälso- och sjukvården eller på socialtjänstens område. Särskilda bestämmelser om anmälningsskyldighet gäller för dem som är verksamma inom familjerådgivning och för Barnombudsmannen.

Personalens ansvar

De som är verksamma inom omsorger om äldre eller om människor med funktionshinder ska vaka över att dessa får god omvårdnad och lever under trygga förhållanden samt att den som får kännedom om ett allvarligt missförhållande är skyldig att anmäla detta till socialnämnden. Motsvarande gäller inom yrkesmässigt bedriven verksamhet där anmälan ska göras till den som är ansvarig för verksamheten. Fr.o.m. den 1 juli 2011 är var och en som fullgör uppgifter inom socialtjänsten skyldig att rapportera om missförhållanden

eller påtagliga risker för missförhållanden, till berörd nämnd eller, i yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet, till den som bedriver verksamheten. Rapporteringsskyldigheten uppkommer redan om någon kan komma i fråga för en insats, alltså inte enbart om han eller hon redan beviljats en insats.

Tystnadsplikt gäller för den som är eller har varit verksam inom yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet som avser insatser enligt socialtjänstlagen samt den som är eller har varit verksam inom enskild familjerådgivning. I den offentliga verksamheten gäller sekretesslagen.

2.2.2 Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Lagen är en rättighetslag som ska garantera personer med omfattande och varaktiga funktionsnedsättningar goda levnadsvillkor samt att de får den hjälp de behöver i det dagliga livet och att de kan påverka vilket stöd och vilken service de får. Lagen ger rätt till vissa särskilt angivna insatser för dem som omfattas av lagen. Den är ett komplement till andra lagar på socialtjänstens område och innebär inte någon inskränkning i de rättigheter som andra lagar ger. Den sökande har därmed frihet att välja om han eller hon vill ansöka om insatser enligt den lagen eller enligt exempelvis socialtjänstlagen, förutsatt att båda lagarna är tillämpliga i det aktuella fallet. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade gäller alla som omfattas av de i lagen särskilt preciserade personkretsarna. Den omfattar dock inte funktionsnedsättningar som beror på normalt åldrande.

Insatserna avser rådgivning och annat personligt stöd som framför allt ges av landstingen och insatser i form av biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan assistans, ledsagarservice, biträde av kontaktperson, avlösarservice i hemmet, korttidsvistelse utanför det egna hemmet och korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov. Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet, bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna är också insatser enligt lagen.

Var och en som fullgör uppgifter enligt lagen ska vaka över att de personer som får insatser får gott stöd och god service och lever

under trygga förhållanden. Den som uppmärksammar eller får kännedom om ett allvarligt missförhållande som rör en enskild som får insats enligt lagen är skyldig att genast anmäla detta till socialnämnden, eller vid enskild verksamhet till den som är ansvarig för verksamheten. Om missförhållandet inte avhjälps utan dröjsmål ska nämnden anmäla förhållandet till tillsynsmyndigheten. Fr.o.m. den 1 juli 2011 är var och en som fullgör uppgifter inom verksamhet enligt LSS skyldig att rapportera om missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden, till berörd nämnd eller, i yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet, till den som bedriver verksamheten. Rapporteringsskyldigheten uppkommer redan om någon kan komma i fråga för en insats, alltså inte enbart om han eller hon redan beviljats en insats.

Socialstyrelsen har tillsyn över verksamhet enligt lagen och dess uppgifter och befogenheter motsvarar vad som anges i socialtjänstlagen.

I lagen finns även regler för handläggning och dokumentation.

2.2.3 Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga

Insatser inom socialtjänsten för barn och unga ska som utgångspunkt göras i samförstånd med den unge och hans eller hennes vårdnadshavare. Den som är under 18 år kan dock i vissa fall beredas vård enligt LVU om det kan antas att behövlig vård inte kan ges den unge med samtycke av den eller dem som har vårdnaden om honom eller henne och, när den unge har fyllt 15 år, av honom eller henne själv.

Förutsättningarna för sådan tvångsvård är att det på grund av fysisk eller psykisk misshandel, otillbörligt utnyttjande, brister i omsorgen eller något annat förhållande i hemmet finns en påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas. Vård ska också beslutas om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende. I det senare fallet får vård dessutom beredas även den som har fyllt 18 men inte 20 år, om sådan vård är lämpligare än annan vård med hänsyn till den unges behov och personliga förhållanden i övrigt och det kan antas att behövlig vård inte kan ges med den unges samtycke.

Beslut om vård med stöd av LVU meddelas av länsrätten efter ansökan av socialnämnden. Socialnämnden får dock besluta att den som är under 20 år omedelbart omhändertas, om det är sannolikt att den unge behöver beredas vård med stöd av LVU och rättsens beslut om vård inte kan avvaktas med hänsyn till risken för den unges hälsa eller utveckling eller till att den fortsatta utredningen kan försvåras eller vidare åtgärder hindras. Ett beslut om omhändertagande måste inom en vecka underställas länsrättens prövning.

För vård av unga som behöver stå under särskilt noggrann tillsyn finns det särskilda ungdomshem. Dessa hem drivs av Statens institutionsstyrelse som under vissa förutsättningar har särskilda befogenheter att inskränka den unges rörelsefrihet m.m.

I LVU finns också bestämmelser om förebyggande insatser i form av att socialnämnden beslutar att den som är under 20 år ska hålla regelbunden kontakt med en särskilt kvalificerad kontaktperson eller delta i behandling i öppna former inom socialtjänsten.

2.2.4 Lagen om vård av missbrukare i vissa fall

En person med missbruksproblem ska beredas vård oberoende av eget samtycke under de förutsättningar som anges i lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Tvångsvården ska syfta till att, genom behövliga insatser motivera den som missbrukar så att han eller hon kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk. Tvångsvård ska beslutas om någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för sitt missbruk och vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen eller på något annat sätt. Härutöver krävs för att tvångsvård ska kunna ske att han eller hon till följd av missbruket utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara, löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv eller kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående. Länsrätten beslutar om beredande av tvångsvård.

Tvångsvård lämnas genom så kallade LVM-hem vilka är särskilt avsedda att lämna sådan vård. Statens institutionsstyrelse anvisar efter anmälan av socialnämnden plats i ett LVM-hem. Mål och ärenden enligt LVM ska handläggas skyndsamt.

2.3 Internationella överenskommelser

Sverige är bundet av internationella överenskommelser och av lagstiftning inom EU som har betydelse för flera av de frågor som ingår i utredningens uppdrag.

2.3.1 Den nordiska överenskommelsen om en gemensam arbetsmarknad för viss hälso- och sjukvårdspersonal

Inom Norden finns sedan 1950-talet överenskommelser om en gemensam arbetsmarknad. År 1981 ingicks en överenskommelse mellan Sverige, Norge, Danmark och Finland om godkännande av vissa yrkesgrupper för verksamhet inom hälso- och sjukvården och inom veterinärväsendet. Denna överenskommelse justerades och harmoniserades med EES-avtalet genom en ny överenskommelse 1993, som även innefattar Island. Överenskommelsen trädde i kraft den 1 januari 1994 och är alltså gällande.¹⁵ Den omfattar 21 yrken inom hälso- och sjukvårdssektorn samt veterinäryrket. Överenskommelsen är tillämplig på yrkesutövare som tillhör någon av yrkesgrupperna och som är medborgare i något av de fördragsslutande länderna.

Huvudregeln i överenskommelsen innebär att den som har legitimation eller auktorisation att utöva reglerat yrke i ett nordiskt land ska ha rätt att få behörighet även i annat nordiskt land. Överenskommelsen innebär att erkännande ska ske enbart på grundval av utbildning om yrket är reglerat i det mottagande landet men inte i utbildningslandet. Sverige upprätthåller dock inte kravet på medborgarskap. Det räcker att man har legitimation eller motsvarande behörighetsbevis för yrket från ett annat nordiskt land.

2.3.2 Lagstiftning inom ramen för den europeiska unionen (EU)

Den gemensamma marknaden inom EU grundar sig på de fyra fria rörligheterna för personer, tjänster, varor och kapital. Dessa rättigheter regleras i EUF-fördraget¹⁶. En förutsättning för att en gemensam arbetsmarknad ska kunna fungera är att medlemsstaterna ömsesidigt godkänner yrkesutbildningar och därtill knuten behörighet

¹⁵ SÖ 1994:2 Nr 2 Överenskommelse om nordisk arbetsmarknad för viss hälso- och sjukvårdspersonal och veterinärer.

¹⁶ Romfördraget kallas sedan 2009 för EUF-fördraget

som erhållits i en annan medlemsstat. Reglering av erkännande av yrkeskvalifikationer i EU/EES finns i EG-direktiv 2005/36/EG. Sverige har genom medlemskapet i EU åtagit sig att tillämpa regler om ömsesidigt erkännande av kompetensbevis.

I direktivet¹⁷ definieras reglerat yrke som:

- yrkesverksamhet där det genom lagar och andra författningar direkt eller indirekt krävs bestämda yrkeskvalifikationer för tillträde till eller utövande av verksamheten eller någon form av denna eller
- om användande av en yrkestitel är förbehållet den som innehar en viss yrkeskvalifikation.

Man skiljer i definitionen på att utöva ett yrke och att enbart använda en skyddad yrkestitel. I det första fallet är endast den behörig att utöva yrket som har de bestämda yrkeskvalifikationer som krävs (med eller utan formell legitimation/auktorisering). I det andra fallet kan även personer som inte har yrkeskvalifikationerna utöva yrket. Dessa har dock inte rätt att använda den skyddade yrkestiteln.

Inom oreglerade yrken finns inga formella hinder avseende yrkeskvalifikationen att utöva sitt yrke i en annan medlemsstat. Inom reglerade yrken är det en förutsättning att yrkesutövaren fått sina kvalifikationer från utbildningsstaten erkända i den mottagande staten. Som exempel kan nämnas att en tandläkare med licens från Storbritannien måste söka svensk legitimation innan han eller hon kan arbeta som tandläkare i Sverige. I sammanhanget kan poängteras att det är yrkeskvalifikationer som omfattas av bestämmelserna, erkännande enligt direktivets bestämmelser kan inte ske enbart med stöd av utbildningsbevis.

I direktivet finns bestämmelser för prövning enligt ordningen för obligatoriskt och automatiskt erkännande (sektorsordningen), den så kallade generella ordningen och om tillfälligt tillhandahållande av tjänster. Benämningarna sektorsordningen och den generella ordningen kommer av tidigare gällande sektorsdirektiv och generella direktiv för olika yrken, som den 20 oktober 2007 upphörde att gälla. Prövningen enligt sektorsordningen och den generella ordningen beskrivs nedan. Beslut ska fattas skyndsamt i ansöknings-

¹⁷ art. 3 punkten 1a

ärenden enligt direktivet, och senast inom tre månader. Om kompletteringar krävs kan tiden förlängas.¹⁸

Direktivet är införlivat i svensk rätt i 7 kap. FYHS och Socialstyrelsens föreskrifter (2007:23) om erkännande av yrkeskvalifikationer inom hälso- och sjukvården.

Sektorsordningen

Apotekare, barnmorska, läkare, specialistläkare, sjuksköterska, tandläkare och specialisttandläkare är yrken som regleras enligt sektorsordningen. Minimikraven på utbildningen för dessa yrken har harmoniserats och anges för respektive yrke i direktivet. Till exempel krävs minst tre års utbildning till sjuksköterska med ansvar för allmän hälso- och sjukvård, se art. 31 och fem års studier på heltid på högskolenivå för grundläggande tandläkarutbildning, se art. 34. I bilaga V till direktivet finns tabeller med de titlar och referensdatum för respektive medlemsstat, som motsvarar yrkeskvalifikationerna. Referensdatum anger vid vilken tidpunkt som medlemsstaten garanterar att utbildningen motsvarade minimikraven i direktivet. Vid prövningen granskar den mottagande medlemsstaten om de bevis om yrkeskvalifikationer den sökande uppvisar motsvarar de titlar som anges i bilagan till direktivet.

Enligt huvudregeln kan den som har ett bevis på yrkeskvalifikation från en medlemsstat, erhålla erkännande i annan medlemsstat. I vissa fall krävs dock tillägg i form av intyg om så kallade förvärvade rättigheter. Så kan vara fallet om utbildningen är äldre än det referensdatum som anges i bilaga V eller om utbildningen kan anses jämförbar med den i bilagan. De förvärvade rättigheterna kan vara att yrkesutövaren har utövat yrket en viss tid i ursprungsstaten.

Generella ordningen

Den generella ordningen tillämpas vid prövningen av yrkeskvalifikationer för de övriga 16 reglerade yrkena inom hälso- och sjukvården i Sverige. Ordningen tillämpas även i de fall sektorsordningen inte är tillämplig.

Prövningen går till så att om yrkesverksamheten är jämförbar i utbildnings- respektive den mottagande staten, jämförs utbildning-

¹⁸ art. 51.

ens längd och innehåll. Om väsentliga skillnader finns i utbildningen, tex. om den är kortare eller saknar vissa moment, får den mottagande staten kräva att den sökande vidtar kompensationsåtgärder. Kompensationsåtgärder kan vara antingen ett lämplighetsprov eller en anpassningsperiod om maximalt tre år. Vid prövningen ska den så kallade proportionalitetsprincipen tillämpas, dvs. om den sökande har yrkeserfarenhet från hemstaten kan detta kompensera för brister i utbildningen och den mottagande staten blir av den anledningen förhindrad att kräva kompensationsåtgärder.

Om yrket inte är reglerat i den sökandes hemland kan den mottagande staten kräva intyg om att den sökande har utövat yrket på heltid i två år under de senaste tio åren.

Tillfälliga tjänster

Den som temporärt och tillfälligt vill utöva reglerat yrke i en annan medlemsstat ska anmäla detta till den mottagande staten. Till anmälan ska bifogas bevis om laglig etablering i ursprungsmedlemsstaten. Prövningen av ansökan ska ske skyndsamt, beslut ska fattas inom två månader. I Sverige utfärdas en tillfällig legitimation till dem som ansöker om att temporärt och tillfälligt utöva sitt yrke här.¹⁹

Patientrörlighetsdirektivet

Ett direktiv om gränsöverskridande hälso- och sjukvård, eller patientrörlighetsdirektivet är under förhandling.²⁰ I förslaget till direktiv föreslår Kommissionen nya regler för gränsöverskridande hälso- och sjukvård. Gemensamma principer för hälso- och sjukvårdssystemen, särskilda regler för gränsöverskridande sjukvård och europeiskt hälso- och sjukvårdssamarbete är de områden direktivet ska reglera.

I första hand är avsikten att den inre marknaden ska utvecklas genom tydligare regelverk för patienters rätt till ersättning för planerad vård i andra EU-länder. Huvudregeln enligt förslaget är att patienter har rätt till ersättning för planerad vård i andra EU-länder om samma eller liknande vård hade ersatts i patientens hemland (staten där patienten är försäkrad). Förslaget innehåller även

¹⁹ 7 kap. 11b§ FYHS.

²⁰ KOM (2008) 414 slutlig. Förslag till Europaparlamentets och rådets direktiv om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård.

bestämmelser om att vården måste vara säker och av god kvalitet samt att förfarandena för ersättning av kostnader ska vara tydliga och öppna. Principerna om allmängiltighet, tillgång till vård av god kvalitet, rättvisa och solidaritet ska beaktas inom ramen för patientrörligheten.

*Kommissionens Grönbok: Den europeiska arbetskraften inom vården*²¹

Grönboken har som ambition att beskriva de utmaningar som EU:s hälso- och sjukvårdspersonal står inför och som är gemensamma för alla medlemsländer. Ett annat syfte är att skapa debatt om dessa frågor inom EU.

Bakgrunden till grönboken finns i Europeiska kommissionens hälso- och sjukvårdsstrategi som antogs i oktober 2007 och som offentliggjordes i vitboken ”Tillsammans för hälsa”. I denna vitbok föreslås en ny strategi för hur EU ska ta itu med utmaningar som bl.a. hot mot hälsan, pandemier, bördan av livsstilsrelaterade sjukdomar, ojämlik fördelning och klimatförändring i ett utvidgat EU med 27 medlemsstater.²² Syftet med strategin är att verka för god hälsa i ett åldrande Europa genom att främja god hälsa under hela livet, skydda medborgarna från hot mot hälsan och stödja dynamiska hälso- och sjukvårdssystem och ny teknik. Syftet med den nu aktuella grönboken är att så noggrant som möjligt beskriva de gemensamma utmaningar som gäller EU:s arbetskraft inom vården. Som exempel nämns demografi (åldrande befolkning i allmänhet och åldrande arbetskraft inom vården), låg attraktivitet för arbeten inom vård och omsorg för den yngre generationen samt den ojämna rörligheten inom EU. Ett annat syfte med grönboken är att fastställa var kommissionen tror att man kan göra ytterligare insatser och starta en debatt om detta.

I grönboken behandlas olika faktorer som påverkar EU-arbetskraften inom vården samt de viktigaste frågorna som måste tas upp. Följande områden belyses särskilt i grönboken:

- demografi och främjandet av långsiktig tillgång till arbetskraft inom vården
- kapacitet inom folkhälsan
- utbildning

²¹ Socialutskottets utlåtande 2008/09:SoU18.

²² Jfr socialutskottets utlåtande 2007/08:SoU10 Hälsostrategi för EU 2008–2013.

- rörlighet för vårdpersonal inom EU
- global migration av arbetskraften inom hälso- och sjukvård

Kommissionen föreslår en rad möjliga områden för åtgärder under varje avsnitt, bl.a. att:

- bedöma nivåerna på utgifter för vårdpersonal
- ge vårdpersonalen bättre arbetsförhållanden
- se till att den tillgängliga vårdpersonalen används på ett mer effektivt sätt
- förstärka kapaciteten för förebyggande undersökningar
- hälsofrämjande och förebyggande av sjukdomar
- fokusera på fortbildning av vårdpersonal
- tillhandahålla ledarutbildning för vårdpersonal
- främja bilaterala avtal mellan medlemsstaterna för att utnyttja eventuella överskott på läkare och sjuksköterskor
- stödja Världshälsoorganisationen i arbetet med en global uppförandekod för etisk rekrytering.

Tjänstedirektivet

Europaparlamentets och rådets direktiv 2006/123/EG av den 12 december 2006 om tjänster på den inre marknaden, det så kallade tjänstedirektivet, har införlivats i svensk rätt.²³ Syftet med tjänstedirektivet är att göra det enklare för företag att etablera sig och att utföra tillfälliga tjänster på den inre marknaden. För att underlätta fri rörlighet på den inre marknaden ska onödiga regler tas bort och den administrativa processen för tjänsteleverantörer förenklas. Direktivet innehåller också bestämmelser som syftar till att stärka tjänstemottagarnas rättigheter. Flera sektorer är undantagna från direktivet, bland annat vissa tjänster inom hälso- och sjukvård.

²³ Lagen (2009:1079) om tjänster på den inre marknaden och prop. 2008/09:187.

3 Våra utgångspunkter

Av direktiven framgår att vissa utgångspunkter ska gälla för utredningens förslag. Alla förslag ska exempelvis syfta till att upprätthålla en hög patientsäkerhet och ett högt förtroende hos allmänheten för verksamheter inom såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst. Förslagen ska också utgå från den grundlagsfästa principen om näringsfrihet samt bygga på de principer som i dag ligger till grund för legitimation och behörighet. Förslagen ska vidare syfta till att skapa goda förutsättningar att använda de specifika kompetenser som är utmärkande för de olika yrkesgrupperna inom hälso- och sjukvården på ett effektivt och flexibelt sätt. Delar av uppdraget innebär att överväga om nuvarande bestämmelser är ändamålsenliga och lämna de förslag till ändringar som kan stärka patientsäkerheten.

I avsnitt 3.1 beskriver vi begreppet patientsäkerhet och dess betydelse för vårt uppdrag. I avsnitt 3.2 redogörs för närings- och yrkesfriheten som regleras i 2 kap. 20 § regeringsformen och dess betydelse på hälso- och sjukvårdsområdet.

3.1 Patientsäkerhet

I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) finns grundläggande bestämmelser om patientsäkerhet och kvalitet i vården. Av bestämmelserna framgår att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Det innebär bl.a. att den ska vara av god kvalitet, ha en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Den ska också tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet. Ledningen för hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården samt främjar kostnadseffektivitet. Kvaliteten i verksamheten ska därutöver systematiskt

och fortlöpande utvecklas och säkras. Liknande bestämmelser för tandvården finns i tandvårdslagen (1985:125).

De senaste 10–15 åren har många initiativ tagits för att öka intresset för och kunskapen om hur hög patientsäkerhet skapas, såväl nationellt som internationellt. I Sverige har initiativ tagits både av företrädare för vården, forskningen och myndigheter. Arbetet har handlat om allt från att påverka lagstiftningen till att konkret få igång ett förbättringsarbete i verksamheterna. Regeringen tillsatte den 19 april 2007 en utredning med uppdrag att göra en översyn ur ett patientsäkerhetsperspektiv av den lagstiftning som omfattar bl.a. tillsyn och ansvarssystemet inom hälso- och sjukvården. Utredningen antog namnet Patientsäkerhetsutredningen och i sitt betänkande *Patientsäkerhet – Vad har gjorts? Vad behöver göras?* (SOU 2008:117) anfördes att kvalitet och säkerhet inte är statiska tillstånd, utan kräver ett ständigt arbete för att upprätthållas. Målet för det ständiga patientsäkerhetsarbetet ska vara att så långt möjligt förhindra att patienter drabbas av skador i samband med sina vårdkontakter. Patientsäkerhetsutredningen tolkade begreppet patientsäkerhet dels som ett tvärvetenskapligt kunskapsområde baserat på forskning bl.a. inom teknik, filosofi, medicin, sociologi och psykologi, dels som en kvalitetsdimension vilken utgörs av ett dynamiskt samspel mellan en mängd faktorer, inte minst mänskliga, som i sig är föränderliga över tid. Utredningen pekade vidare på att patientsäkerheten också påverkas av rådande förhållningssätt och attityder människor emellan i organisationen, till säkerhet i allmänhet och till hälso- och sjukvårdsuppdraget i synnerhet – det som ibland benämns som delar i en patientsäkerhetskultur. Man anförde att insatser för att öka patientsäkerheten därför måste vara av olika slag i olika verksamheter beroende på vilka risker som finns och vilken mognadsgrad som finns i verksamheten med avseende på säkerhetskunskap och säkerhetsarbete. Patientsäkerhetsutredningen uttalade att hög patientsäkerhet härutöver förutsätter att undersöknings- och behandlingsmetoder baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet samt på de enskilda yrkesutövarnas kompetens och yrkesskicklighet.

Den 16 juni 2010 antog riksdagen den nya patientsäkerhetslagen (2010:659) som träder ikraft den 1 januari 2011. I lagen definieras patientsäkerhet som skydd mot vårdskada. I propositionen *Patient-säkerhet och tillsyn* (prop. 2009/10:210 s. 93) som legat till grund för lagen angav regeringen att det är viktigt att begreppet patientsäkerhet används stringent och att det är otillfredsställande om be-

greppet synes vara vidare i vissa bestämmelser än i andra. Regeringen ansåg dock att t.ex. att tillhandahålla vård som inte är i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, eller att i övrigt inte följa författningar som hälso- och sjukvården ska tillämpa, kan innebära risker för vårdskada och därmed utgöra en fara för patientsäkerheten.

EU:s hälsoministrar har den 9 juni 2009 antagit en rekommendation gällande patientsäkerhet.¹ Målet med denna är bl.a. att öka patientens säkerhet i vården, att förebygga ohälsa och sjukdomar samt att undanröja faror för människors hälsa. Den innehåller bl.a. rekommendationer för medlemsstaterna när det gäller nationella strategier och program, information till medborgarna och åtgärder för att stärka patienternas ställning.

Regeringen har i förarbetena till patientsäkerhetslagen angett att ett systematiskt patientsäkerhetsarbete tillsammans med behandling enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt kompetenta och skickliga yrkesutövare, är avgörande för en god patientsäkerhet. Ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete måste även innehålla förebyggande arbete. Vi delar detta ställningstagande och vill framhålla att behörighetsregleringen är ett viktigt komplement till vårdgivarens övergripande ansvar för att tillhandahålla en god och säker vård. En behörighetsreglering kan emellertid inte ersätta vårdgivarens planering, ledning och kontroll av sin verksamhet. Behörighetsregleringens främsta funktion i denna bemärkelse är att motsvara de formella krav som vårdgivaren måste kunna ställa på personalen.

3.2 Närings- och yrkesfrihet

Enligt 2 kap. 20 § regeringsformen (RF) får begränsningar i rätten att driva näring eller utöva yrke införas endast för att skydda angelägna allmänna intressen och aldrig i syfte att gynna enbart vissa personer eller företag. Vad som utgör ett sådant intresse har inte närmare preciserats i RF. I förarbetena till regleringen om näringsfrihet anges att ställningstagandet till vad som är ett angeläget allmänt intresse får göras från fall till fall i enlighet med vad som kan anses vara acceptabelt i ett demokratiskt samhälle (prop. 1993/94:117 s. 51). Begränsningar i närings- och yrkesfriheten ska som huvudregel meddelas genom lag, men regeringen, och förvaltningsmyndighet,

¹ Rådets rekommendation (EG) nr 10120/09 av den 5 juni 2009 om patientsäkerhet och förebyggande och kontroll av vårdrelaterade infektioner.

har möjlighet att meddela föreskrifter på området i den omfattning som riksdagen anger i lag.

Inom hälso- och sjukvården finns inget generellt förbud som begränsar rätten att utöva yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Möjligheterna att fritt utöva sådan yrkesverksamhet är dock i verkligheten inskränkta på flera sätt. Exempel på detta är att endast hälso- och sjukvårdspersonal som genomgått viss utbildning kan erhålla särskilda kompetensbevis i form av legitimation. Endast den som har legitimation får använda den skyddade yrkestiteln. Legitimationens främsta ändamål är att ge allmänhet och myndigheter upplysningar om en yrkesutövares kompetens och lämplighet att utöva det yrke som legitimationen avser. Apotekare, barnmorska, läkare, receptarie och tandläkare har också ensamrätt till yrket vilket innebär att legitimationen både är ett villkor för att få utöva yrket och att använda yrkestiteln.²

Krav på behörighet till vissa anställningar inom landstingen och folktandvården finns reglerade i förordning.³

² 4 och 5 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

³ Förordning (1998:1518) om behörighet till vissa anställningar inom hälso- och sjukvården m.m. och förordning (1998:1519) om behörighet till vissa anställningar inom folktandvården m.m.

Del I

Behörighetsfrågor inom
hälso- och sjukvården m.m.

4 Reglering av ytterligare yrkesgrupper

4.1 Inledning

4.1.1 Uppdraget

Av direktiven framgår att vi ska bedöma om fler yrkesgrupper än de som idag är reglerade bör regleras och i så fall lämna förslag på hur regleringen ska se ut. Direktiven betonar i denna del av uppdraget att principen om näringsfrihet ska utgöra utgångspunkt för våra förslag och att patientsäkerhetsskäl ska vara avgörande för om ytterligare reglering av yrkesgrupper eller arbetsuppgifter ska införas. Vi ska även vara uppmärksamma på att vissa grupper som sökt legitimation redan är legitimationsyrken och att avsikten med uppdraget inte är att skapa ett system med ”dubbla legitimationer”. Enligt direktiven gäller också att om vi kommer till slutsatsen att någon eller några av de principer som idag ligger till grund för bedömningen av vilka yrkesgrupper som ska vara reglerade behöver ändras, ska vi lämna förslag till ändringar.

4.1.2 Uppdragets utförande

Många yrkesgrupper har genom skrivelser framfört önskemål om att få omfattas av bestämmelser om framför allt legitimation. Vi har även träffat flera yrkesgrupper som framfört sådana önskemål. Vi har också inhämtat synpunkter från vår referensgrupp och från patient- och brukarorganisationer.

I avsnitt 4.2 lämnar vi en översiktlig beskrivning av behörighetsregleringens utveckling i Sverige. I avsnitt 4.3 presenterar vi de principer som idag ligger till grund för legitimation och annan behörighet för hälso- och sjukvårdsyrkena. I avsnitt 4.4 lägger vi fram

våra överväganden kring om det finns behov av att ändra de principer som ligger till grund för bedömning av vilka yrkesgrupper som ska regleras. I avsnitt 4.5 presenteras våra överväganden i frågan om fler yrkesgrupper ska regleras.

4.2 Behörighetsregleringens utveckling i Sverige

Behörighetsreglering i någon form har funnits under lång tid inom hälso- och sjukvården. Antalet yrkesgrupper som fått rätt till legitimation har successivt ökat genom åren och även vissa andra förändringar i behörighetsregleringen har genomförts allteftersom. I det följande ges en översiktlig beskrivning av viktigare förändringar av behörighetsregleringen fram till idag.

4.2.1 Legitimationsbestämmelser för läkare infördes 1915

Den första moderna författningen om behörighet tillkom genom 1915 års läkarbehörighetslag. Lagen innehöll bestämmelser om legitimation för läkare. Tidigare hade läkarlegitimation inte varit en förutsättning för yrkesutövande och den verkliga behörigheten erhöles redan genom examen. I förarbetena till lagen (prop. 1915:85) anges att legitimationsinstitutet sågs som ett skydd för allmänheten mot de läkare som inte hade det förtroendet som de borde ha eller var oförmögna att på ett tillfredsställande sätt utöva sitt yrke. Likartade legitimationsbestämmelser tillkom sedermera även för barnmorskor 1919, sjukgymnaster 1937, tandläkare 1951, sjuksköterskor 1957, glasögonoptiker 1964 och psykologer 1978.

4.2.2 1984 års behörighetslag

Under början av 1980-talet kom regler om behörighet att samlas i lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. Bakom lagen, som i fortsättningen kallas behörighetslagen, låg en strävan efter enhetligare regler och förenklad handläggning för myndigheter inom hälso- och sjukvården.

Legitimation införs för bl.a. logopedier och psykoterapeuter

När behörighetslagen infördes fick de sju yrkesgrupper som sedan tidigare haft legitimation fortsätta att vara legitimationsyrken. Vid införandet kom också yrkesgrupperna logopedier och psykoterapeuter att omfattas av bestämmelser om legitimation. I behörighetslagen tillkom sedermera även bestämmelser om legitimation för ytterligare tre yrkesgrupper. Dessa var kiropraktorer, tandhygienister och naprapater.

Skyddad yrkestitel för barnmorskor, läkare m. fl.

Enligt behörighetslagen hade yrkesgrupperna barnmorska, läkare och tandläkare skyddad yrkestitel. Det innebar bl.a. att ingen som var verksam inom hälso- och sjukvårdens eller tandvårdens område obehörigen fick utge sig för att vara barnmorska, läkare eller tandläkare eller på annat sätt ge sken av att ha sådan kompetens. Skyddad yrkestitel gällde också för psykolog och psykoterapeut, vilket innebar att ingen fick utge sig för att vara sådan utan att ha legitimation för yrket eller, såvitt gällde psykologtiteln, utan att ha genomgått viss föreskriven praktisk tjänstgöring. Skyddet innebar även att om någon, som saknade behörighet att använda titeln psykolog eller psykoterapeut, hade förvärvat en titel som kunde förväxlas med dessa titlar, skulle titeln anges på ett sådant sätt att den tydligt skiljde sig från psykolog- och psykoterapititlarna om det gällde verksamhet på hälso- och sjukvårdens eller tandvårdens område.

Skyddad yrkesbeteckning för optiker, kiropraktorer m. fl.

För yrkesgrupperna optiker, kiropraktorer, logopedier, naprapater, sjukgymnaster, sjuksköterskor och tandhygienister innehöll behörighetslagen bestämmelser om skyddad yrkesbeteckning. Det innebar att endast den som hade legitimation för dessa yrken fick kalla sig legitimerad, exv. legitimerad logoped.

Skyddad specialistbeteckning och ensamrätt till vissa yrken

I behörighetslagen fanns därutöver bestämmelser om skyddad specialistbeteckning för läkare och tandläkare. De innebar att endast läkare och tandläkare med specialistkompetens fick för allmänheten ange att de hade en specialistkompetens. Enligt lagen var det också bara den med legitimation eller särskilt förordnande som barnmorska, läkare respektive tandläkare som fick utöva dessa yrken. Ensamrätt till yrke gällde även för apotekare och receptarier, men i det fallet var behörigheten knuten till att de genomgått viss utbildning.

4.2.3 Behörighetslagen ersätts av LYHS

I början av 1994 tillsattes en utredning som fick till uppdrag att göra en samlad översyn av principerna för legitimation och behörighet. Utredningen antog namnet 1994 års behörighetskommitté och i betänkandet *Ny behörighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område m.m.* (SOU 1996:138) föreslog utredningen bl.a. att legitimation skulle införas för ytterligare fyra yrkesgrupper. Enligt kommittén skulle de yrkesgrupper som omfattas av legitimationsreglerna också som huvudregel ha ensamrätt till yrkestiteln. I syfte att ytterligare stärka patientsäkerheten föreslog kommittén även att en reglering om skyddad yrkestitel skulle införas för vissa yrkesgrupper som saknade legitimation. Kommittén föreslog slutligen att behörighetslagen, tillsammans med vissa andra lagar inom hälso- och sjukvårdsområdet, skulle ersättas av en ny lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS).

Apotekare, arbetsterapeuter, receptarier och sjukhusfysiker får legitimation

När LYHS infördes fick ytterligare fyra nya yrkesgrupper rätt till legitimation jämfört med behörighetslagen. Dessa yrkesgrupper var apotekare, arbetsterapeuter, receptarier och sjukhusfysiker. Av förarbetena till LYHS (prop. 1997/98:109 s. 92 f) framgår att regeringen i sin bedömning bl.a. tog hänsyn till om yrkesgrupperna ingick i hälso- och sjukvårdspersonalen, om de i inte obetydlig omfattning var verksamma i privat regi, om de var självständiga i sin roll, vilka risker som kunde finnas vid eventuella misstag samt i vilken omfattning yrkesgrupperna var reglerade i andra länder som omfattades

av samma internationella överenskommelser för hälso- och sjukvårdspersonal som Sverige.

Skyddad yrkestitel införs som huvudregel för alla legitimationsyrken

I likhet med kommittén ansåg regeringen att de yrkesgrupper som omfattas av legitimationsreglerna också som huvudregel ska ha ensamrätt till yrkestiteln. Skyddad yrkestitel infördes därför för alla legitimationsyrken. Dock med undantag för yrkesgrupperna kiropraktorer, naprapater och optiker. Enligt regeringen var förhållandena annorlunda för dessa yrkesgrupper. Inom respektive grupp fanns ett inte obetydligt antal yrkesverksamma, främst enskilda yrkesutövare, som hade en annan utbildning än den som krävdes för legitimation. Ett skydd för yrkestiteln för dem med legitimation skulle därmed betyda att de utan legitimation framtogs rätten att använda yrkestiteln, vilket med all sannolikhet skulle innebära ett kraftigt ingrepp i deras närings- och yrkesfrihet (prop. 1997/98:109 s. 84 f).

Enbart skyddad yrkestitel införs för audionomer, biomedicinska analytiker, dietister och ortopedingenjörer

Regeringen delade även kommitténs uppfattning att det skulle införas särskilda bestämmelser om skyddad yrkestitel för vissa yrkesgrupper som saknade legitimation. Regeringen uttalade bl.a. att kretsen av legitimerade yrkesutövare inte skulle göras alltför vid och att det därmed skulle komma att finnas ett antal yrkeskategorier som inte fullt svarar upp mot kraven för legitimation, men där det ändå finns ett behov av en reglering (prop. 1997/98:109 s. 88). De nya bestämmelserna om skyddad yrkestitel kom att gälla för yrkesgrupperna audionomer, biomedicinsk analytiker, dietister och ortopedingenjörer.

Sjuksköterskor får skyddad specialistbeteckning

När LYHS infördes kom kretsen av yrkesgrupper med skyddad specialistbeteckning att utvidgas till att även omfatta sjuksköterskor med specialistutbildning. Skyddet innebar att en sjuksköterska får använda en titel som motsvaras av en specialistsjuksköterskeexamen i högskoleförordningen endast om han eller hon avlagt en

sådan examen. Skyddet för specialistbeteckning omfattade därmed sammantaget läkare, sjuksköterskor och tandläkare.

Ingen förändring i fråga om ensamrätt till yrke

Införandet av LYHS innebar ingen förändring vad gällde vilka yrkesgrupper som omfattas av ensamrätt till yrket. Ensamrätten gällde alltjämnt för barnmorskor, läkare, tandläkare, apotekare och receptarier.

4.2.4 Röntgensjuksköterskor får legitimation och skyddad yrkestitel

I LYHS tillkom under 2000 bestämmelser om legitimation för röntgensjuksköterskor. Yrkesgruppen kom också att omfattas av bestämmelserna om skyddad yrkestitel. Av förarbetena (prop. 1999/00:56 s. 23) framgår att bakgrunden till bestämmelserna bl.a. var att det sedan 1993 inte längre fanns någon inriktning mot diagnostisk radiologi inom den grundläggande sjuksköterskeutbildningen.

4.2.5 Utredningen Legitimation och skyddad yrkestitel (Ds 2004:28)

Under slutet av 2003 fick en utredare i uppdrag att bl.a. utreda och bedöma förutsättningarna för att de yrkesgrupper som hade skyddad yrkestitel utan att vara legitimerade skulle kunna omfattas av bestämmelserna om legitimation i LYHS. Utredarens förslag presenterades i promemorian *Legitimation och skyddad yrkestitel* (Ds 2004:28).

Ytterligare fyra yrkesgrupper får legitimation

Utredarens förslag ledde till att bestämmelser om legitimation infördes i LYHS för de fyra yrkesgrupper som tidigare endast haft skyddad yrkestitel; audionomer, biomedicinska analytiker, dietister och ortopedingenjörer. Av förarbetena till bestämmelserna (prop. 2005/06:43 s. 23 f) framgår att regeringen bl.a. tog hänsyn till om yrkesgrupperna arbetade självständigt och hade kvalificerade arbets-

uppgifter, om de hade ett eget ansvar för patienternas säkerhet i vården samt om det fanns en uttalad risknivå för felbehandlingar.

Skyddad yrkestitel införs för samtliga yrkesgrupper med legitimation

Ett resultat av utredarens förslag blev också att skyddad yrkestitel infördes även för de yrkesgrupper som tidigare endast haft legitimation, dvs. optiker, naprapater och kiropraktorer. Som skäl anförde regeringen att sedan den nuvarande lagstiftningen kommit till har de optiker som så önskat getts möjlighet att skaffa sig legitimation genom kompletterande utbildning (prop. 2005/06:43 s. 32 f). Man kunde därför inte längre anse att det skulle medföra några mer betydande ingrepp i yrkes- och näringsfriheten om skyddad yrkestitel också infördes för optiker. För kiropraktorer och naprapater anförde regeringen att de var etablerade yrkesgrupper inom vårdsektorn och att det uppskattningsvis endast fanns ett begränsat antal personer inom vardera gruppen som arbetar inom respektive yrke utan att ha legitimation. Inte minst ur patientsäkerhetssynpunkt var det vidare, enligt regeringen, viktigt att yrkena kiropraktor och naprapat i likhet med andra grupper av legitimerade yrken fick en skyddad yrkestitel vid arbete inom hälso- och sjukvården.

4.2.6 Nuvarande behörighetsreglering

Enligt nuvarande ordning är det 21 yrken som omfattas av bestämmelserna om legitimation i LYHS. För samtliga av dessa gäller att de omfattas av bestämmelserna om skyddad yrkestitel och skyddad yrkesbeteckning. Yrkena är:

1. apotekare
2. arbetsterapeut
3. audionom
4. barnmorska
5. biomedicinsk analytiker
6. dietist
7. kiropraktor
8. logoped
9. läkare
10. naprapat
11. optiker

12. ortopedingenjör
13. psykolog
14. psykoterapeut
15. receptarie
16. röntgensjuksköterska
17. sjukgymnast
18. sjukhusfysiker
19. sjuksköterska
20. tandhygienist
21. tandläkare

Bestämmelser om skyddad specialistbeteckning finns för läkare, tandläkare och sjuksköterskor. Bestämmelser om ensamrätt till yrke gäller för apotekare, barnmorskor, läkare, receptarier och tandläkare.

Genom att LYHS upphör att gälla från den 1 januari 2011 kommer bestämmelser om legitimation m.m. att därefter återfinnas i patientsäkerhetslagen som.

4.3 Principerna som ligger till grund för legitimation och annan behörighet inom hälso- och sjukvården

4.3.1 Grundläggande principer för behörighetsregleringen

De grundläggande principerna för behörighetsregleringen har behandlats i flera sammanhang. De berördes exv. i förarbetena till behörighetslagen.¹ Där anges att legitimationens huvudfunktion är att vara en garanti för en viss kunskapsnivå och för sådana personliga egenskaper hos yrkesutövaren att denna är förtjänt av allmänhetens och myndigheternas förtroende. Det förhållandet att legitimationen kan dras in har i detta sammanhang central betydelse. Dessutom fyller legitimationen ett väsentligt informationsbehov, dels gentemot allmänheten som behöver en lättfattlig ”varudeklARATION” av olika yrkesutövares kvalifikationer, dels gentemot olika myndigheter som måste kunna lita på yrkesutövarna t.ex. i fråga om recept och intyg och dels gentemot sjukvårdshuvudmännen för att undvika att personer anställs som visar sig vara uppenbart olämpliga för yrket. Legitimation borde enligt propositionen förbehållas sådana yrkesgrupper som har en yrkesfunktion med kvali-

¹ prop. 1983/84:179 s.12 f.

ficerade arbetsuppgifter och ett särskilt ansvar för patienternas säkerhet i vården. Det förhållandet att en yrkesgrupp i inte oväsentlig utsträckning vänder sig direkt till allmänheten, t.ex. i egenskap av fria yrkesutövare, borde tillmätas särskild betydelse.

Principerna behandlades även i förarbetena till LYHS.² I propositionen anger regeringen att behörighetsregleringen främst bör användas för att uppnå de samhälleliga målen om att hälso- och sjukvården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, dvs. för att upprätthålla en hög patientsäkerhet. Regeringen anger också att en viktig och avgörande skillnad mellan examens- eller utbildningsbeviset och legitimationen är att legitimationen kan dras in om en yrkesutövare missköter sig i yrket eller drabbas av sjukdom som omöjliggör fullgod yrkesutövning samt på egen begäran. I sin yttersta konsekvens innebär en sådan indragning av legitimationen i praktiken ofta ett yrkesförbud, en i svensk rättstradition mycket ingripande sanktion. Detta utgör enligt regeringen skäl till att vara restriktiv vid bedömningen av vilka yrkesgrupper som ska omfattas av reglerna. Regeringen anför också att legitimationen härutöver fyller ett viktigt informationsbehov för bl.a. allmänheten genom att samhället med legitimationen ger en form av garanti för att yrkesutövaren har en viss kunskapsnivå och vissa personliga egenskaper som gör honom eller henne lämplig att utöva yrket. Det gäller särskilt avseende yrkesgrupper som i inte obetydlig utsträckning är verksamma i privat regi.

I förarbetena till LYHS anger regeringen vidare att det grundläggande skälet till införandet av rättsliga regleringar av yrken inom hälso- och sjukvården är omsorgen om patienternas säkerhet i vården, patientsäkerheten. Varje förändring eller utvidgning av bestämmelserna måste därför ha patientens berättigade krav på säkerhet som ledstjärna. Det är således patientens välmotiverade krav på säkerhet i vården som enligt regeringen måste vara utslagsgivande när man bedömer behovet av lagstiftning för att reglera och begränsa rätten att utöva olika yrken inom hälso- och sjukvården, t.ex. genom särskilda legitimationsregler.

² prop. 1997/98:109 s. 74 f.

4.3.2 Principer för bedömningen av vilka yrkesgrupper som ska vara reglerade

Patientsäkerheten överordnad

I fråga om bedömningen av vilka yrkesgrupper som ska vara reglerade framgår av förarbetena till LYHS att patientsäkerheten måste vara överordnad övriga kriterier vid bedömningen av om ett yrke ska omfattas av bestämmelserna om legitimation.³ Övriga kriterier som bör tillmätas stor betydelse kan inordnas under begreppen yrkesrollens innehåll, utbildningsnivå och internationella förhållanden.

Yrkesrollens innehåll

Enligt propositionen är yrkesrollens innehåll väsentligt för om ett yrke ska omfattas av legitimationsbestämmelserna. En viss bredd i yrkesrollen bör krävas. Yrkesrollen måste även innefatta ett visst mått av självständighet. Det kan vara fråga om att ställa diagnos och föranstalta om olika typer av behandlingar. Yrkesrollen bör också innefatta ett direkt patientansvar med ansvar för diagnostiska och terapeutiska förfaranden. Även om yrkesutövaren inte har någon direkt patientkontakt kan emellertid hans eller hennes bedömning i vissa fall ändå ha stor betydelse för patientens säkerhet, t.ex. genom att den som har den direkta patientkontakten inte kan göra motsvarande bedömningar eller endast med svårighet kan göra den. Vidare bör beaktas hur riskfyllt yrkesutövandet kan vara för den enskilde patienten/klienten, dvs. hur stor risknivån vid felbehandlingar är. Vid bedömningen bör också tas hänsyn till om yrkesrollen innefattar egen förskrivnings-, remiss- och intygsrätt.

Behovet av legitimation kan vara mindre om yrkesrollen enbart utövas i offentlig anställning än om det finns möjligheter att bedriva verksamhet i privat regi. I allt större utsträckning sker dock vården i olika blandningar av offentligt och privat och bl.a. därför bör yrkesgrupper som har särskild betydelse för patientsäkerheten kunna omfattas av en reglering genom t.ex. legitimation, även om tjänstgöringen för närvarande enbart sker i offentlig regi.

³ prop. 1997/98:109 s. 81 f.

Nivå på utbildningen m.m.

Ytterligare omständigheter som är betydelsefulla vid bedömningen av om ett yrke ska vara legitimationsgrundande är enligt propositionen utbildningens nivå, innehåll och den vetenskapliga förankringen. Yrkesrollens innehåll avspeglas oftast i utbildningens nivå och längd, men utbildningsaspekten måste ändå vägas in i bedömningen. Utbildningen bör vara väl definierad och leda till ett särskilt yrke. Det bör vara fråga om en förhållandevis kvalificerad utbildning. Ett rimligt krav kan vara att utbildningen är av högskolekaraktär och att den har en viss omfattning, således inte enbart en kortare kurs. En omständighet som kan vara av betydelse är vidare om utbildningen avslutas med en särskild reglerad/godkänd yrkesexamen. När det gäller tilläggsutbildningar kan det vara mindre relevant att karaktärisera en tilläggsfunktion som legitimationsgrundande om redan grundutbildningen är legitimationsgrundande.

I propositionen betonas därutöver att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta medför att ett legitimationsyrke måste ha en väsentlig förankring i en vetenskaplig grund för yrkesutövningen i fråga.

Internationella förhållanden

Internationella förhållanden kan enligt propositionen medföra att yrkesverksamhet som vi i Sverige traditionellt sett inte har gett särskild behörighet ändå bör omfattas av en reglering. Genom medlemskapet i EU har Sverige åtagit sig att tillämpa regler om ömsesidigt erkännande av kompetensbevis för verksamhet inom bl.a. hälso- och sjukvården. I vissa fall kan det vara en fördel för svenska medborgare med svensk utbildning som vill utöva sitt yrke i ett annat medlemsland att yrket är reglerat i Sverige. En sådan omständighet bör emellertid inte utgöra ett exklusivt skäl för t.ex. legitimering. Även det förhållandet att ett yrke omfattas av den nordiska överenskommelsen om en gemensam arbetsmarknad för viss hälso- och sjukvårdspersonal och/eller är legitimerat i andra nordiska länder kan enligt propositionen var ett argument för legitimation. Detta för att ytterligare integrera ländernas arbetsmarknader.

Om ett yrke är oreglerat i Sverige kan medborgare i ett annat EU-land i princip fritt etablera sig och ge vård och behandling. För

att Sverige ska kunna uppställa krav på kompetens etc. på andra EU-medborgare krävs, enligt de generella EG-direktiven om ömsesidigt erkännande av kompetensbevis, att yrket är reglerat här i landet. Det är i det sammanhanget inte tillräckligt att utbildningen är reglerad, det krävs att yrket omfattas av en reglering.

En sammanvägning av samtliga omständigheter ska göras

I propositionen uttalas slutligen att vissa av de kriterier som ställts upp är utformade på ett sådant sätt att en yrkesgrupp antingen omfattas av kriteriet eller inte omfattas av det. Beträffande några kriterier gäller att en yrkesgrupp kan uppfylla dem i högre eller mindre grad. Något krav på att samtliga kriterier ska vara uppfyllda kan inte ställas. Hur mycket som ska krävas för att en yrkesgrupp ska komma i fråga för legitimation måste avgöras genom en sammanvägning av samtliga omständigheter, varvid de redovisade kriterierna får utgöra grunden för bedömningen. Av propositionen framgår att kriterierna även bör kunna vara utgångspunkt vid en bedömning av om en yrkesgrupp som inte bör erhålla legitimation i stället ska omfattas av någon kompletterande behörighetsreglering.

4.4 Våra överväganden gällande principerna för bedömningen av vilka yrkesgrupper som ska vara reglerade

Utredningens bedömning: De principer som idag ligger till grund för bedömningen av vilka yrkesgrupper som ska vara reglerade har funnits under lång tid och är väl etablerade. Enligt vår bedömning är principerna ändamålsenliga och det finns inget behov av att ändra dem.

Vi har ovan redogjort för de principer som ska ligga till grund för bedömningen av vilka yrkesgrupper som ska vara reglerade. Som vi nämnt i inledningen till detta kapitel ingår det i vårt uppdrag att lämna förslag till ändringar av principerna, om vi anser att det behövs.

Principerna för bedömningen av vilka yrkesgrupper som ska vara reglerade har funnits under lång tid och är väl etablerade. Under vårt

utredningsarbete har vi inte kunnat hitta några omständigheter som gör att principerna inte längre är ändamålsenliga eller att de är i behov av förändring. Att det skulle finnas några brister i principerna har inte heller framförts av någon av de yrkesgrupper eller patient- och brukarorganisationer vi träffat. Vi ser därför inget behov av att i nuläget lägga fram något förslag om förändring av principerna.

4.5 Våra överväganden gällande reglering av ytterligare yrkesgrupper

Utredningens bedömning: Idag finns 21 yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården som har legitimation. Önskemål om att fler än dessa ska omfattas av bestämmelser om legitimation har framförts och det finns också ett antal yrkesgrupper som uppfyller vissa av kriterierna för legitimation. Vår bedömning är dock att legitimation inte bör införas för ytterligare yrkesgrupper. Det finns inte heller förutsättningar för att införa skyddad yrkestitel eller någon annan form av behörighetsreglering för ytterligare yrkesgrupper.

4.5.1 Utgångspunkter och allmänna överväganden

I vårt uppdrag har inte ingått att göra någon översyn av dagens behörighetsreglering. Vi har därför funnit det naturligt att i vår prövning av om ytterligare yrkesgrupper ska regleras utgå från den behörighetsreglering som gäller idag. Det innebär att vi i första hand tagit ställning till om någon ytterligare yrkesgrupp utöver nuvarande 21 ska omfattas av bestämmelser om legitimation. Vi har också prövat om fler yrkesgrupper borde få skyddad yrkestitel eller omfattas av någon annan form av behörighetsreglering.

Vid en prövning utifrån de principer som anges i avsnitt 4.3 är vår bedömning att legitimation för närvarande inte bör införas för ytterligare yrkesgrupper. Flera av de yrkesgrupper vi prövat uppfyller ett eller flera av kriterierna för legitimation, men vid en sammanvägning saknas ändå förutsättningar för legitimation. Exv. är det vissa yrkesgrupper som enligt vår mening inte i tillräcklig omfattning uppfyller kravet på utbildningen. Bland dessa grupper finns bl.a. osteopater och medicinska massageterapeuter.

Som framgått ovan i avsnitt 4.3.2 ska utbildningens nivå, längd och innehåll samt den vetenskapliga förankringen vara omständigheter som är betydelsefulla vid bedömningen av om ett yrke ska omfattas av bestämmelser om legitimation. Vid bedömningen kan ett rimligt krav vara att utbildningen är av högskolekaraktär och att den har en viss omfattning. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen ska vidare utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och ett legitimationsyrke måste därför ha väsentlig förankring i en vetenskaplig grund för yrkesutövningen i fråga. Enligt vår mening bör i detta ligga att en utbildning som ska ligga till grund för bestämmelser om legitimation för en yrkesgrupp i normalfallet bör vara en högskoleutbildning som anordnas av svenska universitet och högskolor enligt högskolelagen (1992:1434) eller av svenska enskilda utbildningsanordnare med examenstillstånd enligt lagen (1993:792) om tillstånd att utfärda vissa examina. För sådana lärosäten och utbildningsanordnare gäller bl.a. krav på att de utbildningar som de anordnar ska vila på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet. Utbildningarna omfattas också av Högskoleverkets reguljära gransknings- och utvärderingsarbete och det finns därmed en möjlighet för det allmänna att granska utbildningarna. Bestämmelser om legitimation bör således i första hand komma i fråga för yrkesgrupper med en sådan svensk högskoleutbildning som beskrivits här. Det hindrar naturligtvis inte att en enskild yrkesutövare med utländsk utbildning ska kunna få legitimation i enlighet med bestämmelserna om erkännande av yrkeskvalifikationer inom EU/EES eller bestämmelserna om prövning av utländsk utbildning från tredje land.

Tidigare har det inom behörighetsregleringen funnits yrken som haft skyddad yrkestitel, men inte legitimation. Något principiellt hinder mot att införa en sådan ordning igen finns inte. Vi har dock gjort bedömningen att skyddad yrkestitel inte bör införas för någon ytterligare yrkesgrupp utöver de 21 legitimationsyrken som idag har sådant skydd. Vid bedömningen har kriterierna för legitimation tjänat som utgångspunkt och av betydelse har bl.a. varit nivån på utbildningen. Vi har inte heller funnit skäl att införa någon annan form av behörighetsreglering för någon ytterligare yrkesgrupp.

Vi vill understryka att en reglering av ett yrke inte kan ersätta vårdgivarens ansvar för att planera, leda och kontrollera verksamheten. Ett systematiskt patientsäkerhetsarbete tillsammans med behandling enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt kompetenta

och skickliga yrkesutövare är enligt vår mening avgörande för god patientsäkerhet.

I följande avsnitt redogör vi närmare för våra överväganden gällande de yrkesgrupper vi prövat för reglering. Dessa är cytodiagnostiker, kuratorer inom hälso- och sjukvård, medicinska fotterapeuter, podiatrier, medicinska massageterapeuter, ortoptister, osteopater, perfusionister, sjuksköterskor i diabetesvård, tandtekniker och uroterapeuter.

4.5.2 Cytodiagnostiker

Allmänt om yrkesrollen m.m.

Cytodiagnostiker arbetar med cytologisk diagnostik. Huvuduppgiften är att med hjälp av mikroskop ställa diagnos om det föreligger cellförändringar i cellprover från patienter. Vanligast är att diagnostisera gynekologiska cellprover i syfte att hitta förstadier till livmoderhalscancer. I arbetsuppgifterna ingår också att diagnostisera andra former av cancer och förstadier till cancer samt inflammationer och infektioner.

Cytodiagnostiker har ett självständigt diagnostiskt ansvar. De besvarar självständigt prover där cellmaterialet bedöms som benigt, dvs. normalt eller inflammatoriskt förändrat. Efter delegering kan de även ansvara för diagnos av atypier, dvs. det som är avvikande. Vid svårtolkade prov görs en granskning av två cytodiagnostiker och när det gäller prov med diagnosförslag sätts den slutliga diagnosen vid granskning i dubbelmikroskop av en cytologiläkare alternativt en cytodiagnostiker med motsvarande behörighet samt ytterligare en cytodiagnostiker.

Enligt uppgift från Naturvetarna finns knappt 300 cytodiagnostiker i Sverige. Av dessa är uppskattningsvis 90 procent kvinnor. Medelåldern inom yrket är hög och många är födda på 1940-talet. Den cytologiska diagnostiken bedrivs huvudsakligen vid landstingens patolog- och cytologlaboratorier, men det finns även privata laboratorier.

Utbildning

Utbildningen till cytodiagnostiker består idag av dels en grundutbildning till biomedicinsk analytiker på 180 högskolepoäng, dels en specialistutbildning inom klinisk cytologi. Den senare ges i form av en magisterutbildning som omfattar 60 högskolepoäng. Utbildningen inom klinisk cytologi bedrevs tidigare på flera orter i Sverige, men anordnas idag endast av Karolinska Institutet.

Även om en övervägande majoritet av dagens cytodiagnostiker i grunden är biomedicinska analytiker, finns det även de som har en annan grundutbildning. Enligt uppgift från Naturvetarna och Riksföreningen för klinisk cytologi utgör dessa ca 10 procent av yrkesgruppen. Dessa cytodiagnostiker har bl.a. mikrobiolog, molekylärbiolog och biomedicinare som grundutbildning.

Internationella förhållanden

Det är inte ovanligt att cytodiagnostiker arbetar utomlands under delar av sitt yrkesliv. I Sverige förekommer också cytodiagnostiker från bl.a. andra EU-länder. Cytodiagnostiker har legitimation i bl.a. Kanada, Nederländerna och Ungern och i vissa länder har cytodiagnostiker också egen utbildning, exv. i Tyskland och i Schweiz.

Framställningar från Naturvetarna och Riksföreningen för klinisk cytologi

Fackförbundet Naturvetarna och Riksföreningen för klinisk cytologi har framfört önskemål om att legitimation införs för cytodiagnostiker. De har anfört bl.a. följande.

Cytodiagnostiker har en självständig yrkesfunktion med kvalificerade arbetsuppgifter. Utan inblandning från andra yrkesgrupper ställer cytodiagnostiker diagnos på cellprover. Tolkningsen av de cytologiska proverna har viktiga implikationer för såväl patienten som för dem som ansvarar för uppföljning av provsvaren. En felaktigt ställd diagnos leder till felaktig eller utebliven behandling, medan en tidigt och korrekt ställd diagnos är en förutsättning för en framgångsrik behandling. Cytodiagnostikernas arbetsfält har vidgats och består idag av såväl cancer och tidiga cellförändringar som inflammationer och infektioner inom en rad organområden.

De flesta yrkesverksamma cytodiagnostiker har idag en formell behörighet även som biomedicinsk analytiker. Dessa cytodiagnostiker kan därför ta ut en legitimation som biomedicinsk analytiker. Denna legitimation reglerar emellertid endast deras arbete som just biomedicinska analytiker, dvs. inom laboratorietekniken. Däremot regleras inte arbetet med att ställa diagnos på cellprover, vilket ligger inom det medicinska diagnostiska verksamhetsområdet.

Antalet yrkesverksamma cytodiagnostiker minskar och trenden fortsätter nedåt. En tredjedel av cytodiagnostikerna är idag över 60 år och 60 procent är över 55 år. Antalet cancerfall kommer samtidigt att öka kraftigt under de närmaste 10–15 åren och därmed även antalet fall med diffusa cellförändringar. En snabbt minskande yrkeskår ökar kraftigt riskerna för att personal utan adekvat kompetens utför arbetsuppgifterna, med ökade risker för felbedömningar och utebliven eller felaktig behandling av patienterna som följd. Av patientsäkerhetsskäl är det därför akut att öka intresset för rekryteringen till yrket genom legitimation i kombination med utveckling av utbildningen.

Det internationella utbytet på området är stort och Sverige har ett gott erkännande internationellt. I flera andra länder är utbildningen och yrket reglerat med särskild legitimation. En särskild legitimation för cytodiagnostiker ökar därför Sveriges möjligheter att uppfylla EU-direktiven kring erkännande av kompetensbevis och arbetskraftens rörlighet.

Framställningar från Vårdförbundet

Vårdförbundet har framfört att cytodiagnostiker redan har legitimation som biomedicinska analytiker. De anser därför att legitimation inte bör införas för cytodiagnostiker. Enligt vårdförbundet kan det istället finnas skäl att överväga en reglerad specialistordning och skyddad specialistbeteckning för cytodiagnostiker.

Framställningar från Svensk förening för obstetrik och gynekologi

Svensk förening för obstetrik och gynekologi, SFOG, är en specialistförening inom Sveriges Läkarförbund. De har i skrivelse anfört att cytodiagnostiker är en yrkesgrupp med gedigen högskoleutbildning som har en viktig roll inom den svenska cancervården. De

utför kvalificerade arbetsuppgifter som inrymmer ett självständigt diagnosansvar. Med hänsyn till patientsäkerheten finns det enligt föreningen starka skäl för att cytodiagnostiker bör omfattas av en behörighetsreglering.

Tidigare utredningar

I februari 2006 beslutade riksdagen att bifalla den dåvarande regeringens förslag i proposition *Legitimation och skyddad yrkestitel* (prop. 2005/06:43) om att från den 1 april 2006 införa en rätt till legitimation för bl.a. biomedicinska analytiker.⁴ I samband med beslutet tillkännagav riksdagen för regeringen vad Socialutskottet hade anfört i sitt betänkande (2005/06:SoU10 s. 13) om att införa legitimation för cytodiagnostiker. I betänkandet anförde utskottet bl.a. att yrkesgruppen cytodiagnostiker har en utbildning – grundutbildning till biomedicinsk analytiker och specialistutbildning inom klinisk cytologi – som väl borde kvalificera för legitimation. De utför ett självständigt icke-delegerat diagnostiskt analysarbete. Cytodiagnostikerna signerar även själva besvarade prover. De har således ett direkt ansvar för patientsäkerheten och sammanfattningsvis ansåg utskottet att mycket talade för att cytodiagnostikerna uppfyller de krav som kan ställas på en yrkesgrupp för rätt till legitimation. Enligt utskottet borde legitimationsfrågan för cytodiagnostiker utredas mycket skyndsamt.

Mot bakgrund av detta upprättades inom Socialdepartementet promemorian *Legitimation för cytodiagnostiker*.⁵ I promemorian konstaterades att yrkesgruppen cytodiagnostiker har en utbildning som väl borde kvalificera för legitimation. Cytodiagnostiker utför vidare ett självständigt icke-delegerat diagnostiskt analysarbete och de signerar själva besvarade prover. Cytodiagnostiker har således ett direkt ansvar för patientsäkerhet. Den fråga som enligt promemorian återstod att besvara var om det fanns grund för att ge cytodiagnostikerna, som sedan 1 april 2006 kunnat få legitimation som biomedicinska analytiker, en möjlighet till särskild legitimation som just cytodiagnostiker. I promemorian anförts bl.a. följande.

⁴ rskr. 2005/06:148.

⁵ S2007/1789/HS.

Cytodiagnostikernas representanter i Riksföreningen för klinisk cytologi har bl.a. uppgett att cytodiagnostikernas yrke är ett bristyrke. Socialutskottet har i sitt betänkande (2005/06:SoU10, s. 13) visserligen anfört att det är ytterst tveksamt om behovet av att rekrytera personer till ett yrke ska ges betydelse vid bedömningen av rätten till legitimation. Men cytodiagnostikernas arbetsuppgifter är enligt uppfattningen hos deras representanter så speciella att det kan allvarligt äventyra patienternas liv om man överlämnar deras arbetsuppgifter till någon utan specialistutbildning och efterföljande praktiktjänstgöring. Det finns exempel på att en sjukvårdshuvudman till avdelningen för patologi och cytologi sökt en cytodiagnostiker men också i annonsen uttalat att även en biomedicinsk analytiker kan komma i fråga om ingen cytodiagnostiker söker tjänsten.

Även om detta inte skulle vara det enda exemplet på att en sjukvårdshuvudman i en bristsituation kan tänka sig att låta cytodiagnostikernas arbete utföras av andra än utbildade cytodiagnostiker, kan frågan ställas om det räcker som motiv för att införa en möjlighet till dubbla legitimationer. Det får förutsättas att detta hör till de vårdpolitiska frågor som den aviserade större utredningen om behörighetsreglerna i framtiden kommer att utreda närmare. Legitimationsfrågan för cytodiagnostiker ska emellertid enligt riksdagens beslut utredas mycket skyndsamt. Den nu verkställda utredningen visar att det inte finns något hinder mot att införa en särskild rätt till legitimation för yrkesgruppen cytodiagnostiker.

Enligt promemorian fanns således inte något hinder mot att införa legitimation för yrkesgruppen cytodiagnostiker. Kravet för legitimation borde, enligt promemorian, bl.a. vara den utbildning som för närvarande leder fram till yrket.

Vid den efterföljande remissbehandlingen var flera av remissinstanserna, bl.a. Socialstyrelsen, Vårdförbundet och Sveriges Kommuner och Landsting, kritiska till förslaget att införa legitimation för cytodiagnostiker. De menade bl.a. att den principiellt viktiga frågan om vilka ytterligare yrkesgrupper som ska ges rätt till legitimation borde utredas i ett större sammanhang.

Promemorian *Legitimation för cytodiagnostiker* har inte lett till något förslag från regeringen om legitimation för cytodiagnostiker.

Våra överväganden

Med hänsyn till åldersstrukturen inom yrkeskåren finns det mycket som talar för att det framöver kan komma att uppstå en brist på cytodiagnostiker. En förväntad bristsituation är också ett av de skäl

som framförts för att cytodiagnostiker ska få legitimation och bristen befaras leda till att den cytologiska diagnostiken kommer att utföras av personal som saknar adekvat kompetens. Enligt vår mening bör emellertid inte en befarad bristsituation i sig kunna motivera att legitimation införs för cytodiagnostiker. Att det råder brist på personal med adekvat kompetens till vissa arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården är naturligtvis otillfredsställande, men det framstår inte som ändamålsenligt att gå via införandet av legitimation för att komma till rätta med ett sådant problem.

Det stora flertalet cytodiagnostiker har en yrkesexamen som biomedicinska analytiker och en påbyggnadsutbildning i diagnostisk cytologi. Det innebär att de som arbetar som cytodiagnostiker, med några få undantag, har en legitimation som biomedicinsk analytiker. Om en särskild legitimation införs för cytodiagnostiker innebär detta att denna yrkesgrupp enligt vår mening får dubbla legitimationer. Av de nuvarande 21 legitimationsyrkena har endast barnmorskor och i vissa fall psykoterapeuter dubbla legitimationer. Vår bedömning är en sådana dubbla legitimationer inte bör införas även för cytodiagnostiker.

Sammantaget är cytodiagnostiker en yrkesgrupp med högskoleutbildning som utför kvalificerade arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården. De arbetar självständigt och har ett eget diagnosansvar som är av avgörande betydelse för patienternas säkerhet. Vårt intryck är emellertid att de har en relativt smal yrkesroll med ett begränsat antal arbetsuppgifter. De är huvudsakligen verksamma vid laboratorier inom den offentliga hälso- och sjukvården och som legitimerade biomedicinska analytiker utgör de hälso- och sjukvårdspersonal som står under Socialstyrelsens tillsyn. Med hänsyn till detta, samt vad vi anför ovan, anser vi att det i dagsläget saknas förutsättningar för att föreslå legitimation eller någon annan form av behörighetsreglering för cytodiagnostiker.

4.5.3 Kuratorer inom hälso- och sjukvård

Allmänt om yrkesrollen m.m.

Det arbete som utförs av kuratorer inom hälso- och sjukvården är socialt och psykosocialt arbete. Centralt i arbetet är kunskap om sambandet mellan psykosociala faktorer och hälsa respektive sjukdom. Målet med det psykosociala arbetet kan t.ex. vara att stärka

patienters, närståendes och grupperas möjligheter att hantera inre och yttre påfrestningar vid ohälsa. Det kan också vara att arbeta för förändring i den psykosociala miljön för en gynnsam utveckling av människors livssituation och hälsa. I kuratorns arbetsuppgifter på individnivå ingår bl.a. psykosociala utredningar, olika former av samtalsbehandling, samordning av insatser och att ge information och råd om sociala rättigheter.

Kuratorer är verksamma inom många olika områden i hälso- och sjukvården. Inom primärvården finns kuratorer exv. på vårdcentraler och på särskilda enheter för rehabilitering eller behandling. Där innefattar kuratorns arbete bl.a. utredning, bedömning och behandlade åtgärder av olika slag vid de sjukdomstillstånd som kan förekomma. Kuratorn kan också arbeta med patientens psykosociala situation gällande familj, arbetsliv och ekonomi m.m. Kuratorsarbete utförs även på sjukhus, t.ex. på akutmottagningar, medicinkliniker, geriatriska avdelningar, palliativa enheter och ungdomsmottagningar. Kuratorns uppgifter på sjukhus varierar med den specialitet inom vilken arbetet utförs. I arbetsuppgifterna kan bl.a. ingå krissamtal vid olyckor, stöd till patienten och närstående vid en förändrad livssituation, samordning med kommunala insatser och deltagande i planering av vård och behandling.

När kuratorer utför hälso- och sjukvård är de hälso- och sjukvårdspersonal enligt 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen. Det innebär bl.a. att de står under Socialstyrelsens tillsyn. Kuratorer som är verksamma inom den allmänna hälso- och sjukvården är enligt 3 kap. 3 § patientdatalagen (2008:355) skyldiga att föra patientjournal.

Enligt uppgifter från Svensk Kuratorsförening och Sveriges Kommuner och Landsting finns det drygt 4 000 kuratorer som arbetar inom den offentliga hälso- och sjukvården. Några exakta uppgifter om hur många kuratorer som arbetar inom den privata hälso- och sjukvården har vi inte kunnat få fram, men av en undersökning som Akademikerförbundet SSR gjort bland 1 500 kuratorer framgår att ca fyra procent av dessa är verksamma inom privat vård.

Utbildning

Kuratorer inom hälso- och sjukvård har normalt en socionomexamen som kompletterats med någon form av psykosocial påbyggnadsutbildning. Påbyggnadsutbildningen kan bl.a. ha inriktning mot psykosocialt behandlingsarbete, familjeterapi, KBT och habiliterings-

och rehabiliteringskunskap. Bland påbyggnadsutbildningarna finns bl.a. grundläggande psykoterapiutbildning, påbyggnadsutbildning i psykosocialt behandlingsarbete och magisterexamen i socialt arbete.

På Karolinska Institutet anordnas en 2-årig interprofessionell mastersutbildning i klinisk medicinsk vetenskap. Utbildningen är en tvärprofessionell påbyggnadsutbildning och vänder sig till dem som är verksamma inom hälso- och sjukvården. Sedan 2007 har ca sex kuratorer genomgått utbildningen med fördjupning inom psykosocialt arbete inom hälso- och sjukvården.

Internationella förhållanden

I flera av EU:s medlemsstater finns social yrken reglerade i lag. Huruvida sociala yrken i andra länder är jämförbara med det svenska yrket kurator inom hälso- och sjukvården är svårt att fastställa. Omständigheten att en titel eller benämning kan översättas till en svensk titel eller benämning innebär inte med automatik att yrkena är desamma. Finland har sedan ett par år i lag infört legitimation och reglering av arbetsuppgifter för yrkena socialarbetare, socialhandledare och ledningspersonal inom socialtjänsten. I Norge finns förslag om att införa auktorisation för socialarbetare som handlägger barnskyddsärenden. Sammanfattningsvis är det svårt att med säkerhet uttala sig om i vilken omfattning yrket är reglerat i andra länder.

Framställningar från Akademikerförbundet SSR

Akademikerförbundet SSR har vid möten och i skrivelser framfört önskemål om att kuratorer inom hälso- och sjukvården ska få legitimation. Förbundet har bl.a. anfört att kuratorer i allt större omfattning bedriver rådgivning och terapeutisk verksamhet på privat basis utanför den offentliga vården. Legitimation skulle här fungera som en viktig garanti för allmänheten. Ett förändrat sjukdomspanorama med ökad psykosocial tyngd och influens gör också kuratorns kompetens nödvändig för att ta tillvara och erbjuda patienterna och närstående optimal behandling. Om inte legitimation införs riskerar kompetensen att försvinna. Förbundet anför vidare att kuratorer utför ett kvalificerat arbete av stor betydelse för patient-säkerheten i hälso- och sjukvården. Kuratorerna arbetar självstän-

digt utan direkt kontroll av någon annan yrkesgrupp och har ett direkt patientansvar. Enligt förbundet stämmer socionomutbildningens längd, innehåll, forskarmöjligheter och dokumenterade vetenskapliga förankring överens med de krav som ställs för legitimerad personal. Kuratorsarbetet inom hälso- och sjukvården vilar enligt förbundet också på vetenskap och beprövad erfarenhet. Om en legitimation införs bör den kunna knytas till arbetsuppgifterna för kuratorer. Alternativt bör enligt förbundets mening legitimation införas för alla socionomer.

Framställningar från Svensk Kuratorsförening

Svensk Kuratorsförening har framfört önskemål om att kuratorer ska få legitimation och skyddad yrkestitel. Föreningen har bl.a. anfört att kuratorer inom hälso- och sjukvård, vare sig de är verk samma inom somatisk eller psykiatrisk vård, arbetar med självständigt kvalificerat psykosocialt behandlingsarbete. De konfronteras dagligen med människor som drabbats av bl.a. kroniska livshotande sjukdomar, svåra förluster, arbetslöshet och somatiska sjukdomar med en bakomliggande psykosocial problematik. Jämsides med en god medicinsk vård krävs i samtliga fall ett kvalificerat psykosocialt omhändertagande. Inom hälso- och sjukvården är kuratorer den enda yrkesgruppen med akademisk examen som fortfarande saknar en yrkeslegitimation och skyddad yrkestitel.

Tidigare utredningar

1994 års behörighetskommitté tog ställning till om legitimation skulle införas för kuratorer i hälso- och sjukvården. I betänkandet *Ny behörighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område m.m.* (SOU 1996:138) anförde kommittén att sjukhuskuratorer har en väsentlig funktion att fylla inom vården. Det var därför enligt kommittén viktigt att sjukhuskuratorerna besitter erforderlig kompetens och att de är lämpliga för tjänstgöringen. Den verksamhet som sjukhuskuratorer ägnar sig åt innefattade dock enligt kommittén i huvudsak moment som mer är att betrakta som sociala och psykosociala insatser än behandlande hälso- och sjukvårdsverksamhet. Kommittén lämnade därför inget förslag om reglering för sjukhuskuratorer.

Våra överväganden

Kuratorer inom hälso- och sjukvård har funnits under lång tid och är en väl etablerad yrkesgrupp. De har i vissa avseenden en unik kompetens inom hälso- och sjukvården och deras arbete har stor betydelse för såväl enskilda patienter som för vården. De har en självständig yrkesroll som inrymmer omfattande patientkontakter och ett tydligt patientansvar.

Någon egen utbildning avsedd för just yrket kurator inom hälso- och sjukvården finns inte. De som arbetar som kuratorer har socio-nomexamen som kompletterats med olika påbyggnadsutbildningar och någon enhetlig utbildningsbakgrund finns inte inom yrkesgruppen. Socionomexamen är också en utbildning som ska tillgodose behovet av generell socionomkompetens inom hela det sociala arbetsfältet. Som framgått ovan under 4.3.2 bör den utbildning som leder fram till ett legitimationsyrke vara väldefinierad och leda till ett särskilt yrke.

Om en legitimation för kuratorer ska byggas på socionomexamen innebär det vidare att en avgränsning måste göras gentemot övriga med socionomexamen. En sådan avgränsning skulle i princip kräva att legitimationen behöver kopplas till arbetsuppgifterna istället för till utbildningen. För samtliga legitimationsyrken inom hälso- och sjukvården är legitimationen idag kopplad till utbildningen och enligt vår mening bör inte en annan ordning införas för kuratorer.

Sammantaget lämnar vi inga förslag om legitimation eller någon annan form av behörighetsreglering för kuratorer inom hälso- och sjukvård.

4.5.4 Medicinska fotterapeuter och podiatrier

Inledning

Medicinska fotterapeuter och podiatrier är två yrkesgrupper som båda är verksamma inom området för medicinsk fotvård. Bland de framställningar som gjorts från yrkesgrupperna finns en del gemensamma inslag. Vi har därför funnit det motiverat att behandla de båda yrkesgrupperna i ett sammanhang.

Det finns ingen tydlig avgränsning för vad som idag ryms inom området medicinsk fotvård. Socialstyrelsen har i en rapport från 1990 definierat medicinsk fotvård som sådan fotvård som ges efter

det att en diagnos är ställd.⁶ Det kan gälla diabetes, reumatoid artrit, psoriasis, vissa cirkulations- eller hudsjukdomar, ortopediska felställningar, nervskador, infektioner, postoperativa tillstånd eller nagelåkommor. Medicinsk fotvård ges vidare av en person med därtill adekvat utbildning verksam inom hälso- och sjukvården eller som på annat sätt arbetar i samråd med ordinerade/anvisande behandlare av grundsjukdomen. Enligt Socialstyrelsens rapport är medicinsk fotvård en del av hälso- och sjukvården.

Allmänt om medicinska fotterapeuter och podiatrier

Enligt Sveriges Fotterapeuter finns ca 3 000 medicinska fotterapeuter i Sverige. En majoritet är verksamma som enskilda yrkesutövare och många har avtal med landstingen om diabetesfotvård och andra fotåkommor relaterade till kroniska sjukdomar som exv. psoriasis och reumatoid artrit. Det förekommer också att medicinska fotterapeuter är anställda på vårdcentraler och sjukhus. Vissa patientkategorier, exv. diabetespatienter, kan få remiss till medicinsk fotvård.

Podiatrier är en högskoleutbildad yrkesgrupp inom medicinsk fotvård. De behandlar bl.a. fotåkommor på diabetespatienter i samarbete med endokrinolog, infektionsläkare och ortoped. Podiatrier arbetar även med skador och dysfunktioner i de nedre extremiteterna (höft, ben, knä och fot). Enligt uppgift från Riksförbundet för Podiatrisk Medicin är podiaterns främsta uppgift bl.a. att lindra smärta och reducera inverkan av dysfunktion med syfte att bibehålla och förbättra livskvaliteten hos många patientgrupper. Enligt förbundet kan podiatern vara anställd inom exv. primärvården och vid ortopedtekniska verksamheter.

Utbildning

Utbildning inom fotvård fanns inledningsvis inom gymnasieskolan. I gymnasieskolans omvårdnadsprogram ingick exv. en kurs för fothälsovårdskunskap. Det fanns även en specialkurs på gymnasienivå för utbildning till fotvårdare och några universitet anordnade också kortare kurser i medicinsk fotvård.

⁶ Rapport från utredning om fotvård och pågående utvecklingsarbeten, 1990-11-14, dnr 5129-96/88.

Sedan 2004 finns en utbildning till medicinsk fotterapeut i form av en kvalificerad yrkesutbildning (K/Y-utbildning). Utbildningen är på tre terminer och anordnas vid TechFuturum i Landskrona, KY-akademin i Göteborg och Yrkeshögskolan i Borås. Sedan utbildningarna startade har ca 100 medicinska fotterapeuter examinerats.

Det finns också privata utbildningar inom medicinsk fotvård. Axelssons Gymnastiska Institut anordnar en utbildning som sträcker sig över sex månader.

Från hösten 2006 anordnar Karolinska Institutet en treårig podiatriutbildning som leder fram till en medicine kandidatexamen. För utbildningen fick Karolinska Institutet medel av regeringen som i prop. 2004/05:1 bilaga 23 uttalade att medicinsk fotvård är en viktig behandling för flera patientgrupper, bl.a. personer med diabetes. På grund av för få sökande är dock utbildningen under avveckling och de sista eleverna kommer att examineras sommaren 2011. Totalt kommer då ca 60 podiatrier att ha examinerats från den svenska utbildningen. Utöver dem finns ett fåtal verksamma podiatrier med utländsk utbildning.

Internationellt

I Norge omfattas fotterapeuter av bestämmelser om legitimation och skyddad yrkestitel. Detsamma gäller i Danmark och på Island. Enligt uppgift från Sveriges Fotterapeuter har inget av dessa länder någon högskoleutbildning för fotterapeuter. För podiatrier har bl.a. Belgien, Nederländerna och Storbritannien tre till fyra år långa universitetsutbildningar i podiatri. I USA leder examen i podiatri, följt av en AT-tjänstgöring, till Doctor of Podiatric Medicine.

Framställningar

Sveriges Fotterapeuter har bl.a. framställt önskemål om att medicinska fotterapeuter ska få legitimation och skyddad yrkestitel alternativt bara skyddad yrkestitel. Enligt föreningen behövs regleringen för att öka patientsäkerheten på området samtidigt som medelåldern i yrket är mycket hög och statusen behöver höjas för att locka fler till yrket. Önskemål om legitimation har också framförts av Sveriges Medicinska Fotterapeuter.

Riksförbundet för Podiatrisk Medicin har anfört att podiatern utgör en unik kompetens inom vården. Enligt förbundet är det nödvändigt med en yrkeslegitimation för att patienter ska få möjlighet att dra nytta av det podiatrin har att erbjuda. Även företrädare för podiatriutbildningen på Karolinska Institutet har framfört att legitimation och skyddad yrkestitel bör införas för podiatrier. Som skäl har anförts bl.a. att det i alla länder där podiatri är en universitetsutbildning är utbildningen legitimationsgrundande. Podiatrier arbetar i dessa länder självständigt med diagnostik och behandling och har i de flesta fall behörighet att använda lokalbedövning, att utföra mindre kirurgiska ingrepp, att skriva ut vissa receptbelagda läkemedel och att skriva remisser. Det var på detta sätt som podiatrin i Sverige var tänkt att fungera då Karolinska Institutet fick i uppdrag från regeringen att bedriva utbildningen. Det är också kostnadseffektivt för samhället med framgångsrik behandling av patienter med fotproblem. I flera EU-länder samt i Australien, Nya Zeeland och USA är podiatri en stor och erkänd yrkeskategori och podatrin borde ha motsvarande roll i Sverige.

Tidigare utredningar

Till 1994 års behörighetskommitté framfördes önskemål om att fotterapeuter med viss utbildning skulle få legitimation. Kommittén konstaterade bl.a. att kompetensen hos yrkesutövare inom den medicinska fotvården var ytterst varierande. Kommittén hade också fått uppfattningen att den fotvårdsutbildning som då bedrevs inom gymnasieskolans omsorgsprogram var otillräcklig för den som avsåg att ägna sig åt medicinsk fotvård. Den utbildning som bedrevs uppfyllde vidare inte de kriterier som kommittén ställt upp för legitimation, främst i fråga om utbildningens längd och kvalitet. Även om yrket i övrigt var sådant att det skulle finnas skäl att reglera genom exv. en skyddad yrkestitel, ansåg kommittén att överväganden om en behörighetsreglering på området borde anstå till dess utbildningen reglerats och byggts ut.

Våra överväganden

Vår uppfattning är att medicinsk fotvård har en viktig funktion att fylla inom hälso- och sjukvården. Inte minst för diabetiker och andra patientgrupper med omfattande fotproblem är det angeläget att det finns tillgång till kvalificerad fotvård. Det kan också på goda grunder antas att medicinsk fotvård leder till samhällsekonomiska besparingar, bl.a. genom att behandlingen av olika sår på fötterna blir mer effektiv och leder till kortare vårdtider.

Det har skett förändringar av utbildningen för medicinska fotterapeuter under senare år genom att utbildning inom medicinsk fotvård nu anordnas i form av en kvalificerad yrkesutbildning (K/Y-utbildning). Utbildningen står under tillsyn av Myndigheten för yrkeshögskolan och måste uppfylla vissa krav som gäller för en sådan utbildning. Med hänsyn till vad vi anfört ovan i avsnitt 4.5.1 är dock vår bedömning att utbildningen inte svarar upp mot de kriterier som vi ställt upp gällande utbildning för att komma ifråga för legitimation. Vårt intryck är vidare att det bland dagens verk samma medicinska fotterapeuter finns en väldigt varierande utbildningsbakgrund där kompetensen till stora delar är resultatet av eget utvecklingsarbete och vidareutbildning genom olika privata kurser. Sammantaget finner vi därför att det saknas förutsättningar för att föreslå någon form av behörighetsreglering för medicinska fotterapeuter.

Vad gäller podiatrier är deras utbildning i Sverige under avveckling. Den sista årskullen kommer att examineras under 2011 och det kommer då att ha examinerats totalt ca 60 podiatrier. För podiatrier kommer således inte att finnas någon svensk högskoleutbildning och vi lämnar därför inga förslag om reglering för podiatrier.

4.5.5 Ortoptister

Allmänt om yrkesrollen m.m.

Ortoptister är en yrkesgrupp inom ögonsjukvården. De undersöker, diagnostiserar och behandlar ensidiga synnedläggningar. Nedläggningarna kan ha sin grund i refraktionsfel och skelning, samsynsproblem, dubbelseende, motilitetsrubbnings (störningar i ögats rörlighet) och nystagmus (ögondarr). Patienterna är framför allt barn, men antalet vuxna i arbetsför ålder har ökat de senaste åren.

Ortoptister arbetar huvudsakligen vid ögonkliniker på sjukhus. De samarbetar med ögonläkare och har självständiga mottagningar. Det finns också ortoptister på neurologiska avdelningar, syncentraler, rehabiliteringscenter och hos optiker. Ortoptister kan även arbeta med uppsökande verksamhet bl.a. på barnvårdsavdelningar för att hitta synnedsättningar och skelningar. Några ortoptister finns på vetenskapliga ögonkliniker som är ansluta till universitet. Enligt uppgift från Sveriges ideella ortoptistförening finns idag ca 135 ortoptister i Sverige.

Utbildning

Ortoptister har en sjuksköterskeutbildning i grunden och en majoritet är utbildade ögonsjuksköterskor. De har därefter en kompletterande utbildning med inriktning mot ortopti. I Sverige finns även ortoptister med utländsk utbildning.

Karolinska Institutet anordnar två fristående kurser på avancerad nivå med inriktning mot ortoptik. Det är de enda utbildningarna för ortoptister i Skandinavien. Utbildningarna är på 75 respektive 45 högskolepoäng och för båda krävs sjuksköterskeexamen. För utbildningen på 45 högskolepoäng krävs även viss utbildning i oftalmologi för sjuksköterskor eller motsvarande. Mellan fem och tio ortoptister utbildas vid Karolinska Institutet varje år.

Internationella förhållanden

Ortoptister är ett reglerat yrke i bl.a. Nederländerna, Irland, Belgien och UK. I vissa länder finns det eftergymnasiala direktutbildningar för ortoptister. I Norge omfattas ortoptister av bestämmelser om legitimation.

Framställningar

Sveriges Ideella ortoptistförening har framfört önskemål om att legitimation och skyddad yrkestitel inför för ortoptister. Föreningen har bl.a. framhållit att ortoptister har ett definierat yrkes- och ansvarsområde. Yrket är självständigt och har utvecklats snabbt de senaste åren. Legitimation skulle klargöra för patienten att innehavaren besitter denna unika kompetens. Legitimation skulle också

öka möjligheterna för ortoptister att etablera sig på marknaden och öppna eget. Svenskutbildade ortoptister är i hög utsträckning legitimerade sjuksköterskor, men det speglar inte vad de faktiskt jobbar med. Titeln ortoptist är vidare skyddad i hela övriga Europa och för att vara likställda med övriga ortoptister inom Europa behövs legitimation.

I skrivelser till utredningen har International Orthoptic Association och Orthoptistes de la Communauté Européenne ställt sig bakom önskemålen om legitimation och skyddad yrkestitel för ortoptister. Även Sveriges ögonläkarförening har framfört till utredning att man är positiv till legitimation och skyddad yrkestitel för ortoptister. Enligt Sveriges ögonläkarförening har ortoptister en unik kompetens och utgör en mycket viktig yrkeskår för de ögonläkare som arbetar med skelning och barnoftalmologi.

Våra överväganden

Ortoptister är en yrkesgrupp som utför kvalificerade arbetsuppgifter inom ögonsjukvården. De arbetar självständigt och har ett eget patientansvar. De som utbildats till ortoptister är emellertid sjuksköterskor och påbyggnadsutbildningen till ortoptist bör i första hand kunna ses som en specialistinriktning för sjuksköterskor. Att införa legitimation för ortoptister skulle därmed innebära att ortoptister får dubbla legitimationer. Som nämnts ovan är det idag endast barnmorskor och i vissa fall psykologer som har dubbla legitimationer och enligt vår mening bör sådana dubbla legitimationer inte införas även för ortoptister. Sammantaget lämnar vi inga förslag om reglering för ortoptister.

Idag finns ingen specialistinriktning för sjuksköterskor som vill specialisera sig inom ortopti. Som vi anför i nedan kap. 12 bör dock specialistsjuksköterskeutbildningen bli mer flexibel. Inom ramen för ett sådant mer flexibelt system kan det bli möjligt för ortoptister att få skyddad specialistbeteckning.

4.5.6 Osteopater

Allmänt om osteopati

Osteopati som behandlingsform bygger på att kroppen är en enhet där alla delar hänger ihop och är beroende av varandra. Rörelseapparaten, cirkulationen och nervsystemet bildar en dynamisk helhet. Man utgår vidare ifrån att kroppen har en självläkande förmåga och den viktigaste uppgiften för en osteopat är att hitta orsaken till vad som hindrar kroppen från att läka sig själv.

Syftet med den osteopatiska behandlingen är att undanröja störningar i kroppen och öka dynamiken. Därigenom ska människans självreglerande och självläkande kraft aktiveras. Bland de behandlingar som osteopater använder sig av finns exv. manipulation som innebär snabba, lätta och specifika rörelser som ska återställa en normal rörlighet i leder där rörelseförmågan är nedsatt. Manipulation används bl.a. vid behandling av nacke och ländrygg. En annan behandling är visceral behandling som ska motverka obalanser och nedsatt rörlighet mellan organ. Behandlingen används bl.a. för att motverka matsmältningsproblem, diarré, inkontinens, infertilitet och huvudvärk.

Enligt uppgift från Svenska Osteopatförbundet finns det ca 230 yrkesverksamma osteopater i Sverige. Även om det inte gått att få fram några exakta uppgifter torde i princip alla vara verksamma som enskilda yrkesutövare inom det privata.

Utbildning

Idag finns det två osteopatutbildningar i Sverige. De anordnas av Skandinaviska Osteopathögskolan i Göteborg och Stockholm College of Osteopathic Medicine. Utbildningen i Göteborg är fyraårig och bedrivs i samarbete med University of Wales som validerar utbildningen och som utfärdar examen Bachelor of Science Honours Degree in Osteopathy för dem som genomgått utbildningen.

Utbildningen i Stockholm är femårig och bedrivs i samarbete med University of Westminster och British College of Osteopathic Medicine. Den som går utbildningen i Stockholm kan bl.a. få examen Diploma in Osteopathy. Enligt Svenska Osteopatförbundet har en klar majoritet av osteopaterna i Sverige utbildning från någon av de svenska osteopatutbildningarna.

Skandinaviska Osteopathhögskolan i Göteborg och Stockholm College of Osteopathic Medicine har idag inte examensrätt och osteopatutbildningarna är inte reglerade i högskoleförordningen.

Internationella förhållanden

Osteopater är reglerade i bl.a. USA, England, Schweiz och Island. I Finland har osteopater skyddad yrkesbeteckning sedan 1994. I Norge har osteopater ansökt om att få omfattas av bestämmelser om legitimation och frågan bereds för närvarande.

Framställningar

Svenska Osteopatförbundet har vid möten och genom skrivelser framfört önskemål om att osteopater ska bli ett legitimationsyrke. Enligt förbundet skulle bl.a. patientsäkerheten öka om osteopaterna kom under tillsyn. För legitimation talar också enligt förbundet den omständigheten att kiropraktorer och naprapater har legitimation, eftersom likheterna mellan dessa yrkesgrupper och osteopaterna är betydande.

Tidigare utredningar

1994 års behörighetskommitté behandlade frågan om legitimation för osteopater. I betänkandet *Ny behörighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område m.m.* (SOU 1996:138) uttalade kommittén att antalet verksamma osteopater i Sverige var förhållandevis ringa (ca 55 st). Det fanns inte heller någon utbildning här i landet som motsvarade de krav som enligt kommittén borde ställas för att ett yrke ska kunna komma i fråga för legitimation. Kommittén ansåg därför inte att det fanns skäl att reglera osteopaternas verksamhet.

Våra överväganden

Tillsammans med kiropraktorer och naprapater hänförs osteopater ofta till verksamhetsområdet för manuell medicin. I Sverige finns ca 230 osteopater och de allra flesta har utbildat sig i Sverige. De arbetar i princip uteslutande som enskilda yrkesutövare utanför den

etablerade hälso- och sjukvården. Osteopater är en yrkesgrupp som är väl etablerad i stora delar av den engelskspråkiga världen, bl.a. i England och i USA.

De två osteopatutbildningar som anordnas i Sverige är relativt omfattande sett till utbildningarnas längd och bedrivs i samarbete med utländska universitet. De är dock inte högskoleutbildningar i den meningen att de anordnas av ett svenskt universitet eller en svensk högskola enligt högskolelagen eller av en svensk enskild utbildningsanordnare med examenstillstånd enligt lagen om tillstånd att utfärda vissa examina. Som vi nämnt ovan bör den utbildning som ska läggas till grund för legitimation för en yrkesgrupp i normfallet vara en sådan högskoleutbildning och enligt vår bedömning finns det, sett till patientsäkerheten, inga sakliga skäl att frångå detta för yrkesgruppen osteopater. Vi anser därför det i dagsläget saknas förutsättningar att införa legitimation för osteopater och vi lämnar inte några förslag om behörighetsreglering för denna yrkesgrupp.

4.5.7 Perfusionister

Allmänt om yrkesrollen m.m.

Perfusionistens huvudsakliga arbetsuppgift är att genomföra och ansvara för så kallad extrakorporeal cirkulation (ECC). Det innebär att perfusionisten styr hjärtlungmaskinen i samband med hjärtkirurgi. Maskinen upprätthåller vitala funktioner som andning och cirkulation under den tid som hjärta och lungor är bortkopplade från patientens blodcirkulation. I operationssalen arbetar perfusionisten tillsammans med kirurgen och narkosläkaren. Till perfusionistens ansvarsområde hör också olika typer av cirkulationsunderstöd vid bukkirurgi och dialys.

Enligt Svenska Perfusionistföreningen utförs ca 8 000 ingrepp årligen där perfusionister deltar. I Sverige finns ca 60 perfusionister och i princip alla är anställda vid thoraxkirurgiska kliniker. Det förekommer att perfusionister driver egna företag och genom dessa säljer tjänster till hälso- och sjukvården. I sin yrkesutövning är perfusionister hälso- och sjukvårdspersonal enligt 1 kap. 4 § patient-säkerhetslagen och står under Socialstyrelsens tillsyn.

Utbildning

Från 1998 fanns det en skandinavisk utbildning i extrakorporeal cirkulation som anordnades av Medicinska fakulteten vid Göteborgs universitet. Utbildningen upphörde emellertid 2002 och sedan dess har det inte funnits någon utbildning för perfusionister i Sverige. I Danmark bedrivs en skandinavisk perfusionistutbildning vid The Danish School of Perfusion på Aarhus Universitet. För behörighet till utbildningen krävs minst kandidatexamen i omvårdnad, teknologi, medicin, biologi, fysik eller biomedicin. Utbildningen är två-årig och avslutas med en masterexamen.

Bland dagens verksamma perfusionister finns det både de som utbildats vid den tidigare utbildningen i Sverige och de som utbildats i Danmark. Det finns också de som fått sin utbildning internt på thoraxklinik. Perfusionister kan i grunden ha en utbildning till t.ex. ingenjör, apotekare samt sjuksköterska och vissa perfusionister har legitimation genom sin grundläggande utbildning.

Internationella förhållanden

Perfusionister har legitimation i Norge och Danmark. Bakom beslutet att ge perfusionister legitimation i Norge låg bl.a. den risk för den enskilde patienten som är knuten till perfusionistens arbetsuppgifter. Perfusionister är också reglerade i Nederländerna, Storbritannien och USA.

Framställningar

Svenska Perfusionistföreningen och Swedish Society for Extracorporeal Technology (SWESECT) har framfört att det måste införas vissa krav i fråga om utbildning för dem som ska arbeta som perfusionist. Perfusionister bör även som yrkesgrupp omfattas av bestämmelser om legitimation. Som skäl har bl.a. anförts att det trots väl fungerande teknisk utrustning krävs kunskap, erfarenhet och kompetens hos den personal som självständigt ansvarar för hjärtlungmaskinen. Misstag, ouppmärksamhet eller felaktiga beslut kan leda till patientskador med förlängd vårdtid, invaliditet och i värsta fall dödlig utgång. För att kunna garantera god kvalitet och säkerhet och för att minimera riskerna är det nödvändigt med en behörighetsreglering för svenska perfusionister.

I skrivelse har Svensk Thoraxkirurgisk Förening anfört att det trots det ansvar som åligger perfusionister vid hjärtkirurgi, med ansvar för hjärtlungmaskinen och den extrakorporeala cirkulationen, inte finns något utbildningskrav för perfusionister i Sverige. Till skillnad från en del andra länder är perfusionisternas roll unik i Sverige och det är mycket viktigt att säkerställa att erforderliga medicinska och tekniska förkunskaper finns. Det bör därför enligt föreningen införas en yrkeslegitimation för perfusionister.

Tidigare utredningar

I betänkandet *Ny behörighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område m.m.* (SOU 1996:138) behandlade 1994 års behörighetskommitté perfusionister och medicintekniska ingenjörer i ett sammanhang. Kommittén uttalade att perfusionister och medicintekniska ingenjörer har en lång utbildning och att deras verksamhet tveklöst har betydelse för patientsäkerheten. Enligt kommittén var de samtidigt till numerären små yrkesgrupper som inte i någon större utsträckning arbetade som enskilda yrkesutövare. Kommittén uttalade också att det ur patienternas och samhällets perspektiv torde vara väsentligt att yrkesgruppernas grundutbildning och vidareutbildning har hög kvalitet och att den tekniska utrustning de arbetar med är av god kvalitet. Kontrollen av detta kunde enligt kommittén ske på annat sätt än genom legitimation.

Kommittén diskuterade därefter kring bl.a. certifiering och möjligheterna att låta externa kontrollorgan som t.ex. Styrelsen för ackreditering och teknisk kontroll (SWEDAC) utföra regelbundna kontroller. Enligt kommittén torde sådana återkommande kontroller få betydligt större effekt ur patientsäkerhetssynpunkt än legitimation vars rättsverkningar oftast inträder först när ett missgrepp eller en olyckshändelse redan inträffat. I avvaktan på en sådan återkommande kontroll kunde man enligt kommittén som ett komplement föreskriva att det för anställning i offentlig regi är en förutsättning att yrkesgrupperna har en viss utbildning. En ytterligare möjlighet som kommittén övervägde var att föreskriva att viss verksamhet endast får utövas under förutsättning att tillgång finns till personer med viss kompetens, exv. perfusionister. Kommittén kom sammantaget fram till att det inte fanns skäl att ytterligare reglera perfusionisterna.

Våra överväganden

Perfusionister har en viktig roll inom framför allt hjärtkirurgin. De utför kvalificerade arbetsuppgifter som har stor betydelse för patientsäkerheten. De utför emellertid så gott som uteslutande sina arbetsuppgifter som anställda inom den offentliga hälso- och sjukvården och inte som enskilda yrkesutövare. I sin yrkesutövning omfattas de av Socialstyrelsens tillsyn och det finns idag inte någon svensk högskoleutbildning för perfusionister. Även om de arbetsuppgifter som utförs av perfusionister har stor betydelse för patientsäkerheten, finner vi därför vid en sammanvägning att det för närvarande inte bör införas några bestämmelser om legitimation för perfusionister.

Ett alternativ till legitimation skulle kunna vara att införa ett krav på viss utbildning för att få utföra de arbetsuppgifter som perfusionister normalt ansvarar för. Det skulle dock innebära att ett behörighetskrav knyts till vissa arbetsuppgifter, något som enligt vår mening bör undvikas inom hälso- och sjukvården. Det är vårdgivaren som ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls och i detta ligger att det är vårdgivarens ansvar att arbetsuppgifter inom vården utförs av personal med rätt utbildning och kompetens. Vi anser därför inte att någon särskild reglering gällande perfusionisters arbetsuppgifter bör införas.

4.5.8 Tandtekniker

Allmänt om yrkesrollen m.m.

Tandtekniker utformar och tillverkar individuellt avpassade ersättningar för förlorade tänder. Det kan t.ex. vara fråga om kronor, broar och avtagbara proteser. Ersättningarna ska vara väl avpassade till patientens munförhållanden och i tandteknikerns arbete ingår att anpassa ersättningarna med hänsyn till färg och form. Vanligast är att tandläkaren inledningsvis gör en bedömning av patientens behov av ersättningar och utifrån detta utformar en beställning till tandteknikern. Av beställningen ska bl.a. framgå vilken produkt beställningen gäller och produktens speciella egenskaper i fråga om färg, form, material osv. När ersättningen är klar sätts den in i patientens mun av tandläkaren som har ansvaret gentemot patienten för behandlingen.

Enligt uppgift från Sveriges Tandteknikerförbund finns ca 1 500 tandtekniker i Sverige. Majoriteten av dessa återfinns idag inom den privata sektorn. Arbetet utförs vid tandtekniska laboratorier, vilka kan variera i storlek och omfatta allt från en ensamarbetande tekniker till en större verksamhet med olika inriktningar. Vissa laboratorier lägger alla eller delar av sina arbeten hos underleverantörer i Sverige eller i utlandet.

De ersättningar som utformas och tillverkas av tandtekniker är medicintekniska produkter. Tandteknikernas verksamhet omfattas därmed av lagen (1993:584) om medicintekniska produkter och Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2003:11) om medicintekniska produkter. Det innebär att det bl.a. finns krav på övervakning av hur produkterna fungerar i praktisk användning och att tandtekniker måste registrera sin verksamhet hos Läkemedelverket som också utövar tillsyn över verksamheten.

Tandläkarnas handhavande av produkterna de beställer av tandteknikerna omfattas av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. Av föreskrifterna följer bl.a. att tandläkaren ska identifiera patientens behov och ansvara för att produkten motsvarar behoven. Av föreskrifterna följer också att tandläkaren vid exv. ett funktionsfel ska göra en anmälan till den som tillverkat produkten och till Läkemedelsverket.

Utbildning

Utbildningen till tandtekniker skedde i början i privat regi. Den första statliga ettåriga utbildningen började i Stockholm och ett riksdagsbeslut 1944. Statliga utbildningar tillkom även i Göteborg och Malmö 1948 och från 1949 ställdes de privata tandteknikerskolorna under statlig tillsyn.

Sedan 1993 finns en högskoleutbildning för tandtekniker. Utbildningen är treårig och leder fram till tandteknikerexamen. Utbildningen anordnas av Karolinska Institutet, Göteborgs universitet, Umeå universitet och Tandvårdshögskolan i Malmö.

Internationella förhållanden

Tandtekniker har legitimation i bl.a. England, Frankrike, Finland, Danmark och Norge. Bakgrunden till bestämmelserna om legitimation i Norge var bl.a. att man ansåg att tandtekniker hade direktkontakt med patienter i samband med reparation av tandproteser. Protoser utförda av okvalificerad personal kunde leda till tandhälsoproblem för patienterna. Vidare ansåg man att en stor grupp tandtekniker bedriver självständig näringsverksamhet, något som ökade behovet av kontroll för yrkesutövningen. Av betydelse var även förutsebarheten för allmänheten och för andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården, i första hand tandläkare som samarbetade med tandtekniker.

Framställningar m.m.

Önskemål om legitimation för tandtekniker har framförts av Sveriges Tandteknikerförbund. Förbundet har bl.a. anfört att tandteknikerns roll har förändrats till att ha mer patientkontakt än tidigare. Idag kommer patienterna till de tandtekniska laboratorierna för att diskutera bl.a. tandfärgning, proteslagningar och implantat. Detta ger en högre patientsäkerhet eftersom tandteknikern genom dialog med patienten får möjlighet att välja den bästa lösningen i varje enskilt fall. Tandläkarna delegerar också många gånger justeringar till tandteknikern. Förbundet har vidare anfört att den tekniska utvecklingen gått snabbt framåt under de senaste åren. Tandteknikern handskas med material som vid felaktig användning kan orsaka skador. Idag krävs bara en registrering hos Läkemedelsverket för att öppna ett tandtekniskt laboratorium. Det innebär att vem som helst kan driva sådan verksamhet. Med legitimation för tandtekniker skulle patientsäkerheten öka.

Svenska Tandteknikerförbundet har inlämnat resultatet av en enkätundersökning som genomförts i april 2010. Syftet med enkäten var att fastställa i vilken utsträckning tandtekniker har kontakt med patienter och resultatet bygger på svar från 349 laboratorier. Enligt resultatet hade 43 procent av laboratorierna ett eget väntrum för patienter och 24 procent ett behandlingsrum med en tandläkarstol eller dylikt. Ca 47 procent uppgav att de hade daglig direktkontakt med patienter och ca 11 procent hade patientkontakt flera gånger

dagligen. Ca 22 procent hade patientkontakt någon gång i veckan medan ca 2 procent aldrig hade patientkontakt.

Ansvariga för tandteknikerutbildningarna vid Karolinska Institutet, Umeå universitet, Göteborgs universitet och Malmö Högskola har skrivit till utredningen med önskemål om legitimation för tandtekniker. Man hänvisar bl.a. till att tandtekniker har ökad patientkontakt och att kraven på materialkunnande blir allt högre. Även UNIONEN och Sveriges Pensionärers Riksförbund har i skrivelse framfört önskemål om att tandtekniker ska få legitimation.

Våra överväganden

Sedan 1993 finns en högskoleutbildning för tandtekniker och utbildningen leder fram till en yrkesexamen. Tandtekniker utför kvalificerade arbetsuppgifter som har betydelse för patientsäkerheten och det intryck vi fått är att tandtekniker i allt större omfattning har patientkontakt. Tandtekniker är också reglerade i flera nordiska länder och en legitimation skulle underlätta rörligheten för yrkesgruppen inom dessa länder.

Enligt vår mening är det emellertid tandläkaren som har ansvaret för behandlingen som helhet, även om t.ex. en krona som sätts in i patientens mun tillverkas av en tandtekniker. Det är också tandläkaren som ställer diagnos samt bestämmer om behandling. Vårt intryck är vidare att tandtekniker i första hand arbetar med materialet och att arbetet som innefattar patientkontakt främst avser estetiska aspekter som färgval m.m. Tandteknikernas tillverkade ersättningar omfattas också av lagstiftningen för medicintekniska produkter. Vid en sammanvägning anser vi att legitimation eller någon annan behörighetsreglering inte bör införas för tandtekniker.

4.5.9 Övriga yrkesgrupper

Medicinska massageterapeuter

Medicinska massageterapeuter arbetar bl.a. med kroppens mjukdelsvävnader, dvs. med muskler, hud och bindväv samt även med leder och dess rörelseinskränkningar. De använder massage och muskeltöjningar i friskvårdande och förebyggande syfte och behandlar specifika skador och besvär i rörelseapparaten. De har fördjupade kunskaper i specifik sjukdomslära inriktad på neurologiska och orto-

pediska funktionshinder. De använder olika undersökningsmetoder och de lägger upp träningsprogram för olika patientgrupper.

Det finns idag ca 130 utbildade medicinska massageterapeuter i Sverige och det stora flertalet arbetar som enskilda yrkesutövare. Utbildning till medicinsk massageterapeut sker idag vid Komplementär Medicinska Högskolan i Malmö. Utbildningen är på eftergymnasial nivå och sträcker sig över tre terminer. Utbildningen står under tillsyn av Myndigheten för yrkeshögskolan enligt förordningen (2000:521) om statligt stöd till kompletterande utbildningar.

Representanter för gruppen medicinska massageterapeuter har till utredningen framfört önskemål om legitimation och skyddad yrkestitel. Utbildningen till medicinsk massageterapeut svarar dock inte upp mot de krav på utbildning som vi ställt upp för legitimation. Vår bedömning är att det för närvarande saknas förutsättningar att införa någon behörighetsreglering för medicinska massageterapeuter.

Sjuksköterskor i diabetesvård

Sjuksköterskor inom diabetesvård (diabetessjuksköterskor) är sjuksköterskor som vidareutbildat sig inom diabetesvård. Diabetessjuksköterskor arbetar vanligen inom primärvården eller på en medicinmottagning med ansvar för diabetespatienter. Svensk förening för sjuksköterskor i Diabetesvård (SFSD) har till utredningen framfört önskemål om skyddad yrkestitel för diabetessjuksköterskor och bl.a. hänvisat till att det behövs för att säkerställa en kvalificerad diabetesvård.

Enligt vår mening bör diabetessjuksköterskor i första hand kunna ses som en specialinriktning för sjuksköterskor. Som vi pekar på nedan i kap. 12 bör specialistsjuksköterskeutbildningen bli mer flexibel och inom ramen för ett sådant mer flexibelt system kan det vara möjligt för diabetessjuksköterskor att få en skyddad specialistbeteckning. Vår bedömning är att det därför för närvarande inte bör införas en skyddad yrkestitel för diabetessjuksköterskor.

Uroterapeuter

Uroterapeuter utreder och behandlar personer med urinläckage eller andra blåsstörningar. I uroterapeutens arbete ingår att skapa förståelse för sammanhanget mellan orsak och symtom. Uroterapeuter finns på de flesta större sjukhus och inom primärvården. Det finns en utbildning för uroterapeuter i Göteborg som omfattar 40 högskolepoäng. Företrädare för gruppen uroterapeuter har till utredningen framfört att legitimation bör införas för uroterapeuter.

Uroterapeuter är idag legitimerade sjuksköterskor, barnmorskor, sjukgymnaster eller läkare som läst en påbyggnadsutbildning i uroterapi. Införande av en legitimation för uroterapeuter skulle därför medföra att de som ingår i yrkesgruppen får dubbla legitimationer. Som vi nämnt ovan är det endast barnmorskor och i vissa fall psykoterapeuter som har dubbla legitimationer enligt nuvarande bestämmelser. Vår bedömning är att sådana dubbla legitimationer inte bör införas även för uroterapeuter och vi lämnar inget förslag om reglering för uroterapeuter.

5 Frågor om behörighetsreglering för legitimationsyrken

5.1 Inledning

Intresset för vårt uppdrag har varit stort. Det gäller inte minst de delar av uppdraget som avser behörighetsregleringen inom hälso- och sjukvården. I vårt uppdrag ingår att bedöma om fler yrkesgrupper än de som idag är reglerade bör regleras och i så fall lämna förslag på hur regleringen ska se ut. Under utredningsarbetet har vi träffat representanter för många olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården och närliggande områden som velat framföra önskemål kring denna reglering. Vi har även tagit emot skrivelser från flera yrkesförbund och från enskilda yrkesutövare. Patient- och brukarorganisationer har också lämnat synpunkter på behörighetsregleringen vid hearings som vi anordnat. De önskemål som framförts har i första hand gällt att få omfattas av bestämmelserna om legitimation. De har dock även avsett olika förändringar av behörighetsregleringen för yrkesgrupper som redan idag har legitimation. I direktiven anges att företrädare för ett antal yrkesgrupper har framfört önskemål om ny eller ändrad reglering och bland dem finns några grupper som redan har legitimation, bl.a. arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Krav på praktisk tjänstgöring för legitimation, specialistutbildning, krav på legitimation för att få prova ut vissa medicintekniska hjälpmedel och förskrivningsrätt är några av de önskemål som framförts i olika sammanhang. I många fall har vi fått ta del av redogörelser för de olika yrkesgruppernas verksamhet i fråga om exempelvis utbildning, arbetsuppgifter, behandlingsmetoder, antalet yrkesutövare m.m.

Det har inte varit möjligt att under utredningen behandla alla önskemål som framförts. En del har legat utanför vårt uppdrag och vissa frågor har inte gått att utreda inom den tid vi fått till vårt förfogande. I det följande behandlar vi dock några sådana frågor som

tagits upp av sjukgymnaster, arbetsterapeuter, audionomer och psykologer. Regeringen har också överlämnat en begäran från Ortopediska Branschrådet om ändring i förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (FYHS).

I avsnitt 5.2 behandlar vi önskemål om krav på praktiktjänstgöring för legitimation från arbetsterapeuter och audionomer, i avsnitt 5.3 önskemål om specialistutbildning för sjukgymnaster och psykologer, i avsnitt 5.4 frågor om ensamrätt till yrke för psykologer, i avsnitt 5.5 ett önskemål om byte av yrkestitel, och i avsnitt 5.6 Ortopediska Branschrådets skrivelse. Våra överväganden i samtliga frågor finns i avsnitt 5.7.

5.2 Krav på praktiktjänstgöring för legitimation

5.2.1 Framställda önskemål om krav på praktik

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter har framställt önskemål om att 12 månaders praktiktjänstgöring på heltid ska vara ett krav för legitimation som arbetsterapeut. Förbundet anser att utbildningens verksamhetsförlagda del inte är tillräcklig för det stora ansvar som läggs på arbetsterapeuterna i deras självständiga, patientbehandlande arbete. Utbildningen håller hög teoretisk nivå men erfarenheten från praktisk tillämpning är begränsad.

Svenska Audionomföreningen har framfört ett önskemål om krav på ett praktikår innan man får legitimation. Föreningen anser att det skulle ge nya audionomer möjlighet till grundlig handledning under det första året och göra dem redo för patientansvar.

5.2.2 Krav på praktiktjänstgöring för andra legitimationsgrupper

Idag ställs krav på praktiktjänstgöring för legitimation när det gäller läkare, psykologer, kiropraktorer och naprapater. Skälen för att ställa sådana krav har varierat.

För läkare och psykologer har kravet på praktiktjänstgöring för legitimation funnits under lång tid. År 1969 infördes den obligatoriska praktiktjänstgöringen efter läkarexamen som kallas allmän-tjänstgöring (AT).¹ Syftet är att komplettera den praktiska tjänst-

¹ Prop. 1969:35

göringen i den kliniska grundutbildningen och ge läkarna de ytterligare erfarenheter som är nödvändiga. Före 1 juli 1969 utgjorde medicine licentiatexamen kravet för legitimation och utbildningen innehöll en obligatorisk assistenttjänstgöring. Kravet på praktiktjänstgöring för att få legitimation som läkare infördes bl.a. för att öka genomströmningen och rekryteringsmöjligheterna inom vissa områden. Det var också en anpassning till de andra nordiska länderna.

När det gäller psykologer finns inga förarbeten till beslutet att införa kravet på praktiktjänstgöring, då deras legitimation infördes genom en förordning. 1994 års behörighetskommitté tog upp frågan om praktiktjänstgöring för psykologer och anförde att man delade Psykologförbundets uppfattning att någon form av praktisk tjänstgöring för att pröva lämpligheten för yrket bör finnas kvar för psykologer.

När det gäller kiropraktorer angav alternativmedicinkommittén² att även om själva fackkunskaperna från de utländska utbildningarna som ansågs kunna ligga till grund för legitimation var överförbara och ändamålsenliga även vid verksamhet i Sverige behövdes en del kompletteringar beträffande sådant som var nationellt betingat. Praktisk tjänstgöring inom svensk sjukvård skulle troligen förbättra förutsättningarna för ett gott samarbete mellan kiropraktorer och läkare, sjukgymnaster m.fl. grupper av hälso- och sjukvårdspersonal och dessutom innebära en fördjupning av kiropraktorns kliniska skolkunskaper. Kommittén föreslog därför att praktisk tjänstgöring i Sverige skulle vara ett villkor för legitimation. I prop. 1988/89:96 om legitimation för vissa kiropraktorer, m.m. instämde regeringen i kommitténs förslag om krav på praktisk tjänstgöring i svensk hälso- och sjukvård för legitimation som kiropraktor.

När legitimation infördes för naprapater angavs inte några skäl för förslaget om praktiktjänstgöring som en förutsättning för att meddela legitimation (prop. 1993/94:145 s. 15).

Regeringen tog i propositionen till LYHS upp frågan om praktiktjänstgöring och anförde att det finns en möjlighet att utbildningarna inom kiropraktik och naprapati på sikt kommer att inordnas i den statliga högskolan. Om så blir fallet bör det övervägas om inte den praktiktjänstgöring som idag utgör ett villkor för legitimation som kiropraktor respektive naprapat kan slopas och ersättas med praktik under utbildningstiden.³

² SOU 1987:12

³ Prop. 1997/98:109 s. 98

5.3 Specialistutbildning

5.3.1 Framställda önskemål om specialistutbildning

Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund har framställt önskemål om specialistutbildning. Förbundet anger flera skäl. En ökad professionalisering och akademisering inom sjukgymnastkåren, en ökad flora av aktörer i samhället som erbjuder tjänster inom hälso- och sjukvårdens område samt ökad medvetenhet hos konsumenten/patienten.

Förbundet har utvecklat en specialistordning för sjukgymnaster. Handläggningen av ansökningar om specialistkompetens sker i en specialistkommitté som består av sex ledamöter valda av förbundsstyrelsen samt en handläggande tjänsteman. Beslut fattas av förbundets vetenskapliga råd. Det finns för närvarande 17 olika specialistområden. Utbildningen innehåller både teoretisk utbildning, magisterexamen eller högre m.m. och minst tre års klinisk utbildning inom området med tillgång till handledning.

Sveriges Psykologförbund har framfört att det är angeläget att frågan om en statlig reglering av psykologernas specialistkompetens utreds närmare. Förbundet uppger att hälso- och sjukvården idag har ett stort behov av specialistutbildade psykologer inom en rad områden bl.a. psykiatri och psykologisk behandling/psykoterapi. Man hänvisar också till att Psykiatrisamordnaren⁴ lyfte fram behovet av psykologer med hög klinisk kompetens kring psykiska sjukdomstillstånd och psykiska funktionshinder inom specialistpsykiatri. Specialistpsykologer skulle kunna användas mer för bedömning och diagnostisering, vilket skulle kunna minska trycket på specialistläkarna. Det finns också ett ökat intresse från vårdgivarna att inrätta specialist- och specialiseringstjänster.

Psykologförbundet har sedan 1992 en reglerad treårig specialistutbildning för psykologer. Specialistbehörighet ges inom tre områden: klinisk psykologi, pedagogisk psykologi och arbetslivets psykologi. Inom varje område finns olika inriktningar. Kontinuerlig utveckling av befintliga specialinriktningar och införande av nya görs i syfte att följa kunskapsutvecklingen och samhällets behov av specialistutbildade psykologer. Det finns idag ca 1 600 psykologer med specialistkompetens i klinisk psykologi och antalet sökande till specialistutbildningen har de senaste åren ökat kraftigt.

⁴ SOU 2006:100

5.3.2 Specialistutbildning för andra yrkesgrupper

Specialistutbildning finns idag för läkare och tandläkare som därefter kan ansöka om bevis om specialistkompetens hos Socialstyrelsen (4 kap. 8 § patientsäkerhetslagen) och få skyddad specialistbeteckning. Sjuksköterskor kan efter utbildning även få använda titeln specialistsjuksköterska och får då skyddad specialistbeteckning. Skälen för att införa specialistbehörighet för läkare var ett behov av att närmare bestämma vilka kvalifikationer som skulle fordras för att få beteckna sig som specialist inom en viss gren av läkarvetenskapen. Behovet hade gjort sig gällande vid bestämning av taxor och i samband med föreskrifter om ersättning till den som anlitas specialistvård. Av ren ordningssynpunkt uppfattades det som ett angeläget intresse att specialistbeteckningen motsvaras av en verklig sakkunskap.⁵

1994 års behörighetskommitté behandlade frågan om specialistkompetens för psykologer och ansåg att det f.n. inte fanns något uttalat behov från statens sida att även reglera vidareutbildningar av psykologer.⁶

5.4 Ensamrätt till yrke för psykologer

5.4.1 Önskemål från Sveriges psykologförbund

Sveriges psykologförbund har i en skrivelse till utredningen anfört att det idag saknas behörighetskrav för att utöva psykologyrket inom hälso- och sjukvården. Den enda behörighetsreglering som finns är bestämmelserna i förordningen (1998:1518) om behörighet till vissa anställningar inom hälso- och sjukvården m.m. och den är enligt förbundet inte tillräcklig. Psykologisk hälso- och sjukvård bedrivs också i stor utsträckning av privata vårdgivare, inom kriminalvården, företagshälsovården, Statens institutionsstyrelse (SIS), skolor m.fl. och där saknas helt behörighetsreglering för yrkesutövandet. Förbundet anser att det är mycket angeläget att legitimation som psykolog införs som behörighetskrav för att utöva psykologyrket inom all hälso- och sjukvård.

⁵ Prop. 1960:141 s. 86

⁶ SOU 1996:138 s. 391 f.

5.4.2 Nuvarande bestämmelser m.m.

Vissa yrkesgrupper har ensamrätt till yrket. Det gäller apotekare, barnmorska, läkare, receptarie och tandläkare. Ensamrätten är knuten till legitimationen och innebär att vissa yrken endast får utövas av den som har legitimation. Med hänsyn bl.a. till behovet av att kunna genomgå praktik kan behörighet också fås genom särskilt förordnande (se kapitel 7). Föreskrifter om behörighet att utöva yrke, s.k. ensamrätt, har begränsats till områden där en inte obetydlig enskild verksamhet förekommer – eller kan komma att utvecklas – och där riskerna för patienterna är betydande. Inom den egentliga hälso- och sjukvården har endast verksamhet som barnmorska och läkare ansetts kräva sådan reglering.

Det finns grundläggande bestämmelser om personalens kompetens i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). I 2 e § anges att där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas bl.a. den personal som behövs för att god vård ska kunna lämnas. I förarbetena konstateras att en god hälso- och sjukvård förutsätter att det finns välutbildad och kompetent personal.⁷

5.5 Skyddad titel för fysioterapeut?

5.5.1 Begäran från Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund

Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund har till utredningen framfört att yrkestitlarna sjukgymnast och fysioterapeut är förväxlingsbara. Fysioterapeut är den titel som internationellt motsvarar sjukgymnast och den används t.ex. i Norge, Danmark och Finland. Förbundet anser att den skyddade titeln sjukgymnast bör ersättas med fysioterapeut.

5.5.2 Nuvarande bestämmelser m.m.

Sjukgymnaster fick skyddad yrkestitel när LYHS infördes 1998. Det innebär att titeln bara får användas av den som har legitimation som sjukgymnast. Fysioterapeut är en titel som idag används både av dem som behandlar människor och av dem som behandlar djur,

⁷ Prop. 1981/82:97

t.ex. hästar och hundar. Det finns inget skydd för titeln fysioterapeut i Sverige. Sjukgymnast är idag en titel som används av betydligt fler än de som använder fysioterapeut (en sökning på eniro.se gav 1 651 sjukgymnaster och 7 fysioterapeuter, på hitta.se fanns 1 556 sjukgymnaster och 5 fysioterapeuter).

5.6 Godkännande av äldre utbildning för ortopedingenjörer

5.6.1 Begäran från Ortopedtekniska Branschrådet

Ortopedtekniska Branschrådet har i en skrivelse till Socialdepartementet och Socialstyrelsen anfört att tillämpningen av legitimationsbestämmelserna gjorts så bred att kompetensnivån hos den legitimerade yrkesgruppen löper mycket stor risk att snedvridas.

5.6.2 Nuvarande bestämmelser m.m.

Enligt 4 kap. 1 § patientsäkerhetslagen ska den som avlagt ortopedingenjörsexamen efter ansökan få legitimation för yrket ortopedingenjör. I 3 kap. 14 § FYHS anges att utöver ortopedingenjörsexamen ska följande utbildningar anses likvärdiga vid ansökan om legitimation:

1. fullgjord högre ortopedteknisk utbildning eller ortopedingenjörsutbildning som fastställts av regeringen eller utbildningsmyndigheterna.
2. fullgjord utbildning vid Handikappinstitutet samt yrkesverksamhet i minst 10 år med huvudsaklig inriktning på patientundersökningar i hälso- och sjukvården.

Enligt 4 kap. 2 § får Socialstyrelsen meddela legitimation om en yrkesutövare visar att han eller hon på annat sätt än genom utbildning eller praktisk tjänstgöring som anges i 4 kap. 1 § förvärvat motsvarande kompetens. Bestämmelsen är avsedd som en ventil som kan tillämpas i enstaka fall och får inte tillämpas så att vissa utbildningar generellt anses likvärdiga med dem som anges i 1 §.⁸

⁸ Prop. 1997/98:109 s. 159

Antalet tillsynsärenden hos Socialstyrelsen den 1 april 2006 till den 30 april 2010 som rört ortopedingenjörer är sex och av dessa utgör hälften allmänna förfrågningar och hälften verksamhets-tillsyn. De tre ärenden som varit aktuella i samband med tillsyn torde till stor del avse frågor om medicinteknisk säkerhet eller avvikelse. HSAN har sedan 2006 haft fem ärenden där den som anmäls varit legitimerad ortopedingenjör.

5.7 Överväganden

Utredningens bedömning: Praktiktjänstgöring bör inte vara något krav för legitimation för arbetsterapeuter eller audionomer. En reglerad specialistordning och skyddad specialistbeteckning bör inte införas för sjukgymnaster eller psykologer. Psykologer bör inte få ensamrätt till yrket. Det finns inte skäl att ändra regleringen av kraven för legitimation för ortopedingenjörer.

5.7.1 Praktisk tjänstgöring som krav för legitimation

Legitimationen är för merparten av de reglerade yrkena inom hälso- och sjukvården knuten till examen och utbildningen innehåller praktik i olika hög grad genom verksamhetsförlagd utbildning. Skälen för att även kräva intyg om praktiktjänstgöring för vissa legitimationsyrken varierar. När det gäller kiropraktorer och naprapater har regeringen uttalat att kravet på praktiktjänstgöring kan komma att omprövas om utbildningen blir en del av den statliga högskolan. EU-kommissionen har till regeringen ställt frågor om den svenska läkarutbildningen på 5,5 års utbildning, även om det därutöver krävs 18 månaders AT-tjänstgöring för legitimation, uppfyller kravet på sex års utbildning som anges i yrkeskvalifikationsdirektivet. En översyn kan därför komma att ske av utbildningen och kravet på allmäntjänstgöring.

I alla utbildningar till legitimationsyrken ingår praktisk tjänstgöring. Den sker då inom ramen för samma kontroll och bedömning som övrig undervisning och examination. Vi anser därför att utgångspunkten bör vara att den praktiska erfarenhet som krävs för legitimation ska ingå i utbildningen och att examen ska vara kriteriet för att legitimation ska utfärdas. Arbetsgivaren har ansvaret för att de anställda har den kompetens som krävs för arbetsupp-

gifterna och en viktig del i det är att ge nyanställda den introduktion som krävs för att kunna utföra arbetet på ett tillfredsställande sätt, så att patientsäkerheten kan garanteras. Inom hälso- och sjukvården finns föreskrifter om kvalitets- och ledningssystem och det är också en viktig fråga för tillsynen att kontrollera att de systemen säkerställer att personalen har tillräcklig kompetens för arbetsuppgifterna.⁹ De problem som arbetsterapeuter och audionomer upplever som nyutexaminerade bör kunna mötas genom förändringar av utbildningen och en god introduktion på den första arbetsplatsen. Vi anser därför inte att ett krav på praktisk tjänstgöring för legitimation för arbetsterapeuter eller audionomer bör införas.

5.7.2 Reglerad specialistordning och skyddad specialistbeteckning

Det finns redan idag specialistordningar för sjukgymnaster och psykologer som hanteras av Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund respektive Sveriges Psykologförbund. Det är också möjligt för legitimerade sjukgymnaster och psykologer att ange att de har vidareutbildning eller specialistutbildning. Att skapa en specialistreglering för en ny yrkesgrupp är tids- och kostnadskrävande. Den utbildning som ligger till grund för legitimationen för dessa grupper är relativt omfattande och håller god kvalitet. Det har inte framkommit att det utöver skyddet för titeln legitimerad sjukgymnast eller psykolog finns ett behov av att ur ett patientsäkerhetsperspektiv införa en reglerad specialistordning och skyddad specialistbeteckning för sjukgymnaster eller psykologer. Vi anser därför inte att det finns skäl att införa en sådan.

5.7.3 Ensamrätt till yrke för psykologer

Särskilda krav på behörighet i form av ensamrätt för en yrkesgrupp kan införas om det finns ett behov ur ett patientsäkerhetsperspektiv som är så stort att näringsfriheten bör begränsas. Vi anser inte att det finns skäl att införa någon sådan ensamrätt för någon grupp utöver de som idag har den rätten. En sådan rätt för psykologer kan också diskuteras med hänsyn till svårigheterna att definiera vilka

⁹ SOSFS 2005:12

uppgifter som i så fall skulle omfattas av ensamrätten. Vi behandlar i avsnitt 18.5.4 behovet av och möjligheterna att förbehålla hälso- och sjukvårdspersonalen rätten till behandling av psykiska sjukdomar och användningen av vissa metoder vid sådan behandling.

5.7.4 Skydd för titeln fysioterapeut?

Fysioterapeut är en titel som används både av dem som behandlar människor och av dem som behandlar djur, t.ex. hästar och hundar. Många som använder titeln är sjukgymnaster, men det finns också yrkesutövare med annan utbildning. Att en grupp legitimerade yrkesutövare vill byta ut den skyddade yrkestiteln mot en annan har såvitt utredningen erfarit inte tidigare förekommit. Den omständigheten att en titel är skyddad i våra grannländer och motsvarar en titel som är vedertagen internationellt kan vara ett skäl för att välja den. Fysioterapeut är dock en titel som idag används av andra än sjukgymnaster och i många fall kan anses inarbetad för den verksamheten och det måste därför enligt vår mening finnas starka skäl för att förbehålla sjukgymnasterna titeln fysioterapeut. De allra flesta yrkesutövare använder titeln sjukgymnast. En stor del av de problem med skyddade yrkestitlar som framförts till utredningen har rört olika former av förväxling med terapeut. Den omständigheten bör enligt vår mening beaktas när man funderar över andra eller nya titlar för att undvika sådana problem även för andra legitimationsyrken. Vi anser mot bakgrund av dagens användning av titeln fysioterapeut, och den förväxlingsrisk som finns när det gäller terapeut, att den skyddade yrkestiteln sjukgymnast inte bör ersättas med fysioterapeut. En sådan förändring skulle också innebära att titeln sjukgymnast, efter en övergångsperiod, skulle kunna användas av envar vilket med hänsyn till hur inarbetad den titeln är skulle försvåra för patienter/konsumenter att bedöma vem som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och vem som inte gör det.

5.7.5 Ortopedingenjörer

Legitimation infördes för ortopedingenjörer den 1 april 2006 och då fanns det ca 300 med sådan utbildning att de hade skyddad yrkestitel. Det gjordes dock möjligt även för personer med viss kortare utbildning och 10 års yrkeserfarenhet att få legitimation. I novem-

ber 2007 fanns det 389 legitimerade ortopedingenjörer, 113 kvinnor och 276 män.

När legitimation infördes för ortopedingenjörer angav regeringen i förordning vilka krav som skulle gälla för att Socialstyrelsen skulle utfärda legitimation även för dem som inte hade den ortopedingenjörsexamen som föreskrevs i lagen. Dessa undantag motsvarade de äldre utbildningar som gett rätt att använda den skyddade yrkestiteln ortopedingenjör. Socialstyrelsen har därutöver en möjlighet att i undantagsfall meddela legitimation om en person har skaffat sig en fullgod kompetens på annat sätt än genom att avlägga examen. Denna möjlighet finns när det gäller alla legitimationsyrken. Reglerna om undantag är av naturliga skäl mest aktuella när legitimation införs och antalet ortopedingenjörer motsvarar idag i stort sett det förväntade. Det har inte heller framkommit att ortopedingenjörer, oberoende av vilken bakgrund de har, är föremål för ingripanden från Socialstyrelsen eller HSAN i någon större utsträckning. Vi anser därför inte att det finns skäl att föreslå någon förändring av regleringen av kraven för legitimation för ortopedingenjörer.

6 Översyn av optikers arbetsuppgifter

6.1 Inledning

6.1.1 Uppdraget

Av direktiven framgår att utredningen ska se över optikers arbetsuppgifter. Vi ska pröva om gällande bestämmelser är ändamålsenliga och tillräckliga samt lämna förslag till eventuella förändringar. Eftersom yrkesverksamma optiker med något enstaka undantag har legitimation har vi valt att endast behandla arbetsuppgifter för legitimerade optiker.

Av direktiven framgår att utredningens uppdrag avser frågor inom hälso- och sjukvården. Vi kommer därför inte att behandla arbetsuppgifter som optiker utför utanför hälso- och sjukvården. Exempel på sådana arbetsuppgifter är arbetsmiljörelaterade åtgärder kring ljus- och belysningsförhållanden. Det kan också vara fråga om försäljning av synvårdsprodukter som inte är direkt relaterade till störningar i synfunktionen, exv. skyddsglasögon och solglasögon. Utanför hälso- och sjukvården och därmed uppdraget ligger också optikers arbetsuppgifter av rent kosmetisk karaktär, t.ex. att lämna ut kontaktlinser utan synkorrigerande effekt.

Till utredningen har Socialdepartementet överlämnat ärendet S2006/10277/HS. I ärendet finns bl.a. Socialstyrelsens rapport *Synundersökning och synhjälpmedel – Optikerns arbetsuppgifter*. I propositionen som ligger till grund för den nya patientsäkerhetslagen har regeringen, bl.a. mot bakgrund av Socialstyrelsens rapport, föreslagit att det nuvarande förbudet i 4 kap. 2 § 6 p LYHS för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att tillhandahålla kontaktlinser tas bort i och med införandet av patientsäkerhetslagen. Riksdagen har godtagit förslaget och frågor kring detta förbud kommer därför inte att behandlas inom ramen för denna utredning.

6.1.2 Uppdragets utförande

Under utredningsarbetet har vi haft samtal med branschföreträdare och myndigheter. Vi har träffat Optikbranschen, Optikerförbundet, Svensk Optikerförening och Sveriges Kontaktlinseförening. Vi har också inhämtat synpunkter från Sveriges ögonläkarförening, Socialstyrelsen och Läkemedelsverket. Synpunkter kring optikernas arbetsuppgifter har även lämnats av vår referensgrupp och patient- och brukarorganisationer.

I avsnitt 6.2 lämnar vi en allmän beskrivning av optiker som yrkesgrupp. I avsnitt 6.3 redovisar vi optikers arbetsuppgifter och bestämmelserna som reglerar dessa. I avsnitt 6.4 presenterar vi våra överväganden och förslag

6.2 Optiker som yrkesgrupp

6.2.1 Sverige har ca 2 300 legitimerade och yrkesverksamma optiker

Enligt statistik från Socialstyrelsen och SCB fanns det under år 2008 ca 2 300 legitimerade och yrkesverksamma optiker i Sverige. Det stora flertalet av dessa arbetar inom den privata sektorn. De optiker som arbetar inom den offentliga hälso- och sjukvården finns bl.a. på ögonläkarmottagningar och syncentraler.

För att en legitimerad optiker självständigt ska få prova ut, tillpassa eller tillhandahålla kontaktlinser inom hälso- och sjukvården krävs enligt nu gällande bestämmelser att han eller hon har s.k. kontaktlinsebehörighet. Socialstyrelsen är den myndighet som utfärdar behörigheten. Enligt uppgift från Socialstyrelsen har ca 75 procent av de legitimerade optikerna i Sverige kontaktlinsebehörighet.

I den fortsatta framställningen i detta kapitel menas med optiker, om inte annat sägs, legitimerad optiker.

6.2.2 Från 1994 är optikerutbildningen en högskoleutbildning

När legitimation för optiker infördes 1964 var optikerutbildningen en fyraårig gesällutbildning. 1970 blev optikerutbildningen en tvåårig gymnasieutbildning och från 1986 var utbildningen en tvåårig eftergymnasial utbildning.

Sedan 1994 är optikerutbildningen en högskoleutbildning. Utbildningen anordnas av Karolinska Institutet (KI) i Stockholm och av Linnéuniversitetet (tidigare Högskolan i Kalmar). Båda utbildningarna är på tre år och omfattar 180 högskolepoäng. Utbildningarna leder var för sig fram till optikerexamen som enligt dagens regelverk berättigar till legitimation. Utbildningarna ger också den kompetens som behövs för att få kontaktlinsbehörighet.

För att inte optiker som utbildats innan högskoleutbildningen infördes skulle förlora möjligheten att få legitimation och kontaktlinsbehörighet, har KI haft i uppdrag att anordna särskilda legitimationskurser och kontaktlinskurser. Kurserna har anordnats regelbundet fram till 2002 och de optiker som så önskat har fått möjlighet att skaffa sig legitimation och kontaktlinsbehörighet. En sista kursomgång har avslutats under våren 2010 och enligt uppgift från KI är det troligen ytterst få yrkesverksamma optiker som idag behöver komplettera sin utbildning för att kunna få legitimation eller kontaktlinsbehörighet.

KI anordnar också en kurs som gör det möjligt för optiker som utbildats innan högskoleutbildningen att få ut en optikerexamen. Nämnade examen är bl.a. ett krav för att kunna söka till en magisterutbildning i klinisk optometri som KI anordnar sedan 2008.

6.2.3 Optiker fick legitimation 1964 och skyddad yrkestitel 2006

Som nämnts ovan blev optiker ett legitimationsyrke 1964. Skyddad yrkestitel för optiker infördes dock först 2006. Anledningen var att det tidigare funnits alltför många optiker som saknade legitimation och som genom en bestämmelse om skyddad yrkestitel för legitimerade optiker skulle förlora möjligheten att få kalla sig optiker. En skyddad yrkestitel bedömdes då innebära en ingripande begränsning av närings- och yrkesfriheten. I prop. 2005:06/43 kunde dock regeringen konstatera att de optiker som så önskat fått möjlighet att skaffa sig legitimation genom kompletterande utbildning, varför närings- och yrkesfriheten inte längre utgjorde något hinder mot bestämmelser om skyddad yrkestitel. Skyddad yrkestitel infördes för optiker från den 1 april 2006.

6.3 Optikers arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården

6.3.1 Optiker tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen

Genom sin legitimation tillhör optiker hälso- och sjukvårdspersonalen. Det följer av patientsäkerhetslagen och innebär bl.a. att de ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Optiker som arbetar i egen regi är också enligt patientsäkerhetslagen vårdgivare och ska som sådana planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) upprätthålls. Som vårdgivare ska optiker även vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Optiker står också under Socialstyrelsens tillsyn enligt patientsäkerhetslagen.

6.3.2 Närmare om regleringen av optikers arbetsuppgifter

Socialstyrelsens optikerföreskrift

Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 1995:4) Legitimerade optikers arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården. Föreskriften, i fortsättningen kallad optikerföreskriften, behandlar vilka uppgifter optiker har inom hälso- och sjukvården.

Av 1 § optikerföreskriften framgår att föreskriften gäller legitimerade optikers yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvården. I 2 § finns en beskrivning av arbetsuppgifter för optiker inom hälso- och sjukvården. Där anges att optiker har till uppgift att:

- undersöka en patients syn och ge patienten de råd och upplysningar som undersökningen föranleder samt vid behov färdigställa, tillhandahålla eller lämna ut optiska synhjälpmedel,
- efter läkares eller annan legitimerad optikers anvisningar vid behov färdigställa, tillhandahålla eller lämna ut optiska synhjälpmedel eller, efter läkares anvisning, andra synhjälpmedel,
- till läkare hänvisa patienter med misstänkta sjukliga förändringar av ögat eller dess funktioner eller ögonförändringar till följd av skador,

- utfärda intyg om en patients syn och utföra de undersökningar som behövs i sammanhanget, samt
- vid enheter inom hälso- och sjukvården under ansvarig personals ledning biträda i behandlings-, habiliterings- och rehabiliteringsarbetet av ögonförändringar och ögonskador.

Med optiska synhjälpmedel avses enligt 1 § ögonglas, kontaktlinser, filterglas eller motsvarande produkter som har till syfte att korrigera seendet. Med optiska synhjälpmedel menas också sådana särskilt förskrivna optiska hjälpmedel som förskrivs inom syncentraler eller liknande och som har till uppgift att korrigera seendet. Till optiska synhjälpmedel hör däremot inte solglasögon, skyddsglasögon och kosmetiska glasögon eller kontaktlinser utan någon synkorrigerande effekt.

Som nämnts ovan har optiker bl.a. som arbetsuppgift att färdigställa, tillhandahålla eller lämna ut optiska synhjälpmedel. I två fall måste dock dessa uppgifter göras efter anvisning av läkare eller under läkares ledning. Det följer av 3 § som anger att sådan medverkan av läkare krävs i fråga om optiska synhjälpmedel för barn under åtta år. Medverkan av läkare krävs även i fråga om optiska synhjälpmedel som har till syfte att behandla eller korrigera misstänkta sjukliga förändringar av ögat eller dess funktioner inklusive samsyn, ögonställning och ögonrörlighet eller ögonförändringar till följd av skador eller läs- och skrivsvårigheter (dyslexi).

Enligt 4 § får optiker utföra de synundersökningar som behövs för bedömningen av vilka synhjälpmedel som patienten behöver och för ställningstagandet om patienten behöver hänvisas till läkare. Optiker får också utföra de synundersökningar som behövs i övrigt för utfärdande av intyg om synen. Undersökningarnas omfattning och slag ska alltid anpassas till syftet och till optikers kompetens. Optiker får inte vid undersökningarna använda instrument som berör ögat, fränsett vad som behövs för utprovning och tillpassning av kontaktlinser. Optiker får inte heller använda några diagnostiska läkemedel vid sina undersökningar.

Enligt 5 § ska optiker se till att utlämnade synhjälpmedel så långt möjligt tolereras väl och ger avsedd effekt. Om synhjälpmedlen lämnas ut enligt annans ordination ska optikern också se till att hjälpmedlen överensstämmer med denna. Vid misstanke om fel eller någon annan olämplig avvikelse i ett recept eller i en anvisning ska optiker innan hjälpmedlen färdigställs samråda med den som utfärdat receptet

eller anvisningen, om det är lämpligt och patienten inte motsätter sig det. Optiska synhjälpmedel får vidare inte, om inte särskilda skäl föreligger, färdigställas eller lämnas ut om receptet eller anvisningen är äldre än sex månader för barn under åtta år och tolv månader för övriga patienter. Exempel på särskilda skäl kan vara att patienten omedelbart behöver synhjälpmedel eller att användandet inte kan antas medföra någon allvarlig medicinsk risk. Om optiker misstänker att recept eller anvisningar inte motsvarar det aktuella förhållandet får de användas som underlag för åtgärder endast om det finns särskilda skäl.

Av 5 § följer också att en optiker i enskild verksamhet inte är skyldig att prova ut eller att lämna ut optiska synhjälpmedel efter ett recept eller en anvisning som en läkare eller någon annan optiker utfärdat. Sådan skyldighet föreligger dock om optikern kommit överens om detta med patienten eller någon annan som företräder patienten eller som helt eller delvis svarar för patientens kostnader eller på något annat sätt har med patientens behov att skaffa.

När en optiker utför en undersökning ska han eller hon ta upp en omsorgsfull bakgrundsbeskrivning (anamnes) och utföra en noggrann undersökning av synen. Det framgår av 8 §. Uppgifterna ska dokumenteras i en patientjournal och om optikern utfärdar ett recept på synhjälpmedel eller ett intyg ska det antecknas i patientjournalen.

I sin verksamhet ska optiker ha tillgång till ändamålsenlig utrustning. Det anges i 9 § där det också framgår att optiker ska se till att hygien uppfyller sådana krav att patienterna av den anledningen inte utsätts för risker. Optiker ska därutöver ha en god kunskap om användandet av och funktionerna hos de medicintekniska produkter som används i verksamheten.

Särskilt om optikers arbete med kontaktlinser inom hälso- och sjukvården

Enligt nu gällande bestämmelser får en optiker självständigt prova ut, tillpassa eller tillhandahålla kontaktlinser inom hälso- och sjukvården endast om han eller hon har kontaktlinsbehörighet. Det framgår av bestämmelsen i 10 § optikerföreskriften. Kontaktlinsbehörighet utfärdas av Socialstyrelsen enligt myndighetens föreskrifter (SOSFS 1995:1) Kompetenskrav för behörighet som kontaktlinsoptiker. Av föreskrifterna framgår bl.a. att den som fått legitimation som optiker på grundval av optikerexamen enligt högskoleförordningen

(1993:100) vid KI, och som genomgått godkänd utbildning för kontaktlinsverksamhet, ska få kontaktlinsbehörighet.

För optiker som har kontaktlinsbehörighet finns vissa särskilda bestämmelser i optikerföreskrifterna. Av 6 § följer att en patient som vid ett normalt kontaktlinsebärande uppvisar ögonirritationer eller andra medicinska problem, som optikern inte lätt kan åtgärda genom t.ex. information om skötsel och användande av kontaktlinserna, ska hänvisas till en läkare eller en mottagning för ögonsjukvård. Av 7 § följer vidare att optiker vid utlämnandet av kontaktlinser ska se till att patienten får den information som behövs om hygieniska krav på linsernas skötsel samt om tillvänjning och effekter efter det att linserna börjat användas. Den som bär kontaktlinser ska också enligt 8 § informeras om att glasögon kan behöva användas som komplement.

Enligt 9 § andra stycket ska optiker se till att kontaktlinser och annan utrustning som används för utprovning på patienter på lämpligt sätt mekaniskt rengörs och desinfekteras och därefter sköljs innan de används på en ny patient. Till skillnad från vid andra undersökningar, får optiker också enligt 4 § andra stycket vid en undersökning för kontaktlinser använda instrument som berör ögat i den mån det behövs för utprovning och tillpassning av kontaktlinserna.

Översyn av optikerföreskrifterna med anledning av den nya patientsäkerhetslagen

Som nämnts kommer förbudet för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att tillhandahålla kontaktlinser att tas bort i och med att den nya patientsäkerhetslagen träder i kraft den 1 januari 2011. Enligt uppgift till utredningen kommer Socialstyrelsen, med anledning av detta, att se över optikerföreskrifterna.

Optikers utrustning är medicintekniska produkter

Utrustningen som optiker använder omfattas av lagen (1993:584) om medicintekniska produkter, i fortsättningen kallad LMTP. Det gäller såväl den utrustning optiker använder vid undersökningar som ögonglas och kontaktlinser. Det innebär att exv. vätskor, fast beredning och andra preparat för rengöring m.m. av kontaktlinser faller

under lagen. Utanför lagen faller däremot produkter som skyddsglasögon och solglasögon utan synkorrigerande effekt.

Produkter som omfattas av LMTP måste uppfylla lagens krav i fråga om bl.a. lämplighet och skydd för personlig säkerhet och hälsa hos patienter. När produkterna används i hälso- och sjukvård ska Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården tillämpas.

6.4 Socialstyrelsens rapport om optikers arbetsuppgifter

Mot bakgrund av propositionen *Legitimation och skyddad yrkestitel* (prop. 2005/06:43) fick Socialstyrelsen i uppdrag att utreda vissa frågor kring optikers arbetsuppgifter. Socialstyrelsen presenterade uppdraget i rapporten *Synundersökning och synhjälpmedel – Optikers arbetsuppgifter*.¹ I rapporten föreslår Socialstyrelsen bl.a. att förbudet i 4 kap. 2 § 6 p LYHS för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att tillhandahålla kontaktlinser tas bort. Enligt Socialstyrelsen är regleringen delvis föråldrad. Socialstyrelsen förklarar också att man avser att ta upp en diskussion med Läkemedelsverket om möjligheterna för optiker att vid vissa undersökningar använda läkemedel, s.k. diagnostiska droppar. Som en del av sin utredning skickade Socialstyrelsen ut ett antal frågor på remiss till bl.a. lärosäten, Läkemedelsverket, Konsumentverket och olika branschföreträdare.

6.5 Våra överväganden och förslag

Bedömningen av om optikers arbetsuppgifter är ändamålsenliga och tillräckliga bör enligt vår mening utgå ifrån att hälso- och sjukvården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Det innebär att arbetsuppgifterna, för att vara ändamålsenliga och tillräckliga, ska bidra till detta. I bedömningen bör också vägas in i vilken utsträckning en viss arbetsuppgift kan förväntas bidra till förbättrad hälsa för den enskilde patienten och fördelar för hälso- och sjukvården i form av exv. effektivitetsvinster.

I uppdraget att utreda om optikernas arbetsuppgifter är ändamålsenliga och tillräckliga ingår enligt vår mening inte enbart att bedöma

¹ S2006/10277/HS.

om vissa arbetsuppgifter bör tas bort. Om goda skäl finns bör optikers arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården även kunna utökas. Exv. bör det vara möjligt att tillåta nya eller förbättrade arbetsmetoder som innebär förbättringar för både enskilda patienter och hälso- och sjukvården i olika avseenden.

6.5.1 Optiker bör få använda läkemedel i form av diagnostiska droppar

Utredningens bedömning: Optikers arbetsuppgifter bör utökas till att även omfatta användning av läkemedel i form av diagnostiska droppar vid genomförande av vissa undersökningar. Genom användning av sådana droppar kan optiker utföra kvalitetsmässigt bättre undersökningar och på ett tidigare stadium upptäcka stora synfel och misstänkta sjukliga förändringar i ögat. De kvalitetsmässigt bättre undersökningarna ger också bättre remissunderlag och färre felaktiga remisser. Riskerna med dropparna är små och optiker som utbildats i användningen av dropparna bör därför få behörighet att förordna dem. I övrigt finns inget behov av att ändra optikernas arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården.

Utredningens förslag: Optiker som uppfyller vissa kompetenskrav bör få behörighet att förordna läkemedel i form av diagnostiska droppar.

Bakgrund

Under vårt arbete har Optikbranschen, Sveriges Ögonläkarförening och KI framfört att optiker bör få använda sig av läkemedel i form av diagnostiska droppar när de utför vissa synundersökningar. Som skäl anför de att dropparna gör undersökningarna kvalitetsmässigt bättre genom att stora synfel och misstänkta sjukliga förändringar kan upptäckas på ett tidigare stadium. Användningen av dropparna leder även till förbättrade remissunderlag och färre felaktiga remisser.

Till utredningen har framförts att det är två grupper av patienter som kan förväntas ha störst nytta av diagnostiska droppar. Den första är barn över åtta år eftersom vissa synfel hos dem kan upptäckas betydligt säkrare med tillgång till diagnostiska droppar. Den andra

är den äldre delen av befolkningen eftersom det är viktigt att ögonsjukdomar som exv. glaukom upptäcks på ett tidigt stadium.

Enligt uppgift till utredningen är de diagnostiska dropparna tänkta att användas vid tre olika synundersökningar. Den första är undersökning av ögonbotten där optikern behöver droppar som vidgar pupillen. Med hjälp av dropparna kan optikern se bättre in i ögat och bl.a. upptäcka höjdskillnader i näthinnans topografi. Den andra är undersökning av trycket i ögat där optikern bedövar främre delen av ögat. Genom användning av lokalbedövning kan tryckmätningen utföras med den metod som anses vara den säkraste. I den tredje och sista undersökningen "förlamas" den så kallade ackomodationsmuskeln i ögat för att kunna upptäcka vissa synfel hos i första hand barn över åtta år.

De diagnostiska droppar som optiker vill få möjlighet att använda framgår av bilaga 5.

Samtliga branschföreträdare som utredningen varit i kontakt med är positiva till förslaget om diagnostiska droppar. Även Läkemedelsverket har förklarat att de inte har några invändningar mot förslaget. Läkemedelsverket har dock framfört att dropparna inte bör få användas på alltför små barn och att det därför bör finnas en åldersgräns.

Socialstyrelsen har förklarat att man inte har några invändningar mot att optiker får använda diagnostiska droppar om de har den utbildning som krävs. Socialstyrelsen vill däremot att frågor om behörighet att förordna läkemedel helt ska ligga på Läkemedelsverket och inte som idag vara fördelade mellan Socialstyrelsen och Läkemedelsverket.

KI anordnar utbildning för användning av diagnostiska droppar

Med anledning av Socialstyrelsens rapport *Synundersökning och synhjälpmedel – Optikers arbetsuppgifter* anordnar KI sedan hösten 2008 en magisterutbildning i klinisk optometri för dem som har optikerexamen. Utbildningen är ettårig och ska bl.a. innehålla de moment som krävs för att kunna använda diagnostiska droppar. För dem som saknar optikerexamen anordnas uppdragsutbildningen diagnostisk optometri som även den är ettårig och har till syfte att ge nödvändig utbildning för användning av diagnostiska droppar. Till sommaren 2010 har ca 50 optiker läst någon av utbildningarna för användning av diagnostiska droppar och enligt KI finns det också

ca 30 verksamma optiker i Sverige som har motsvarande utbildning från andra länder.

Våra överväganden

Det finns enligt vår mening vägande skäl för att optikers arbetsuppgifter utökas till att även omfatta användning av läkemedel i form av diagnostiska droppar vid genomförande av vissa undersökningar. Optiker utgör till stor del hälso- och sjukvårdens första linje inom synvårdsområdet och det är angeläget de får möjlighet att utföra undersökningar av så god kvalitet som möjligt. Användningen av dropparna gör optikers undersökningar kvalitetsmässigt bättre och det blir möjligt att på ett tidigare stadium upptäcka stora synfel och misstänkta sjukliga förändringar i ögat. Högre kvalitet på undersökningarna skapar också förutsättningar för bättre remissunderlag och färre felaktiga remisser. Optiker är vidare utbildade för att utföra olika typer av undersökningar av synen. Att låta dem använda diagnostiska droppar för detta ändamål innebär därför enligt vår bedömning att deras kompetens utnyttjas på ett effektivt sätt.

Det är idag endast fem yrkesgrupper inom hälso- och sjukvård som har möjlighet att förordna läkemedel.² Dessa är läkare, tandläkare, tandhygienister, barnmorskor och sjuksköterskor. Några tydliga principer för bedömningen av om en ny yrkesgrupp ska få behörighet att förordna läkemedel finns inte. Enligt vår mening bör dock bedömningen vara restriktiv, bl.a. mot bakgrund av att läkemedelsanvändning normalt är förknippad med vissa risker.

De fördelar som följer med att optiker får använda diagnostiska droppar är betydande. Som redovisats ovan kan användningen av dropparna förväntas få positiva konsekvenser för såväl enskilda patienters hälsa som för effektiviteten inom hälso- och sjukvården. Det är vidare fråga om ett fåtal receptbelagda läkemedel som optiker vill få möjlighet att använda och enligt Svensk Ögonläkarförening är riskerna med användningen små. Läkemedelsverket och Socialstyrelsen har också tillstyrkt förslaget om diagnostiska droppar och vår samlade bedömning är att fördelarna med dropparna väger över eventuella nackdelar. Optiker bör därför enligt vår mening få behörighet att förordna diagnostiska droppar. Eftersom dropparna enbart ska användas vid vissa synundersökningar bör behörigheten begrän-

² Med förordna avses att utfärda recept eller rekvisition avseende läkemedel eller teknisk sprit. Se vidare under avsnitt 6.4.2.

sas till att endast avse rekvisition av de diagnostiska läkemedel som behövs vid dessa undersökningar.

Som nämnts ovan är läkemedelsanvändning normalt förknippad med vissa risker. En förutsättning för att en optiker ska få använda sig av diagnostiska droppar bör därför vara att han eller hon har utbildats i användningen av sådana droppar. Idag ingår ingen sådan utbildning i optikerexamen eller andra utbildningar som leder fram till legitimation för optiker. Endast optiker som genomgått en särskild utbildning i användningen av diagnostiska droppar, och som därmed uppfyller vissa kompetenskrav, ska därför enligt vår mening få behörighet att använda dropparna. Sådana utbildningar anordnas idag av KI.

Utöver frågan om optikers användning av diagnostiska droppar har Optikerförbundet bl.a. framfört att optikerföreskriften funnits länge och att det kan vara rimligt att den ses över. Vi kan därvid konstatera att Socialstyrelsen enligt uppgift ska se över föreskriften med anledning av den nya patientsäkerhetslagen. I övrigt har vi dock inte funnit någon anledning att föreslå andra förändringar av optikers arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården än användningen av diagnostiska droppar.

6.5.2 Socialstyrelsen och Läkemedelsverket bör meddela föreskrifter om optikers behörighet att förordna läkemedel

Utredningens bedömning: Socialstyrelsen och Läkemedelsverket bör vara de myndigheter som meddelar föreskrifter om optikers behörighet att förordna läkemedel. Vid expediering av ett läkemedel som rekvirerats av en optiker kan kontroll av optikerns behörighet att förordna läkemedel tills vidare ske genom manuell hantering.

Utredningens förslag: Socialstyrelsen bör få i uppdrag att meddela föreskrifter om vilka kompetenskrav som ska gälla för att optiker ska få behörighet att förordna läkemedel. För det bör Socialstyrelsen få ett utvidgat bemyndigande i 6 kap. 2 § FYHS. I Socialstyrelsens uppdrag bör vidare ingå att besluta om en enskild optiker uppfyller kompetenskraven för behörighet att förordna läkemedel. Det bör också ankomma på Socialstyrelsen att

meddela närmare bestämmelser om vad som ska gälla för optikers användning av dropparna. Läkemedelsverket bör få i uppdrag att meddela de föreskrifter som behövs för att optiker som uppfyller kompetenskraven ska få behörighet att förordna läkemedel.

Gällande bestämmelser om behörighet att förordna läkemedel m.m.

Grundläggande regler om läkemedel finns i läkemedelslagen (1992:859) och läkemedelsförordningen (2006:272). För narkotiska läkemedel finns också regler i lagen (1992:860) om kontroll av narkotika. Närmare bestämmelser om behörighet att förordna läkemedel finns i föreskrifter från Läkemedelsverket och Socialstyrelsen.

I Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 2009:13) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit finns bestämmelser om behörighet för vissa yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården att förordna läkemedel och teknisk sprit. Med att förordna läkemedel avses enligt föreskrifterna att utfärda recept eller rekvisition avseende läkemedel. Recept är enligt föreskrifterna förskrivning av läkemedel för enskild användare, medan rekvisition är beställning av läkemedel från öppenvårdsapotek.³ I föreskrifterna finns också närmare bestämmelser om rekvisition och expedition (utlämnande) av läkemedel.

Av bestämmelserna i 2 kap. föreskrifterna följer bl.a. att läkare som har legitimation för yrket är behörig att förordna läkemedel för behandling av människa. I föreskrifterna finns också bestämmelser om att ett begränsat antal läkemedel får förskrivas av tandläkare, tandhygienister och barnmorskor. Det finns även bestämmelser om tandläkares och tandhygienisters möjligheter att rekvirera läkemedel. Sjuksköterskors förskrivningsrätt regleras i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskors förskrivning av läkemedel. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården finns bestämmelser som ska tillämpas på läkemedelshantering inom sådan verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

³ Öppenvårdsapotek är en inrättning som har tillstånd av Läkemedelsverket att ägna sig åt försäljning av läkemedel till konsumenter och de som är behöriga att förordna läkemedel. Bestämmelser om öppenvårdsapotek finns bl.a. i lagen (2009:366) om detaljhandel med läkemedel.

I läkemedelslagen finns vissa bestämmelser som är tillämpliga för den som förordnar läkemedel. Av 22 § läkemedelslagen följer att den som förordnar läkemedel särskilt ska iaktta kraven på sakkunnig och omsorgsfull vård samt på upplysning till och samråd med patienten eller företrädare för denne. I 26 § finns också en straffbestämmelse som gör det olagligt att bl.a. utge sig för att vara behörig att förordna läkemedel i avsikt att få ett läkemedel utlämnat i strid mot vad som är föreskrivet.

Enligt bestämmelserna i 6 kap. patientsäkerhetslagen ska hälso- och sjukvårdspersonalen utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär också själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. Detta gäller även i fråga om läkemedel och Socialstyrelsen utövar med stöd av 7 kap. patientsäkerhetslagen tillsyn över att hälso- och sjukvårdspersonalens hantering av läkemedel görs på ett korrekt och patientsäkert sätt.

Våra överväganden

Det har till utredningen framförts önskemål om att frågor om behörighet för hälso- och sjukvårdspersonal att förordna läkemedel ska hanteras av en myndighet och inte som idag, av både Läkemedelsverket och Socialstyrelsen. Det har dock inte varit möjligt att inom ramen för vårt uppdrag se över detta förhållande. Vid utformningen av våra förslag har vi därför utgått ifrån den ordning som gäller idag.

Vår bedömning är att Socialstyrelsen bör meddela föreskrifter om vilka kompetenskrav som ska gälla för optikers behörighet att förordna läkemedel. För det bör Socialstyrelsens bemyndigande i 6 kap. 2 § FYHS utökas till att omfatta även sådana föreskrifter. Socialstyrelsen bör vidare vara den myndighet som beslutar om en enskild optiker uppfyller kompetenskraven för behörighet att förordna läkemedel. Det bör också ankomma på Socialstyrelsen att meddela närmare föreskrifter om optikers användning och hantering av dropparna, bl.a. vad gäller eventuell åldergräns.

De föreskrifter som behövs för att optiker som uppfyller kompetenskraven ska få behörighet att förordna läkemedel bör meddelas av Läkemedelsverket. I Läkemedelsverkets uppdrag ingår att besluta om vilka läkemedel som optiker ska få förordna liksom ytterligare föreskriftsändringar som kan behövas med anledning av vårt förslag.

Utifrån uppgifter från bl.a. Apotekens Service AB kan vi slutligen konstatera att den IT-struktur som idag förser öppenvårdsapoteken med uppgifter om bl.a. behörighet för hälso- och sjukvårdspersonal att förskriva läkemedel inte fullt ut är anpassat för att hantera behörighet för en yrkesgrupp som endast kan rekvirera läkemedel. Regelverket kring denna IT-struktur är omfattande och det har inte varit möjligt att inom ramen för denna utredning behandla de regeländringar m.m. som krävs för att öppenvårdsapoteken på automatisk väg ska få tillgång till uppgifter om behörighet för optiker att rekvirera läkemedel. Det kan också vara lämpligt att frågan om hur behörigheten för rekvisitioner ska hanteras utreds i ett större sammanhang där även rekvisitioner från andra yrkesgrupper omfattas. Med hänsyn till det begränsade antal optiker som kommer att ha behörighet i ett inledningsskede är dock vår bedömning att kontrollen av deras behörighet tills vidare kan ske genom manuell hantering, exv. genom att den enskilde optikern styrker sin behörighet genom att visa ett kompetensbevis eller liknande handling från Socialstyrelsen.

7 Särskilt förordnande att utöva yrke inom hälso- och sjukvården

7.1 Inledning

Några yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården har ensamrätt till yrket. Det är apotekare, barnmorska, läkare, receptarie och tandläkare. Dessa yrken får utövas endast av den som har legitimation för yrket. För att göra det möjligt att vikariera inom yrkena under utbildningstiden och genomgå den praktiktjänstgöring som krävs för läkarlegitimation kan Socialstyrelsen – och i vissa fall landstingen – meddela särskilda förordnanden inom dessa yrken.

Enligt våra direktiv finns det behov av att se över det nuvarande systemet med särskilda förordnanden att utöva yrke inom hälso- och sjukvården och överväga om det är ändamålsenligt. En viktig fråga att granska är att landstingen i dag har en generell dispens att anställa läkare som inte har legitimation, även i de fall legitimationen har återkallats. Vi har tolkat uppdraget i den delen som att vi ska se över möjligheterna att förhindra att personer som dömts för vissa brott får ett särskilt förordnande att utöva yrke inom hälso- och sjukvården eller att den som fått sin legitimation återkallad får anställning inom hälso- och sjukvården.

Regeringen har överlämnat en skrivelse till utredningen med en begäran från dåvarande Landstingsförbundet att ändra lagstiftningen för att möjliggöra för viss privatdriven hälso- och sjukvård att förordna icke legitimerade läkare att utöva läkaryrket.

7.2 Nuvarande system med särskilda förordnanden

7.2.1 Gällande bestämmelser

Endast den som har legitimation för eller som särskilt förordnats är behörig att utöva yrke som apotekare, barnmorska, läkare, receptarie och tandläkare (4 kap. 4 § patientsäkerhetslagen). Socialstyrelsen prövar frågor om särskilt förordnande. Regeringen har i förordning gett Socialstyrelsen möjlighet att bemyndiga sådan nämnd som avses i 10 § HSL, dvs. nämnd som utövar ledningen av hälso- och sjukvården, att meddela särskilt förordnande.¹ Socialstyrelsen har i föreskrifter om särskilt förordnande att utöva läkaryrket för icke legitimerade läkare (SOSFS 2000:6) gett ett sådant bemyndigande. Föreskrifterna gäller vid särskilda förordnanden inom landstingens hälso- och sjukvård och ger landstinget möjlighet att anställa läkare som inte har svensk legitimation i följande fall:

- 1) Den som avlagt läkarexamen i Sverige eller i ett annat nordiskt land eller av Socialstyrelsen föreskrivits allmäntjänstgöring (AT-tjänst) som villkor för legitimation får anställas som läkare för AT-tjänst eller med ett vikariatsförordnande.
- 2) Den som genomgått utländsk utbildning, och enligt ett särskilt beslut av Socialstyrelsen fullgör provtjänstgöring under sex månader, får anställas med ett vikariatsförordnande under handledning.
- 3) Den som genomgår medicinsk grundutbildning vid en svensk fakultet, och har fullbordat studier till och med den nionde terminen med godkända kurser och prov, får anställas med ett vikariatsförordnande under handledning. Om vikariatet avser ett ämne som den studerande genomgår efter den nionde terminen, krävs godkänd kurs och godkänt prov även i detta ämne. Anställning av medicine studerande i primärvården får inte förekomma.

Ett vikariatsförordnande får dock inte omfatta en anställning som överstiger sex månader.

Socialstyrelsen kan återkalla bemyndigandet för landstingen för en viss läkare (SOSFS 2007:3).

¹ 6 kap. 1 § förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

7.2.2 Bakgrunden till nuvarande system

Möjligheten att särskilt förordna personer att utöva ett legitimationsyrke har funnits under lång tid och har till stor del varit en uppgift för landstingen. I propositionen *om lag om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m.* (1983/84:179) anförde regeringen att kravet på allmäntjänstgöring för läkare och tandläkare innebar ett stort behov av att, genom särskilda beslut, ge dessa en tidsbegränsad och inskränkt behörighet att utöva yrket. Härutöver fanns också behov av att kunna tillsätta vikarier. I propositionen behandlades frågan om handläggningen i större utsträckning borde flyttas till Socialstyrelsen, något som man inte ansåg borde ske.

7.2.3 Landstingens handläggning av särskilda förordnanden

Utredningen har via Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) fått uppgifter från ett antal landsting om hur de handlägger särskilda förordnanden. I praktiken handläggs dessa av verksamhetschefer med stöd av en personalfunktion som kontrollerar och dokumenterar behörighet m.m. Flera landsting uppger att AT-tjänst även fullgörs hos privata utförare, i huvudsak inom primärvården, och att detta sker med stöd av avtal mellan landstingen och utförarna. Ingen av de tillfrågade har erfarenheter av att någon som fått sin legitimation återkallad därefter har fått ett särskilt förordnande att utöva läkaryrket. Merparten uppger att systemet med särskilda förordnanden fungerar bra, men någon påpekar att det behövs samordnade insatser för läkare med utländsk utbildning och att anvisningarna för provtjänstgöringen bör ses över och tydliggöras.

7.3 Vilka får särskilt förordnande att utöva ett legitimationsyrke?

Särskilda förordnanden kan meddelas om legitimationen ger ensamrätt till yrket, vilket innebär att endast den som har legitimation eller särskilt förordnande får utöva yrket eller använda den skyddade titeln. Detta gäller apotekare, barnmorskor, läkare, receptarier och tandläkare.

Sådana förordnanden är en förutsättning för att kunna fullgöra den allmäntjänstgöring (AT-tjänst) som den som genomgått läkar-

utbildning måste utföra under minst ett år och sex månader för att vara behörig att ansöka om legitimation. Antalet personer som fullgör sådan tjänstgöring är ca 2 200 per år.² Till detta kommer möjligheten till vikariat. Antalet läkarstudenter som arbetar som vikarier uppskattas av SKL till 1 000 per år.

Den som studerar till tandläkare kan få särskilt förordnande att utöva yrket efter att ha fullgjort nio terminers studier. Ett sådant förordnande meddelas av Socialstyrelsen. Under 2008 fick 157 tandläkare sådant förordnande och 2009 var det 223 (fram till den 11 dec.)

Socialstyrelsen har enligt uppgift inte meddelat några särskilda förordnanden för apotekare, barnmorskor och receptarier de senaste åren.

7.4 Verksamhetsförlagd utbildning

Utbildningen till vårddyrken förläggs, i olika stor utsträckning, till arbetsplatser inom hälso- och sjukvården. Sådan utbildning regleras genom avtal mellan högskolorna och landstingen.

Med anledning av två aktuella och uppmärksammade fall som gäller läkarstudenter som dömts för allvarlig brottslighet har Högskoleverket på regeringens uppdrag utrett vissa frågor om avskiljande som rör verksamhetsförlagd utbildning. Uppdraget har redovisats i rapporten *Allvarlig brottslighet som hinder mot att genomgå högskoleutbildning*.³ I den föreslår verket att lärosätena ska vara skyldiga att vidta åtgärder för att studenterna får genomgå verksamhetsförlagd utbildning och om det trots detta inte lyckas på grund av omständigheter som beror på studenten ska lärosätet få dra in studentens rätt att genomgå sådan utbildning. Det beslutet ska sedan kunna överklagas till Överklagandenämnden för högskolan. Rapporten har remissbehandlats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

² Landstingsanställd personal 2007 – personalstatistisk undersökning, Sveriges Kommuner och Landsting; 2008

³ Rapport 2009:20 R

7.5 Kontroll i belastningsregistret

Arbetsgivare har möjlighet att begära ett utdrag ur belastningsregistret för anställningar eller uppdrag inom psykiatrisk sjukvård, vård av utvecklingsstörda, vård av barn och ungdom eller tvångsvård av missbrukare. Denna möjlighet har både offentliga och privata arbetsgivare.⁴

Patientsäkerhetsutredningen hade bl.a. i uppdrag att överväga om det bör införas krav på att den som erbjuds anställning i hälso- och sjukvården ska lämna ett utdrag ur belastningsregistret för att kunna få anställning.⁵ Utredningen såg också över behovet och lämpligheten av att ge Socialstyrelsen möjlighet att få uppgifter ur belastningsregistret i ärenden där Socialstyrelsen ska göra en lämplighetsprövning vid beslut om legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården. Utredningen föreslog en obligatorisk registerkontroll vid anställning av personal inom hälso- och sjukvården. Den skulle även omfatta personer som erbjuds att utföra motsvarande arbete som uppdragstagare, liksom personal som hyrs in från bemanningsföretag. Socialstyrelsen skulle få tillgång till vissa uppgifter i belastnings- och misstankeregister, såväl vid prövningen av om legitimation ska meddelas som vid prövningen av någons lämplighet att inneha legitimation.

Regeringen har i propositionen *Patientsäkerhet och tillsyn* (prop. 2009/10:210) behandlat Patientsäkerhetsutredningens förslag. Regeringen föreslår att Socialstyrelsen ska få direktåtkomst till uppgifter ur belastningsregistret om vissa brott som föranlett annan påföljd än böter, när det gäller prövning av om legitimation ska meddelas i ett enskilt fall och för prövning av en redan meddelad legitimation. Vilka brott som Socialstyrelsen ska få uppgift om kommer att preciseras i förordningen (1999:1134) om belastningsregister, men utgångspunkten är den rapportering som redan sker enligt förordningen (1982:117) om underrättelse till Socialstyrelsen om domar i vissa brottmål, med tillägg av ytterligare brott som anses relevanta. När det gällde Patientsäkerhetsutredningens förslag om registerkontroll vid anställning i hälso- och sjukvården gjorde regeringen den bedömningen att det inte var lämpligt att införa registerkontroll vid anställning i hälso- och sjukvården. Riksdagen biföll propositionen den 16 juni 2010 och de nya reglerna om kontroll i belast-

⁴ 11 och 21 §§ förordningen (1999:1134) om belastningsregister

⁵ SOU 2008:117

ningsregistret vid meddelande av legitimation träder i kraft den 1 januari 2011.

7.6 Överväganden och förslag

Utredningens bedömning: Systemet med särskilt förordnande att utöva yrke inom hälso- och sjukvården är ändamålsenligt och svarar mot behovet av att under vissa förutsättningar kunna ge icke legitimerad personal möjlighet att arbeta i yrken där endast den som har legitimation är behörig, dvs. som apotekare, barnmorska, läkare, receptarie och tandläkare. Socialstyrelsen bör i sin tillsyn uppmärksamma landstingens handläggning av särskilda förordnanden.

Utredningens förslag: Landstingen och Socialstyrelsen bör vid handläggning av frågor om särskilda förordnanden att utöva yrke få tillgång till uppgifter om vissa brott som föranlett annan påföljd än böter. Socialstyrelsen bör se över de föreskrifter som ger landstingen möjlighet att i vissa fall meddela särskilda förordnanden att utöva läkaryrket.

7.6.1 Är dagens reglering med särskilda förordnanden ändamålsenlig?

Behovet av att kunna meddela särskilda förordnanden

Det finns flera skäl till att icke legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, under vissa förutsättningar, får arbeta inom legitimationsyrken. Möjligheten till praktik inom yrket har av många lyfts fram som viktig och när det gäller läkare är allmäntjänstgöring ett krav för meddelande av legitimation. Det har inte under vårt arbete framkommit att särskilda förordnanden orsakar några problem eller innebär någon fara för patientsäkerheten. Systemet med särskilda förordnanden gör det också möjligt att ha vikarier inom vården. Vi anser därför att särskilda förordnanden svarar mot ett behov av att, när vissa förutsättningar är uppfyllda, göra det möjligt för personal att arbeta inom hälso- och sjukvården innan de fått legitimation.

Socialstyrelsens uppdrag

Socialstyrelsen kan meddela särskilda förordnanden för all hälso- och sjukvårdspersonal. Kontrollen av att endast de som är behöriga får anställning har ansetts vara av särskild vikt för de yrken där legitimationen ger en ensamrätt att utöva yrket. Behandlingen av frågor om behörighet för enskilda handlar om myndighetsutövning och har stor betydelse både för den enskilde yrkesutövaren och för patientsäkerheten. Vi anser därför att särskilda förordnanden även i framtiden bör hanteras av Socialstyrelsen.

Landstingens uppdrag

När det gäller läkare har landstingen getts generellt bemyndigande att i vissa fall anställa läkare. Det finns flera anledningar detta. Landstingen är, enligt hälso- och sjukvårdslagen, skyldiga att tillhandhålla läkarnas allmäntjänstgöring, inte minst därför att den är en del i de krav som ställs för att läkare ska få legitimation. Anställningen av vikarier sker för att svara mot hälso- och sjukvårdens behov av personal. Antalet läkare som anställs för AT-tjänst och vikariat med stöd av bemyndigandet är relativt stort.

Denna ordning har gällt under många år och den har såvitt vi erfarit fungerat tillfredsställande ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Att låta landstingen ansvara för prövningen av behörigheten är också kostnadseffektivt. Eftersom landstingen har i uppdrag att förse medborgarna med hälso- och sjukvård, och även ansvarar för att den är god och säker, anser vi att det är en rimlig ordning att landstingen i vissa fall särskilt kan förordna icke legitimerade läkare.

Privata vårdgivares möjlighet att anställa läkare med särskilda förordnanden

Regeringen har överlämnat en skrivelse till utredningen från dåvarande Landstingsförbundet från 2001. Den innehåller en begäran om att ändra lagstiftningen för att möjliggöra för viss privatdriven hälso- och sjukvård att förordna icke legitimerade läkare att utöva läkaryrket. Som skäl anförs att det finns ett behov av att de större privata hälso- och sjukvårdsverksamheterna ges samma möjligheter som landstingen att under vissa perioder bemanna underläkartjänster med vikariatsanställda läkare med läkarexamen men utan svensk legitimation.

Gällande regler kringgås genom att landstinget anställer läkaren och lånar ut vederbörande till den privata verksamheten (främst gäller det AT-läkare på AT-tjänst).

Hälso- och sjukvård bedrivs idag inte bara av landstingen utan det finns många privata utförare, både inom och utom den vård som landstingen tillhandahåller. Att särskilt förordna icke legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal innebär myndighetsutövning och är en uppgift för Socialstyrelsen. Den som vill arbeta inom ett yrke där det krävs legitimation för att få utöva det kan vända sig till Socialstyrelsen med en ansökan. Denna möjlighet kan privata vårdgivare använda för att sedan kunna anställa läkare under AT-tjänst och vikarier eller provtjänstgöring.

När det gäller offentligt finansierad vård som utförs i privat regi på landstingets uppdrag kan man enligt vår mening överväga om landstingens bemyndigande skulle kunna omfatta att i vissa fall meddela även sådana förordnanden. Läkarnas allmäntjänstgöring är enligt hälso- och sjukvårdslagen ett ansvar för landstingen och det ansvaret borde kunna omfatta en möjlighet att särskilt förordna de som antas för sådan tjänstgöring oberoende av om den sedan genomförs genom anställning hos en privat vårdgivare. Vid den översyn av föreskrifterna som vi föreslår nedan bör även denna fråga övervägas.

Socialstyrelsens föreskrifter

Socialstyrelsen föreskrifter som reglerar bemyndigandet till landstingen tillkom redan år 2000. Med hänsyn till den utveckling som skett inom hälso- och sjukvården bl.a. när det gäller i vems regi vården ges framstår de som föråldrade. Under vårt arbete har också framkommit att föreskrifterna varit föremål för olika tolkning. Vi föreslår därför att Socialstyrelsen får i uppdrag att se över de föreskrifter som ger landstingen möjlighet att i vissa fall meddela särskilda förordnanden att utöva legitimationsyrken. I det sammanhanget bör man överväga att skilja på det särskilda förordnandet, som innebär myndighetsutövning, och själva anställningsavtalet mellan vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal.

7.6.2 Anställning av någon vars legitimation har återkallats

I våra direktiv nämns att Högskoleverket har fått i uppdrag att se över lärosätenas bestämmelser om avskiljande av studenter under utbildning (se avsnitt 7.4). Det finns därför också ett behov av att se över systemet med särskilda förordnanden att utöva yrke inom hälso- och sjukvården. I det sammanhanget påpekas att landstingen i dag har en generell dispens att anställa läkare som inte har legitimation, även i de fall legitimationen har återkallats. Enligt vad vi erfarit har föreskriften dock tolkats så att landstingen inte får anställa den som förlorat sin legitimation eller har legitimation från ett annat EU-land.

Socialstyrelsen har enligt sina föreskrifter om anställning av läkare utan legitimation en möjlighet att besluta att landstingen inte har rätt att särskilt förordna en viss person. Det kan ske när Socialstyrelsen avslagit en ansökan om legitimation och borde också enligt föreskriften kunna användas om Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) beslutat att återkalla en legitimation. I sådana fall ska Socialstyrelsen underrätta landstingen om beslutet. Det har inte till utredningen framförts att tillämpningen av den här regleringen orsakat några särskilda problem och några sådana har inte heller framkommit vid de kontakter vi haft med SKL och landstingen. Socialstyrelsen har i något fall fått påminna landstingen om att det finns ett sådant beslut. Den översyn av föreskrifterna som vi föreslagit ovan bör också kunna bidra till att förtydliga hur långt landstingens bemyndigande att särskilt förordna icke legitimerade läkare sträcker sig. Landstingens bemyndigande bör därvid innehålla en allmän begränsning mot att särskilt förordna dem som fått sin legitimation återkallad.

7.6.3 Kontroll av att den som meddelas särskilt förordnande inte har gjort sig skyldig till vissa brott

Att meddela ett beslut om särskilt förordnande bör till viss del innebära en prövning som motsvarar den som sedan sker när legitimation ska beviljas. De omständigheter som vid den prövningen har betydelse för förtroendet för yrkesutövaren bör enligt vår mening vara viktiga även vid bedömningen av om en person ska få särskilt förordnande att utöva ett yrke inom hälso- och sjukvården där legitimationen ger ensamrätt. Landstinget bör därför få rätt att begära ut ett utdrag ur

belastningsregistret för att kunna bedöma om en person ska få särskilt förordnande för AT-tjänst eller vikariat. Om ett utdrag innehåller någon anteckning måste samma bedömning göras som vid ansökan om legitimation. Vi anser därför att det mest lämpliga är att den bedömningen görs av Socialstyrelsen. Vid den översyn av föreskrifterna som vi föreslagit ovan bör Socialstyrelsen därför överväga i vilken utsträckning landstingets bemyndigande bör omfatta dem som har en anteckning i belastningsregistersutdraget och hur det är möjligt att säkerställa en rättssäker prövning i sådana fall. Socialstyrelsen ska från och med den 1 januari 2011 få direktåtkomst till uppgifter ur belastningsregistret om vissa brott som föranlett annan påföljd än böter för att kunna bedöma ansökningar om legitimation och även för arbetet med tillsyn av hälso- och sjukvårdspersonal. Denna direktåtkomst bör även gälla för myndighetens bedömning av ansökningar om särskilt förordnande. Uppgifterna ur belastningsregistret bör vara desamma som vid prövning av legitimation.

7.6.4 Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet vid anställning av personal

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska ledningen av hälso- och sjukvård vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården. Socialstyrelsen har i föreskrifter angett att vårdgivarna ska inrätta ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.⁶ Landstingen måste ha rutiner och riktlinjer för anställningen av hälso- och sjukvårdspersonal och för meddelande av särskilda förordnanden. Det är en uppgift för Socialstyrelsen att genom tillsyn kontrollera att dessa system är tillfredsställande.

Myndigheten redovisar i *Rapport från Socialstyrelsens tillsyn av hälso- och sjukvården 2008–2009* en granskning av rutinerna för hyrläkare i den sydöstra sjukvårdsregionen. Utifrån denna granskning har Socialstyrelsen formulerat ett antal krav för ökad patientsäkerhet när hyrläkare anlitas. Dessa gäller bl.a. rutiner för kontroll av hyrläkares identitet, legitimation och kompetens och eventuella beslut från Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd om inskränkningar i yrkesutövningen.

Det finns när det gäller landstingens handläggning av särskilda förordnanden skäl att ställa motsvarande krav på hur den genom-

⁶ SOSFS 2005:12

förs. Socialstyrelsen bör i sin tillsyn uppmärksamma huruvida landstingens system för handläggningen av särskilda förordnanden uppfyller de krav som kan ställas med hänsyn till kvalitet och patientsäkerhet i vården.

Del II

Specialistsjuksköterskor

8 Uppdraget om specialistsjuksköterskor

8.1 Uppdraget

I direktiven anges att det finns anledning att se över det förhållandet att det utbildas för få specialistsjuksköterskor jämfört med hälso- och sjukvårdens behov. Under flera år har detta enligt direktiven varit ett problem för vårdgivarna som haft svårt att rekrytera ett tillräckligt antal specialistsjuksköterskor på många områden. Enligt regeringen finns det ett behov av att göra en övergripande utredning av frågan om bristen på specialist-sjuksköterskor samt lämna förslag på åtgärder som ska syfta till att fler sjuksköterskor specialistutbildar sig.

I direktiven anges att det finns flera orsaker till att det utbildas för få specialistsjuksköterskor jämför med hälso- och sjukvårdens behov. Exv. kan utbildningen, till skillnad från specialistläkarutbildningen, inte genomföras med lön vilket bl.a. innebär att sjuksköterskan ofta måste ta studielån. Ett annat hinder som anges i direktiven är att det kan vara svårt att kombinera en utbildning med familjeliv, bl.a. på grund av att många specialistutbildningar bara ges på vissa platser i landet. Den avslutade utbildningen leder inte heller alltid till några påtagliga skillnader i arbetsuppgifter eller lön, vilket enligt direktiven också i vissa fall kan påverka intresset för att gå utbildningen.

Kring specialistsjuksköterskor och deras utbildning finns det flera frågor som diskuterats i olika sammanhang. Flera, såväl enskilda som organisationer, har också hört av sig till utredningen och framfört olika synpunkter och önskemål kring denna yrkesgrupp och deras utbildning. Som framgår av direktiven är emellertid vårt uppdrag avgränsat till att utreda och lämna förslag på åtgärder som ska syfta till att fler sjuksköterskor specialistutbildar sig. Det innebär att vi endast haft möjlighet att beakta

framförda önskemål och synpunkter i den utsträckning de legat inom ramen för vårt uppdrag.

8.2 Uppdragets utförande

Under vårt arbete med uppdraget i denna del har vi inhämtat information och synpunkter från bl.a. Socialstyrelsen, Vårdförbundet, Svensk Sjuksköterskeförening och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Vi har samrått med Högskoleverket som haft uppdraget att utreda hur examensordningen kan utformas för att sjuksköterskornas specialiseringsutbildning ska motsvara de krav vården ställer. Tillsammans med Högskoleverket har vi genomfört hearingar för lärosäten som anordnar specialistutbildning för sjuksköterskor samt för sjuksköterskeföreningar. Tillsammans med Högskoleverket och SKL har vi också genomfört en hearing med kommuner, kommunförbund, landsting och regioner. Vi har vidare träffat chefer för verksamheter där specialistsjuksköterskor normalt är verksamma. Vi har också inhämtat synpunkter från patient- och brukarorganisationer liksom från vår referensgrupp. Det är även flera enskilda specialistsjuksköterskor som skrivit till oss och framfört synpunkter. Vi har därutöver tagit del av statistiska rapporter och prognoser gällande specialistsjuksköterskor samt av uppgifter i Högskoleverkets rapport *Sjuksköterskors specialistutbildning – vilket slags examen?* (2010:5 R).

I kap. 9 lämnar vi en allmän beskrivning av specialistsjuksköterskor och deras utbildning. I kap. 10 redovisar vi uppgifter om tillgång och efterfrågan på specialistsjuksköterskor m.m. I kap. 11 finns en översiktlig sammanställning av vad som framförts vid hearingar, möten och i skrivelser till utredningen. I kap. 12 presenterar vi överväganden och förslag.

9 Allmänt om specialistutbildade sjuksköterskor

9.1 Vad är en specialistutbildad sjuksköterska?

Legitimation som sjuksköterska kan den få som genomgått sjuksköterskeutbildningen och fått sjuksköterskeexamen. Utbildningen, som är tre år och omfattar 180 högskolepoäng, utgör en yrkesexamen på grundnivå enligt examensordningen i bilaga två till högskoleförordningen (1993:100). För legitimerade sjuksköterskor finns därefter möjlighet att specialistutbilda sig genom att ta en specialistsjuksköterskeexamen inom någon av de elva inriktningar som regleras i examensordningen, se vidare nedan under avsnitt 9.3.2.

Sjuksköterskor som avlagt specialistsjuksköterskeexamen omfattas av bestämmelserna i 4 kap. 9 § patientsäkerhetslagen om skyddad specialistbeteckning. Enligt bestämmelserna får en sjuksköterska använda en titel som motsvaras av en specialistsjuksköterskeexamen endast om han eller hon har avlagt en sådan examen. Det innebär t. ex. att endast en sjuksköterska som avlagt distriktsköterskeexamen får använda specialistbeteckningen distriktsjuksköterska. Enligt bestämmelser i 4 kap. FYHS kan också sjuksköterskor med äldre utbildning eller utländsk utbildning, under vissa förutsättningar få rätt att använda en skyddad specialistbeteckning.

Legitimerade sjuksköterskor kan vidareutbilda sig även på andra sätt än genom att avlägga specialistsjuksköterskeexamen. En del vidareutbildning sker genom lokala högskolekurser och det finns vidareutbildningar inom exv. ögonsjukvård och diabetessjukvård. Vissa av dessa utbildningar kan avslutas med en magister- eller masterexamen beroende på omfattning. Det är dock endast sjuksköterskor som avlagt specialistsjuksköterskeexamen som har skyddad specialistbeteckning.

I samband med specialistutbildade sjuksköterskor, eller specialist-sjuksköterskor, omnämns ibland även barnmorska och röntgensjuksköterska. Barnmorskeexamen är dock en egen yrkesexamen och ingår inte bland de specialistsjuksköterskeexamen som finns i examensordningen. Barnmorska är också ett eget legitimationsyrke. För röntgensjuksköterskor finns en egen direktutbildning som leder fram till en yrkesexamen på grundnivå och även röntgensjuksköterska är ett eget legitimationsyrke. I den fortsatta framställningen kommer vi inte att behandla barnmorskor eller röntgensjuksköterskor.

9.2 Finns det några allmänna regleringar av specialistsjuksköterskors arbetsuppgifter m.m.?

Inom hälso- och sjukvården är det endast enstaka arbetsuppgifter som bara en viss yrkesgrupp får utföra eller som på annat sätt kräver särskild utbildningsbakgrund, kompetens eller befattning. Exv. ställs det vissa krav på vidareutbildning för sjuksköterskor som ska förskriva läkemedel.¹ Det finns också krav på viss vidareutbildning för sjuksköterskor som ska ordinera läkemedel för vaccination.² Generellt är det dock vårdgivaren som ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls. I detta ligger att det är vårdgivarens ansvar att arbetsuppgifter inom vården utförs av personal med rätt utbildning och kompetens. Några allmänna regleringar om vilka arbetsuppgifter eller vilka befattningar m.m. som ska gälla för specialistsjuksköterskor finns således inte.

9.3 Närmare om specialistsjuksköterskeexamen

9.3.1 Bakgrunden till dagens specialistsjuksköterskeexamen

Specialistutbildningen för sjuksköterskor har förändrats vid flera tillfällen. Grunden till den specialistutbildning som i dag leder fram till specialistsjuksköterskeexamen lades av 1994 års behörighetskommitté. I det följande lämnas en kortfattad beskrivning av bakgrunden till dagens specialistsjuksköterskeexamen.

¹ Se LVFS 2009:13 och SOSFS 2001:16.

² Se SOSFS 2000:1.

Inledningsvis var specialiseringen en del av grundutbildningen

Enligt den studieordning som gällde från 1952 var specialistutbildningen en del av grundutbildningen till sjuksköterska. I och med 1966 års studieordning kom dock specialiseringen att tas bort ur grundutbildningen och sjuksköterskeutbildningen delades upp i två delar, grundutbildning och vidareutbildning. Grundutbildningen omfattade fem terminer och berättigade till legitimation som sjuksköterska. Därefter var det möjligt att, efter viss yrkesverksamhet, få tillträde till vidareutbildningen.

Genom 1982 års studieordning kom sjuksköterskeutbildningen att ligga inom ramen för hälso- och sjukvårdslinjen. I hälso- och sjukvårdslinjen ingick en gemensam grundläggande utbildning och en specialisering inom en av sex inriktningar. Samtliga inriktningar berättigade till legitimation som sjuksköterska. Till hälso- och sjukvårdslinjen knöts också ett antal påbyggnadsutbildningar för vidareutbildning av sjuksköterskor.

En ny treårig sjuksköterskeutbildning införs 1993

I samband med 1993 års högskolereform ersattes hälso- och sjukvårdslinjen med en ny treårig sjuksköterskelinje på 120 poäng. Förslaget om en ny sjuksköterskeutbildning lades fram i prop. 1991/92:100 bilaga 9 och byggde på de slutsatser som presenterats i rapporten *Sjuksköterskeutbildningen mot 2000-talet* (Ds 1991:81). Enligt regeringen skulle på den nya linjen bara förekomma en inriktning, allmän hälso- och sjukvård. Specialistdelarna inom de övriga inriktningar som funnits på hälso- och sjukvårdslinjen skulle bli påbyggnadsutbildningar.

En följd av den nya studieordningen var att det, med undantag för barnmorskeexamen, saknades både yrkesexamen och generellt utbildningsprogram för sjuksköterskornas vidareutbildning. Bortsett från barnmorskeutbildningen fanns det således inte någon reglerad specialistutbildning för sjuksköterskor.

*1994 års behörighetskommittés förslag
om en specialistsjuksköterskeexamen*

Frågan om specialistutbildning för sjuksköterskor behandlades av 1994 års behörighetskommitté. I sitt betänkande *Ny behörighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område m.m.* (SOU 1996:138) uttalade kommittén att det var angeläget att sjuksköterskorna får tillgång till erforderliga vidareutbildningar av god kvalitet. Enligt kommitténs uppfattning krävdes en fastare reglering för att garantera en hög kompetens hos framtidens sjuksköterskor.

Kommittén kom fram till att en reglering av sjuksköterskornas specialistkompetens motsvarande den som fanns för läkarnas och tandläkarnas specialistkompetens inte var en lämplig väg att gå. Anledningen var att sjuksköterskornas vidareutbildningar skiljde sig från läkarnas och tandläkarnas specialiseringstjänstgöring på ett avgörande sätt. Även om sjuksköterskornas vidareutbildningar också måste innefatta en del praktik var de ändå enligt kommittén skolinriktade på ett helt annat sätt än läkarnas och tandläkarnas specialisttjänstgöring som är inriktad på tjänstgöring ute i vården. Kommitténs bedömning var därför att en reglering av sjuksköterskornas vidareutbildning borde knytas till den lagstiftning som reglerade högskoleutbildningen.

För att garantera att det i framtiden skulle finnas vidareutbildningar av erforderlig kvalitet och längd inom centrala områden borde enligt kommitténs uppfattning vissa utbildningar regleras genom att utbildningarna fördes in som yrkesexamina i examensordningen. Enligt kommittén skulle också de sjuksköterskor som genomgått den reglerade vidareutbildningen få en skyddad specialistbeteckning genom bestämmelser i behörighetslagstiftningen.

Specialistsjuksköterskeexamen införs 2001

2001 infördes sedermera specialistsjuksköterskeexamen i examensordningen.³ Examen kunde då utfärdas inom akutsjukvård, allmän hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvård för barn- och ungdomar, psykiatrisk vård, vård av äldre och distriktssköterska. Inom akutsjukvård kunde examen utfärdas med inriktning mot anestesijukvård, intensivvård, operationssjukvård eller ambulanssjukvård. Inriktningar fanns också för allmän hälso- och sjukvård, där

³ SFS 2001:23.

examen kunde utfärdas med inriktning mot kirurgisk vård, internmedicinsk vård eller onkologisk vård.

När examensordningen gjordes om i samband med 2007 års högskolereform gjordes vissa justeringar av specialistsjuksköterskeexamen.⁴ Examen fick därigenom den utformning som den har i dag med elva inriktningar.

9.3.2 Specialistsjuksköterskeexamen som den är utformad i dag

Enligt dagens studieordning finns elva inriktningar

Som nämnts ovan har specialistsjuksköterskeexamen elva inriktningar. Inriktningarna är

1. anestesijukvård
2. intensivvård
3. operationssjukvård
4. ambulanssjukvård
5. kirurgisk vård
6. medicinsk vård
7. onkologisk vård
8. hälso- och sjukvård för barn och ungdomar
9. psykiatrisk vård
10. vård av äldre
11. distriktssköterska

För att få specialistsjuksköterskeexamen ska studenten ha fullgjort kursfordringar om 60 högskolepoäng, dock med undantag för inriktningen mot distriktssköterska som kräver genomgångna kursfordringar om 75 högskolepoäng. Därtill ställs krav på att Socialstyrelsen utfärdat legitimation som sjuksköterska. Studenten ska också ha fullgjort en verksamhetsförlagd del av utbildningen (VFU) samt ett självständigt arbete.

⁴ SFS 2006:1053.

Av examensordningen följer tolv gemensamma mål för specialist-sjuksköterskeexamen, uppdelade på kunskap och förståelse, färdighet och förmåga samt värderingsförmåga och förhållnings-sätt. Studenten ska exv. visa kunskap om områdets vetenskapliga grund, visa fördjupad kunskap i planering, ledning och samordning av vård- och hälsoarbete, visa förmåga att leda och utvärdera om-vårdnadsåtgärder samt visa självkänedom och empatisk förmåga. För respektive inriktning finns därutöver vissa särskilda mål och det är också möjligt för varje lärosäte att ställa upp ytterligare preciserade krav. Examensbeskrivningen för specialistsjuksköterske-examen finns i sin helhet i bilaga 6.

Samtliga lärosäten har krav på särskild behörighet

Grundläggande behörighet för att antas till en utbildning som leder till specialistsjuksköterskeexamen är legitimation som sjuksköterska. Det är därutöver möjligt för de lärosäten som anordnar utbildningen att ställa krav på särskild behörighet. Högskoleverket har i sin rapport *Sjuksköterskors specialistutbildning – vilket slags examen?* (2010:5 R) konstaterat att samtliga lärosäten som ger specialistsjuksköterskeutbildning under läsåren 2009/2010 och 2010/2011 ställer upp särskilda behörighetskrav. Enligt rapporten är det i första hand krav på tidigare högskolestudier och yrkes-verksamhet efter grundutbildningen. Så gott som alla lärosäten kräver antingen sjuksköterskeutbildning enligt 1993 alternativt 2007 års examensordning, eller kandidatexamen med lämplig in-riktning. Kraven på högskolestudier kan också vara 90 högskole-poäng i omvårdnadsämnet eller en vetenskaplig metodkurs av viss omfattning. Bland kraven på yrkesverksamhet är det vanligast med ett krav på ett års yrkesverksamhet.

Utbildningarna ersätts ur lärosätenas grundutbildningsanslag

De lärosäten som anordnar en utbildning som leder fram till en specialistsjuksköterskeexamen får ersättning för detta ur lärosätets grundutbildningsanslag från regeringen på samma sätt som för annan utbildning, i form av ersättning för helårsstudenter och helårsprestationer. Ersättningen avser hela utbildningen och därmed även den verksamhetsförlagda delen av utbildningen. Det innebär

att lärosätet betalar för studenternas kliniska utbildning, som framför allt ges inom landstingsdriven eller kommunal vård.

9.4 Särskilt om huvudmannskapet för sjuksköterskornas utbildning

För sjuksköterskornas utbildning gäller i dag ett statligt huvudmannskap. Fram till 2002 var dock huvudmannskapet landstingskommunalt och övergången till ett statligt huvudmannskap föregicks av ett omfattande utredningsarbete. Det finns anledning att här i korthet återge bakgrunden till dagens statliga huvudmannskap.

9.4.1 Utbildningen hade inledningsvis ett landstingskommunalt huvudmannskap

När utbildningen för sjuksköterskor, tillsammans med de s.k. medellånga vårdutbildningarna fördes över till högskolan i samband med högskolereformen 1977, hade utbildningen ett landstingskommunalt huvudmannskap.⁵ Frågan om vem som skulle ha huvudmannskapet för dessa vårdutbildningar kom emellertid att diskuteras i flera olika sammanhang. I regeringens proposition om reformering av högskoleutbildningen (prop. 1975:9 s. 504) framhöll exv. regeringen att det fanns skäl för ett enhetligt och då i första hand statligt huvudmannskap för vårdutbildningarna eftersom detta skulle främja en helhetssyn på den grundläggande högskoleutbildningen.

9.4.2 Landstingen sluter avtal med statliga högskolor om utbildningen

Under 1994 beslutade riksdagen, med anledning av propositionen *Utbildning och forskning – Kvalitet och konkurrenskraft* (prop. 1993/94:177), att det skulle skapas utrymme för alternativa samsamarbets- och huvudmannskapsformer för landstingens vårdhögskoleutbildningar, där bl.a. utbildningen för sjuksköterskor ingick.

⁵ Med dessa medellånga vårdutbildningar menas med dagens benämningar utbildningar till arbetsterapeut, audionom, barnmorska, biomedicinsk analytiker, ortopedingenjör, sjukgymnast, sjuksköterska, sjuksköterska med specialistkompetens och tandhygienist samt yrken inom social omsorg.

Den modell som valdes innebar att landsting och statliga högskolor slöt olika former av samverkansavtal. Enligt avtalen skulle statliga universitet och högskolor anordna vårdhögskoleutbildningar på uppdrag av landsting, som därmed blev beställare.

9.4.3 En principöverenskommelse tecknas mellan staten och Landstingsförbundet

I propositionen *Nytt huvudmannaskap för vårdhögskoleutbildningar* (prop. 2000/01:71) föreslog regeringen att huvudmannaskapet för vårdhögskoleutbildningar skulle överföras till staten. Som skäl angavs bl.a. att högre utbildning enligt regeringens mening är en nationell angelägenhet och att staten har ett ansvar för att högskoleutbildning av hög kvalitet bedrivs inom samtliga samhällssektorer. Regeringen konstaterade också att vårdsektorn lider av en väl dokumenterad brist på personal, särskilt sjuksköterskor med eller utan specialistkompetens. Om staten övertog det fulla ansvaret för vårdhögskoleutbildningarna från landstingen, skulle lärosätena enligt regeringen få möjlighet att på ett adekvat sätt göra en övergripande bedömning av samtliga utbildningars behov av dimensionering.

Som ett led i överförandet av huvudmannaskapet tecknades en principöverenskommelse mellan staten och dåvarande Landstingsförbundet. I överenskommelsen anges bl.a. att parterna är överens om att utbildningsvolymen inom vårdhögskoleområdet ska öka och att staten vid ett statligt huvudmannaskap avser att under de närmaste åren verka för en fortsatt volymökning inom vårdhögskoleområdet. I överenskommelsen anges också att en väl fungerande klinisk praktik är av grundläggande betydelse för en bra vårdhögskoleutbildning och att högskolan likväl vid ett statligt huvudmannaskap är beroende av att landstingen även fortsättningsvis tillhandahåller praktikplatser i sin verksamhet. Enligt överenskommelsen är inriktningen att landstingen ska erbjuda minst det antal praktikplatser med inriktning mot landstingskommunal verksamhet som högskolan disponerar vid övertagandet och att landstingen genom ytterligare praktikplatser tillgodoser framtida behov. Vidare är parterna enligt överenskommelsen ense om vikten av samverkan mellan högskola och vårdgivare för att utveckla den kliniska praktiken. Frågor rörande den kliniska praktiken ska enligt överenskommelsen regleras i avtal, senast vid den tidpunkten då

huvudmannaskapet övergår till staten. I överenskommelsen anges därutöver att parterna är ense om vikten av en fortsatt och utvecklad samverkan mellan landsting och högskola i utbildningsfrågor även vid ett statligt huvudmannaskap för vårdhögskolorna. Principöverenskommelsen i dess helhet finns i bilaga 7.

I propositionen konstaterar regeringen också att någon överenskommelse mellan staten och kommunerna om ersättning för klinisk praktik inom ramen för överenskommelsen med landstingen inte har kunnat göras, varför regeringen förutsatte att berörda kommuner skulle fortsätta att tillgodose behovet av praktikplatser på samma sätt som tidigare. I och med propositionen genomförde även regeringen en engångssatsning på specialistsjuksköterskor genom att öka antalet nybörjarplatser för läsåret 2001/02.

9.4.4 Huvudmannaskapet överförs till staten

Riksdagen godkände sedermera regeringens förslag och huvudmannaskapet för vårdhögskoleutbildningarna kom därmed att överföras till staten i samband med att landstingen sa upp de tidigare samarbetsavtalen med högskolorna.⁶ Enligt nu gällande ordning har således utbildningen för sjuksköterskor och specialist-sjuksköterskor ett statligt huvudmannaskap, dock med undantag för Ersta Sköndal Högskola, Röda Korsets Högskola samt Sophiahemmet Högskola, vilka samtliga tre har enskilda huvudmän.

Mot bakgrund av principöverenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet, finns det i dag avtal mellan landsting och lärosäten som reglerar hur den verksamhetsförlagda delen av vårdutbildningarna ska hanteras vad gäller antalet platser, utförande, ekonomisk ersättning, handledning m.m. Avtalen kan också innehålla överenskommelser om hur parterna på olika sätt ska samverka kring vårdutbildningarna.

Som nämnts ovan omfattade inte principöverenskommelsen frågan om ersättning för den verksamhetsförlagda utbildning som genomförs hos kommuner. Regeringen har dock i ett beslut konstaterat att ersättningen till lärosätena för vårdutbildningarna inte påverkas av var kostnaderna för utbildningen ligger och att ersättningen ska omfatta kostnader för verksamhetsförlagd ut-

⁶ UbU 2000/01:17, rskr. 2000/01:262.

bildning även om den utförs i en kommun.⁷ I prop. 2008/09:1 uttalar också regeringen att det, mot bakgrund av bristen på praktikplatser, är av största vikt att lärosätena kan använda de möjligheter till praktikplatser som de kommunala vårdgivarna ger. Regeringen anser att det bör stå lärosätena fritt att teckna avtal om ersättning för klinisk praktik med såväl kommuner som landsting.

9.5 Uppdragsutbildning

Specialistutbildning av sjuksköterskor kan också ske genom uppdragsutbildning. Med uppdragsutbildning avses exv. att en kommun eller ett landsting beställer en utbildning av ett lärosäte som anordnar utbildningen mot en avgift. Uppdragsutbildningen kan avse en utbildning som leder fram till en specialistsjuksköterskeexamen eller någon annan vidareutbildning för sjuksköterskor.

Bestämmelser om uppdragsutbildning finns i förordningen (2002:760) om uppdragsutbildning vid universitet och högskolor. Av bestämmelserna framgår att en uppdragsutbildning måste anknyta till sådan högskoleutbildning på grundnivå eller avancerad nivå som högskolan har examensrätt för. Av bestämmelserna följer också att uppdraget måste avse personalutbildning eller utbildning som behövs av bl.a. arbetsmarknadsskäl, om uppdragsgivaren är en svensk kommunal myndighet eller ett svenskt landsting.

Uppdragsutbildningar ligger vid sidan av ordinarie högskoleutbildning, men högskolan eller universitetet får ge betyg och examens- eller kursbevis enligt bestämmelserna för högskoleutbildning på grundnivå och avancerad nivå. Detta förutsatt att samma kvalitetskrav ställs på uppdragsutbildningen som på motsvarande högskoleutbildning.

9.6 Högskoleverkets uppdrag om sjuksköterskors specialistutbildning

Som nämnts tidigare har Högskoleverket haft ett uppdrag att utreda hur examensordningen kan utformas för att sjuksköterskornas specialiseringsutbildning ska motsvara de krav vården ställer. Uppdraget fick Högskoleverket av regeringen i maj 2009 och i upp-

⁷ Regeringsbeslut 2005-12-15 I:20, Begäran om resurser för verksamhetsförlagd utbildning inom sjuksköterskeutbildning m.m. (U2005/5713/UH).

draget ingick att föreslå hur förändringar av befintliga inriktningar och införanden av nya inriktningar på specialistsjuksköterskeutbildningen bör hanteras.

”Det behövs en flexibel specialistutbildning”

Högskoleverket redovisade uppdraget i rapporten *Sjuksköterskors specialistutbildning – vilket slags examen?* (2010:5 R). I rapporten konstaterar Högskoleverket att de förändringar som vården genomgår medför nya arbetsuppgifter och innebär förändrade krav på kompetens. Högskoleverket konstaterar också att det finns en samsyn mellan berörda parter om behovet av ytterligare utbildning för sjuksköterskor, men stora åtskillnader om hur denna utbildning bör utformas. Enligt Högskoleverket är det dock klart att för att sjuksköterskorna ska kunna följa vårdens förändringar behöver deras specialiseringsutbildning ha stor flexibilitet.

”Flera sätt att lösa sjuksköterskornas specialistutbildning”

I rapporten beskriver Högskoleverket olika principiella sätt att lösa sjuksköterskornas specialistutbildning. Under förutsättning att utbildningen ska leda till en examen finns enligt Högskoleverket två alternativ. Det första är att specialistutbildningen läggs inom ramen för en yrkesexamen på avancerad nivå och för det finns enligt Högskoleverket tre tänkbara modeller. Den första modellen innebär en specialistsjuksköterskeexamen med specificerade inriktningar i examensordningen, dvs. den nuvarande utformningen av specialistsjuksköterskeexamen. Problemet med denna modell är dock enligt Högskoleverket bl.a. att en uppräkningslista av fasta inriktningar stänger andra inriktningar ute och att inriktningarna måste ha samma längd, eftersom examen alltid har en exakt omfattning. Den andra modellen innebär en specialistsjuksköterskeexamen utan fasta inriktningar, vilket enligt Högskoleverket mer liknar hur examensordningen för övrigt är uppbyggd. Med modellen skulle det enligt Högskoleverket, som för andra yrkesexamina, vara lärosätets och arbetsmarknadens ansvar att definiera vilka utbildningar som krävs för att ge den kompetens som arbetsmarknaden behöver. Högskoleverket anför att examen skulle kunna få så bred eller smal karaktär som önskas, utifrån att den inriktar sig mot olika verk-

samhet och i olika utsträckning behöver kunna byggas på med ytterligare utbildning. Modellen löser dock enligt Högskoleverket inte problemet med att specialiseringar inom olika områden kräver olika längd på utbildningen. Den tredje modellen innebär att ersätta specialistsjuksköterskeexamen med olika examina (anestesisjuksköterska, distriktssjuksköterska osv.). Det skulle enligt Högskoleverket kunna lösa problemet med längden på utbildningen, men inte problemet med hur många sådana examina som skulle behövas.

Ett alternativ kan enligt Högskoleverket vara att sjuksköterskornas specialistutbildning leder till en generell examen på avancerad nivå, dvs. en magister- eller masterexamen. Enligt Högskoleverket leder specialistsjuksköterskeutbildning i dag för övrigt ofta till både en yrkesexamen och en generell examen. Det finns också enligt Högskoleverket exempel på specialisering i form av utbildning som leder till bara en magisterexamen, som inom ögonsjukvård, som inte finns som inriktning i specialistsjuksköterskeexamen. Högskoleverket påpekar att specialisering kopplad till generell examen inte kräver någon förändring av examensordningen eftersom utformningen av utbildningen som leder till generella examina är högskolans ansvar.

Ett principiellt annorlunda sätt att lösa sjuksköterskornas specialistutbildning är enligt Högskoleverket en vidareutbildning i form av specialiseringsanställning liknande den som gäller för läkare. Högskoleverket bedömer dock att en närmare diskussion om en sådan förändring ligger utanför myndighetens uppdrag.

Högskoleverket anser att det finns för- och nackdelar med både yrkesexamen och generell examen och att det är svårt att entydigt förespråka en enda lösning. Bland modellerna för yrkesexamen ger dock alternativet med en examen utan inriktningar den största flexibiliteten och är inte minst därför enligt Högskoleverket den bästa av de tre modellerna. Den stora nackdelen är dock att omfattningen på examen är densamma oavsett vilket behov i vården den ska täcka.

I rapporten påpekar Högskoleverket också att högskolan i stor utsträckning redan är fri att utforma sjuksköterskornas specialisering på det sätt de önskar. Genom att släppa kravet på att utbildningen ska leda till en examen, kan utbildningen ges precis den längd och utformning som högskolan och studenten önskar.

”Former för samverkan mellan vården och högskolan bör utredas”

I rapporten konstaterar Högskoleverket slutligen att en förutsättning för att utbildningen ska få hög yrkesrelevans är att den utformas av högskola och vårdgivare tillsammans. Det ligger enligt Högskoleverket inte minst i sjuksköterskornas intresse, eftersom en utbildning som dåligt förbereder för yrkeslivet slår mot deras anställningsbarhet. Även om former för samarbete är parternas ansvar att bestämma, uttalar Högskoleverket att det utan ett formaliserat samarbete kan bli svårt att åstadkomma en utbildning av tillräckligt hög kvalitet. Högskoleverket anser därför att regeringen bör ge verket i uppdrag att, i samverkan med Socialstyrelsen, utreda vilka former högskolans och vårdens samarbete tar sig i dag.

10 Tillgång och efterfrågan på specialistsjuksköterskor m.m.

I våra direktiv anges att det utbildas för få specialistsjuksköterskor jämfört med hälso- och sjukvårdens behov. Det går emellertid inte att i absoluta tal fastställa hur stor skillnaden är mellan antalet utbildade specialistsjuksköterskor och hälso- och sjukvårdens behov, eftersom behovet av specialistsjuksköterskor är beroende av ett antal relativa faktorer. T. ex. kan olika vårdenheter ha olika mål vad gäller bemanningen med specialistsjuksköterskor. Vidare finns ingen reglering om att ett visst antal sjuksköterskor måste vara specialistutbildade inom ett särskilt verksamhetsområde, även om det av flera framförs att sjuksköterskor måste vara specialistutbildade för att kunna arbeta inom områdena anestesijukvård, operationsjukvård och intensivvård.

I beskrivande syfte redovisar vi i detta kapitel uppgifter om tillgång och efterfrågan på specialistsjuksköterskor m.m.

10.1 Utbildade och sysselsatta specialistsjuksköterskor

Socialstyrelsen har i en rapport sammanställt olika statistiska uppgifter om specialistsjuksköterskor.¹ I rapporten finns bl.a. uppgifter om hur många specialistsjuksköterskor som utbildats från 1995 till 2007. Rapporten innehåller också uppgifter om antalet sysselsatta specialistsjuksköterskor under samma period.

Tabell 10.1 bygger på ett utdrag ur Socialstyrelsens rapport och visar hur många utbildningar för specialistsjuksköterskor som avslutats under perioden 2000 till 2007. Tabell 10.2 bygger även den på ett utdrag ur rapporten och visar antalet sysselsatta specialist-

¹ Socialstyrelsens rapport Tillgång på: specialistsjuksköterskor och röntgensjuksköterskor 2007.

sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården under perioden 2000 till 2007.

I de båda tabellerna är uppgifterna grupperade utifrån de elva grupper som idag får specialistsjuksköterskeexamen. Detaljerad information om hur uppgifterna tagits fram m.m. finns i Socialstyrelsens rapport.

Tabell 10.1 Antal avslutade utbildningar för specialistsjuksköterskor efter utbildningsår och specialitet under perioden 2000–2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Anestesisjukvård och/eller intensivvård	291	332	326	290	389	317	366	417
Operationssjukvård	50	32	61	88	99	85	119	197
Ambulanssjukvård	16	8	61	62	85	114	143	181
Internmedicin och/eller kirurgi	52	1	2	4	27	19	13	23
Onkologi	53	2	11	6	27	25	26	33
Hälso- och sjukvård för barn och ungdomar	160	143	69	125	155	170	158	198
Vård av äldre	51	38	15	60	60	44	34	60
Psykiatrisk vård	78	78	64	95	53	138	100	129
Distriktssköterska	615	536	572	531	535	504	540	624
Summa	1 366	1 170	1 181	1 261	1 430	1 416	1 499	1 862

Källa: Socialstyrelsens rapport Tillgång på: specialistsjuksköterskor och röntgensjuksköterskor 2007

Tabell 10.2 Antal sysselsatta specialistsjuksköterskor inom hälso- och sjukvård under perioden 2000–2007

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Anestesisjukvård/Intensivvård	8 044	8 234	8 495	8 618	8 867	9 051	9 182	9 386
Operationssjukvård	3 474	3 411	3 447	3 436	3 455	3 459	3 488	3 581
Ambulanssjukvård	19	25	80		223	327	443	607
Medicinsk vård/Kirurgisk vård	16 902	16 174	15 621	14 746	14 143	13 287	12 494	11 765
Onkologisk vård	945	924	906	900	916	926	931	942
Hälso- och sjukvård för barn och ungdomar	3 201	3 264	3 279	3 266	3 376	3 526	3 579	3 685
Vård av äldre	131	171	177	222	273	296	324	372
Psykiatrisk vård	5 825	5 737	5 739	5 663	5 570	5 544	5 470	5 377
Distriktssköterska	12 753	13 031	13 443	13 382	13 564	13 655	13 653	13 773
Totalt	51 294	50 991	51 247	50 233	50 387	50 071	49 564	49 488

Källa: Socialstyrelsens rapport Tillgång på: specialistsjuksköterskor och röntgensjuksköterskor 2007

10.2 Socialstyrelsens rapport NPS 2010

Av Socialstyrelsens rapport NPS 2010 framgår att varannan sjuksköterska har specialistutbildning. Denna andel har minskat sedan 1995 då 65 procent av sjuksköterskorna hade specialistutbildning. Enligt Socialstyrelsen är en bidragande orsak att sjuksköterskeutbildningen haft olika utformning under åren, vilket fått effekter på hur många sjuksköterskor i en årskull som specialiserat sig. Enligt 1952 års studieordning följde specialistutbildning direkt på grundutbildningen, vilket medförde att de flesta sjuksköterskor genomgick specialistutbildning. Många av dessa sjuksköterskor är i dag pensionerade eller på väg att pensionera sig och antalet utexaminerade har därför sjunkit.

Av Socialstyrelsens rapport NPS 2010 framgår också att landstingen anser att det är svårt att rekrytera specialistsjuksköterskor. Särskilt nämns specialistutbildade sjuksköterskor inom operation, psykiatri, intensivvård och anestesi som svåra att rekrytera. Dessa inriktningar har även tagits upp i tidigare års enkäter. Ett fåtal landsting har dock tvärtom uppgett att sjuksköterskor inom anestesi är något lättare att rekrytera än andra specialistsjuksköterskor. Tre landsting har uppgett att distriktssjuksköterskor är något mer lättrekryterade än andra specialinriktningar.

Enligt Socialstyrelsens prognos i NPS 2010 kommer tillgången på sjuksköterskor att öka de kommande 15 åren med bibehållen utbild-

ningskapacitet. Med en god tillgång på sjuksköterskor finns det enligt Socialstyrelsen goda möjligheter att uppmuntra sjuksköterskor till specialistutbildning inom de områden som är önskvärda för verksamheten.

10.3 SCB:s arbetskraftsbarometer för 2009

Av SCB:s Arbetskraftsbarometer för 2009 framgår att en majoritet av arbetsgivarna anser att det under senaste året varit brist på sjuksköterskor med kompetens inom anestesijukvård, intensivvård och operationssjukvård, medan ca en fjärdedel anser att det varit god tillgång. Ca fyra av tio arbetsgivare anger också att det under det senaste året varit brist på specialistsjuksköterskor inom bl.a. allmän hälso- och sjukvård (inkl. medicinsk/kirurgisk sjukvård och onkologisk omvårdnad), barn- och ungdom, geriatrisk vård och psykiatrisk vård. SCB:s bedömning är att utvecklingen inom sjukvården med ny teknik och nya metoder medverkar till att efterfrågan på specialistutbildade sjuksköterskor ökar och på längre sikt finns det enligt SCB risk för att bristen kommer att förstärkas ytterligare.

I fråga om distriktssköterskor anges i SCB:s Arbetskraftsbarometer för 2009 att det råder stora regionala skillnader avseende tillgången på distriktssjuksköterskor. Dryg en tredjedel av arbetsgivarna anser att det under det senaste året varit brist på distriktssjuksköterskor, medan en knapp tredjedel anser att det varit god tillgång. SCB gör bedömningen att stora pensionsavgångar väntar de närmaste 10–15 åren, varför det på sikt finns risk för ökad brist.

10.4 Enkätundersökning bland landsting och regioner

Under februari 2008 genomförde SKL en enkätundersökning bland landsting och regioner gällande uppgifter om specialistsjuksköterskor. Utifrån enkäten drar SKL slutsatsen att efterfrågan under många år varit större än tillgången på sjuksköterskor med specialistutbildning, bl.a. inom anestesijukvård, intensivvård, operationssjukvård och psykiatrisk vård. Enligt SKL kommer utbildningsbehovet att öka för flertalet specialistutbildningar under de kommande tio åren. För närvarande råder, enligt SKL, balans på tillgång och efterfrågan vad

gäller grundutbildade sjuksköterskor och det innebär enligt SKL att det finns en rekryteringsbas för specialistutbildningarna.

11 Intryck från hearingar och möten m.m.

Under vårt arbete har vi genomfört ett antal hearingar och möten med grupper och organisationer. Vi har haft hearingar med dels lärosäten som anordnar specialistutbildningar för sjuksköterskor, dels sjuksköterskeföreningar. Under vårt arbete har vi vidare haft en hearing med kommuner, kommunförbund, landsting och regioner. Därutöver har vi träffat bl.a. verksamhetschefer som arbetar med specialistsjuksköterskor inom hälso- och sjukvården. Vi har även mottagit skrivelser från organisationer och enskilda sjuksköterskor.

Intresset för vårt uppdrag i denna del har varit mycket stort och det är inte möjligt att återge allt som framkommit vid hearingar, möten och i skrivelser. I detta kapitel redogör vi dock för vad som i huvudsak framförts vid våra hearingar samt möten med verksamhetschefer. Vi återger därutöver en sammanställning av vad som framförts av Vårdförbundet, Svensk Sjuksköterskeförening och SKL.

11.1 Synpunkter som framförts vid hearingar och möten

För utredningen har syftet med hearingarna och mötena varit att göra en bred kartläggning av förhållandena kring specialistsjuksköterskorna och deras utbildning. Vi har också försökt att inhämta förslag om vilka åtgärder som skulle leda till att fler sjuksköterskor specialistutbildas. I det följande redovisas vad som i huvudsak framfördes vid hearingarna och mötena gällande dessa frågeställningar. En förteckning över vilka som deltagit vid mötena och hearingarna finns i bilagorna 2 och 4.

11.1.1 Synpunkter från lärosäten som anordnar specialistutbildning för sjuksköterskor

Vårdgivarna efterfrågar inte specialistsjuksköterskor

En viktig orsak till att för få sjuksköterskor specialistutbildar sig är enligt lärosätena att specialistsjuksköterskor inte efterfrågas av vårdgivarna. På klinikerna vet man inte hur man ska använda deras kompetens och de som arbetar med att rekrytera sjuksköterskor vet som regel väldigt lite om vilken kompetens specialistsjuksköterskor har. Inom vissa områden går det också enligt lärosätena att arbeta som sjuksköterska utan att vara specialistutbildad, exv. inom hälso- och sjukvård för barn och ungdomar samt psykiatri och då tenderar vårdgivarna att inte anställa specialistutbildade sjuksköterskor i samma omfattning. Enligt lärosätena måste vården bestämma sig för vilket behov man verkligen har av specialistsjuksköterskor och det går inte att komma ifrån att vårdgivarnas agerande är avgörande för hur många som utbildar sig till specialistsjuksköterskor. Om vårdgivarna exv. erbjuder lön för de sjuksköterskor som vill specialistutbilda sig inom en viss inriktning kommer fler att utbilda sig.

En annan orsak som enligt lärosätena påverkar efterfrågan på specialistsjuksköterskor är att det kan vara svårt att få tag i specialistsjuksköterskor. Det får till följd att vårdgivarna, för att lösa en uppkommen bristsituation, väljer att istället anställa en grundutbildad sjuksköterska. Med bättre planering från vårdgivarna skulle dock inte denna situation behöva uppstå och det som saknas är enligt lärosätena en långsiktighet i planeringen av personalbehovet och någon form av nationell samordning.

Sjuksköterskor som specialistutbildar sig får inte förändrade arbetsuppgifter eller högre lön

Som det är idag saknas det enligt lärosätena en naturlig karriärväg för de sjuksköterskor som specialistutbildat sig. Normalt förändras inte heller lönen och dessa omständigheter påverkar naturligtvis intresset hos sjuksköterskor att specialistutbilda sig. Vårdgivarna borde enligt lärosätena skapa nya tjänster där de kräver specialistkompetens. Vidare borde Socialstyrelsen följa upp vårdgivarnas anställning av specialistsjuksköterskor och konstatera att det anställs för få. Det finns enligt lärosätena undersökningar som visar att det

sker färre anmälningar mot vården i verksamheter med fler specialistutbildade.

Många som antagits påbörjar inte utbildningen

Det kan vara många sjuksköterskor som antagits till en specialistutbildning. Men det är enligt lärosätena många som hoppar av. Bl.a. spelar lärosätens geografiska placering roll och om det är för långt att resa, är man kanske inte lika intresserad av att specialisera sig. Generellt sett är det enligt lärosätena krångligt för sjuksköterskor att genomgå en specialistutbildning, framför allt jämfört med läkarna.

Många sjuksköterskor upplever enligt lärosätena att de känner sig "färdiga" när det gått igenom grundutbildningen och fått sin legitimation. Tidigare var det mer självklart att man skulle läsa vidare. Under grundutbildningen är det också för lite information om möjligheterna att specialutbilda sig och för vissa kan det upplevas som skrämmande att man måste avsluta specialistutbildningen med ett examensarbete. Problemet med bristen på specialistutbildade sjuksköterskor måste enligt lärosätena även ses ur ett genusperspektiv. De som ska specialisera sig är ofta kvinnor i den ålder man bildar familj och det kan försvåra möjligheterna för studier.

Det finns oklarheter om vad utbildningen ska innehålla

Enligt lärosätena har de och vårdgivarna olika tankar om vad som ska ingå i utbildningen. Vårdgivarna kan exv. uppleva att utbildningen är för akademiserad, eftersom man inom vården vill ha "doers". Enligt lärosätena finns inte några klara riktlinjer för vad som en specialistutbildad sjuksköterska ska få med sig från utbildningen och det gör att det blir skillnader mellan utbildningarna i landet. Exv. uppfattas det som oklart om utbildningen ska leda till en magisterexamen eller inte. Lärosätena anser också att de skulle behöva vara mer lyhörda för vilka examensarbeten som skulle kunna vara intressanta för verksamheterna.

Enligt lärosätena är det angeläget att det görs mer tydligt vad som ska ingå i specialistutbildningen för sjuksköterskor. Kanske är det också dags att införa fler inriktningar än dagens elva. Det kan även vara dags att diskutera utbildningens längd. Enligt lärosätena är det också angeläget att sjuksköterskornas specialistutbildning blir

mer flexibel, exv. genom att den som studerar inte behöver läsa hela utbildning i en följd.

Specialistutbildningen och grundutbildningen måste ses i ett sammanhang

Om man ska se över specialistutbildningen måste man enligt lärosätena även se över grundutbildningen. De båda måste ses i ett och samma sammanhang och ett förslag kunde vara att låta specialiseringen för sjuksköterskor ingå i grundutbildningen. Det får sedan vara upp till arbetsgivaren att avsätta medel för kompetensutveckling inom ramen för den egna verksamheten.

Den verksamhetsförlagda utbildningen är en flaskhals

Enligt lärosätena är det svårt att få fram platser för den verksamhetsförlagda delen av utbildningen. Ofta är det flera lärosäten som konkurrerar om de platser som finns och det gör att denna del av utbildningen blir en flaskhals. En viktig fråga för framtiden är enligt lärosätena hur vården ska se till att det finns personal som kan ta emot de studenter som ska göra sin verksamhetsförlagda utbildning. Det finns också enligt lärosätena vissa oklarheter kring vad som gäller för betalning av den verksamhetsförlagda utbildning som genomförs hos kommuner.

Bristande dialog mellan lärosäten och vårdgivare är ett tydligt problem

Ett tydligt problem när det gäller förhållandet att för få sjuksköterskor specialistutbildar sig, är enligt lärosätena den bristande dialogen mellan dem och vårdgivarna. Den finns visserligen en sådan dialog i dag, men den behöver förbättras. En svårighet i detta är enligt lärosätena att vårdgivarna inte kan beskriva sina behov av specialist-sjuksköterskor, troligtvis beroende på att de inte har en tillräcklig överblick över sitt rekryteringsbehov. En konsekvens blir att det skapas många tillfälliga lösningar i samarbetet med lärosätena.

Om ett lärosäte kontaktar ett landsting eller en sjukhuschef finns det enligt lärosätena som regel ett stort intresse för att samarbeta kring specialistutbildningen i olika avseenden. Det är dock inte

säkert att det finns samma intresse på verksamhetschefsnivå, där ett samarbete kan ses som en pålaga som man inte har tid med. Enligt lärosätena har verksamhetschefer ofta olika utbildningsbakgrund och det är inte säkert att de vet hur man arbetar med handledning eller projekt.

Ett sätt att förbättra dialogen skulle enligt lärosätena kunna vara att de kontinuerligt bjuder in vårdgivarna till samtal om specialist-sjuksköterskorna. Det skulle också vara möjligt att skapa arbetsgrupper. De avtal som lärosätena och vårdgivarna ingår är mycket viktiga och ofta lägger de grunden för dialogen.

Lärosätena pekar på att de har ett nationellt uppdrag och att man utifrån det kan fråga sig vad det tillför att det förs dialog med vårdgivare på regional nivå. Man måste också komma ihåg att lärosätena konkurrerar med varandra, vilket missgynnar den rådande situationen. Om det gick att utforma ersättningssystemet så att denna konkurrens försvann skulle det sannolikt föra med sig positiva effekter.

Kan anställningsutbildning vara en väg att gå?

Ett problem för sjuksköterskor som vill specialistutbilda sig är enligt lärosätena att det kan vara krångligt att studera och arbeta parallellt. Att skapa anställningsutbildningar kan därför vara ett sätt att få fler sjuksköterskor att specialistutbilda sig. För läkare gäller idag att deras utbildning sker inom ramen för en anställning. Exv. på Röda Korsets Högskola har man en uppdragsutbildning där de sjuksköterskor som studerar är anställda.

11.1.2 Synpunkter från sjuksköterskeföreningar

Vårdgivarna ser inte värdet av specialistutbildade sjuksköterskor

En av de viktigaste orsakerna till att för få sjuksköterskor specialistutbildar sig är enligt sjuksköterskeföreningarna att vårdgivarna inte ser värdet av att ha specialistutbildade sjuksköterskor i verksamheten. Sjuksköterskornas kompetens syns inte i vården och omvårdnaden sätts inte i fokus. Det är verksamhetscheferna som bestämmer vilka som ska anställas och de väljer gärna de som är ”billigast”, dvs. grundutbildade sjuksköterskor. Det är också enligt sjuksköterskeföreningarna vanligt att verksamhetscheferna ser ett större värde i

lång yrkeserfarenhet än i en specialistutbildning, eftersom de vill ha kliniskt kunniga sjuksköterskor i verksamheten. Vidare upplever många läkare att specialistsjuksköterskor är för akademiska och att de därför inte är användbara. Disputerade sjuksköterskor blir ofta ifrågasatta och de väljer enligt sjuksköterskeföreningarna ofta att lämna vården.

Specialistutbildning leder inte till högre lön eller nya arbetsuppgifter

En sjuksköterska som specialistutbildar sig får enligt sjuksköterskeföreningarna inte förändrade arbetsuppgifter eller högre lön. För att skapa karriärvägar för specialistsjuksköterskor skulle vårdgivarna behöva inrätta speciella tjänster för specialistsjuksköterskor med eget ansvarsområde och högre lön. Det skulle också behöva införas karriärvägar och vissa titlar för specialistutbildade sjuksköterskor som tydliggör kompetens och status. Enligt sjuksköterskeföreningarna borde det vidare finnas krav på behörighet för specialistutbildade sjuksköterskor, liksom krav på hur många specialistutbildade det ska finnas inom vården. För sjuksköterskor borde gälla att minst 70 procent är specialistutbildade och inom vissa områden som exv. operation borde kravet vara att samtliga är specialistutbildade.

Det finns dock enligt sjuksköterskeföreningarna exempel på att specialistutbildning tas tillvara. Inom exv. njurmedicin har det anordnats uppdragsutbildningar och de sjuksköterskor som genomgått utbildningarna har fått ett eget ansvarsområde. Det har även anordnats uppdragsutbildningar inom ögonsjukvård och inom ögon-sjukvården ställer man enligt sjuksköterskeföreningarna krav på att sjuksköterskorna ska vara vidareutbildade.

Det finns behov av specialistkunskap även inom smalare områden i vården

Enligt sjuksköterskeföreningarna finns det många andra områden att specialistutbilda sig inom än de elva inriktningar som leder fram till specialistsjuksköterskeexamen. Därför borde det finnas specialistinriktningar inom urologi, öron/näsa/hals, hjärtsjukvård, akutmottagningssköterska och företagssköterska. Många sjuksköterskor väljer också att fördjupa sig inom exv. astma/allergi, reumatism, ögon-

sjukvård och diabetes. För dessa inriktningar köper vårdgivarna uppdragsutbildningar och det visar enligt sjuksköterskeföreningarna att det finns behov av dessa fördjupade kunskaper även inom smalare områden i vården. Den omständigheten att vårdgivarna köper uppdragsutbildningar för att vidareutbilda sjuksköterskor visar också att det finns ett behov i sig av specialisering.

Övriga synpunkter

Sjuksköterskeföreningarna menar att sjuksköterskornas grundutbildning inte är tillräckligt bra. Den borde göras mer gedigen och det borde också vara möjligt att under grundutbildningen få prova på olika inriktningar. Vidare borde specialistutbildningen förlängas till ett och ett halvt år och omfatta 90 högskolepoäng. I specialistutbildningen bör också ingå en gemensam bas med kunskap om förebyggande arbete, teamarbete och omvårdnad. Därefter kan specialisering ske inom ett visst område.

Specialistutbildningen behöver enligt sjuksköterskeföreningarna kunna genomföras i etapper med möjlighet till yrkesarbete där emellan. Den måste också innehålla tillräckligt med praktik och det bör finnas möjlighet att göra sitt fördjupningsarbete under den verksamhetsförlagda delen av utbildningen. Ett problem är dock att det är ont om praktikplatser för den verksamhetsförlagda utbildningen och det finns för få specialister som kan vara handledare under den delen av utbildningen. Slutligen är det viktigt att värna om specialistutbildningen och de som går en sådan utbildning bör få en magisterexamen.

11.1.3 Synpunkter från kommuner, kommunförbund, landsting och regioner

Det finns för få utbildningsplatser

En orsak till bristen på specialistutbildade sjuksköterskor är enligt kommuner, kommunförbund, landsting och regioner (i detta avsnitt kallade landstingen och kommunerna) att det finns för få utbildningsplatser. Ett exempel på svårigheten att hitta utbildningsplatser är när Mälardalens Högskola valde att lägga ned en viss specialistutbildning på grund av för få sökande. Hos landstingen fanns ett behov av tio specialistutbildade sjuksköterskor, medan

högskolan hänvisade till att det krävdes minst 20 för att utbildningen skulle bära sig ekonomiskt. Bristen på utbildningsplatser är särskilt tydlig i glesbygden, där det också är svårt att hitta platser för den verksamhetsförlagda utbildningen.

Enligt landstingen och kommunerna förekommer det att lärosätena anordnar utbildningar inom inriktningar där det inte behövs. Det kan leda till att lärosäten i samma region får lägga ned sin utbildning. Ett exempel på detta är Karlstads universitet som valde att anordna en specialistutbildning med inriktning mot ambulanssjukvård, vilket fick till följd att Örebro universitet fick lägga ned sin utbildning på grund av för få sökande.

Specialistutbildningarna är inte utformade efter vårdens behov

En viktig orsak till att det råder brist på specialistsjuksköterskor är enligt landstingen och kommunerna att lärosätenas utbildningar och verksamheternas behov inte stämmer överens. En svårighet i sammanhanget är att sjukvårdshuvudmännen har ett ansvar för att bedriva god vård, vilket bl.a. innefattar ett krav på att personalen ska ha den kompetens som krävs. Men sjukvårdshuvudmännen har samtidigt inget inflytande över hur många specialistsjuksköterskor som lärosätena utbildar eller inom vilka inriktningar de utbildas. Utbildningarnas inriktning och omfattning bestäms istället av lärosätena utifrån bl.a. ekonomiska förutsättningar.

Brist på specialistsjuksköterskor gör att vården tvingas anställa grundutbildade sjuksköterskor

Enligt landstingen och kommunerna stämmer bilden av att specialistutbildade sjuksköterskor ibland inte får mer kvalificerade arbetsuppgifter efter utbildningen. Likaså stämmer beskrivningen att grundutbildade sjuksköterskor anställs för att sköta arbetsuppgifter som kräver specialistkompetens. Men i de fall man anställer en grundutbildad sjuksköterska istället för en specialistutbildad, beror det på att det är brist på specialistsjuksköterskor. Den verksamhetsansvarige har inte heller alltid den kunskap som behövs för att använda kompetensen hos specialistutbildade sjuksköterskor. Det kan också vara svårt för en vårdgivare att inventera behovet och verksamhetsansvariga skulle generellt behöva bli bättre på att be-

ställa utbildning. En viktig utgångspunkt måste dock ändå enligt landstingen och kommunerna vara att den verksamhetsansvarige vid varje vårdenhet bestämmer hur den sammantagna kompetensen på arbetsplatsen bäst ska användas.

Det verksamhetsförlagda delen av utbildningen bör förlängas

Landstingen och kommunerna pekar på att sjuksköterskors akademiska kunskaper inte efterfrågas i vardagen. Som det är i dag innehåller specialistutbildningen för lite praktiskt träning och den verksamhetsförlagda delen av utbildningen borde förlängas. Det skulle enligt landstingen och kommunerna innebära att inskolningen för nyexaminerade specialistsjuksköterskor skulle gå snabbare.

Fler eller färre specialinriktningar?

Enligt landstingen och kommunerna finns det anledning att pröva om dagens elva specialinriktningar i examensordningen är ändamålsenliga. T.ex. kanske inriktningen mot medicinsk vård är för bred för att vara en specialinriktning, jämfört med exv. inriktningen mot operationssjukvård, där arbetet verkligen kräver särskild kompetens. I fråga om nya inriktningar kan det vara aktuellt att införa vidareutbildning inom ögonsjukvård och akutvård. Inom akutvård är behovet av specialisering angeläget, eftersom det akuta omhändertagandet är i starkt utveckling.

Specialistutbildningen och grundutbildningen måste ses i ett sammanhang

Det går enligt landstingen och kommunerna inte att se över specialistutbildningen utan att samtidigt se över grundutbildningen. Med hänsyn till att antalet äldre ökar kraftigt kan man exv. fråga sig om inte specialinriktningen mot vård av äldre borde ingå i grundutbildningen. Grundutbildningen måste i vart fall utgöra en bred bas för specialisering.

Vidare är det viktigt att specialistutbildningen är flexibel. Det ska vara möjligt att plocka ihop kurser utifrån individuella behov och det bör finnas ett stort utbud av valbara inriktningar. Det bör också vara möjligt att söka olika kurser inom en specialinriktning vid

olika lärosäten över landet och de olika specialistinriktningarna borde kunna innehålla ett antal kurser som är gemensamma, oavsett vilken inriktning man läser eller vid vilket lärosäte man läser.

En möjlighet skulle enligt landstingen och kommunerna kunna vara att göra om specialistutbildningen till en anställningsutbildning motsvarande den som gäller för läkarnas specialiseringstjänstgöring. Det skulle underlätta för verksamheterna att planera, samtidigt som det blir ekonomiskt möjligt för sjuksköterskor att gå specialistutbildningen.

Dialogen mellan vårdgivarna och lärosäten måste förbättras

Enligt landstingen och kommunerna är ett tydligt problem bristen på dialog mellan vårdgivarna och lärosätena. Verksamhetsansvariga kan ibland vara dåliga på att beställa utbildning, men det finns också ovilja från lärosätena att samverka. Det leder till att det blir ett glapp mellan vad vården efterfrågar och vilka som utbildas. Samverkan är vidare särskilt viktigt vad gäller planeringen av den verksamhetsförlagda delen av utbildningen. Det måste dock enligt landstingen och kommunerna lyftas fram att det redan idag finns många exempel där vårdgivarna och lärosätena samarbetar bra kring utbildningen.

Enligt landstingen och kommunerna behövs dialogen mellan vårdgivarna och lärosätena både på lokal och regional nivå. Men det behövs också en statlig styrning av utbildningen. Staten bör exv. säkra att alla sjuksköterskor har kunskaper om äldre och om vård inom psykiatrin.

Staten måste underlätta för sjuksköterskor som vill specialistutbilda sig

Landstingen och kommunerna menar att något måste göras från statens sida för att underlätta för sjuksköterskor att utbilda sig till specialistsjuksköterskor. Tiden i livet då sjuksköterskor specialistutbildar sig sammanfaller ofta med familjebildning. Synsättet att specialistutbildningen för sjuksköterskor i hög grad ska baseras på den enskildes förutsättningar att finansiera utbildningen är enligt landstingen och kommunerna inte rätt ur någon aspekt.

11.1.4 Synpunkter från verksamhetschefer

Med betald utbildning och högre lön skulle fler sjuksköterskor specialistutbilda sig

Enligt verksamhetscheferna är en av orsakerna till att för få specialistsjuksköterskor utbildar sig, att utbildningen är för lång och att det är för "dyrt" att ta studielån istället för att ha lön. Om utbildningen kunde ske med lön skulle fler utbilda sig.

En annan orsak till att för få sjuksköterskor specialistutbildar sig är att specialistutbildningen ger för liten löneökning. Specialistutbildade får även göra samma sak som grundutbildade och det finns en utmaning för vården att ändra sin organisation så att kompetensen hos de som specialistutbildar sig tas tillvara bättre.

Arbetet inom vissa specialiteter behöver bli mer flexibelt

Verksamhetscheferna pekar på att arbetet som specialistsjuksköterska inom exv. operation är väldigt slitigt. Utvecklingen av nya metoder och ny teknik går snabbt. Samtidigt finns det lite utrymme för vidareutbildning eftersom personalen behövs i den dagliga verksamheten. Det gör att specialistsjuksköterskor enligt verksamhetscheferna inte hänger med i utvecklingen. Mer flexibla arbetsuppgifter skulle dock kunna införas, genom att sjuksköterskor som specialistutbildats får arbeta på olika avdelningar. Man skulle exv. kunna varva arbetet vid operationer med arbete på andra avdelningar. På detta sätt skulle arbetet inom vissa specialiteter göras mer attraktivt, tror verksamhetscheferna.

Den verksamhetsförlagda utbildningen bör kopplas till en verksamhet

När studenterna ska genomgå sin verksamhetsförlagda del av utbildningen är det enligt verksamhetscheferna en betungande uppgift för verksamheterna att hantera. De allra flesta verksamheter upplever att arbetsbelastningen är hög som den är. Men om de som gjorde den verksamhetsförlagda delen av utbildningen blev kvar inom verksamheten efter utbildningen skulle intresset för att erbjuda sådana platser sannolikt öka. Det finns redan idag exempel där den som gör sin verksamhetsförlagda del av utbildningen förbinder sig att stanna i verksamheten under två år efter utbildningen. Om

sjuusköterskorna, liksom läkarna, gjorde sin verksamhetsförlagda utbildning över hela landet skulle det också bidra till fler platser.

Det krävs bättre dialog mellan lärosätena och vårdgivarna

Enligt verksamhetscheferna måste kommunikationen mellan lärosätena och vården bli bättre. Alla lärosäten borde ha referensgrupper med företrädare från vården. Enligt verksamhetscheferna är det också viktigt att lärosätena och vården tillsammans ställer sig frågan vilka patienter som vården ska hantera framöver. Det kommer att bli fler äldre och därför behövs det specialistutbildningar inom bl.a. cancer, geriatrik och psykiatri. Specialiseringarna behöver även bli snävare för att man ska kunna arbeta i team runt patienten. Alla som specialistutbildar sig vill vidare inte bli akademiker. En del vill ha en mer praktisk inriktning på sin utbildning. Generellt finns det enligt verksamhetscheferna en spänning mellan specialistutbildningen som en yrkesutbildning och det akademiska och mellan dessa två behöver det skapas en balans.

11.2 Synpunkter från några organisationer

Under utredningsarbetet har vi träffat Vårdförbundet, Svensk Sjuksköterskeförening och SKL, vilka också genom skrivelser framfört synpunkter i frågan om specialistsjuksköterskor. I det följande finns en sammanställning av vad dessa organisationer framfört till utredningen.

11.2.1 Synpunkter från Vårdförbundet

Det behövs bättre förutsättningar och villkor för sjuksköterskor som vill specialistutbilda sig

Enligt Vårdförbundet är bristen på specialistutbildade sjuksköterskor allvarlig. I stort sett all vårdverksamhet kräver idag sjuksköterskor med specialistutbildning och arbetsgivarna måste därför skapa bättre förutsättningar och villkor för sjuksköterskor som specialistutbildat sig. Vårdgivarna/arbetsgivarna har ansvaret för att det finns tillräckligt med kompetens i vården och det måste finnas en arbetsorganisation som tar tillvara och värdesätter kompetens. Det måste

enligt Vårdförbundet också finnas lönevillkor och andra villkor som uppmuntrar till att söka och genomföra en specialistutbildning. En genomförd utbildning ska leda till högre lön som motsvarar det bidrag som specialistkunskapen ger till verksamheten och det behöver inrättas särskilda tjänster för specialistutbildade sjuksköterskor.

Specialistutbildningen bör kunna ske inom en anställning

För de sjuksköterskor som vill specialistutbilda sig bör det enligt Vårdförbundet vara möjligt att få anställning på s.k. utbildningstjänster där specialistutbildningen sker inom anställningen och utgår från verksamhetens behov. De utvecklingsarbeten/studier som utförs i specialistutbildningen kan då ha verksamhetskoppling och därmed vara av ännu större värde för vårdgivaren. Enligt Vårdförbundet bör sjukvårdshuvudmännen vidare inrätta organisationer för specialistutbildningar med egna studierektorer, kliniska lektorer och handledare som har ett nära samarbete med respektive lärosäte.

Alla lärosäten måste ha likvärdiga behörighetskrav

För att locka fler till specialistutbildningarna bör man enligt Vårdförbundet se över specialistutbildningens kvalitet och innehåll. Behörighetskraven för antagning till specialistutbildningen ska vara likvärdig för alla lärosäten. Behörighetskravet ska vara legitimerad sjuksköterska med minst kandidatexamen. Utbildningen ska ges på avancerad nivå och alltid omfatta omvårdnad och de sex kärnkompetenserna: vårdtagaren i fokus, teamarbete och samverkan med andra, evidensbaserad vård, förbättringsarbete och kvalitetsutveckling, säker vård och informatik. Det bör enligt Vårdförbundet också finnas ett större utbud av valbara kurser på avancerad nivå för att möta det behov av spetskompetens som framtidens vård kräver. Grundutbildningen bör därutöver förlängas till fyra år.

Utbildningen ska leda till både yrkesexamen och magisterexamen

För att få en enhetligare utbildning bör man enligt Vårdförbundet inte tillåta variationer i examensnivå. Specialistsjuksköterskeutbildningen ska ge både yrkesexamen som specialistsjuksköterska och en magisterexamen i omvårdnad. På det sättet skapas förutsättningar för forskning inom omvårdnad i kombination med fördjupning inom specialiteten. Det verksamhetsförlagda delen av utbildningen måste enligt Vårdförbundet också hålla en hög kvalitet och det behövs fler kliniska adjunkter, lektorer eller professorer i den verksamhetsförlagda utbildningen.

11.2.2 Synpunkter från Svensk Sjuksköterskeförening*Inom vissa områden saknas efterfrågan på specialistsjuksköterskor*

Enligt Svensk Sjuksköterskeförening finns det inom vissa områden ingen efterfrågan på specialistsjuksköterskor. Detta gäller särskilt för äldrevården. Vårdgivarna anställer lika gärna grundutbildade sjuksköterskor, ofta för att de snabbt måste lösa en bristsituation. Om efterfrågan på specialistutbildade sjuksköterskor är låg är det naturligt att antalet sjuksköterskor som specialistutbildar sig också blir lågt.

Det lönar sig inte att specialistutbilda sig

Vårdgivarnas bild av vad som krävs för att bedriva en god vård innebär enligt Svensk Sjuksköterskeförening att man inte alltid anser att det behövs specialistsjuksköterskor i verksamheten. Det innebär att man inte heller är beredd att betala för en specialistutbildning eller ge högre lön till den som specialistutbildat sig. Att specialistutbilda sig lönar sig således inte och det är vanligt att man får utföra samma arbetsuppgifter som före utbildningen. Många av dem som specialistutbildat sig väljer att bli chefer, eftersom det ofta kan vara den enda möjligheten till utveckling som utbildningen ger.

Specialistutbildningen behöver förändras på flera punkter

Svensk Sjuksköterskeförening har under lång tid hävdats att dagens elva inriktningar av specialistutbildningen inte längre motsvarar vårdens behov. Förutom den inaktuella indelningen är specialistutbildningens längd oförändrad trots senare års enorma kunskapsutveckling inom vården. Inom den högspecialiserade vården, slutenvården, primärvården och äldre vården finns behov av fler specialistsjuksköterskor samt fler inriktningar och fördjupningsområden. Det behövs även andra utbildningskombinationer som inte följer dagens områdesindelning. Mer flexibla utbildningsvarianter kan enligt Svensk Sjuksköterskeförening skapas genom samläsning mellan olika inriktningar och gemensamma kursdelar.

Enligt Svensk Sjuksköterskeförening bör ett samverkansorgan mellan utbildningsanordnare och avnämare upprättas på nationell, regional och lokal nivå. Ett utökat samarbete mellan lärosätena inom och mellan regioner krävs för de olika fördjupningsområdena. Det bör också inrättas särskilda tjänster i den patientnära vården för specialistutbildade sjuksköterskor så att den fördjupade kunskapen kan tas tillvara i organisationen. Enligt Svensk Sjuksköterskeförening bör det därutöver vara möjligt att få anställning på s.k. utbildningstjänster där specialistutbildningen sker inom anställningen och utgår från verksamhetens behov.

11.2.3 Synpunkter från Sveriges Kommuner och Landsting*Systemet med specialistutbildningar måste bli mer flexibelt*

En central fråga för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) är att specialistutbildningen görs mer flexibel, öppen och anpassad efter vårdens behov. Exv. borde utbildningen bestå av olika ”moduler” som gör det möjligt att komponera ihop just det innehåll som vården behöver. Utbildningen bör också vara utformad så att det går att studera på distans, via nätet och i olika studietakt för att på så sätt göra det lättare att kombinera utbildningen med familjelivet. Utbildningen bör enligt SKL även ha ”två ingångar och två utgångar”. Det innebär att det ska vara möjligt för studenten att välja om utbildningen ska leda till specialistsjuksköterskeexamen eller en magisterexamen. Sjuksköterskorna bör också ges möjlighet att gå ”in och ut” ur systemet, dvs. bygga på utbildningen allteftersom. Ett problem i sammanhanget är enligt SKL att många har svårt att bli

klara med sitt examensarbete, vilket leder till att de inte blir färdiga med sin utbildning och kan ta ut sin examen.

För höga behörighetskrav hindrar många att söka

Det händer att utbildningar får ställas in på grund av för få sökande. Bristen på sökande beror enligt SKL bl.a. på att kraven på behörighet är för höga och stänger ute dem med äldre utbildning. Exv. är de som examinerats före högskolereformen 1993 inte behöriga endast genom sin examen, utan ytterligare meriter krävs. Behörighetskraven behöver således göras om så att även sjuksköterskor med äldre utbildning kan specialistutbilda sig och kraven bör även vara lägre för dem som inte vill ta en magisterexamen.

På Sophiahemmet Högskola har man genomfört en specialistutbildning i samarbete med andra lärosäten. Behörighetskraven för utbildningen anpassades för att fler skulle kunna söka.

Specialistutbildning leder till högre lön

I senaste kollektivavtalet HÖK 08 träffade SKL och Vårdförbundet överenskommelse om att en viss del av Vårdförbundets garanterade utfall för år 2009 skulle riktas till bl.a. specialistutbildade. En kartläggning som gjordes i samband med överläggningarna visade att samtliga landsting och ca två tredjedelar av kommunerna redan prioriterade specialistsjuksköterskornas löner. Vidare finns det statistik som visar att genomförd specialistutbildning för sjuksköterskor leder till högre lön och den statistiken är partsgemensam för Vårdförbundet och SKL.

Under 2008 gav samtliga landsting någon form av studielön till de sjuksköterskor som specialistutbildade sig inom något bristområde. Studielönen uppgick till mellan 10 000 kr och 18 000 kr i månaden. Bland kommunerna gav varannan förmåner till dem som vidareutbildade sig till distriktssjuksköterskor, inom vård av äldre samt inom psykiatrisk vård.

Behövs alla specialisteriktningar?

Enligt SKL är det en stor efterfrågan på sjuksköterskor med specialistutbildning inom inriktningarna anestesijukvård, operationssjukvård, intensivvård och psykiatrisk vård. Inom anestesijukvård, operationssjukvård och intensivvård krävs en specialistutbildning för att kunna arbeta som sjuksköterska. Behov finns också av en inriktning mot akutsjukvård och inriktningarna mot medicin och kirurgi behöver få en annan utformning för att anpassas till vårdens behov. Vissa kunskaper inom inriktningen vård av äldre borde däremot kunna ingå som en del av grundutbildningen.

Olikheter i utbildningen försämrar anställningsbarheten

Med ökad självständighet för lärosätena ser SKL en stor fara i att det blir stora skillnader i specialistjuksköterskeutbildningen över landet. Stora olikheter kan försämra de specialistutbildade sjuksköterskornas anställningsbarhet. Det kan också försvåra utbyte, samarbete och utveckling inom olika kunskaps- och verksamhetsområden. Även om utbildningen bör ge utrymme för viss flexibilitet behövs enligt SKL en gemensam grund i utbildningarna.

Enligt SKL måste det finnas en nationell likvärdighet för specialistjuksköterskeutbildningen och lärosätena måste vid planeringen av utbildningen utgå från vårdens behov och kunskapsutveckling. Vården måste garanteras utbildningar i den omfattning och med det innehåll som behövs och det gäller särskilt de verksamheter som kräver enbart sjuksköterskor med specialistkompetens.

12 Överväganden och förslag

Utredningens bedömning: Tillgången på specialistsjuksköterskor motsvarar inte vårdens efterfrågan på alla områden. Det finns flera faktorer som påverkar detta förhållande och många faktorer ligger inom området för vad som ska regleras mellan arbetsmarknadens parter, vårdgivarens ansvar för verksamheten och högskolornas självbestämmande. Specialistsjuksköterskeutbildningen behöver vara flexibel och kunna anordnas med den inriktning, det innehåll och den omfattning som efterfrågas inom hälso- och sjukvården. Det måste finnas en bättre samverkan mellan hälso- och sjukvården och lärosäten samt lärosäten sinsemellan.

Utredningens förslag: Högskoleverket bör få i uppdrag att i samarbete med Socialstyrelsen och i samråd med SKL utreda och föreslå former för bättre samverkan mellan hälso- och sjukvården och de lärosäten som utfärdar specialistsjuksköterskeexamen. I uppdraget bör ingå att hitta former för vården att inventera och beskriva sitt behov av specialistsjuksköterskor liksom formerna för samarbete lärosätena sinsemellan.

12.1 Allmänna utgångspunkter

Sjuksköterskornas specialistutbildning har diskuterats i flera olika sammanhang. Sjuksköterskor är en stor yrkeskår och det är många som berörs av frågor som är knuta till deras specialistutbildning. Intresset för vårt uppdrag har varit stort och det är många som framfört synpunkter och önskemål till utredningen under arbetets gång.

Vårt uppdrag har varit att göra en övergripande utredning av varför det utbildas för få specialistsjuksköterskor i förhållande till hälso-

och sjukvårdens behov. Vi har därför ägnat en stor del av vårt arbete åt att kartlägga och beskriva förhållandena kring specialistsjuksköterskorna och deras utbildning. En central del av uppdraget har också varit att lägga fram förslag på åtgärder som ska syfta till att fler sjuksköterskor specialistutbildas. Det innebär att våra överväganden och förslag i första hand fått inriktas på omständigheter som har betydelse i detta avseende och att vi inte haft möjlighet att behandla alla de frågor kring specialistsjuksköterskor som lyfts fram till oss i olika sammanhang.

Som vi nämnt tidigare är det svårt att med säkerhet uttala sig om vårdens behov av specialistsjuksköterskor, eftersom behovet bl.a. beror på vilket mål en vårdenhet har vad gäller bemanningen med specialistsjuksköterskor. Det finns inte heller någon reglering som fastställer hur stor andel av sjuksköterskorna inom en viss verksamhet som måste vara specialistutbildade. Vi kan dock konstatera att andelen sjuksköterskor med specialistutbildning inom hälso- och sjukvården minskat till 50 procent jämfört med 65 procent 1995. Det är också tydligt att hälso- och sjukvårdens efterfrågan på specialistsjuksköterskor under flera år varit större än tillgången och svårigheterna att rekrytera specialistsjuksköterskor har gällt framför allt områdena anestesijukvård, intensivvård, operationssjukvård och psykiatrisk vård. Mycket talar för att efterfrågan på specialistsjuksköterskor kommer att öka på lång sikt, bl.a. beroende på att utvecklingen inom hälso- och sjukvården ställer ökade krav på specialistutbildad personal.

12.2 Varför utbildas det för få specialistsjuksköterskor och vad kan man göra åt det?

Utifrån den kartläggning vi gjort kan vi konstatera att det finns flera faktorer som har betydelse för att det utbildas för få specialistsjuksköterskor i förhållande till hälso- och sjukvårdens efterfrågan. Flera av dessa faktorer är sammankopplade och enligt vår mening finns det inte någon enskild orsak som ensam gör att det inte utbildas tillräckligt många specialistsjuksköterskor. Vi kan också konstatera att åsikterna går isär om vilka åtgärder som bör vidtas för att fler sjuksköterskor ska specialistutbilda sig.

12.2.1 Lön och anställningsvillkor har betydelse

Något som har lyfts fram i flera sammanhang är att specialist-sjuksköterskor inte efterfrågas i vården och att sjuksköterskor som specialistutbildar sig inte får högre lön eller nya arbetsuppgifter. Bl.a. Vårdförbundet pekar på att det måste finnas lönevillkor och andra villkor som uppmuntrar sjuksköterskor till att söka och genomföra specialistutbildningen. Enligt Vårdförbundet bör det också införas särskilda tjänster för sjuksköterskor som specialistutbildat sig. Det har även framförts att det måste finnas krav på hur många sjuksköterskor som ska vara specialistutbildade inom vården och att det inom vissa områden som t.ex. operationssjukvård borde krävas att alla är specialistutbildade. Det har också framförts att sjuksköterskor, till skillnad från läkare, inte har möjlighet att genomföra sin specialistutbildning inom ramen för en anställning.

Även om det inte råder enighet om i vilken omfattning en sjuksköterska som specialistutbildar sig får förändrad lön eller nya arbetsuppgifter, måste det anses naturligt att intresset för specialistutbildningen påverkas av om den generellt sett leder till högre lön och mer kvalificerade arbetsuppgifter. När en sjuksköterska överväger att specialistutbilda sig är det naturligtvis flera omständigheter som påverkar beslutet, men det går inte att bortse ifrån att förbättrade anställningsvillkor och förändrade arbetsuppgifter sannolikt spelar en stor roll. Traditionellt sett är det också normalt genom lön och andra villkor som arbetsgivare kan påverka intresset för en viss anställning eller vissa arbetsuppgifter. På samma sätt skulle troligen en möjlighet att utbilda sig inom en anställning med lön påverka intresset för sjuksköterskor att specialistutbilda sig, eftersom den enskilda sjuksköterskan med en sådan ordning inte själv behöver finansiera sina studier med studielån.

Lön och andra villkor är dock frågor som ska regleras mellan arbetsmarknadens parter. Med hänsyn till att sjuksköterskornas specialistutbildning anordnas som en statlig högskoleutbildning måste även frågan om utbildningen kan ske inom en anställning med lön vara en fråga mellan arbetsgivaren och den enskilda sjuksköterskan. Enligt nuvarande regelverk är det vidare upp till vårdgivaren att leda och fördela arbetet, så att de olika arbetsuppgifterna utförs av personal med tillräcklig kompetens. Ett krav om att en viss andel av sjuksköterskorna måste vara specialistutbildade, eller att det inom vissa områden endast får arbeta specialistsjuksköterskor, skulle därför innebära en särlösning som vi inte anser är förenlig med regelverket

i övrigt. Vi vill dock understryka att det för specialistsjuksköterskor, på samma sätt som för andra yrkesgrupper inom vården, är angeläget att vården organiseras så att det skapas goda förutsättningar att tillvarata den kompetens som specialistsjuksköterskor tillför vården.

12.2.2 Även utbud och genomförande av utbildningen har betydelse

Intresset bland sjuksköterskor för att specialistutbilda sig är sannolikt också beroende av vilket utbud av utbildningar som finns och var i landet de anordnas. Om utbildningen kräver byte av studieort, kan det naturligtvis påverka intresset och möjligheterna att specialistutbilda sig liksom vilka krav på särskild behörighet som olika lärosätena har för utbildningen. En del har lyft fram att problemet måste ses ur ett genusperspektiv, eftersom sjuksköterskor som ska specialisera sig ofta är kvinnor i den ålder man bildar familj. Landsting och kommuner har också pekat på att det finns för få utbildningsplatser, bl.a. beroende på att det saknas samordning mellan lärosätena som anordnar utbildningarna.

Sedan högskolereformen 1993 har högskolor och universitet fått större frihet när det gäller bl.a. studieorganisation, utbud av utbildningar och antagning av studenter. Tidigare fanns centrala beslut om vilka utbildningar som varje lärosäte fick ge och vilket innehåll utbildningarna skulle ha. Nu gäller istället en mål- och resultatstyrning, där mål för olika examina framgår av examensordningen. Lärosätena har i stor utsträckning rätten att själva besluta vilka examina de ska ge, även om det sker en viss förhandsprövning genom att Högskoleverket meddelar examenstillstånd för framför allt yrkesexamina. Tolkningen av målen för examen och utbildningens innehåll är helt upp till lärosätena att själva besluta om. Lärosätena kan också inom vissa ramar själva bestämma vilka krav på särskild behörighet som ska gälla för utbildningen.

Givet nuvarande regelverk finns det således ytterst begränsade förutsättningar för att i egentlig mening påverka lärosätenas utbud av utbildningar. Det finns inte heller någon central styrning av utbildningsutbudet i Sverige sett ur ett geografiskt perspektiv. Det händer att staten genom engångssatsningar ökar antagningarna till vissa utbildningar, men det innebär intes en permanent lösning av problemet att för få utbildas. Det är vidare upp till lärosätena att

själva bestämma hur utbildningarna genomförs. Det innebär att lärosätena själva avgör om utbildningarna ska ges på hel- eller deltid och om de ska anordnas över nätet m.m.

12.2.3 En specialistsjuksköterskeutbildning med läkarnas specialiseringstjänstgöring som förebild?

Det har från vissa håll lyfts fram att sjuksköterskornas specialistutbildning skulle utformas på samma sätt som läkarnas specialiseringstjänstgöring. En sådan ordning skulle innebära att specialist-sjuksköterskornas utbildning blir en specialiseringstjänstgöring och inte längre en högskoleutbildning. Det kan finnas flera skäl som talar mot detta, bl.a. att möjligheterna för specialistsjuksköterskor att få tillträde till utbildning på forskarnivå kan påverkas. Frågan om specialistsjuksköterskeutbildningen ska ligga inom högskolan eller utformas som en specialiseringstjänstgöring är komplex och enligt vår mening bör den utredas i ett större sammanhang, där flera yrkens specialistutbildningar och specialiseringstjänstgöringar granskas samtidigt.

12.3 Behovet av en mer flexibel utbildning

Utöver vad som anförts ovan kan vi konstatera att svårigheterna för hälso- och sjukvården att få efterfrågan på specialistsjuksköterskor tillgodosedd också måste knytas till hur dagens specialistsjuksköterskeutbildning är utformad. Som beskrivits i avsnitt 9.3.2 kan specialistsjuksköterskeexamen endast ges inom elva inriktningar och det är flera som framfört att dessa inriktningar inte längre motsvarar vårdens behov. Från vissa håll framförs att det bör vara färre inriktningar, medan andra menar att de behöver vara fler. Det finns också flera exempel på att vårdgivare köper uppdragsutbildningar inom andra områden än de som leder fram till specialistsjuksköterskeexamen. Sammantaget talar detta tydligt för att dagens specialistsjuksköterskeutbildning inte är ändamålsenlig. Enligt vår mening behövs istället en mer flexibel utbildning där lärosätena ges möjlighet att anordna utbildningen med den inriktning, det innehåll och den omfattning som efterfrågas inom hälso- och sjukvården. På det sättet kommer de sjuksköterskor som specialistutbildar sig att vara efterfrågade av hälso- och sjukvården, samtidigt som ut-

bildningen kan följa hälso- och sjukvårdens kunskapsutveckling över tiden.

Som redovisats i avsnitt 9.6 har Högskoleverket gjort en översyn av specialistsjuksköterskeutbildningen. Resultatet av översynen har presenterats i rapporten *Sjuksköterskors specialistutbildning – vilket slags examen?* (2010:5 R) som nu är ute på remiss.¹ Det som framförs i rapporten, tillsammans med vår kartläggning av förhållandet att det utbildas för få specialistsjuksköterskor, bör kunna ligga till grund för den fortsatta beredningen av frågan om utformningen av specialistsjuksköterskornas utbildning.

Om det införs en ny mer flexibel utbildning är det viktigt att bestämmelserna om skyddad specialistbeteckning för specialistsjuksköterskor ses över. Enligt vår mening bör det även i framtiden finnas en skyddad specialistbeteckning för specialistsjuksköterskor som knyts till den inriktning inom vilken de fått sin specialisering.

12.4 Behovet av en bättre samverkan

När huvudmannskapet för sjuksköterskornas utbildning, jämte övriga medellånga vårdutbildningar, fördes över från landstingen till staten 2001 tecknades en principöverenskommelse mellan staten och dåvarande Landstingsförbundet. Principöverenskommelsen har behandlats utförligt i avsnitt 9.4.3 och en av de saker som lyftes fram i överenskommelsen var vikten av samverkan. Vi kan dock konstatera att det alltjämnt finns ett tydligt behov av förbättrad samverkan mellan hälso- och sjukvården och lärosätena. Genom ökad samverkan kan bl.a. utbildningarna i större utsträckning utformas efter vårdens behov och utbildningarnas innehåll kan anpassas efter den kunskap och de egenskaper som vården efterfrågar. En ökad samverkan leder också till att problemen kring den verksamhetsförlagda utbildningen, som av många upplevs som en flaskhals för specialistutbildningen, kan avhjälpas. Vi föreslår därför att Högskoleverket bör få i uppdrag att, i samarbete med Socialstyrelsen och i samråd med SKL, utreda och föreslå former för bättre samverkan mellan hälso- och sjukvården och de lärosäten som utfärdar specialistsjuksköterskeexamen. Uppdraget bör inriktas på att hitta långsiktiga lösningar för samverkan på såväl nationell, regional som lokal nivå. I uppdraget bör också ingå att hitta former för vården att inventera och beskriva sitt behov av specialistsjuksköterskor. Efter-

¹ U2010/2149/UH.

som brist på samverkan mellan lärosäten kan påverka utbudet av specialistutbildningar bör över synen även avse formerna för samarbete lärosätena sinsemellan.