

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 osteopaut utbildningar 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 Läkemedelsverket, 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 verksam utomhus 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 anstälts 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 specialist-sjuksköterskor, 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 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

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, anhörigvårdare 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 korttids-tillsyn 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. logopeders och psykoterapeuter

När behörighetslagen infördes fick de sju yrkesgrupper som sedan tidigare haft legitimation fortsätta att vara legitimationsyrken. Vid införandet kom också yrkesgrupperna logopeders 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, logopeders, 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 anförs 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 anført 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 grupperns 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 fot-hälsovårdskunskap. 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, motilitetsrubbingar (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 normalfallet vara en sådan högskoleutbildning och enligt vår bedömning finns det, sett till patientsäkerheten, inga sakliga skäl att frånga 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 specialisläkarna. 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 anført 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 utbildningsnämnden.
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 omvårdnadsåtgärder 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 yrkesverksamhet efter grundutbildningen. Så gott som alla lärosäten kräver antingen sjuksköterskeutbildning enligt 1993 alternativt 2007 års examensordning, eller kandidatexamen med lämplig inriktning. Kraven på högskolestudier kan också vara 90 högskolepoäng 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 samarbets- 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 specialinriktningar?

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 inte 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.

Del III

Verksamhet som ligger
hälso- och sjukvården nära

13 Uppdraget om verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära

13.1 Inledning

I direktiven anges att vi ska överväga om bestämmelserna om skyddad yrkestitel inom hälso- och sjukvården är ändamålsenliga och lämna de förslag till ändringar som vi anser skulle stärka patientsäkerheten. Vi ska också göra en översyn av bestämmelserna om begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder i 4 kap. LYHS (5 kap. patientsäkerhetslagen) i syfte att stärka konsumentens/patientens skydd och lämna förslag till de författningsändringar vi anser att det finns behov av. Utgångspunkten för översynen, och förslagen, ska vara att det ska bli tydligare för allmänheten vad som räknas till hälso- och sjukvård och vad som inte räknas dit. Häri 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.

Dessa delar av uppdraget tar sikte på sådan verksamhet som ligger utanför det som omfattas av Socialstyrelsens tillsyn. Vi behandlar i denna del av betänkandet olika möjligheter att göra det tydligare vad som är hälso- och sjukvård och vad som inte är det. Vi föreslår också åtgärder för att stärka skyddet för patienter/konsumenter när det gäller verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära och som av allmänheten lätt kan förväxlas med hälso- och sjukvård.

13.2 Bakgrund till uppdraget

Direktiven tar bl.a. upp att endast den som har legitimation för yrket, eller genomgår föreskriven praktisk tjänstgöring får använda den skyddade yrkestiteln (4 kap. 5 § patientsäkerhetslagen). Den som saknar behörighet att använda en skyddad yrkestitel får inte använda en titel som kan förväxlas med en skyddad yrkestitel om han eller hon är yrkesverksam inom hälso- och sjukvårdens område (4 kap. 6 § patientsäkerhetslagen). Som skyddet för yrkestiteln är utformat, finns det möjligheter att på ett vilseledande sätt erbjuda hälso- och sjukvårdstjänster eller liknande tjänster. Exempelvis kan man marknadsföra sig som fysioterapeut utan att vara legitimerad sjukgymnast, eller döpa sitt företag till "Institutet för psykoterapi" utan att det finns personal som är legitimerade psykoterapeuter. Det förekommer ofta att titlar som "diplomerad" eller "certifierad", används i samband med yrkesbeteckningar som exempelvis samtalsterapeut, massör m.fl., utan att det finns någon av samhället reglerad eller godkänd utbildning bakom titeln och utan att den enskilde yrkesutövarens kompetens har prövats av Socialstyrelsen. Detta innebär att allmänheten kan vilseledas om vilken kunskap och kompetens man kan vänta sig av dessa yrkesutövare samt eventuellt också förledas att tro att den som erbjuder tjänsterna står under tillsyn av en myndighet. Bestämmelserna om begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder i 5 kap. patientsäkerhetslagen, de s.k. "kvacksalveribestämmelserna" har i stort sett varit oförändrade sedan 1960.

Regeringen har genom beslut den 20 maj 2009 överlämnat ett antal skrivelser till utredningen. En av dessa är från Riksföreningen PsykoterapiCentrum Skåne (RPC) som anför att det är ett allvarligt missförhållande att vem som helst kan säga sig erbjuda psykoterapi och att Socialstyrelsen saknar verktyg för att åtgärda sådana fall. Föreningen vill därför att endast den som har legitimation som psykoterapeut ska vara behörig att utöva psykoterapi. Regeringskansliet har vidare överlämnat en skrivelse från advokat Ulf Lundman, som på uppdrag av Legitimerade Kiropraktorers Riksorganisation framför att Socialstyrelsens tillsyn, enligt gällande lagstiftning, inte är begränsad till hälso- och sjukvård som utförs av legitimerad personal utan även omfattar den som avses i 4 kap. 1 § LYHS (5 kap. patientsäkerhetslagen).

Det finns ett stort intresse för alternativ och komplementär medicin i samhället. Även i Riksdagen är frågan om alternativ och komp-

lementär medicin ofta aktuell och Socialutskottet behandlade t.ex. fyra motioner om alternativ eller integrativ medicin under riksmötet 2008/09 och under riksmötet 2009/10 har fem motioner tagit upp sådana frågor. I *En förnyad folkhälsopolitik* (prop. 2007/08:110) behandlade regeringen olika sätt att utveckla hälsofrämjande metoder bl.a. egenvård. I det sammanhanget angavs att egenvård inte bara bedrivs med större eller mindre stöd från anhöriga och vänner, råd från apotek och hälsokostaffärer m.m. utan även, och i ökande utsträckning, med hjälp av alternativa metoder. Regeringen sa också att det finns belägg för att man kan nå längre med en beprövad, erfarenhetsbaserad samverkan mellan olika kunskapsområden inom integrativa medicinska discipliner än genom att bara använda verksamhet inom det skolmedicinska området.

13.3 Disposition

I den här delen av betänkandet behandlar vi olika möjligheter att göra det tydligare vad som är hälso- och sjukvård och vad som inte är det och stärka skyddet för patienter/konsumenter. I kapitel 14 finns en beskrivning av tjänster och verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära. I kapitel 15 redovisar vi gällande regler inom området och tidigare förslag till förändringar och i kapitel 16 finns en beskrivning av hur de här frågorna regleras i övriga nordiska länder. De problem som idag finns inom det här området behandlar vi i kapitel 17 och våra överväganden och förslag finns i kapitel 18.

14 Tjänster och verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära

De tjänster och den verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära tillhör det som vanligtvis anses vara en del av den alternativa eller komplementära medicinen. Det finns olika benämningar på denna verksamhet (se nedan under avsnitt 14.1.1). I direktiven anges att det finns risk för förväxling och förekommer vilseledande information inom verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära. I detta kapitel finns först en beskrivning av den accepterade alternativ- eller komplementärmedicinen och därefter berörs också den marknad som av många anses oseriös.

14.1 Alternativ- och komplementärmedicin

14.1.1 Vad är alternativ- och komplementärmedicin?

Det finns inget entydigt svar på vad alternativ- och komplementärmedicin är. Utmärkande är dock att det handlar om hälso- och sjukvårdsinriktad verksamhet som traditionellt utförs utanför det som brukar benämnas som den etablerade hälso- och sjukvården, även kallad skolmedicin. En ofta citerad beskrivning av alternativmedicin är den som the Cochrane Collaboration¹ använder. Denna organisation beskriver området alternativmedicin som alla de former för hälso- och sjukvård som, i ett visst samhälle eller i en viss kultur under en viss historisk period, existerar utanför det politiskt dominerande hälso- och sjukvårdssystemet.

Gränserna mellan etablerad hälso- och sjukvård och alternativmedicin regleras i patientsäkerhetslagen. I 5 kap. anges att begräns-

¹ En internationell organisation som verkar för att samla all tillgänglig vetenskap som rör behandling och som baseras på randomiserade, kontrollerade studier (www.cochrane.org).

ningarna i att utöva alternativmedicin gäller när någon 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. En avgränsning görs sedan mot den etablerade hälso- och sjukvården på så sätt att bestämmelserna i det nämnda kapitlet inte gäller den som enligt lagen (1 kap. 4 §) tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen, dvs. personalen inom den etablerade vården.

Alternativmedicin är den term som vanligtvis har använts i Sverige under de senaste årtiondena. På senare tid har termen komplementärmedicin mer och mer kommit att användas och i grunden innebär den detsamma som alternativmedicin. De olika termerna speglar i vilket sammanhang terapierna används. De är antingen ett komplement eller ett alternativ till den etablerade hälso- och sjukvården. Med komplementärmedicin avses vanligtvis sådana metoder som under vissa förhållanden används av hälso- och sjukvårdspersonal, även om metoden principiellt sett kan betraktas som alternativ i den meningen att den traditionellt inte har hört hemma inom den etablerade hälso- och sjukvården. Detta gäller t.ex. akupunktur, massage och qigong. En på senare år använd term är integrativ medicin – en kombination av metoder som används inom den etablerade hälso- och sjukvården och komplementära metoder.

Alternativ- respektive komplementärmedicin är långt ifrån de enda benämningar som används inom detta område. Välkänd är den numera sällan använda benämningen kvacksalveri. Andra benämningar som inte används så ofta i Sverige är folkmedicin och okonventionell medicin. Internationellt, främst av WHO och i utvecklingsländerna, används också termen traditionell medicin (TM). Med traditionell medicin avser WHO summan av den kunskap som använts av tradition i många länder för att förebygga ohälsa, ställa diagnos och bota sjukdomar.

Det förekommer således flera olika termer, begrepp och definitioner av den hälso- och sjukvårdsinriktade verksamhet som bedrivs utanför den etablerade hälso- och sjukvården. I den fortsatta framställningen kommer vi att använda benämningen alternativ- och komplementärmedicin och förkortningen AKM för denna verksamhet.

Ett grundläggande krav inom hälso- och sjukvården är att all verksamhet i princip måste bedrivas i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen). Inom den alternativa medicinen använder man sig av metoder som i princip inte har accepterats av den etablerade hälso- och sjukvården på grund

av att man där inte anser att de uppfyller det vetenskapliga krav som hälso- och sjukvården ställer.

14.1.2 Omfattningen av användningen av alternativ- och komplementärmedicin

Det har inte på senare tid genomförts någon rikstäckande undersökning av allmänhetens inställning till och bruk av alternativ- och komplementärmedicin. Den senaste undersökningen utfördes av alternativmedicinkommittén på 1980-talet. I Statistiska Centralbyråns (SCB) undersökningar av levnadsförhållanden ingår någon fråga om användningen av alternativ behandling. Vissa landsting har också undersökt dessa frågor.

alternativmedicinkommittén

Under åren 1985 och 1986 genomförde alternativmedicinkommittén i samarbete med SCB två undersökningar i syfte att mäta omfattningen av och attityder till alternativ behandling bland Sveriges befolkning.

Sammanfattningsvis visade undersökningarna följande:

- utnyttjandet av AKM hade ökat de senaste tio åren (1975–1985),
- var femte svensk hade någon gång fått behandling av utövare inom AKM,
- alternativa behandlingsformer förekom i alla åldrar, alla yrkesgrupper och på alla utbildningsnivåer,
- manipulationsterapier av typen kiropraktik och naprapati var de vanligaste behandlingsformerna, följda av homeopati, örtmedicin, akupunktur och zonterapi,
- olika former av smärtillstånd i rygg och leder var de vanligaste besvären som folk sökte behandling för,
- ett vanligt skäl till att söka AKM var att man inte ansett sig ha blivit hjälpt inom den vanliga sjukvården,
- mer än 70 procent av dem som behandlades ansåg sig helt besvärsfria eller bättre efter den alternativa behandlingen,

- det man var mest nöjd med hos den alternativa behandlaren var ett gott bemötande, att man hade samma behandlare och att man lyssnade och tog hänsyn till patienten och
- bland svenska folket totalt beräknades 70 procent kunna tänka sig att nyttja AKM.

SCB:s underökningar

På uppdrag av Riksdagen genomför SCB sedan 1975 undersökningar av levnadsförhållanden genom i huvudsak besöksintervjuer med ett slumpmässigt urval om ca 7 500 personer årligen av Sveriges vuxna befolkning i åldern 16–84 år. I rapporten *Ohälsa och sjukvård 1980–2005* redovisas uppgifter om hur många som tagit emot behandling av alternativ behandlare. Nästan var tionde man och kvinna har under loppet av 12 månader behandlats för kroppsliga eller psykiska besvär av alternativ behandlare, dvs. naprapat, akupunktör, zonera-
peut, homeopat eller liknande. Åren 2004–2005 hade 8,6 procent av kvinnorna och 6,2 procent av männen fått sådan behandling, medan andelen var 8 procent kvinnor och 4,4 procent män 1996–97 och 6 procent kvinnor och 3,8 procent män 1988–89. Andelen kvinnor var 2004–2005 högst i åldersgruppen 45–54 år och andelen män var högst i åldern 35–44.

Landstingsförbundets utredningar

Dåvarande Landstingsförbundet utförde i början av 2000-talet två olika utredningarna rörande alternativ- och komplementärmedicin. Den ena tog upp användningen av sådana metoder inom landstingen och den andra rörde rent allmänt forskningen och utvecklingen inom området.

År 2001 lät Landstingsförbundet genomföra en kartläggning av den komplementära medicinens utbredning och tillämpning inom landstingen i Sverige. Kartläggningen genomfördes av Örebro universitet och resultatet redovisades i rapporten *Den komplementära medicinens utbredning och tillämpning inom landstingen*. I kartläggningen ingick 18 landsting, två regioner och en kommun. Komplementära metoder förekom inom samtliga landsting som svarat i undersökningen (16 av 18 landsting). De metoder som mest användes var akupunktur, massage och qigong och därefter följde tai chi och

basal kroppskännedom. De komplementära metoderna utövades främst av sjukgymnaster inom landstingen, men även av barnmorskor, läkare, distriktssköterskor, undersköterskor och kuratorer. Dessa hade i huvudsak genomgått kortare kurser eller vidareutbildning inom respektive terapi.

År 2003/2004 lät Landstingsförbundet göra en aktuell översikt över forskning och utveckling på det komplementärmedicinska området i Sverige och internationellt. Utredningen genomfördes av Linköpings universitet (Tema Hälsa och samhälle) och redovisades i rapporten *Komplementär medicin – forskning, utveckling och utbildning*. I fråga om forskning konstateras i rapporten att det i Sverige inte finns några särskilt avsatta medel nationellt för forskning om komplementär medicin. De etablerade forskningsfinansiärerna har endast undantagsvis eller i ringa utsträckning finansierat sådan verksamhet. I rapporten gavs flera exempel på hur komplementära behandlingsmetoder används i kombination med konventionell vård och behandling i en integrerad behandlingsmodell. Det sker t.ex. på Geriatrik Sahlgrenska – en avdelning på universitetssjukhuset i Göteborg som är inriktad mot komplementära behandlingsmetoder vid främst smärta och åldersrelaterade problem och på Vidarkliniken i Järna – ett privat sjukhus med inriktning mot antroposofisk medicin. I rapporten anges att ett gemensamt drag för vårdinrättningar med integrerad medicin är en kombination av konventionell och komplementärmedicinsk behandling, inriktade på såväl kroppsliga, psykologiska och själsliga/andliga aspekter av människan. Vård och behandling ges i ett flerprofessionellt samarbete där varje vårdgivare har sitt självständiga behandlingsområde. Patienterna är som regel personer med kroniska, multifaktoriella och/eller svårbehandlade sjukdomar och hälsoproblem. Behandlingsplanen är individualiserad och flexibel.

Landstingens undersökningar

År 2000 lät Stockholms läns landsting utföra en befolkningsstudie av stockholmarnas erfarenheter av och inställning till alternativ- och komplementärmedicin. Studien genomfördes av Linköpings universitet (Tema Hälsa och samhälle). Resultatet av denna studie finns redovisad i rapporten *Stockholmarna och den komplementära medicinen*. Studien omfattade 1001 personer mellan 16 och 84 år, som var folkbokförda och stadigvarande bosatta i Stockholms län. De intervjuades via telefon under en månad hösten 2000. I rapporten

konstaterades att de intervjuade stockholmarnas kännedom om och definitioner av AKM varierade. Kvinnor var mer bekanta med alternativa och komplementära behandlingsformer än män. De terapiformer som de flesta kände till var massage, naturläkemedel och akupunktur, medan över hälften av de tillfrågade inte kände till antroposofisk medicin, rosenterapi, kristallterapi eller kinesiologi. Undersökningen visade att betydligt fler hade erfarenheter av AKM 2000 än, när alternativmedicinkommittén gjorde sin undersökning på 1980-talet. Av de 1 001 nu tillfrågade personerna uppgav 49 procent att de någon gång besökt vad de skulle vilja kalla för alternativ- eller komplementärmedicinska behandlare. Ytterligare 3 procent var tveksamma. En större andel kvinnor än män hade erfarenhet av sådana behandlare. 20 procent uppgav att de besökt alternativ- och komplementärmedicinska behandlare under det senaste året. Massage var den behandlingsform som de flesta, 57 procent, hade prövat någon gång. Naturläkemedel hade 42 procent prövat, kiropraktik 30 procent och akupunktur 26 procent. Därefter följde naprapati, som 21 procent hade erfarenhet av. Ytterst få uppgav att de vid sjukdomar eller besvär valt att söka sig enbart till alternativ-medicinska behandlare helt utanför den konventionella vården. De flesta, 60 procent, hade först gått till läkare med de besvär som sedermera behandlades alternativ- och komplementärmedicinskt.

14.1.3 Omfattningen av verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära

Antalet sysselsatta inom alternativa behandlingsformer går inte att ange exakt, men 2007 var det drygt 25 500 personer som arbetade inom de branscher som omfattar alternativa behandlingsformer.² Drygt 9 800 personer inom enheter för fysioterapeutisk verksamhet (alternativ medicinsk behandling, behandlingsbad, ergonomikonsultverksamhet, fysioterapi, massage i samband med sjukgymnastik, chiropraktikverksamhet och fotvård), drygt 6 900 personer inom andra öppna enheter för hälso- och sjukvård (homeopati, kinesiologi, psykosyntesterapi, zonterapi, logopedverksamhet, reflexologi, psykoterapeutverksamhet och dietistverksamhet), drygt 2 500 personer vid skönhetsalonger (hudterapeutverksamhet, ansiktsmassage, skönhetsvård) och ca 6 200 personer vid inrättningar för

² Uppgifter från SCB.

kroppsvård (aromamassage, friskvård, shiatsu massage, taktil massage, rosenterapi, viktväktarkonsult, feng shui och osteopati).

Vid en hearing med organisationer för utövare av alternativ- och komplementärmedicin uppgav dessa att de tillsammans hade drygt 10 000 verksamma medlemmar.

14.1.4 Organisationer och forskning inom alternativ- och komplementärmedicin

I Sverige finns ett antal organisationer och förbund som organiserar utövare av olika behandlingsterapier inom alternativ- och komplementärmedicin. I bilaga 8 redovisas översiktligt ett antal av dessa olika yrkesorganisationer. Redovisningen är på intet sätt heltäckande utan ska ses som exempel på terapiformer och organisationer.

I regleringsbrevet för 2006 fick Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) i uppdrag att ”redovisa vilka insatser som har gjorts för att främja forskning till stöd för en evidensbaserad utveckling av hälso- och sjukvården inom alternativ och komplementär medicin”. Uppdraget redovisades i rapporten *Complementary and Alternative Medicine (CAM)*. I rapporten konstateras att omfattningen av användningen av alternativ och komplementär medicin inte motsvaras av någon omfattande forskning, där dessa mediciner och behandlingsformer utsätts för vetenskaplig prövning. Endast 56 sådana studier kunde identifieras, de flesta av dem med inriktning på utvärdering av behandling av muskuloskeletal smärta. Forskning inom fältet bedrivs i huvudsak vid Göteborgs universitet, Karolinska institutet och Linköpings universitet. Finansiärer av forskning om alternativ och komplementär medicin är framför allt privata stiftelser eller landsting. Ekhagastiftelsen är den främsta finansiären av denna forskning och har finansierat ungefär lika mycket som landstingen och Vetenskapsrådet tillsammans. I rapporten påtalas behovet av att bättre kartlägga användningen av alternativ och komplementär medicin och med tanke på dess stora och sannolikt växande utbredning är behovet av kvalificerad forskning om alternativ- och komplementärmedicinens effekter stor. I bilaga 8 nämns även något om institutioner inom universitet och högskolor som bedriver forskning inom området.

14.2 Verksamhet som kan förväxlas med hälso- och sjukvård

I direktiven anges att det finns verksamhet som kan förväxlas med hälso- och sjukvård. De olika behandlingsformer som nämnts ovan utgör inte hälso- och sjukvård i den mening som avses i lagstiftningen och de som erbjuder den utger sig inte för att tillhöra hälso- och sjukvårdspersonalen. Förväxlingsrisken uppstår i många fall när utövare av olika former av behandlingar vid marknadsföring använder sig av titlar och beskrivning av metoder som anspelar på traditionell hälso- och sjukvård. I vissa fall sker det för att på olika sätt dra fördel av det som är känt hos allmänheten.

14.2.1 Statistik över brott mot bestämmelserna i LYHS

Brottsförebyggande rådet (BRÅ) för statistik över antalet lagförda personer. I denna statistik redovisas hur många som dömts för brott mot bestämmelserna om skyddad yrkestitel och begränsningarna för den behandling som får ges av personer som inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen. Redovisningen avser LYHS men motsvarande bestämmelser finns i patientsäkerhetslagen som träder i kraft den 1 januari 2011.

Tabell 14.1 Antalet lagföringar för brott mot bestämmelser i LYHS 2004–2009

2004	2 domar
2005	1 dom
2006	1 strafföreläggande
2007	ingen uppgift
2008	3 domar
2009	inga domar

Källa: BRÅ

Det finns också statistik som visar det antal domar eller strafförelägganden där lagrum i LYHS har åberopats. Flera lagrum kan då vara aktuella i samma dom eller strafföreläggande. Under åren 2001–2009 åberopades bestämmelserna i 4 kap. LYHS (5 kap. patientsäkerhetslagen) vid två tillfällen varav ett avsåg förbudet att behandla barn under 8 år. Straffbestämmelserna åberopades vid 12 tillfällen och av dessa avsåg 3 obehörigt utövande av läkaryrket, 8 reglerna

om beteckningen legitimerad och skyddade yrkestitlar och 1 avsåg behandlingsförbudet i 4 kap. Bestämmelserna om legitimation, ensamrätt till yrke och skyddade yrkestitlar åberopades i 15 domar eller strafförelägganden.

14.2.2 Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter

Vi har i en enkät till Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter efterfrågat erfarenheter av användningen av skyddade yrkestitlar enligt LYHS och sådana titlar som kan förväxlas med skyddade titlar (bilaga 9). De erfarenheter som rapporteras är att sådan användning förekommer och att Socialstyrelsen får kännedom om den genom patienter och närstående till dessa, legitimerade yrkesutövare och deras yrkesförbund, massmedia och genom egna iakttagelser i tidningsannonser, reklam och på Internet. I de fall skyddade yrkestitlar används av någon som inte har rätt till det, kontaktar Socialstyrelsen vederbörande och upplyser om gällande regler och då upphör användningen. I de sällsynta fall där någon inte vidtar rättelse efter ett sådant påpekande görs en polisanmälan. Vi har också ställt frågan om de regionala tillsynsenheterna får ta emot anmälningar som avser verksamhet som ligger utanför den hälso- och sjukvård som myndighetens tillsynsansvar omfattar. Alla som svarat uppger att sådana anmälningar förekommer, någon anger att man får många sådana medan två uppger att det är ett fåtal. Orsaken till att man vänt sig till Socialstyrelsen uppges kunna vara att man tror att en viss yrkesutövare har legitimation, trots att så inte är fallet eller att behandlingen varit klart hälso- och sjukvårdsinriktad. Antalet anmälningar till polis och åklagare har varit 10 stycken under åren 2000–2009, när det gäller brott mot bestämmelserna om att endast den som är legitimerad får använda beteckningen legitimerad, skyddet för yrkestitel och förbudet att använda en titel som kan förväxlas med en skyddad yrkestitel. När det gäller brott mot bestämmelserna om begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder har tillsynsenheterna gjort två sådana anmälningar under åren 2000–2009.

14.2.3 Konsumentverket

Konsumentverket är förvaltningsmyndighet för konsumentfrågor och har ansvar för att de konsumentskyddande regler följs, som ligger inom myndighetens tillsynsansvar. Vi har efterfrågat uppgifter om hur många anmälningar man mottagit som rör tjänster utförda av alternativa terapeuter under åren 2000–2009. Vid en sökning på ett antal tänkbara begrepp har 20 ärenden påträffats. Dessa har avsett kiropraktik (långtgående påståenden om kiropraktik och dess effekter på olika sjukdomar), alternativ hälsovård (diagnosticering av sjukdomar samt försäljning av kosttillskott för att bota de sjukdomar/fel-svängningar som upptäcks), behandlingar utifrån kinesisk medicin (mot alkoholism/håravfall och diabetes), akupunktur (påståenden om behandlingars effekter mot sjukdomar/sjukdomstillstånd), frekvensterapi/digitalmedicin (musik/frekvenser omvandlar obalanser i kroppen till balans), millimetervågsterapi (terapi stimulerar kroppen att återställa organ och systemstrukturer). Konsumentverket har också tagit emot många anmälningar som rör produkters effekter mot sjukdomar samt förebyggande effekter mot sjukdomar (magneter/kosttillskott m.m.). Myndigheten har också genom kontakt med media och omvärldsbevakning fått kännedom om verksamhet inom området, t.ex. alternativa diagnosmetoder, alternativa kostterapi, musikakupunktur och ljudterapi.

Även Allmänna reklamationsnämnden har behandlat ärenden som skulle kunna falla in under 5 kap. patientsäkerhetslagen, (se avsnitt 17.2 nedan).

15 Gällande regler och tidigare förslag till förändringar

15.1 Regler som omgärdar verksamheten i dag

Inom ramen för hälso- och sjukvårdslagstiftningen regleras verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära, eller hälso- och sjukvård som utövas av någon som inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen, endast genom de begränsningar i rätten att vidta vissa specifika åtgärder som finns i patientsäkerhetslagen. I övrigt regleras sådan verksamhet främst genom konsument- och marknadsföringslagstiftningen.

15.1.1 Patientsäkerhetslagen

Det finns inte något generellt förbud att utöva yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Möjligheterna är dock inskränkta på flera sätt, genom en särskild reglering i fråga om behörigheten att utöva yrken inom hälso- och sjukvården och bestämmelser om ensamrätt till yrke, skyddad yrkestitel och kompetens som Europaläkare och specialistkompetens.

Apotekare, barnmorskor, läkare, receptarier och tandläkare har ensamrätt till sina respektive yrken, vilket innebär att bara den som har legitimation får utöva yrket. Det är straffbelagt att obehörigt utöva tandläkaryrket, liksom att utöva läkaryrket för den läkare vars legitimation har återkallats eller behörighet annars upphört.

Samtliga legitimationsyrken har 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.

Huvudregeln är att det är tillåtet för vem som helst att oavsett kompetens vara verksam på hälso- och sjukvårdens område. I 5 kap. patientsäkerhetslagen begränsas dock rätten för annan än den som är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal att yrkesmässigt vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder i förebyggande, botande eller lindrande syfte. När den som inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen undersöker någon annans hälsotillstånd, behandlar någon för sjukdom eller därmed jämförligt tillstånd, får han eller hon inte vidta eller föreskriva någon av följande åtgärder i förebyggande, botande eller lindrande syfte:

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

Bestämmelserna kompletteras av en straffbestämmelse (se vidare ovan under avsnitt 2.1.3).

Socialstyrelsens tillsyn

Enligt 7 kap. 1 § patientsäkerhetslagen står hälso- och sjukvården och dess personal under tillsyn av Socialstyrelsen.

Socialstyrelsens uppdrag, när det gäller individtillsyn, omfattar endast de som ingår i hälso- och sjukvårdspersonalen enligt de preciseringar som anges i 1 kap. 4 §, dvs. den som:

1. har legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården,
2. är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter,

3. vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare,
4. apotekspersonal som tillverkar eller expedierar läkemedel eller lämnar råd och upplysningar,
5. personal vid Giftinformationscentralen som lämnar råd och upplysningar,
6. personal vid larmcentral och sjukvårdsrådgivning som förmedlar hjälp eller lämnar råd och upplysningar till vårdsökande och
7. den som i annat fall enligt föreskrifter som har meddelats i anslutning till denna lag tillhandahåller tjänster inom yrke inom hälso- och sjukvården under ett tillfälligt besök i Sverige utan att ha svensk legitimation.

Socialstyrelsens uppdrag när det gäller verksamhetstillsyn är hälso- och sjukvården, vilket innefattar verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen, lagen om omskärelse av pojkar samt verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen om handel med läkemedel.

I hälso- och sjukvårdslagen anges att hälso- och sjukvård är åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. I 5 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (tidigare 4 kap. 1 § LYHS) anges att begränsningarna i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder gäller den som yrkesmässigt undersöker annans hälsotillstånd eller behandlar annan för sjukdom eller därmed jämförligt tillstånd genom att vidta eller föreskriva åtgärder i förebyggande, botande eller lindrande syfte.

I förarbetena till LYHS uppstod vissa frågor om området för Socialstyrelsens tillsyn.¹ Lagrådet påtalade i sitt yttrande att det tydligt borde framgå av lagtexten att den som bedriver sådan verksamhet som avses i 4 kap. 1 § LYHS, dvs. vård och behandling som inte utförs av hälso- och sjukvårdspersonal, inte omfattas av Socialstyrelsens tillsyn. Lagrådet ansåg också att det var oklart om den som utövar sådan verksamhet är en vårdgivare enligt lagens definition. Ordalydelsen kan knappast ges någon annan innebörd än att bestämmelserna gäller viss hälso- och sjukvård som yrkesmässigt bedrivs av annan än den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen. Den som bedriver verksamheten skulle därmed bli vårdgivare enligt 1 kap. 3 §. En sådan innebörd ansåg lagrådet dock framstå som mindre väl förenlig med lagförslaget i övrigt. I propositionen angav

¹ Prop. 1997/98:109.

regeringen att 6 kap. 1 § anger att hälso- och sjukvården och dess personal står under Socialstyrelsens tillsyn. Vad som avses med hälso- och sjukvård enligt denna lag framgår av 1 kap. 2 §. Regeringen ansåg att det redan härav framgick att kvacksalveriverksamhet inte utgör hälso- och sjukvård och således inte heller kan omfattas av Socialstyrelsens tillsyn annat än i det begränsade avseende som anges i 8 kap. 8 §. Definitionen av hälso- och sjukvård utesluter vidare att den som bedriver kvacksalveriverksamhet ska kunna anses vara vårdgivare enligt definitionen i 1 kap. 3 §. Något ytterligare klargörande var därför enligt regeringens mening inte behövligt.

Även om det kan finnas olika uppfattning om huruvida ordalydelsen i de aktuella lagparagraferna innebär att Socialstyrelsens tillsynsuppdrag även omfattar viss verksamhet som bedrivs utanför den traditionella hälso- och sjukvården, har Socialstyrelsens tillämpning av reglerna skett i enlighet med vad som angavs i propositionen. Socialstyrelsens tillsyn har således inte omfattat den verksamhet som träffas av begränsningarna i 4 kap. 1 § LYHS. Patient-säkerhetslagen innebär inte någon förändring i dessa avseenden.

15.1.2 Konsumentlagstiftningen

Produktsäkerhetslagen

Produktsäkerhetslagen (2004:451) syftar till att säkerställa att varor och tjänster som tillhandahålls konsumenterna inte orsakar skada på person. Lagen tillämpas för varor och tjänster som tillhandahålls i näringsverksamhet och i offentlig verksamhet. Det finns inget undantag som innebär att verksamhet som ligger nära hälso- och sjukvård skulle ligga utanför lagens tillämpningsområde.

Konsumentverket är tillsynsmyndighet när det gäller bestämmelserna i produktsäkerhetslagen och föreskrifter och beslut som meddelats med stöd av den. Andra statliga myndigheter som enligt annan lagstiftning har tillsyn över efterlevnaden av särskilda bestämmelser om produktsäkerhet i fråga om vissa varor, tjänster eller risker är dock tillsynsmyndighet även enligt produktsäkerhetslagen inom sitt område. Elsäkerhetsverket är t.ex. tillsynsmyndighet när det gäller krav på säkerhet hos elprodukter. Alternativ- och komplementärmedicin är inte föremål för någon annan myndighets tillsyn när det gäller produktsäkerhet inom det området.

Marknadsföringslagen

Marknadsföringslagen (2008:486) har till syfte att främja konsumenternas och näringslivets intressen i samband med marknadsföring av produkter och tjänster, och att motverka marknadsföring som är otillbörlig mot konsumenter och näringsidkare. Marknadsföring som strider mot god marknadsföringssed anses som otillbörlig om den i märkbar mån påverkar mottagarens förmåga att fatta ett välgrundat affärsbeslut. Marknadsföring som är vilseledande anses som otillbörlig om den påverkar eller sannolikt påverkar mottagarens förmåga att fatta ett välgrundat affärsbeslut. Det krävs en kommersiell effekt för att en åtgärd ska kunna angripas med stöd av marknadsföringslagen, dvs. att överträdelsen fått en genomsnittskonsument att fatta ett annat affärsbeslut än denne annars skulle ha gjort. En näringsidkare får vid marknadsföring inte använda sig av felaktiga påståenden eller andra framställningar som är vilseledande i fråga om sin egen verksamhet. I lagen anges särskilt framställningar som rör näringsidkarens egna kvalifikationer. Av en bilaga till lagen framgår att om man oriktigt påstår att en produkt, dvs. en vara eller en tjänst, förmår bota sjukdomar, funktionsrubbnings eller missbildningar, är det alltid att anse som otillbörlig marknadsföring.

En näringsidkare vars marknadsföring är otillbörlig får förbjudas att fortsätta med denna eller med någon annan liknande åtgärd. Ett sådant förbud ska förenas med vite om det inte av särskilda skäl är obehövligt. I fall som inte är av större vikt får Konsumentombudsmannen meddela föreläggande om sådana förbud och det ska förenas med vite. En näringsidkare får åläggas att betala en särskild avgift (marknadsstörningsavgift) om denne uppsåtligen eller av oaktsamhet brutit mot bl.a. bestämmelserna om vilseledande marknadsföring. I marknadsföringslagen finns också regler om skadestånd. Talan om förbud mot viss marknadsföring får väckas av Konsumentombudsmannen, en näringsidkare som berörs av marknadsföringen eller en sammanslutning av konsumenter, näringsidkare eller löntagare. Talan om marknadsstörningsavgift väcks av Konsumentombudsmannen.

Marknadsdomstolen har inte prövat något mål som rör frågan om en näringsidkare använt sig av felaktiga påståenden eller andra framställningar som är vilseledande i fråga om sina egna kvalifikationer när det gäller verksamhet som utgör hälso- och sjukvård eller som ligger denna nära.

Allmänna reklamationsnämnden

Allmänna reklamationsnämnden prövar tvister mellan konsumenter och näringsidkare med vissa undantag, bl.a. hälso- och sjukvård. Vissa tjänster lämpar sig trots att de kan prövas av nämnden inte för sådan prövning. Nämnden får avvisa ett ärende om ärendet med hänsyn till nämndens arbetsformer eller andra omständigheter inte lämpar sig för prövning av nämnden. Ett skäl till att ett ärende inte lämpar sig för nämndens prövning kan vara att det krävs en medicinsk bedömning.

Förslag om utvidgning av konsumenttjänstlagen

Konsumenttjänstlagen (1985:716) gäller avtal om tjänster som näringsidkare utför åt konsumenter i fall då tjänsten avser arbete på lösa saker, dock ej behandling av levande djur, arbete på fast egendom, på byggnader eller andra anläggningar på mark eller i vatten eller på andra fasta saker och förvaring av lösa saker, dock ej förvaring av levande djur. I lagen finns också bestämmelser om tjänster som avser uppförande eller tillbyggnad av en- eller tvåbostadshus (småhusentreprenader).

I arbetet med att ta fram en konsumenttjänstlag anfördes att den föreslagna konsumenttjänstlagen kunde byggas på med ytterligare kapitel om andra typer av tjänster, bl.a. behandling av person.²

En översyn har nyligen gjorts av lagen. Det uppdraget innehöll bl.a. att klarlägga behovet av en eventuell utvidgning av tillämpningsområdet så att det blir så brett som möjligt, samtidigt som en enkel och sammanhållen reglering tillgodoses. I promemorian *Konsumenttjänster m.m.* (Ds 2009:13) föreslås bl.a. att ett nytt kapitel införts i konsumenttjänstlagen om behandling och vård av person. Det ska dock inte gälla sådan behandling och vård som avses i 1 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) eller i tandvårdslagen (1985:125). Förslaget innehåller regler om utförande, näringsidkarens skyldighet att avråda, tilläggsbehandling, fel hos tjänsten, näringsidkarens dröjsmål, priset och konsumentens dröjsmål. Förslaget har remissbehandlats och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

² SOU 1979:36 s. 109, 113.

15.2 Utvecklingen av den rättsliga regleringen av alternativ- och komplementärmedicin och tidigare förslag till förändringar

15.2.1 Lagen (1960: 409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område

I Sverige har det inte funnits något generellt förbud mot att utöva näringsverksamhet inom hälso- och sjukvården. Utgångspunkten har varit att det är tillåtet för var och en att vara verksam på hälso- och sjukvårdens område. För att skydda allmänheten har dock näringsfriheten fått vissa inskränkningar på detta område. Tidigare har dessa begränsningar reglerats i 1915 års lag om behörighet att utöva läkaryrket, som sedan i aktuella delar ersattes av lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område – även benämnd kvacksalverilagen.

Genom 1960 års lag kom behandlingsförbudet att bli mera utsträckt än i 1915 års lag. Enligt den föredragande departementschefen borde samhället inta en mera markerat negativ hållning till det som då benämndes kvacksalveri, än vad som tidigare ansågs motiverat. I den mån kvacksalveri tolererats på grund av brist på läkare eller svårigheter att nå läkare, ansågs dessa skäl ha minskat i betydelse. Det huvudsakliga skälet till att ett totalt förbud mot allt kvacksalveri då inte infördes, var att ett sådant förbud inom stora folkgrupper troligen inte skulle anses vara motiverat och inte respekteras.³ Ett totalförbud mot kvacksalveri skulle vidare, enligt departementschefen, kräva att all verksamhet på hälso- och sjukvårdens område som ansågs önskvärd – och som därför borde tillvaratas – inordnades bland övriga erkända verksamhetsformer inom hälso- och sjukvården genom ett auktorisationssystem, tillsammans med kontinuerlig kontroll över de auktoriserade yrkesutövarnas verksamhet. Vid lagens tillkomst ansågs tiden inte mogen för ett sådant förfarande. I övrigt angavs i förarbetena till 1960 års lag att förbuden i lagen främst betingats av en strävan att så långt som möjligt eliminera de risker till liv och hälsa som ”osakkunniga” personers verksamhet på hälso- och sjukvårdens område innebar för dem som kom under dessa personers behandling.⁴

De förfaranden som omfattades av lagen var att mot ersättning undersöka annans hälsotillstånd eller behandla någon annan för sjuk-

³ Prop. 1960:141 s. 130.

⁴ a. prop. s. 31.

dom eller därmed jämförligt tillstånd genom att vidta eller föreskriva någon åtgärd i förebyggande, botande eller lindrande syfte. I förarbetena anges närmare vad som avsågs med undersökning respektive behandling. Undersökningar av hälsotillstånd som inskränkte sig till en utfrågning av den hjälpsökande borde inte betecknas som en undersökning. När det gällde behandling var syftet med åtgärden avgörande. Därför ansågs även helt otjänliga åtgärder eller föreskrifter vara behandling, om syftet var att verka förebyggande, botande eller lindrande. Däremot kunde enligt förarbetena inte allmänna hälsoråd, utan samband med någon konkret eller befarad sjukdom, anses utgöra behandling i lagens mening. Med tillstånd som är jämförligt med sjukdom avsågs enligt förarbetena normala men besvärande förändringar i samband med graviditet, fysiologiska åldersförändringar etc.⁵ Från lagens tillämpningsområde undantogs den som hade behörighet att utöva läkaryrket eller som i sin hälso- eller sjukvårdande verksamhet var underställd Socialstyrelsens tillsyn. Innehållet i nu gällande 4 kap. LYHS motsvarar i huvudsak regleringen i 1960 års lag. Genom införandet av patientsäkerhetslagen tas förbudet för annan än hälso- och sjukvårdspersonal att tillhandahålla kontaktlinser bort. I övrigt överförs innehållet i bestämmelserna i LYHS oförändrade.

15.2.2 Alternativmedicinkommittén

I december 1984 tillsatte regeringen en kommitté med uppdrag att utreda frågor som rörde den alternativa medicinens ställning i samhället. Kommittén antog namnet alternativmedicinkommittén och slutredovisade sitt arbete i augusti 1989 i fyra betänkanden:

- Huvudbetänkande från alternativmedicinkommittén (SOU 1989:60)
- Hälsohem (SOU 1989:61)
- Alternativa terapier i Sverige (SOU 1989:62) samt
- Värdering av alternativ medicinska teknologier (SOU 1989:63).

I huvudbetänkandet lämnade kommittén förslag till en lag om alternativmedicinsk verksamhet m.m., vilken avsågs ersätta 1960 års lag. Kommittén framhöll att lagförslaget innehöll flera nyheter och menade att staten borde hålla sig neutral, när det gäller den en-

⁵ Prop. 1960:141 s. 187.

skildes val mellan den etablerade och den alternativa medicinen. Patienterna skulle, enligt kommittén som regel ha möjlighet att välja den behandling m.m. som han eller hon önskar och tror på, även om behandlingen ännu inte visats ha sådant värde att den godtagits i hälso- och sjukvården. Kommittén framhöll att det inte kan vara en statlig uppgift att försvåra eller förhindra den alternativmedicinska verksamheten i vidare mån än så långt det är praktiskt möjligt att förebygga uppenbara hälsorisker. Den viktiga frågan var i stället när det mer konkret fanns anledning för staten att ingripa mot en alternativmedicinsk behandling som den enskilde själv önskar få utförd. Kommittén ansåg att även om behandling var överksam, borde principen om människors rätt att fritt välja behandling respekteras. Kommittén intog således en i grunden positiv hållning till den alternativmedicinska verksamheten. Samtidigt konstaterade kommittén att statens övergripande ansvar för den enskildes säkerhet motiverade att den alternativmedicinska verksamheten inte lämnades helt oreglerad. Enligt kommittén borde det därför eftersträvas att sådan verksamhet i princip endast bedrevs av dem som hade en viss kompetens, i lagförslaget benämnd medicinsk basutbildning. Enligt lagförslaget skulle det införas bestämmelser om frivillig registrering för yrkesutövare med sådan kompetens. Kommittén framhöll att förslaget inte innebar något principiellt förbud att bedriva verksamhet utan den angivna basutbildningen. I lagförslaget togs dock ett fåtal regler upp som begränsade möjligheterna för envar att utöva viss verksamhet på området.

Närmare om lagförslaget

Den föreslagna lagen skulle vara tillämplig på den som utövade alternativmedicinsk verksamhet och som inte omfattades av den då gällande tillsynslagen. Alternativmedicinsk verksamhet avsåg sådana åtgärder som syftade till att medicinskt förebygga, utreda eller behandla sjukdomar och skador och som inte hade godtagits i hälso- och sjukvården.

Kommittén ansåg att man borde sträva efter att all alternativmedicinsk verksamhet som utövades mot ersättning endast bedrevs av dem som har en viss adekvat utbildning. I syfte att stimulera en sådan utveckling föreslog man en bestämmelse som innebar att den som genomgått en av Socialstyrelsen godkänd medicinsk basutbildning, kunde ansöka om att registreras som alternativmedicinsk

yrkesutövare. Även den som kunde visa att han eller hon på annat sätt förvärvat motsvarande kompetens fick registrera sig. Den som blivit registrerad hade rätt att i sin marknadsföring använda beteckningen registrerad alternativmedicinsk yrkesutövare. Den medicinska basutbildning som kommittén föreslog syftade till att ge behandlarna kompetens att kunna göra en allmän bedömning av patientens hälsotillstånd och vid behov hänvisa denne till hälso- och sjukvården. Enligt förslaget skulle Socialstyrelsen få i uppdrag att fastställa kriterier för basutbildningen och pröva utövarnas kompetens. Kommittén angav att det torde krävas en utbildning som motsvarade omkring ett års heltidsstudier i den statliga högskoleutbildningen. Utöver denna utbildning, ansåg kommittén att det behövdes ytterligare kompetens i fråga om den specifika behandlingsmetod som utövades. Yrkesutövarens kompetens inom detta område kunde dock inte bli föremål för någon offentlig kontroll. Det fick i stället bli en sak för branschen, exempelvis genom intern auktorisation. I betänkandet diskuterade kommittén olika alternativ när det gällde vilken myndighet som skulle ansvara för registret över alternativmedicinska utövare. Kommittén bedömde det som möjligt att många människor skulle uppfatta registreringen som likvärdig med ett godkännande eller en sorts legitimation, varför registrering hos länsstyrelse eller Konsumentverket övervägdes i stället för hos Socialstyrelsen. Eftersom alternativmedicin syftar till att behandla människor ansågs det dock ligga mer nära till hands att välja Socialstyrelsen som därför förordades. Registreringen gav även en form av skydd av yrkestitel. Enligt lagförslaget fick nämligen ingen obehörigen ge sig ut för att vara registrerad alternativmedicinsk yrkesutövare i verksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Den som bröt mot denna bestämmelse kunde ådömas ett bötesstraff.

Alternativmedicinkommittén skulle förutsättningslöst pröva vilka begränsningar av näringsfriheten som var nödvändiga på hälso- och sjukvårdens område till skydd för patienterna. Kommittén ansåg att de smittsamma sjukdomarna – både samhällsfarliga och anmälningspliktiga – i princip måste uteslutas från behandling av alternativmedicinska utövare och andra som inte står under Socialstyrelsens tillsyn. Riskerna med en utebliven eller fördröjd adekvat behandling av vissa sjukdomstillstånd ansågs så uppenbara att dessa sjukdomar inte kunde innefattas i den generella rätten för alternativmedicinska yrkesutövare m.fl. att ge behandling. Detta gällde bl.a. några svåra, behandlingsbara sjukdomar och andra svåra sjuk-

domstillstånd. Kommittén föreslog att alternativmedicinska yrkesutövare m.fl. inte skulle få behandla cancer, endokrina sjukdomar, systemsjukdomar samt psykosor, om inte patienten först haft kontakt med läkare. Behandling av akuta, livshotande sjukdomstillstånd samt sjukdomar hos gravida kvinnor föreslogs helt undantas från alternativmedicinsk behandling och annan behandling som inte står under Socialstyrelsens kontroll. Kommittén föreslog att förbudet mot användning av vissa bedövningsmetoder och radiologisk behandling skulle behållas, men att förbudet mot hypnos skulle tas bort.

Kommittén tog också upp frågan om behandling av barn och föreslog att alternativmedicinska utövare som genomgått basmedicinsk utbildning och registrerats i det register som kommittén föreslagit skulle få behandla barn över tre år. En förutsättning var dock att barnet hade regelbunden läkarkontakt och att läkaren hade vetskap om den alternativmedicinska undersökningen eller behandlingen. Barnet eller vårdnadshavaren fick inte uppmanas att avstå från den behandling som läkare hade ordinerat. När det gällde utövare som inte var registrerade, föreslog kommittén att dessa inte skulle få behandla barn under femton år.

Den närmare regleringen av vilka sjukdomar och behandlingsmetoder som skulle vara förbehållna hälso- och sjukvårdspersonal skulle enligt kommitténs förslag överlämnas till regeringen, eller efter regeringens bemyndigande till Socialstyrelsen.

Enligt lagförslaget skulle Socialstyrelsen ha ansvaret för tillsynen över att lagen efterlevdes samt för föreskrifter och villkor som meddelats med stöd av lagen. Den som bröt mot bestämmelserna i lagen rörande inskränkningar i verksamhet på hälso- och sjukvårdens område kunde dömas till böter. Enligt kommittén hade dock det straffbelagda området här givits en betydligt snävare omfattning än gällande rätt. Enligt kommitténs mening borde det skydd för farlig verksamhet som ges i 3 kap. 8 och 9 §§ brottsbalken vara tillräckligt.

15.2.3 Den fortsatta behandlingen av alternativmedicinkommitténs förslag

Vid remissbehandlingen sågs den föreslagna medicinska basutbildningen i allmänhet som någonting positivt som var ägnat att öka säkerheten i verksamheten. Ett mycket stort antal av remiss-

instanserna påpekade dock att en ettårig utbildning var alltför kort för att kunna utgöra underlag för medicinska bedömningar.

Flera instanser var positiva till en registrering, eftersom denna kunde underlätta tillsyn och kontroll av verksamheten. Många ställde sig dock tveksamma eller, som t.ex. Socialstyrelsen och HSAN, avvisande till en registrering. Anledningen var att allmänheten skulle kunna tolka en registrering som en slags kvalitetsgaranti från samhällets sida och i vissa sammanhang förväxla den med legitimation. För att förhindra detta föreslog flera instanser att ett eventuellt registreringsförfarande borde skötas av en annan myndighet än Socialstyrelsen, exempelvis Konsumentverket.

Regeringen gick inte vidare med alternativmedicinkommitténs lagförslag, utan frågan bereddes i stället vidare av 1994 års behörighetskommitté.

15.2.4 1994 års behörighetskommitté

1994 års behörighetskommitté hade i uppgift att göra en samlad översyn av principerna för legitimation och behörighet och mot bakgrund av översynen lämna förslag bl.a. om legitimation och behörighetsföreskrifter för olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården och närliggande områden. Kommitténs uppdrag innefattade också en översyn av bestämmelserna i lagen om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Alternativmedicinkommitténs förslag behandlades inom ramen för den översynen.⁶

Behörighetskommittén gick inte på alternativmedicinkommitténs linje i fråga om begränsningarna att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder. Kommitténs förslag innebar i stället att bestämmelserna i 1960 års lag i huvudsak överfördes till den föreslagna lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, LYHS. Kommittén ansåg sammanfattningsvis att 1960 års lag i sin dåvarande utformning hade spelat ut sin roll. I stället borde de begränsningar i att utöva hälso- och sjukvårdande yrkesverksamhet i vid mening, som är nödvändiga för patientsäkerheten, kunna rymmas i en reformerad behörighetslagstiftning.

De förändringar som kommittén föreslog i förhållande till den då gällande 1960 års lag innebar i huvudsak att:

⁶ SOU 1996:138 s. 412–429.

- grundkriteriet för lagens tillämpning – ”mot ersättning” undersöka m.m. ersattes av ”den som yrkesmässigt undersöker...”,
- gränsen för behandling av barn skulle höjas från 8 år till 15 år,
- förbudet mot att lämna skriftliga råd utan föregående personlig undersökning skulle tas bort samt
- ett förbud mot att tillhandahålla optiska synhjälpmedel till barn under åtta år utan föregående anvisning skulle införas.

Kommittén behandlade också frågan om ett förbud mot behandling av psykiska sjukdomar. Kommittén anförde att psykologisk och psykoterapeutisk verksamhet utövad av personer som saknar reglerad kompetens kan innebära risk för skador hos den som behandlas. Kommittén ansåg därför att det kunde finnas skäl att förbehålla hälso- och sjukvårdspersonal rätten att behandla allvarliga psykiska störningar. En sådan inskränkning i den fria närings- och yrkesfriheten krävde preciseringar och avgränsningar inom det psykologiska behandlingsområdet i lagform. Utformningen av en sådan bestämmelse krävde enligt kommitténs uppfattning ytterligare utredning, bl.a. för att avgränsa förbudsområdet på ett sätt som gör en sådan reglering möjlig att tillämpa på ett rimligt sätt. Någon sådan utredning hade det inte funnits utrymme för inom ramen för kommitténs arbete. Kommittén lämnade därför inte något förslag till utvidgning av de bestämmelserna såvitt avsåg rätten att bedriva psykologisk eller psykoterapeutisk verksamhet. Kommittén erinrade dock om att förslaget om en höjd åldersgräns för att behandla barn torde innebära ett skydd för de som var under 15 år.

I ett avsnitt i betänkandet analyserade behörighetskommittén frågan om den alternativmedicinska verksamheten borde regleras ytterligare genom t.ex. kontroll och registrering såsom alternativmedicinkommittén hade föreslagit. Kommitténs utgångspunkt var att i stort sett varje form av kompletterande reglering i grunden kommer att utgöra någon form av garanti från samhällets sida. Garantin kan bl.a. avse utbildning, personlig lämplighet eller kontroll över verksamheten. När det gäller alternativmedicinsk verksamhet var det kommitténs uppfattning att staten inte borde lämna några egentliga garantier. Självfallet borde dock samhället även fortsättningsvis ha möjlighet att ingripa mot hälsovådlig verksamhet inom alternativmedicinen. Ställningstagandet mot en samhällsgaranti beträffande personer verksamma inom alternativmedicin innebar självfallet inte att det sänkades anledning att uppställa vissa grundläggande krav, t.ex. att yrkesutövaren har förmåga att bedöma vilka

sjukdomar och tillstånd han eller hon kan och får behandla, respektive vilka vårdsökande som bör rekommenderas att anlita läkare eller annan personal inom hälso- och sjukvården. Många frågor rörande utbildning, kontroll av kunskap och lämplighet borde emellertid kunna skötas av branschorganisationer och Kommittén för AlternativMedicins (KAM) auktorisationsverksamhet gavs som exempel. Kommittén lämnade därför inget förslag om kontroll och registrering.

15.2.5 Propositionen *Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*

Regeringen behandlade 1994 års behörighetskommittés förslag i propositionen *Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område* (1997/98:109) och delade då kommitténs syn på vilka åtgärder som skulle vara förbjudna och att verksamheten skulle vara yrkesmässig för att träffas av förbudet. Regeringen ansåg att de sjukdomar som får behandlas och de undersökningsmetoder som endast får utföras av hälso- och sjukvårdspersonal måste vara ytterst begränsade. Enligt regeringens mening var det tveksamt om det var möjligt att ytterligare begränsa det förbjudna området. Synpunkter i sådan begränsande riktning hade framförts när det gällde möjligheten att behandla barn och gravida. Det fanns också remissinstanser som pläderat för en utvidgning av förbudsområdet genom ett särskilt skydd när det gäller hälsofarlig utövning inom psykologisk och psykoterapeutisk verksamhet. Regeringen noterade att den medicinska utvecklingen ständigt går framåt och att äldre metoder omvärderas och nya metoder utvecklas. Lagstiftaren måste därför följa den medicinska utvecklingen och efterhand göra en bedömning av nya metoder. Det noterades i det sammanhanget att den enda förändring som skett av de i kvacksalverilagen reglerade behandlingsmetoderna sedan lagens tillkomst år 1960 var ett tillägg angående utprovning eller tillhandahållande av kontaktlinser.

Regeringen ansåg att omsorgen om patienternas säkerhet måste anses väga särskilt tungt när det gäller barn. Små barn saknar i regel förmåga att välja mellan behandlingsmetoder och själva ta ansvar för en behandling. Frånsett mera omedelbara reaktioner på smärta får riktigt små barn också anses sakna förmåga att på ett adekvat sätt redogöra för en behandlings effekter. Barn är också generellt sett betydligt känsligare än vuxna individer. Behandlingen av barn

måste därför omgärdas med särskilda restriktioner. Redan de generella reglerna med förbud mot vissa behandlingsmetoder och behandling av vissa sjukdomar ger även barnen ett visst skydd. Barnen har också ett grundskydd genom föräldrabalken, som bl.a. stadgar att barn ska behandlas med aktning för sin person och egenart. Plågsamma och farliga behandlingar kan också vara straffbara enligt brottsbalkens regler om brott mot liv och hälsa.

Den nuvarande åttaårsgränsen hade valts, eftersom barnet då hade börjat skolan och kommit under regelbunden läkarundersökning och kontroll enligt bestämmelser i skollagen (1985:1100).

Vid vilken ålder barn nått en sådan mognad att det själv kan ta ställning till erbjuden behandling varierar självfallet från person till person. Före skolåldern kan det vara svårt för ett barn att uttrycka känslor och åsikter kring en alternativ medicinsk behandling som föräldrar eller nära anhöriga ordnar med. Innan skolåldern har inte heller alla barn den vardagliga kontakten med andra vuxna som skolan ger. Regeringen ansåg därför omsorgen om barnens bästa talade för att den nuvarande åttaårsgränsen måste bibehållas.

15.2.6 Socialstyrelsens rapport med anledning av ett uppdrag att utreda vissa frågor rörande psykologisk och psykoterapeutisk verksamhet

Riksdagen biföll 1998 ett av socialutskottet framlagt betänkande (1997/98:SoU22 *Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*) i vilket utskottet behandlat yrkanden med begäran dels om en samlad effektiv tillsynslagstiftning inom psykologins område, dels om ett utvidgat skydd mot kvacksalveri inom psykologisk och psykoterapeutisk verksamhet. Utskottet menade att regeringen borde återkomma till riksdagen med en redovisning i denna fråga. Detta tillkännagavs regeringen (rskr. 1997/98:290). Regeringen uppdrog i december 1999 åt Socialstyrelsen att utreda de angivna frågeställningarna.

Socialstyrelsens uppdrag innebar bl.a. att myndigheten skulle utreda om det finns behov av att begränsa rätten för den som inte är hälso- och sjukvårdspersonal att behandla vissa allvarliga psykiska störningar eller använda vissa psykologiska metoder. Om ett sådant behov ansågs föreligga skulle myndigheten ge förslag på hur en lagstiftning till skydd mot hälsofarligt kvacksalveri inom psykologisk och psykoterapeutisk verksamhet borde utformas.

Socialstyrelsen konstaterade i sin rapport⁷ att det är svårt att formulera en entydig förbudsdefinition och att kunskaper om förekomst och art av hälsofarliga behandlingar är bristfällig. Socialstyrelsens bedömning var därför att det i nuläget inte fanns tillräckligt underlag för att föreslå ytterligare begränsning i rätten att vidta hälso- och sjukvårdande åtgärder. I rapporten påpekade Socialstyrelsen att detta inte innebar att det var tillåtet att bedriva hälsofarliga behandlingar på det psykologiska och psykoterapeutiska området. Det finns generella bestämmelser som förbjuder behandling av patient som leder till skada som inte är ringa eller framkallar fara för sådan skada. Socialstyrelsen pekade på att allmänheten borde få större kunskap om olika yrkesgruppers specialkunskaper och om skillnader mellan att vända sig till hälso- och sjukvårdspersonal och att vända sig till någon som inte är det. I rapporten föreslogs bl.a. också att man borde se över om det konsumenträttsliga skyddet kunde förbättras när det gällde möjligheten att klaga på en erhållen tjänst som inte hållit utlovad kvalitet.

Rapporten behandlades av regeringen i prop. 2004/05:1 under utgiftsområde 9 (s. 45). Regeringen förklarade sig mot bakgrund av slutsatserna i Socialstyrelsens rapport inte ha för avsikt att vidta några ytterligare åtgärder.

15.2.7 AKM-registerutredningen

I april 2004 tillkallade regeringen en särskild utredare för att utarbeta ett förslag till ett nationellt register över personer som utövar alternativ- eller komplementärmedicin. Bakgrunden var att det i budgetpropositionen för 2004 anslagits tre miljoner kronor för att inrätta ett nationellt register över personer som utövar komplementärmedicin. I budgetpropositionen för 2005 anslags ytterligare två miljoner kronor för samma ändamål. Utredningen tog namnet AKM-registerutredningen och redovisade sina förslag i betänkandet *Ett nationellt register över yrkesutövare av alternativ- eller komplementärmedicin* (SOU 2004:123). Utredningen föreslog att AKM-registret skulle regleras i en särskild lag, lagen om ett nationellt register över yrkesutövare av alternativ- eller komplementärmedicin.

⁷ Redovisning av uppdraget att utreda vissa frågor rörande psykologisk och psykoterapeutisk verksamhet; dnr S 2001/11151/HS.

Lagens tillämpningsområde

För att omfattas av lagen måste den sökande utföra sådana hälso- och sjukvårdande åtgärder som anges i 4 kap. 1 § LYHS (5 kap. 1 § patientsäkerhetslagen). En rad åtgärder och behandlingar kan inordnas under definitionen, men det finns verksamhet som tydligt faller utanför den föreslagna lagens tillämpningsområde, bl.a. försäljning av naturläkemedel och sådan verksamhet som i grunden handlar om allmänt välbefinnande och/eller rena skönhetsbehandlingar. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal skulle inte omfattas av lagen, medan övrig hälso- och sjukvårdspersonal i vissa situationer skulle kunna omfattas.

Yrkesorganisationernas deltagande i registret

En grundsten i förslaget var yrkesorganisationernas medverkan i registret. För att få delta i registret måste de uppfylla vissa villkor. Förutom att ha antagit stadgar som gällde för dess medlemmar och att uppfylla kraven på att betraktas som en juridisk person, måste organisationen vara väletablerad och ha som huvudändamål att organisera yrkesutövare inom alternativ- eller komplementärmedicin. Därutöver skulle organisationens stadgar ställa krav på att medlemmarna skulle:

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

En organisation som godkänts att delta i registret skulle vara skyldig att meddela den myndighet som ansvarar för registret om en medlem som var registrerad, inte längre uppfyllde villkoren för registrering. Om en organisation inte längre uppfyllde villkoren för registrering skulle ett godkännande kunna återkallas.

Registreringen av yrkesutövare

Den föreslagna lagen vände sig till dem som yrkesmässigt utövar alternativ- eller komplementärmedicin. För att bli registrerad måste personen i fråga uppfylla vissa villkor, särskilt kravet på viss grundläggande utbildning i medicin. Utbildningen skulle stå under statlig tillsyn och motsvara minst 20 veckors heltidsstudier. Även de som hade fullgjort en annan motsvarande utbildning på eftergymnasial nivå skulle kunna registreras. Ytterligare krav för registrering var att yrkesutövaren var medlem i en sådan organisation som deltar i registret och hade utfäst sig att följa de stadgevillkor som gäller för den deltagande organisation som utövaren närmast skulle ha tillhört.

Ansvarig myndighet

Statens skolverk föreslogs få i uppgift ansvara för registret i alla berörda delar och den löpande finansieringen borde ske genom en avgift för ansökan om registrering och en årlig avgift för att vara registrerad.

Skydd av beteckning och straffansvar

Den som registrerats skulle ges en skyddad rätt att använda beteckningen registrerad tillsammans med den yrkesbeteckning/terapi som han eller hon fanns registrerad under, t.ex. ”registrerad akupunktör”. För brott mot skyddet av beteckning skulle kunna dömas till böter.

Innehållet i registret

AKM-registret skulle enligt förslaget innehålla uppgifter om den registrerades identitet, utbildning, yrkesverksamhet inom alternativ- eller komplementärmedicin och, i förekommande fall, organisations-tillhörighet. Registret skulle vara offentligt och, med undantag för bl.a. personnummer, finnas på Internet.

Ytterligare insatser

För att göra registret och innebörden av registreringen känt föreslog utredningen att effektiva informationsinsatser skulle sättas in när registret började gälla. En särskild grupp skulle enligt förslaget inrättas för att följa hur registret användes och hur den nya lagen tillämpades.

15.2.8 Propositionen *Patientsäkerhet och tillsyn*

Förbudet för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att tillhandahålla kontaktlinser utmönstras ur lagstiftningen i samband med införandet av patientsäkerhetslagen. Bakgrunden till förslaget är att lagrådet ansåg att den nuvarande föreskriften om att bara hälso- och sjukvårdspersonal får sälja kontaktlinser framstår som otidsenlig med hänsyn till att det numera är möjligt och vanligt att köpa kontaktlinser över Internet. Den nya patientsäkerhetslagen innebär också en redaktionell förändring av uppräknningen av de begränsningar som gäller för behandling inom alternativmedicinområdet.⁸

⁸ Prop. 2009/10:210.

16 Alternativ- och komplementärmedicin i de nordiska länderna

Norge och Danmark införde ny lagstiftning inom området för alternativ- och komplementärmedicin under mitten av 2000-talet och vi har besökt Helse- och omsorgsdepartementet och Helsedirektoratet i Oslo och Sundhetsstyrelsen i Köpenhamn. Även Island har antagit en lag om alternativa behandlare och i Finland pågår arbete inom det här området. Lagstiftningen i övriga nordiska länder erbjuder i dag i flera fall andra lösningar än vad som finns i Sverige och vi har därför valt att lämna en relativt ingående redovisning av den regleringen. I ett avslutande avsnitt beskrivs WHO:s arbete på det här området.

16.1 Norge

16.1.1 Bakgrund

Fram till årsskiftet 2003/2004 gällde i Norge i stor sett samma reglering som i Sverige, nämligen att alla fick behandla sjuka, men att denna rätt var begränsad på vissa sätt. De närmare bestämmelserna om detta fanns i lov 19. juni 1936 nr. 9 om innskrenkning i adgangen for den som ikke er helsepersonell til å ta syke i kur, även kallad kvacksalverloven. Denna lag upphävdes i samband med införandet av Lov den 27 juni 2003 nr 64 om alternativ behandling av sykdom mv den 1 januari 2004. Samma dag trädde även två föreskrifter i kraft, Forskrift den 11 december 2003 nr 1500 om frivillig registerordning for utøvere av alternativ behandling och Forskrift den 11 december 2003 nr 1501 om markedsføring av alternativ behandling av sykdom.

Bakom införandet av denna lagstiftning låg ett utredningsarbete av en särskild kommitté, det s.k. Aarbakke-utvalget, som redovisade sina överväganden och förslag i betänkandet *Alternativ medicin* (NOU 1998:21). I betänkandet föreslogs bl.a. att den ovannämnda kvacksalverloven skulle upphävas och ersättas med nya bestämmelser i ett nytt kapitel i helsepersonelloven (lov 2. juli 1999 nr 64). Vidare föreslogs att ett register skulle införas för personer som utövar ”alternativ behandling”. Bestämmelserna om registret skulle tas in i en föreskrift. Registreringen föreslogs vara frivillig och berörda personer skulle få registreras under vissa närmare angivna förutsättningar. Efter att betänkandet remissbehandlats och beretts vidare överlämnades en proposition *Om lov om alternativ behandling av sykdom mv.* (Ot.prp. nr. 27 [2002–2003]) till Stortinget. Förslaget innehöll en del förändringar i förhållande till betänkandet, bl.a. att en helt ny lag skulle införas. Förslaget om den nya lagen antogs därefter av Stortinget i juni 2003. Med stöd av lagen har även en föreskrift med bestämmelser om marknadsföring av alternativ behandling av sjukdom utfärdats.

16.1.2 Lov om alternativ behandling av sykdom mv.

Lagen gäller alla som utövar alternativa behandlingsmetoder enligt den i lagen angivna definitionen. Med andra ord omfattar lagen hälso- och sjukvårdspersonal, registrerade personer enligt den nämnda föreskriften samt även andra som utför sådan behandling som anges i lagen.

I lagen definieras alternativ behandling som ”hälsorelaterad behandling som utövas utanför hälso- sjukvården och som inte utövas av legitimerad personal”. Av förarbetena framgår att uttrycket hälsorelaterad används för att göra en avgränsning mot tjänster som i huvudsak rör välbefinnande, skönhetsvård och liknande. Tjänster som mer direkt rör förebyggande av sjukdom eller lidande kan omfattas, liksom tjänster som tar sikte på att lindra eller bota sjukdom, lidande eller smärta. Som nämnts ovan gäller lagen även hälso- och sjukvårdspersonal. Skälet som anges är att ”behandling som utövas av hälso- och sjukvården eller av legitimerad personal, omfattas likväl av begreppet alternativ behandling, när de använder metoder som i all väsentlighet används utanför hälso- och sjukvården.” När sådan personal använder sig av alternativ behandling gäller dock samtidigt helsepersonelloven. I lagen anges även att bestämmelserna om tyst-

nadsplikt i helsepersonelloven gäller i motsvarande mån, så långt det är lämpligt.

Motsvarigheten till 5 kap. i den svenska patientsäkerhetslagen återfinns i tre centrala bestämmelser. Bestämmelserna innebär att vissa behandlingar principiellt sett är förbehållna hälso- och sjukvårdspersonal, på samma sätt som i Sverige. En skillnad är dock att i Norge har även andra än hälso- och sjukvårdspersonal, under vissa förutsättningar, rätt att utöva behandlingar inom det område där det annars är förbjudet. Inledningsvis fastslås dock att medicinska ingrepp eller behandling som kan medföra allvarlig hälsorisk för patienter endast får utövas av hälso- och sjukvårdspersonal. Vidare får behandling av sjukdomar som anses vara allmänfarligt smittsamma, och andra allvarliga sjukdomar och lidande, endast utövas av hälso- och sjukvårdspersonal. Även annan personal får dock utöva behandling som uteslutande syftar till att bl.a. lindra eller dämpa symptom på eller följer av sjukdom. Det finns dessutom ytterligare möjligheter för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att utföra behandlingar, nämligen om behandlingen sker i samarbete eller samförstånd med patientens läkare och om patienten är myndig. I sådana situationer gäller inte begränsningarna om vilka som får behandla allvarliga sjukdomar. Detsamma gäller om hälso- och sjukvården inte har botande eller lindrande behandling att erbjuda patienten.

I lagen finns också bestämmelser om skydd av titel och om marknadsföring. Endast den som är registrerad som utövare av alternativ behandling i register som utfärdats med stöd av lagen får nyttja beteckningen ”registrerad” i anknytning till yrkesbeteckning. Som exempel på beteckning nämns i förarbetena ”registrerad naturterapeut” och ”registrerad homeopat”. Vidare anges i lagen att ingen oriktigt får använda titlar eller marknadsföra verksamhet på ett sådant sätt att det kan ge intryck av att vederbörande har legitimation, licens eller specialistgodkännande enligt helsepersonelloven eller är registrerad utövare av alternativ behandling. Till detta kommer att den som erbjuder alternativ behandling i sin marknadsföring endast får ge en objektiv och saklig beskrivning av verksamheten. I en särskild föreskrift finns ytterligare bestämmelser om marknadsföring.

Lagen innehåller avslutningsvis straffbestämmelser. Dessa innebär att den som uppsåtligen eller av grov oaktsamhet överträder eller medverkar till sådan överträdelse av bestämmelse i lagen eller som utfärdats med stöd av en bestämmelse, straffas med böter eller

fängelse i högst tre månader. Vid allvarigare överträdelse kan personen dömas till upp till två års fängelse.

16.1.3 Forskrift om frivillig registerordning för utövare av alternativ behandling

I huvudsak innebär föreskriften om registerordning att den som utövar alternativ behandling enligt definitionen i den nämnda lagen, har rätt, men inte skyldighet, att registrera sig i ett register administrerat av det allmänna (Brønnøysundsregistrene) om utövaren:

1. är medlem i en utövarorganisation som – enligt vissa angivna förutsättningar – är godkänd av Social- och helsedirektoratet samt
2. uppfyller vissa övrigt angivna villkor (främst registrering i det s.k. enhetsregistret såsom företagare eller indirekt såsom anställd i sådant företag samt innehav av viss försäkring).

Huvudskälet till att införa ett register för utövare av alternativ behandling var enligt förarbetena att särskilja de seriösa utövarna av alternativ behandling i ett särskilt register. I förarbetena redovisas också för- och nackdelar med en registerordning. Till fördelarna hör bl.a. att denna till viss del kommer att bidra till att skilja ut seriösa och oseriösa utövare och att det lättare kan etableras kontakter mellan myndigheterna och utövarna av alternativ behandling. Till nackdelarna som lyfts fram hör bl.a. att registret bara till viss del kommer att kunna åstadkomma nämnda åtskillnad mellan seriösa och oseriösa utövare. Detta mot bakgrund av att det offentliga genom registreringen inte ska göra någon bedömning av utövarens yrkesmässighet. En ytterligare nackdel är att brukarna av alternativ behandling kan komma att uppfatta registerordningen som att det offentliga har gått i god för det yrkesmässiga innehållet i den behandling som den enskilde, registrerade utövaren erbjuder. Helsedepartementet ansåg dock att fördelarna med att införa registret övervägde nackdelarna. När det gällde önskemålet om att kunna skilja mellan seriösa och oseriösa utövare framhöll departementet att man i detta arbete måste använda både rättsliga och utomrättsliga åtgärder, såsom olika informationsinsatser. Helsedepartementet ansåg vidare att registreringen borde vara frivillig. Den ska inte vara ett villkor för att man ska få utöva alternativ behandling. De argument som starkast talade för frivillighet var hänsynen till organisationsfriheten. Vidare ansåg departementet att det därmed också blir

lättare att förklara för brukarna att det offentliga inte har gått i god för den enskilde utövaren och de behandlingsmetoder som denne erbjuder.

Ändamålet med registerordningen är att den ska bidra till ökad patientsäkerhet och förstärkta konsumenträttigheter för den som uppsöker en registrerad, alternativ behandlare samt bidra till seriositet och verksamhetsmässigt ordnade förhållanden bland utövare av alternativ behandling. I motiven till föreskriften anges att även om registerordningen inte innebär någon offentlig bedömning eller något godkännande av yrkesmässig art av den enskilde behandlaren eller behandlingsformen, kommer systemet att innehålla element som både ger verksamhetsmässig seriositet och som bidrar till att det ställs vissa yrkesmässiga och yrkesetiska krav.

Registeret administreras av en myndighet, ”Brønnøysundsregistrene”. Denna myndighet upprättar och är ansvarig för driften av det register där utövare av alternativ behandling kan registrera sig. För att få bli registrerad måste utövaren först och främst vara medlem i en utövarorganisation, som ska vara godkänd av Social- och helsedirektoratet enligt närmare angivna villkor. Därutöver måste utövaren uppfylla vissa ytterligare villkor. I motiven till föreskriften anges att det bara är fysiska personer – och inte t.ex. firmor som är juridiska personer – som kan låta registrera sig. Vidare sägs att registreringen är frivillig. Registerordningen gäller också i förhållande till alla typer av alternativ behandling som omfattas av lagen. Som framgått ovan gäller lagen enbart alternativ behandling som där definieras som ”hälsorelaterad”. Den närmare avgränsningen mot tjänster som inte kan anses vara hälsorelaterad behandling måste ske efter en konkret helhetsbedömning, först och främst i samband med Social- och helsedirektoratets bedömning av vilka organisationer som kan godkännas som utövarorganisation.

I föreskriften finns närmare angivet under vilka förutsättningar en utövarorganisation kan godkännas att ingå i registerordningen. Enligt bestämmelsen kan organisationen godkännas om den har:

1. regler som ställer krav på kvalifikationer på den som vill bli medlem,
2. regler som slår fast yrkesetiska regler som medlemmarna är skyldiga att följa i sin yrkesutövning,
3. regler om att medlemmarna måste förplikta sig att driva försvarlig verksamhet,

4. stadgar om att medlemmarna ska förplikta sig att ge nödvändig information till patienten,
5. stadgar om att medlemmarna ska förplikta sig att behandla hälso- och personuppgifter på ett försvarligt sätt,
6. stadgar om klagorätt för patienter över medlemmarnas yrkesmässiga utförande och klagomålen ska behandlas av ett yrkesetiskt råd eller av ett särskilt inrättat klagoorgan,
7. stadgarna ska ge möjlighet att utesluta medlemmar på närmare fastställda villkor,
8. minst 30 medlemmar, och
9. låtit sig registreras i Enhetsregistret.

Samtliga dessa villkor måste vara uppfyllda för att organisationen ska kunna godkännas.

När det gäller kraven enligt punkt 1 framhålls särskilt, i såväl förarbeten som föreskriftsmotiven, att direktoratet inte ska göra någon närmare bedömning av de yrkesmässiga krav som enligt organisationens stadgar ska ställas på medlemmen. Direktoratet ska i princip enbart pröva om organisationen har stadgar som ställer sådana krav på medlemmen. Annars finns det en risk att brukarna uppfattar det som att det offentliga har accepterat och erkänt innehållet i utbildningen och det yrkesmässiga yrkesutövandet hos respektive registrerad. Organisationen bestämmer hur handlägningsprocessen ska vara uppbyggd när det gäller klagorätt och behandlingen av klagomål. Begreppet ”yrkesmässigt utförande” ska tolkas vitt och det ska vara tillåtet att klaga på en rad olika delar av verksamheten.

Enligt motiven är det den enskilda utövarorganisationen som bestämmer vilka villkor som ska vara uppfyllda för att utövaren ska kunna uteslutas. Även när det gäller dessa villkor ska Social- och helsedirektoratet inte göra någon bedömning av villkorens närmare materiella eller processuella innehåll. Direktoratet ska istället pröva om organisationen har föreskrivna regler, som i praktiken innebär att organisationen har möjlighet att utesluta medlemmar på närmare angivna villkor. Direktoratet kan i övrigt återkalla ett tidigare godkännande av en organisation helt eller delvis, om villkoren för registrering inte längre är uppfyllda. En godkänd utövarorganisation är skyldig att snarast meddela Brønnøysundsregistrene om en registrerad medlem inte längre uppfyller kraven för att vara registrerad.

Följande förutsättningar måste vara uppfyllda för att Brønnøysundsregistrene ska registrera utövare av alternativ behandling :

1. utövaren är medlem av organisation som är godkänd av Social- och helsedirektoratet,
2. utövaren är registrerad – direkt eller indirekt – i det s.k. Enhetsregistret, antingen direkt såsom näringsidkare eller indirekt såsom delägare/medlem i en organisation som är registrerad i Enhetsregistret eller anställd hos en arbetsgivare som är registrerad i där.
3. utövaren är försäkrad,
4. utövaren har uppgett den titel eller behandlingsform som han eller hon önskar registreras under.

Den som registreras som utövare är bl.a. skyldig att betala en årlig avgift om denne önskar kvarstå i registret samt årligen skicka in dokumentation som visar att utövaren har en giltig försäkring. Utövaren ska vidare betala en särskild avgift första gången han eller hon registrerar sig. Om utövaren inte längre uppfyller villkoren för registrering utesluts denne från registret. Ett skäl för uteslutning kan t.ex. vara att utövaren inte längre är medlem i en utövarorganisation, vilket kan bero på att utövaren efter prövning av organisationen har uteslutits som medlem. Detta kan i sin tur bero på att utövaren brutit mot någon av organisationens stadgar och t.ex. inte följt de yrkesetiska reglerna. Brønnøysundsregistrene kan också – efter begäran från Social- och helsedirektoratet och om särskilda skäl föreligger – utesluta en registrerad utövare även om villkoren för registrering är uppfyllda. De situationer som bestämmelsen är avsedd för är när en utövarorganisation underlåter eller nekar att utesluta en medlem, trots att vederbörande har utövat eller utövar sin verksamhet som alternativ behandlare på ett klandervärt sätt. Det kan t.ex. gälla situationer där en registrerad utövare marknadsför eller driver verksamhet i strid med lagen eller flera gånger är ”dömd” av organisationens eget klagorgan. Följden av denna underlåtelse från organisationens sida, är att den registrerade fortfarande uppfyller villkoren för registrering, eftersom han är medlem i en godkänd utövarorganisation. Av hänsyn till registrets trovärdighet och patienters behov av skydd, ska Brønnøysundsregistrene kunna utesluta en registrerad om direktoratet har begärt det. Innan beslut om uteslutning fattas ska synpunkter från den registrerade inhämtas.

Avslutningsvis innehåller föreskriften bestämmelser om vad registret ska innehålla. Det ska innehålla bl.a. följande uppgifter:

1. den registrerade utövarens namn, adress och födelsenummer,
2. när utövaren registreras första gången,
3. vilken enhet den registrerade utövar sin verksamhet igenom, angivet med organisationsnummer, namn och adress,
4. organisationsnummer, namn och adress på godkänd utövarorganisation som har medlemmar registrerade i utövarregistret,
5. den registrerade utövarens titel eller den behandlingsform vederbörande utövar, samt organisationsnummer, namn och adress på godkänd utövarorganisation som utövaren är medlem i.

Uppgifterna i registret är med något undantag offentliga.

16.1.4 Informationsinsatser

I Norge finns ett Nationellt informationscenter för alternativ behandling (NIFAB) vilket är ett offentligt center för de som söker information om alternativ behandling. NIFAB har etablerats av och finansieras av Helse- og omsorgsdepartementet. Centret är knutet till det nationella forskningscentret inom komplementär- och alternativmedicin (NAFKAM), se nedan.

Skälen till inrättandet av NIFAB var den ökande användningen av alternativ behandling och att informationsbehovet om fältet, behandlingserbjudanden, patienträttigheter och kunskap är stort. Den stora mängden information om alternativ behandling som finns tillgänglig gör det svårt att skilja neutrala fakta från reklam och marknadsföring. NIFABs mål är att beskriva området alternativ behandling i Norge och ge forsknings- och erfarenhetsbaserad information som underlag för enskildas val. Målgrupperna är brukare och möjliga brukare av alternativ behandling, hälso- och sjukvårdspersonal och andra som söker information om området. På hemsidan finns presentationer och beskrivningar av de alternativa behandlingsformer som erbjuds i Norge i dag, integrativ behandling, forskning om alternativ behandling, lagstiftning och patienträttigheter m.m.

16.1.5 Forskning

I Norge finns ett nationellt forskningscentrum för alternativ- och komplementärmedicin – Nasjonalt forskningscenter innen komplementaer og alternativ medisin (NAFKAM) som är knutet till Tromsø universitet. Centret har ett nationellt ansvar för forskning inom området för alternativ- och komplementärmedicin. Det ska vara tillgängligt för norska forskare inom området och det är remissorgan för regeringen och andra offentliga institutioner.

16.2 Danmark

I Danmark finns lagstiftning inom alternativ- och komplementärmedicin sedan 2004. Till skillnad från i Norge regleras i den lagen enbart frivillig registrering av alternativa behandlare.

16.2.1 Bakgrund

Regelverken inom hälso- och sjukvården är likartade i Danmark och Sverige. I fråga om utövandet av alternativ- och komplementärmedicin har, på samma sätt som i Sverige, viss verksamhet varit förbehållen personal inom hälso- och sjukvården. Närmare bestämmelser om detta finns bl.a. i laegeloven.

I Danmark fanns tidigare ett frivilligt register för personer som utövar alternativ- och komplementärmedicin som helt och hållet administrerades av organisationerna själva. Det allmänna hade inte någon annan roll än att Sundhedsstyrelsen bistod med råd till organisationerna.

År 2002 begärde Folketinget att det skulle införas en lagreglering om en registerordning över alternativa behandlare i Danmark. Med utgångspunkt i en utredning utförd av Sundhedsstyrelsen, lade Inrikes- och sundhedsministern fram ett sådant lagförslag i februari 2004. Efter vissa justeringar vid beredningen i Folketinget, trädde den nya lagen i kraft den 1 juni 2004. Lov om branscheadministreret registerordning for alternative behandlere (lov nr 351) kompletterar bl.a. den ovan nämnda laegeloven. Den nya lagen innebar inte någon ändring materiellt sett vad gäller vilka behandlingar hälso- och sjukvårdspersonal och övriga får utföra. Sundhedsstyrelsen har även meddelat tillämpningsföreskrifter till denna lag-

stiftning – Bekendtgørelse om en bransheadministreret registerordning for alternative behandlere.

16.2.2 Bekendtgørelse om en bransheadministreret registerordning for alternative behandlere

Allmänt

I inledningen av lagen anges att en frivillig branschadministrerad registerordning införs för att stärka brukarnas säkerhet vid användande av alternativ behandling. I stora drag innebär lagen att föreningar för alternativa behandlare kan ansöka hos Inrikes- och sundhedsministern (eller den han eller hon bemyndigar) om ett – på närmare angivna villkor – godkännande om att få registrera de medlemmar som uppfyller vissa basala utbildningsmässiga krav och som önskar att omfattas av registret. Dessa medlemmar har efter en sådan registrering rätt att använda titeln ”registreret alternativ behandler (RAB)”. I motiven till lagen framhålls att brukarna av alternativ behandling därmed lättare kommer att kunna identifiera de behandlare som uppfyller en rad yrkesmässiga krav som fastställts av respektive branschförening.

I motiven till lagen framhålls att registerordningen för alternativ behandlare är frivillig och att det innebär att de behandlare som inte uppfyller kraven, eller som inte önskar att omfattas av registerordningen, fortfarande kommer att kunna utöva alternativ behandling i enlighet med gällande bestämmelser. Lagen innebär endast att alternativ behandlare som är medlem i en godkänd förening, med föreningens tillåtelse kan använda sig av titeln ”registreret alternativ behandler (RAB)”.

Definitionen av ”alternativ behandlare”

I den danska lagen definieras en alternativ behandlare som en person som utövar hälsomässig verksamhet utanför den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och som inte är legitimerad att utöva den ifrågakvarande verksamheten eller omfattas av Sundhedsstyrelsens tillsyn. Det framhålls särskilt i motiven till lagen att registerordningen endast omfattar utövare av ”sundhedsmaessig virksomhed”. I Sundhedsstyrelsens tillämpningsföreskrifter sägs att med sådan verksamhet avses diagnosticering, behandling, förebygg-

ande m.m. av sjukdom rörande den enskilde brukaren. Lagen omfattar inte dem som uteslutande utövar verksamhet som rör livsfilosofier, skönhetsbehandlingar, personligt välbefinnande, personlig utveckling, m.m.

Enligt lagen är en förening vidare ”en organisation, vars medlemmar är alternativa behandlare inom ett särskilt fackområde”. Efter en konkret bedömning, kan dock även föreningar som organiserar medlemmar som utför verksamhet inom olika behandlingsformer godkännas.

Förutsättningar för godkännande av föreningar

Inrikes- och sundhedsministern – och även Sundhedsstyrelsen – kan efter ansökan godkänna föreningar, som kan registrera alternativa behandlare. Föreningen måste dock uppfylla följande villkor för att bli godkänd.

1. Föreningens väsentligaste uppgift ska vara att representera alternativa behandlare i yrkesmässiga frågor.
2. Föreningen ska ha ett icke oväsentligt antal alternativa behandlare som medlemmar.
3. Föreningen ska ha ett regelverk för god klinisk praxis.
4. Föreningen ska vara väletablerad och uppbyggd i en erkänd föreningsform med stadgar. Stadgarna ska innehålla bestämmelser, som säkrar att föreningen är demokratisk i sin uppbyggnad och funktion. Vidare ska stadgarna innehålla bestämmelser om förutsättningar för medlemskap samt om och när uteslutning kan ske.
5. Föreningen ska ha ett klagooorgan, vars sammansättning och sakbehandling är betryggande för parterna. Klagooorganet ska kunna behandla klagomål från brukare av alternativ behandling över den behandling, de har fått av föreningens medlemmar, samt klagomål från alternativa behandlare över nekat medlemskap i föreningen. Vidare ska klagooorganet behandla klagomål över uteslutning ur föreningen eller återkallelse av rätten att använda titeln registrerad alternativ behandlare (RAB). Klagooorganet ska kunna sanktionera överträdelser av föreningens regler.

6. Föreningen ska ge allmänheten tillgång till upplysningar om vilka av föreningens medlemmar som fått tillåtelse att använda titeln registrerad alternativ behandlare (RAB), om regelverket för god klinisk praxis, samt om de basala utbildningskrav föreningen ställer på de medlemmar, som föreningen ger tillåtelse att använda titeln registrerad alternativ behandlare (RAB).
7. Föreningen ska vidare ställa basala utbildningskrav på de medlemmar av föreningen som föreningen ger tillåtelse att använda titeln registrerad alternativ behandlare (RAB).

Det framhålls i motiven att innebörden av att registerordningen är branschadministrerad är att det är den enskilde – av Sundhedsstyrelsen godkända – föreningen som utför registreringen, om en medlem uppfyller kraven enligt registerordningen. Det är inte ett krav för ett godkännande av föreningen att alla medlemmar i en förening ska kunna uppfylla villkoren för att få använda titeln ”RAB” (se ovan). Vidare framhålls att det inte ställs krav på att föreningen ska vara dansk, t.ex. kan föreningar från andra EU/EES-stater ansöka om godkännande enligt registerordningen.

När det gäller de olika angivna villkoren för godkännande av föreningar anges bl.a. i motiven till lagen samt i Sundhedsstyrelsens tillämpningsföreskrifter att ett medlemstal om cirka 30 bör kunna uppfylla kraven. Detta kan antingen gälla en förening inom enskilt yrkesområde eller en paraplyorganisation för olika alternativa behandlare. I fråga om ”god klinisk praxis” sägs att regelverket bl.a. ska innehålla bestämmelser om att medlemmarna endast får använda medel och metoder som är betryggande och att medlemmarna endast får utföra behandlingar som de är kvalificerad för. I Sundhedsstyrelsens föreskrifter anges närmare vad detta regelverk ska innehålla. Enligt motiven bör en förening anses vara väletablerad om den har funnits i minst två år. Om en förening består av sammanslagna föreningar, kan den anses väletablerad efter en kortare tid än denna. En konkret bedömning i det enskilda fallet måste dock göras. Sundhedsstyrelsen förutsätts, enligt motiven till lagen, i föreskrifter ange närmare krav på de klagooorgan som ska finnas hos föreningen. Detta kan t.ex. gälla frågor om opartiskhet m.m. I motiven till lagen, samt i Sundhedsstyrelsens föreskrifter, anges att utbildningskraven både gäller teori och praktik. De aktuella kraven ska framgå av föreningens stadgar. De grundläggande utbildningskraven förutsätts vara en hälso- och sjukvårdsinriktad utbildning, som består av

sammanlagt minst 660 undervisningslektioner (minimum 45 minuter) eller timmar. Vidare förutsätts utbildningen omfatta minst 250 undervisningslektioner eller timmar i den primära behandlingsformen. Undervisningen bör i övrigt innehålla grundläggande utbildning om hälso- och sjukvårdslagstiftningen, psykologi, klinikvägledning/klinikbehandling samt presentation av andra alternativa behandlingsformer.

I motiven framhålls att registerordningen inte innebär ett godkännande från det allmänna av respektive alternativa behandlingsmetod. Enligt lagen ska det endast bedömas om de föreningar, som ansöker om godkännande eller som redan är godkänd, uppfyller de närmare fastställda kraven i registerordningen. Sundhedsstyrelsen kan också återkalla ett godkännande, om den bedömer att en förening inte längre uppfyller de närmare fastställda kraven.

Skydd av titel m.m.

En alternativ behandlare, som är medlem i en av Sundhedsstyrelsen godkänd förening, har som nämnts ovan rätt att använda titeln "RAB", under förutsättning att föreningen har gett tillåtelse till det. Den som oriktigt använder denna titel eller framstår som sådan straffas med böter.

Det förutsätts också att de föreningar som önskar bli godkända att administrera register för alternativa behandlare betalar en handläggningsavgift för den prövning som utförs. För att bibehålla rätten att registrera alternativa behandlare ska föreningen bl.a. betala en årlig avgift samt löpande skicka in kopia av eventuella stadgeändringar eller ändringar i annat material som ligger till grund för godkännandet. Om föreningen inte fullgör dessa skyldigheter upphör godkännandet av föreningen och Sundhedsstyrelsen avför föreningen från styrelsens lista.

Sundhedsstyrelsen ska på sin hemsida lämna upplysningar om de föreningar som godkänts att registrera alternativa behandlare. De godkända föreningarna ska i sin tur ge allmänheten tillgång till uppgifter om vilka av föreningens medlemmar som har registrerats och som därmed har rätt att använda titeln "RAB". Föreningen ska vidare lämna upplysningar om

- proceduren för registrering, föreningens regelverk för god klinisk praxis,

- de utbildningskrav som föreningen ställer på de medlemmar som föreningen registrerar samt
- klagoproceduren till föreningens klagoorgan.

16.2.3 Forskning

I Danmark bedrivs forskning inom alternativ- och komplementärmedicin vid ett centrum som benämns Videns- og forskningscenter for alternativ behandling (ViFAB), som är en oberoende institution under Inrikes- och Sundhedsministeriet. Denna institution tillkom genom beslut av Folketinget år 1998. Enligt uppgift från ViFAB:s hemsida (www.vifab.dk) har centret som uppgift att:

- insamla, bearbeta, utveckla och förmedla kunskap om alternativ behandling och naturmedicin,
- initiera forskning inom alternativ behandling och naturmedicin och forskningen kan ske antingen i centrats regi eller i andra forskningsmiljöer,
- främja en dialog mellan auktoriserad hälso- och sjukvårdspersonal, alternativa behandlare och brukare samt
- öka kunskapen om behandlingsfilosofier bakom alternativa behandlingar och naturmedicin.

16.3 Finland

16.3.1 Nuvarande reglering

I Finland finns reglerna om hälso- och sjukvårdspersonal i en särskild lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Vissa yrken är legitimationsyrken medan andra har en skyddad yrkesbeteckning. Legitimationsyrken får i regel endast utövas av legitimerade yrkesutbildade personer.

När det gäller förbud att utöva viss verksamhet inom hälso- och sjukvården (kvacksalveri) regleras detta inte särskilt utan framgår av att det är läkare som beslutar om medicinska undersökningar av en patient, ställer diagnos och beslutar om vården och behandlingen i samband därmed. Den som utan att ha rätt till det är verksam som yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården eller som yrkesmässigt tar sådan verksamhet till yrke kan dömas till fängelse i högst sex månader. Om personen i samband med sådan verk-

samhet ger vård eller behandling som kan medföra fara för liv eller hälsa för den person som vårdas kan den som bedriver sådan verksamhet dömas för yrkesmässig olovlig verksamhet med fara för patienten såsom yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården till fängelse i högst ett år.

16.3.2 Förslag om reglering av alternativa vårdmetoder

Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte den 1 juni 2008 en arbetsgrupp för att utreda behovet av bestämmelser för alternativa vårdmetoder. Arbetsgruppens uppgift var att utreda de viktigaste problemen beträffande alternativa vårdmetoder med tanke på patientsäkerheten, att bedöma behovet av lagstiftning och ge sitt förslag till reglering av alternativa vårdmetoder. Arbetsgruppens förslag innebär att man i ett första skede ska ställa upp begränsningsbestämmelser med vilkas hjälp man så snabbt som möjligt kan ingripa om problem som äventyrar patientsäkerheten uppstår. För att säkra patienternas trygghet ska vården för vissa patientgrupper få utföras endast av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården och andra än yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården ska endast i samarbete med läkare få sköta vissa allvarliga sjukdomar och patientgrupper. Arbetsgruppen föreslår att man i ett andra skede ska anta lagstiftning om alternativa vårdmetoder. En lag om alternativa vårdmetoder ska innehålla, förutom de tidigare nämnda begränsningsbestämmelserna, bland annat en definition över alternativa vårdmetoder, regler för lagens tillämpningsområde, allmänna skyldigheter för den som yrkesmässigt utövar alternativa vårdmetoder, regler för marknadsföring och dess övervakning, regler för frivillig registrering av alternativvårdsterapeuter samt regler för övervakning av alternativvård.

Arbetsgruppen framförde också andra utvecklingsförslag, vilka kan påverka de alternativa vårdmetodernas säkerhet. Gruppen ansåg det viktigt att öka dialogen mellan dem som utövar alternativvård och yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården för att förbättra patientsäkerheten och för att skapa en mer positiv inställning. Arbetsgruppen föreslog också att de föreningar som representerar alternativa vårdmetoder ska utveckla sin egen verksamhet bland annat genom att organisera sig bättre än idag. Forskningen om alternativa vårdmetoder borde öka och det borde grundas en kunskapsbank för forskningen. Rapporten har remissbehandlats.

16.4 Island

I den lag som reglerar läkarnas legitimationer, rättigheter, skyldigheter m.m. finns även bestämmelser om kvacksalveri. Alla former av kvacksalveri är förbjudet på Island. Kvacksalvare är den som utan att ha läkarlegitimation erbjuder sig att behandla patienter, utger sig för att vara läkare, ger råd och tillhandahåller mediciner som endast får säljas av apotek.

16.4.1 Lag om alternativa behandlare

Den 25 maj 2005 trädde en lag om alternativa behandlare i kraft. Dess syfte är att bidra till att öka kvaliteten i alternativa behandlingar och säkerheten för dem som söker sådan behandling. Alternativa behandlare är de som erbjuder hälsorelaterade tjänster utanför den traditionella hälso- och sjukvården. Sådana tjänster är sådana som i allmänhet erbjuds utanför den traditionella hälso- och sjukvården och baseras mer på tradition och erfarenhet än på empiriska vetenskapliga rön. De omfattar bl.a. behandlingar för att få en bättre hälsa, smärtlindring, minska obehag och främja läkning. Ett frivilligt register har inrättats och det administreras av Föreningen för isländska alternativbehandlare och är tillgängligt för allmänheten. För registrering krävs medlemskap i en godkänd förening, eller att man uppfyller kraven för medlemskap, och har ansvarsförsäkring. Den som inte längre uppfyller kraven för registrering ska avregistreras. En förordning innehåller den närmare regleringen av den frivilliga registerordningen och enligt den är avsikten med registret att befrämja säkerheten för dem som söker eller använder alternativa behandlares hälsorelaterade tjänster och att säkerställa kvaliteten på tjänsterna så långt som möjligt. Dessutom är registreringssystemet avsett att bidra till ansvariga tjänster och affärsmetoder. Ministern för hälsovård och social trygghet tillåter anslutningen av branschorganisationer till registret för alternativa behandlare. För att bli ansluten krävs att föreningen har antagit resolutioner om:

- 1) utbildning och yrkesmässiga kriterier för personer som ansöker om att bli medlemmar,
- 2) en etisk kod som medlemmarna måste följa i sitt arbete,
- 3) att medlemmarna åtar sig att bedriva sin verksamhet på ett ansvarsfullt sätt,

- 4) att medlemmar åtar sig att ge kunderna all nödvändig information om sina aktiviteter,
- 5) att medlemmarna förbinder sig att upprätthålla sekretess avseende all information om kunden och hans / hennes hälsa,
- 6) att kunden är tillförsäkrad en rätt att framföra klagomål när det gäller medlemmarnas professionella arbete, vilka ska behandlas av den etiska kommittén inom yrkesorganisationen eller av ett särskilt klagoområde,
- 7) att medlemmarna kan uteslutas ur föreningen i överensstämmelse med de regler som föreskrivs.

Det krävs vidare att bolagsordningen för yrkesorganisationen innehåller bestämmelser om registrering av uppgifter om hälsorelaterade tjänster till privatpersoner och att föreningen är registrerad med ett identitetsnummer.

I förordningen anges också vilka krav som ställs på de alternativa behandlarna för att de ska få registreras. Föreningen för isländska alternativbehandlare registrerar de behandlare som uppfyller följande krav:

- 1) Behandlaren har slutfört studier som motsvarar minst sex poäng i anatomi och fysiologi, fem poäng i patologi och två poäng i etik och hälsolagstiftning. Detta avser poäng från övre gymnasienivå. Behandlaren måste också ha genomgått praktisk utbildning under ledning av en erkänd instruktör i enlighet med de normer branschorganisationen ställer upp för sitt arbetsområde.
- 2) a) En skriftlig bekräftelse har lämnats in om att behandlaren är fullvärdig medlem i en branschorganisation som har erkänt bestämmelserna i förordningen och att föreningen rekommenderar att han / hon registreras, eller
b) En skriftlig bekräftelse har lämnats in om att han/hon har samtyckt till att följa de resolutioner som föreskrivs för föreningar (se punkterna 1–7 ovan), direktören för hälsa och Föreningen för isländska alternativbehandlare rekommenderar registrering, och personen i fråga har undertecknat en förklaring om att han/hon underställer sig övervakning av direktören för hälsa och Föreningen för isländska alternativbehandlare.
- 3) Behandlaren i fråga har lämnat en bekräftelse på att han/hon innehar en giltig ansvarsförsäkring.

- 4) Behandlaren har lämnat uppgifter om personnummer, namn, adress och plats för verksamheten.
- 5) Behandlaren har förklarat sig avse att arbeta inom det område för vilket han eller hon begär att få bli registrerad.

16.5 WHO

FN-organet WHO bedriver ett omfattande arbete inom det område som benämns Traditional Medicine (TM). Med TM avser WHO summan av den kunskap som av tradition använts i många länder för att förebygga ohälsa, ställa diagnos och bota sjukdomar. Enligt WHO kan tillgång till säker och effektiv TM och alternativ- och komplementärmedicin vara ett livsviktigt instrument för att öka tillgången på hälsovård i utvecklingsländerna, där mer än 1/3 av befolkningen saknar tillgång till livsnödvändiga mediciner. WHO:s studier visar även att i Afrika använder 90 procent av befolkningen TM som primärvård.

WHO har i rapporten *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review* genomfört en sammanställning över den rättsliga statusen för TM/alternativ- och komplementärmedicin i 123 länder. Rapporten innehåller bl.a. uppgifter om användningen av TM/alternativ- och komplementärmedicin runt om i världen samt hur regleringen i stort ser ut. Rapporten visar att 25 av WHO:s 191 medlemsländer har tagit fram policyriktlinjer inom området. 60 av medlemsländerna har lagstiftning som reglerar naturläkemedel.

WHO har även utarbetat en strategi och riktlinjer för TM åren 2002–2005 vilken redovisas i rapporten *WHO Traditional Medicine Strategy 2002–2005*. Syftet med rapporten är att diskutera den traditionella medicinens roll i dagens hälsosystem, dagens utmaningar och möjligheter samt WHO:s roll och strategi för traditionell medicin. De riktlinjer som WHO har utarbetat om TM/alternativ- och komplementärmedicin är avsedda att implementeras i alla medlemsländer. I korthet går WHO:s riktlinjer ut på att stödja medlemsländerna i att:

- utveckla en nationell policy för utvärdering och reglering av TM/alternativa- och komplementärmedicinska metoder,

- skapa en starkare evidensbas vad gäller säkerhet, effektivitet och kvalitet av TM/alternativa- och komplementärmedicinska produkter och metoder,
- säkerställa god tillgänglighet till TM/alternativ- och komplementärmedicin, inklusive livsnödvändiga örtmediciner, till rimliga kostnader för befolkningen,
- stödja en terapeutiskt sund användning av TM/alternativ- och komplementärmedicin bland konsumenter.

WHO har utöver detta utarbetat olika specifika riktlinjer rörande bl.a. TM, örtmedicin och akupunktur.

17 Problem i dag inom det område som ligger hälso- och sjukvården nära

17.1 Enkät till Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter

Vi har ställt ett antal frågor till Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter om vilka erfarenheter de har av verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära (se bilaga 9). Alla de enheter som svarat (fem av sex) uppger att det förekommer anmälningar som avser den verksamhet som ligger utanför myndighetens tillsynsuppdrag. Någon anger att de får många sådana anmälningar, medan andra uppger ett fåtal respektive ett mindre antal. Anledningen till att tillsynsenheterna får ta emot sådana anmälningar är att enskilda inte är medvetna om att Socialstyrelsen endast har tillsyn över hälso- och sjukvård, att de tror att den de fått behandling av är legitimerad eller att vården eller behandlingen varit tydligt hälso- och sjukvårdsinriktad. De som vänder sig till Socialstyrelsen, när det gäller sådan verksamhet, har inte förstått skillnaden mellan att vara patient och att vara konsument av hälso- och sjukvårdstjänster.

När det gäller förekomsten av skador och biverkningar inom verksamhet som ligger utanför myndighetens uppdrag har någon enhet erfarenheter av sådana skador medan flera inte har någon erfarenhet. Någon uppger att det brukar vara fråga om ekonomisk skada där kunden vill ha betalningen tillbaka.

Bestämmelserna om skyddad yrkestitel inom hälso- och sjukvården anses av de flesta som svarat vara ändamålsenliga och tillräckliga. De uppger också att myndighetens påpekanden vid felaktig användning brukar respekteras. Någon enhet anser att straffvärdet vid brott mot bestämmelserna är för lågt och att man bör förtydliga det liksom vilken myndighet som ska tillse efterlevnaden.

Vi frågade också om bestämmelserna i 4 kap. LYHS (5 kap. patientsäkerhetslagen) är tillräckliga för att ge konsumenter/patienter ett godtagbart skydd. Några enheter anser att de är tillräckliga medan andra framför förslag på förändringar. En enhet vill utöka begränsningarna till att gälla icke rättskapabla, t.ex. dementa och ofödda, utöka skyddet för barn upp till 16 år och ge Socialstyrelsen bemyndigande att föreskriva begränsningar när det gäller olika behandlingsmetoder. Någon anser också att bestämmelserna behöver revideras, då det finns ett stort antal sjukdomstillstånd med samma allvarlighetsgrad som inte nämns i 2 §. Ett förslag om att lyfta ur 4 kap. ur LYHS framförs också med motiveringen att reglerna ju inte gäller hälso- och sjukvårdspersonal och därför borde regleringen finnas utanför LYHS. Någon menar också att verksamhet som drivs ideellt och gratis borde omfattas av reglerna.

17.2 Intryck från möten m.m.

Utredningen har vid en hearing med olika patient- och brukargrupper diskuterat frågor om verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära. Då framkom att många medlemmar hade positiva erfarenheter av olika former av alternativ- och komplementärmedicin. Anledningen till att man söker sig till alternativ behandling är ofta att man inte anser sig ha blivit lyssnad på inom den traditionella hälso- och sjukvården. Många har behov av vård, trots att det inte finns någon bot. Man upplever att den bristsituation som finns inom hälso- och sjukvården, bl.a. när det gäller psykoterapeuter, öppnar för en oseriös marknad.

En referensgrupp bestående främst av representanter för arbetsgivarna och de fackliga organisationerna inom hälso- och sjukvården har bistått utredningen. Flera av yrkesorganisationerna har uttryckt att det finns risk för förväxling när det gäller yrkestitlar. Enligt Sjukgymnastförbundet finns det risker för förväxling när det gäller den internationella beteckningen fysioterapeut. Optikerförbundet har uttryckt farhågor när det gäller en KY-utbildning i optometri. Psykologförbundet har framfört att titelskyddet är ett jätteproblem och att det är omöjligt för allmänheten att skilja terapeuterna åt. Ett exempel på förväxlingsrisk inom det området anser förbundet vara en utbildning i socialpsykologi vid högskolan i Skövde. Arbetsterapeutförbundet har pekat på att det finns många benäm-

ningar som används tillsammans med ”terapeut” vilket kan vara förvirrande för allmänheten.

Allmänna reklamationsnämnden prövar inte tvister som rör hälso- och sjukvård, men vissa ärenden som nämnden prövar kan röra frågor som berör verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära. Vi har tagit del av 13 beslut från åren 2006–2009, som nämnden hänfört till kroppsvård. De har rört frågor om laserbehandling, tandblekning och behandling av håravfall m.m. Vi har också frågat Konsumentverket, som nämnts ovan under avsnitt 14.2.3, om ärenden angående alternativa behandlingar och fann då 20 ärenden under perioden 2000–2009. I avsnitt 14.2.1 redogör utredningen även för lagföringsstatistik m.m.

Regeringen har överlämnat ett antal skrivelser till utredningen som behandlar frågor om alternativa behandlingar och risk för förväxling med legitimerad personal, bl.a. att skyddet för yrkestiteln legitimerad psykoterapeut inte hindrar någon utan sådan legitimation att erbjuda psykoterapi.

17.3 Utredningens slutsatser

Utredningen har från många olika håll tagit del av beskrivningar av problem inom verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära. Människor tror att den vård eller behandling de får är hälso- och sjukvård, eftersom den ges av personer som kallar sig eller sin verksamhet för något som är lätt att förväxla med den hälso- och sjukvård som erbjuds av landstingens och privatpraktiserandes hälso- och sjukvårdspersonal. Även den mer etablerade alternativa eller komplementära medicinen kan förväxlas med behandling som erbjuds av utövare efter en kortare kurs. De uppgifter vi har tillgång till, när det gäller domar, anmälningar m.m. från människor som på olika sätt är missnöjda med sin behandling visar dock inte på problem i någon större omfattning. Det kan dock finnas skäl till att dessa uppgifter inte visar hela omfattningen av problemen, t.ex. att den som känner sig lurad är ovillig att anmäla, att man vet inte vart man ska vända sig, m.m.

Enligt vår mening är det oavsett omfattningen av problemet viktigt att ge människor möjlighet att göra medvetna val när det gäller vård och behandling. Tillgången till information om behandlarens kompetens är då av stor betydelse. Många människor söker alternativ till den traditionella hälso- och sjukvården. Rätten att själv

välja vilken vård och behandling man vill ha för sina besvär måste i största möjliga utsträckning respekteras. Utgångspunkten för förslagen i nästa kapitel är därför att ge människor underlag för att välja vilken vård eller behandling de önskar och tydliggöra vad som är hälso- och sjukvård och vad som inte är det.

18 Överväganden och förslag

18.1 Utgångspunkter

Utredningens övergripande uppdrag, när det gäller verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära, är att tydliggöra för allmänheten vad som räknas till hälso- och sjukvård och vad som inte räknas dit. Våra överväganden och förslag tar därför sikte på att underlätta för människor att välja vilken form av vård eller behandling de vill ha. Hälso- och sjukvård ska bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård. Det innebär bl.a. att den särskilt ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Detta måste även gälla människors val av alternativ till den traditionella hälso- och sjukvården. Det är viktigt att ge människor möjlighet att göra medvetna val när det gäller vård och behandling. Tillgången till information om behandlarens kompetens är då av stor betydelse.

Våra direktiv anger ett antal möjliga vägar att gå för att klargöra vad som utgör hälso- och sjukvård och vad som inte är det och nämner olika möjligheter att stärka skyddet för patienter/konsumenter, när det gäller verksamhet som lätt kan förväxlas med hälso- och sjukvård. Det gäller förändringar av bestämmelserna om skyddad yrkestitel inom hälso- och sjukvården, begränsningarna i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder och förutsättningarna för tillsyn över den verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära. Dessa möjligheter, och andra sätt att tydliggöra för allmänheten vad som räknas till hälso- och sjukvård och vad som inte räknas dit, behandlas i flera olika sammanhang nedan.

Frågor vi behandlar

I ett första avsnitt tar vi upp frågan om ett register för alternativa behandlare och möjliga åtgärder för att öka tillgången till information för att välja vård. Därefter tar vi ställning till hur lagstiftningen

bör utformas för verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära och frågor om begränsningar i rätten att vidta vissa åtgärder inom hälso- och sjukvårdens område. Avslutningsvis behandlar vi frågor om tillsyn, skyddade yrkestitlar och marknadsföring.

18.2 Ett register för alternativa behandlare

Utredningens förslag: Ett frivilligt register skapas för utövare av alternativa behandlingsformer som inte är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. En ideell förening med huvudändamål att organisera yrkesutövare av alternativa behandlingsformer kan godkännas för deltagande i registret. Den måste då ha stadgar som ställer krav på viss utbildning och möjlighet till uteslutning och klagomål. Medlem i godkänd yrkesorganisation ska kunna bli registrerad. Konsumentverket ska godkänna de organisationer som uppfyller kraven för att få delta i registret och administrera registret över yrkesutövarna. En förteckning över godkända yrkesorganisationer och registret över yrkesutövare ska vara tillgängligt på Internet. Registret ska där innehålla uppgifter om namn, yrkesverksamhet och var den bedrivs. Avregistrering ska kunna ske i vissa angivna fall.

18.2.1 Inledning

Utredningens övergripande uppdrag är att tydliggöra för allmänheten vad som räknas till hälso- och sjukvård och vad som inte räknas dit. En möjlighet att underlätta för människor att välja vilken form av vård eller behandling de vill ha är att ge dem tillgång till ett register över utövare av alternativa behandlingsformer. Frågan om ett sådant register har tagits upp flera gånger tidigare och finns redan i Norge, Danmark och Island (se kapitel 16 ovan).

18.2.2 Finns det skäl att införa ett register över utövare av alternativa behandlingsformer?

Ett register över utövare av alternativa behandlingsformer föreslogs första gången 1989 av alternativmedicinkommittén. Skälen för förslaget var att det bästa sättet att öka patienternas säkerhet och trygghet

het var att garantera en viss basutbildning hos de alternativmedicinska behandlarna. Endast de som hade denna utbildning skulle få marknadsföra sig under en beteckning som framhöll denna kompetens. Registreringen skulle också vara en utgångspunkt för tillsyn av dessa behandlare. En särskild utredare fick sedan 2004 i uppdrag att ta fram ett förslag om ett sådant register. Det övergripande ändamålet för registret var att öka patientsäkerheten för den som söker eller använder sig av tjänster som erbjuds inom området för alternativ- och komplementärmedicin. Det sker genom att offentlighet ges åt dem som, efter ansökan och prövning, införts i registret. I Norge och Danmark har sådana register funnits sedan 2004 och på Island sedan 2006.

Under de möten utredningen haft med personer verksamma inom alternativ- och komplementärmedicin har många varit positiva till tankarna på ett register för utövare av alternativa behandlingsformer. Vid en hearing med organisationer inom alternativ- och komplementärmedicin tyckte flertalet att ett register kunde tydliggöra deras verksamhet. De framhöll att det var viktigt att registret gjordes känt, att det hade ett adekvat innehåll och att det ställdes krav på försäkring och utbildning. Några tyckte att det redan finns register hos de olika organisationerna och att det därför inte behövs något ytterligare. Det framfördes också att organisationerna skulle kunna sköta ett register, vilket andra såg som svårt med tanke på de konflikter som finns mellan olika organisationer.

Syftet med ett register över utövare av alternativa behandlingsformer är att öka patienternas säkerhet och trygghet genom att ställa vissa krav för registrering och tydliggöra vad som är hälso- och sjukvård och vad som inte är det. Ett register ökar möjligheterna för den som söker vård och behandling att få tillgång till information för att kunna välja behandlare. Vi föreslår därför att ett register skapas för utövare av alternativa behandlingsformer med de utgångspunkter som anges nedan.

18.2.3 Ska registrering vara obligatorisk eller frivillig?

I våra grannländer är registreringen i registren för utövare av alternativa behandlingsformer frivillig. AKM-registerutredningens förslag innebar också att det skulle vara frivilligt att ingå i registret (se avsnitt 15.2.7 och kapitel 16 ovan).

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 angeläget allmänt intresse är inte närmare preciserat. I förarbetena anges det 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.¹ Det grundläggande skälet för rättsliga regleringar av yrken inom hälso- och sjukvården är omsorgen om patienternas säkerhet i vården, patientsäkerheten. Det område som ligger nära hälso- och sjukvården, men som inte tillhör den, anser vi bör ha samma utgångspunkt, dvs. patientens/konsumentens berättigade krav på säkerhet. En annan viktig utgångspunkt är den enskildes frihet att välja behandlingsform.

Ett krav på obligatorisk registrering för att få utöva AKM-verksamhet kan motiveras med omsorgen om dem som utnyttjar sådan vård eller behandling. Verksamheten inom alternativ- komplementärmedicin begränsas dock genom reglerna i 5 kap. patientsäkerhetslagen, som inskränker näringsfriheten när det gäller vissa sjukdomstillstånd eller behandlingar. Vilka sjukdomstillstånd som är förbjudna att behandla har bestämts utifrån ett riskresonemang, där det dels ansetts föreligga risker med behandlingen som sådan, dels med att en alternativ behandling får patienten att avstå från en botande eller på annat sätt verksam terapi. Enligt vår mening bör ett frivilligt register vara tillräckligt för att uppnå en ökad tydlighet för patienter och konsumenter. Ett obligatoriskt register kan skapa en oriktig förväntan på statens åtagande när det gäller registrerade utövare och också på de behandlingsformer som dessa använder. Man kan uppfatta det som att staten går i god för de utövare som upptagits i registret och att de metoder de använder har en bredare vetenskaplig förankring än vad som är fallet. Vi föreslår därför att det ska vara frivilligt att ingå i ett register för utövare av alternativa behandlingsformer.

¹ Prop. 1993/94:117 s. 51.

18.2.4 Yrkesorganisationers deltagande i registret

Det finns en rad yrkesorganisationer för utövare av alternativa behandlingsformer (se avsnitt 14.1.4 och bilaga 8).

De register som finns i Danmark, Norge och Island bygger på deltagande av yrkesorganisationer för alternativa behandlare. I Danmark administreras registret av respektive yrkesorganisation, på Island har en organisation det uppdraget och i Norge godkänns yrkesorganisationer och sedan administreras registret av en registermyndighet.

AKM-registerutredningens förslag till register utgick även det från att yrkesorganisationer skulle medverka, men att registret skulle administreras av en statlig myndighet. I betänkandet anfördes att yrkesorganisationerna spelar en betydande roll genom den kunskap som finns samlad där och genom de interna regelverk för medlemmarna som organisationerna byggt upp. Organisationerna har ofta ett nära samarbete med de utbildningsanordnare som tillhandahåller utbildningen för organisationens medlemmar eller för dem som efter utbildning blir medlemmar. Flera organisationer har fastställt egna krav på vad medlemmarna ska kunna och efter prövning kan medlemmarna bli auktoriserade eller certifierade. Många organisationer har register över medlemmarna och också som regel etiska regler för hur medlemmarna ska utföra sitt arbete. Det finns hos flera organisationer möjlighet att vända sig dit med klagomål mot medlemmar i organisationen och sådana klagomål kan ytterst leda till uteslutning av medlemmen. De flesta organisationerna har krav på att medlemmarna innehar försäkring för behandlingsskador. AKM-registerutredningen framhöll också att flera organisationer i Sverige under lång tid tagit ett stort ansvar för de yrkesutövare som blir medlemmar, både när det gäller kvalitet i yrkesutövningen och kompetens. Organisationerna har en stor kunskap om den verksamhet som bedrivs av medlemmarna och utredningen ansåg att organisationerna kan och bör spela en viktig roll inom den föreslagna registerordningen, både för att garantera medlemmarnas kompetens och yrkesmässighet och för att förenkla registreringen.

Vid remissbehandlingen framfördes viss kritik mot förslaget att yrkesorganisationerna skulle delta i registret med hänsyn till att det skulle finnas en intressekonflikt mellan etablerade och icke etablerade organisationer inom alternativ- och komplementärmedicin. Någon remissinstans ansåg det enklare och mer naturligt att låta

registret vara en helt individuell angelägenhet för den som önskade ingå.

Vi anser i likhet med vad som gäller i övriga nordiska länder att yrkesorganisationerna bör spela en roll i ett register över alternativa behandlare. Inom yrkesorganisationerna finns en samlad kunskap om behandlingsformen och i många fall också ett nära samarbete med utbildningsanordnarna inom den aktuella terapin. Flera organisationer har egna auktorisations- eller certifieringssystem och register över sina medlemmar. De har som regel etiska regler för hur medlemmarna ska utföra sitt arbete och det finns möjlighet att vända sig dit med klagomål mot medlemmarna. Merparten ställer också krav på försäkring för behandlingsskador. När vi diskuterade yrkesorganisationernas roll vid en hearing, var många positiva till att delta i ett eventuellt register. Ytterligare ett skäl är att om yrkesorganisationerna deltar i registret förenklar det också registreringen. Vid en registrering utan att medlemskap i en organisation utgör ett krav skulle kontrollen bli omfattande. I många fall skulle komplicerade överväganden behöva göras av huruvida sökanden uppfyller kraven för registrering. Om organisationerna deltar kan kontrollen begränsad till huruvida den som ansöker om registrering är medlem i en godkänd organisation. Vi föreslår därför att yrkesorganisationerna inom området ska delta i registret.

18.2.5 Vilka krav ska ställas på organisationer som vill delta i registret?

AKM-registerutredningen föreslog att kraven på organisationerna skulle anges i lag. I förslaget angavs att ideella föreningar som fått ett organisationsnummer hos Skatteverket och därmed bedömts vara en fullgod juridisk person skulle få delta i registret. Därutöver skulle krävas att föreningen var väletablerad, dvs. funnits under viss tid och ha ett viss antal medlemmar (som riktmärke angavs två år och 30 medlemmar), att den antagit stadgar som kunde anses godtagbara och ställde krav på utbildning, yrkeskunnande och yrkesutövningen samt gav möjlighet att anmäla klagomål mot medlemmar i organisationen, vilket ytterst kunde leda till uteslutning. Vidare skulle det ställas krav på att medlemmarna hade en försäkring. De krav AKM-registerutredningen föreslog överensstämmer till stor del med dem som gäller i Danmark och Norge.

Under remissbehandlingen framfördes invändningar mot att föreningarna skulle erbjuda möjlighet för patienter/konsumenter att anmäla klagomål mot medlemmar i organisationen. Det skulle kunna ge en felaktig signal om en oväldig prövning som inte kan garanteras och innebär också en skillnad mellan de utövare som är medlemmar i en organisation och de som enligt förslaget skulle ingå i registret utan att vara medlem i någon organisation.

Genom organisationernas deltagande i registret kommer utövarna att omfattas av organisationens interna utbildningskrav, regelverk och kontroll, något som ökar patientsäkerheten för dem som söker kontakt med en registrerad alternativ behandlare. De organisationer som önskar delta i registret bör därför uppfylla vissa krav. Vi har haft kontakt med flera av de organisationer som kan bli aktuella för att delta i registret och de ställer alla krav på sina medlemmar. De krav som gäller i Danmark och Norge motsvarar i stort sett de som de svenska organisationerna ställer upp. Vi anser att följande krav bör vara uppfyllda för att en organisation ska godkännas för deltagande i registret.

Ideell förening med organisationsnummer

Endast organisationer som har antagit stadgar som är bindande för medlemmarna ska kunna delta i registerordningen. Det är således fråga om föreningar och i princip enbart ideella sådana. En ideell förening blir en juridisk person i och med bildandet, då medlemmarna fattat beslut om att bilda en förening, antagit stadgar och valt en styrelse. En ideell förening kan få ett organisationsnummer hos Skatteverket och ska då inge stadgar för föreningen, där det alltid bl.a. bör framgå

- firma, dvs. föreningens namn,
- säte, dvs. ort där styrelsens finns,
- ändamål,
- regler för hur verksamheten ska bedrivas,
- regler för medlemskap och uteslutning,
- uppgift om beslutande organ (ordinarie och extra föreningsstämma) och regler för detta,
- bestämmelser om styrelse (sammansättning, hur de väljs, beslutsfattande m.m.) samt
- regler för rösträtt.

Vi föreslår att en yrkesorganisation som ansöker om deltagande i registret ska visa upp ett organisationsnummer för att få bli registrerad. Den myndighet som handhar registret bör i föreskrifter ange vilka övriga handlingar som ska bifogas ansökan. En organisation som utgör en sammanslutning av flera organisationer – en paraplyorganisation – bör också ha möjlighet att ansöka om att få delta i registret för sammanslutningen, om detta är avsikten med organisationen.

Huvudändamål att organisera yrkesutövare av alternativa behandlingsformer

Utgångspunkten bör vara att de organisationer som deltar i registret har som huvudändamål att organisera yrkesutövare av alternativa behandlingsformer, dvs. de 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. Om en organisation inte bedöms ha detta huvudändamål, kan den inte godkännas att delta i registret. I det fall en paraplyorganisation har ansökt om registrering, ska de organisationer som ingår uppfylla ändamålet.

Viss storlek

För att kunna uppfylla de krav på villkor för medlemskap som vi anser bör vara en förutsättning för deltagande i registret måste en förening ha ett visst antal medlemmar. I Norge och Danmark finns ett krav på att en organisation bör ha minst 30 medlemmar för att godkännas. Vi föreslår att en organisation bör ha en viss storlek för att godkännas, men kravet på antal medlemmar måste bedömas i varje särskilt fall. Det kan inom vissa behandlingsformer finnas ett begränsat antal utövare och en bedömning får då göras med utgångspunkt bl.a. från andelen organiserade och förväntad tillströmning. En lämplig utgångspunkt kan dock vara ett minsta medlemsantal om 30.

Stadgarnas innehåll

Avsikten med att ge organisationerna en roll i registerordningen är att de ska garantera medlemmarnas kompetens och yrkesmässighet. En förutsättning för detta är att de organisationer som godkänns för deltagande i registerordningen har antagit stadgar som svarar upp mot detta. Det gäller bl.a. vissa krav på utbildning, yrkeskunnande och yrkesutövning. Vidare ska det framgå av stadgarna att det finns möjlighet att anmäla klagomål mot medlemmar i organisationen, vilket ytterst kan leda till uteslutning. Den närmare utformningen av krav på t.ex. utbildning eller yrkesutövningen måste inte nödvändigtvis framgå av stadgarna. Det är tillräckligt att det av stadgarna framgår att det ställs sådana krav och att utbildningen är avgörande för rätt till medlemskap respektive att kraven på yrkesutövningen är bindande för medlemmen i hans eller hennes yrkesutövande. Det närmare innehållet kan sedan framgå av ett annat dokument som stadgarna hänvisar till.

Någon närmare bedömning av reglernas materiella innehåll ska inte göras, men de måste vara konkret tillämpbara och det ska framgå vilka villkor som gäller för medlemskapet. En organisation måste ha fastställt krav på utbildning och övrigt yrkeskunnande hos dem som önskar bli medlemmar i organisationen för att bli godkänd och att dessa krav måste vara uppfyllda för rätt till medlemskap. Det bör också framgå var dessa närmare krav kan återfinnas och vem som fastställer kraven.

Utbildning

De organisationer vi haft kontakt med under utredningen ställer alla krav på viss utbildning för medlemskap. Det gäller både viss medicinsk grundutbildning och utbildning inom den terapi eller behandlingsform som är föreningens inriktning.

I Danmark anges i lagen att föreningarna ska ställa basala utbildningskrav på de medlemmar som ges tillåtelse att använda titeln registrerad alternativ behandlare (RAB). I Sundhedsstyrelsens föreskrifter anges att utbildningskraven gäller både teori och praktik. De grundläggande utbildningskraven förutsätts vara en hälso- och sjukvårdsinriktad utbildning, som består av sammanlagt minst 660 undervisningslektioner (minimum 45 minuter) eller timmar. Vidare förutsätts utbildningen omfatta minst 250 undervisningslektioner eller

timmar i den primära behandlingsformen. Undervisningen bör i övrigt innehålla grundläggande utbildning om hälso- och sjukvårdslagstiftningen, psykologi, klinikvägledning/klinikbehandling samt presentation av andra alternativa behandlingsformer. I Norge ska föreningarna ställa krav på utbildning, men det finns inga föreskrifter om innehållet i dessa krav.

AKM-registerutredningen föreslog ett krav på medicinsk basutbildning motsvarande minst 20 veckors heltidsstudier. Som skäl anfördes att 20 veckors utbildning kan ge de basala kunskaper som behövs för att garantera patientsäkerheten i alternativmedicinsk verksamhet. Inom den ramen bör den enskilde utövaren ha möjlighet att få tillräcklig kompetens att göra en allmän bedömning av patientens hälsotillstånd för att kunna hänvisa vidare till hälso- och sjukvården, när det är motiverat. Utgångspunkten borde vara de basutbildningar i medicin som anordnas för blivande AKM-utövare av olika utbildningsanordnare i landet. Formellt borde föreskrivas vilka ämnen utbildningen borde innehålla och målet för den. Utredningen föreslog också ett krav på att utbildningen skulle stå under statlig tillsyn.

Avsikten med att införa ett register över utövare av alternativa behandlingsformer är att tydliggöra för allmänheten vad som räknas till hälso- och sjukvård och vad som inte räknas dit. Det kan också underlätta för människor att välja vilken form av vård eller behandling de vill ha. Ett register kan öka patienternas säkerhet och trygghet genom de krav som gäller för registrering. Vi anser därför att de som ingår i registret bör ha grundläggande allmänmedicinska kunskaper. Alternativ- och komplementärmedicin omfattar många olika verksamheter som alla handlar om yrkesmässigt utförda hälso- och sjukvårdande åtgärder i form av undersökningar och behandlingar av patienter i syfte att förebygga, bota eller lindra. Yrkesutövarna har därför behov av grundläggande kunskaper om människokroppen och dess olika organ, om sjukdomslära och regelverket inom hälso- och sjukvården. Sådan kunskap är viktig för själva utförandet av behandlingen, men framförallt för att en utövare ska veta om han eller hon ska ta sig an en viss patient eller inte. Det finns tillfällen när en alternativ behandlare ska hänvisa patienten till hälso- och sjukvården. Behovet av sådan kunskap skiftar mellan olika behandlingsformer, men alla utövare bör uppfylla en miniminivå. Det finns idag flera olika sådana utbildningar, både helt privata och sådan eftergymnasial yrkesutbildning utanför högskolan som ligger under Myndigheten för yrkeshögskolans ansvar. Vissa högskolor erbjuder också basmedicinsk utbildning.

De organisationer som vill delta i registret ska således ställa krav på viss medicinsk utbildning som en förutsättning för medlemskap. Den omfattning och det innehåll som ska utgöra ett minsta krav för att en organisation ska få delta i registret bör överlämnas till den ansvariga myndigheten att meddela närmare föreskrifter om.

Krav på yrkesutövningen

För att bli godkänd måste en organisation ha fastställt krav som rör yrkesutövningen och som en medlem är skyldig att följa i sin verksamhet. Sådana krav kan t.ex. finnas i ett regelverk om utövning och etik för organisationens medlemmar. Kraven på yrkesutövningen ska gälla hur en undersökning och behandling bör utföras och hur en medlem bör bemöta en patient. De bör också ange hur man bör förhålla sig till hälso- och sjukvården och andra utövare inom alternativ- och komplementärmedicin samt regler för marknadsföringen av verksamheten.

Det är den enskilda organisationen som bestämmer den närmare utformningen av kraven på yrkesutövningen för sina medlemmar. Vi vill dock framhålla ett antal punkter som vi anser bör finnas med i ett yrkesetiskt regelverk för utövare inom alternativ- och komplementärmedicin och som återfinns i de andra nordiska ländernas regelverk.

- Skyldighet att bedriva verksamheten på ett betryggande sätt. I detta ligger bl.a. att följa den yrkesstandard som gäller inom en viss terapi eller inom ett visst branschområde. Det innebär också en skyldighet att följa gällande lagstiftning på området. I övrigt får en patient inte behandlas som i första hand bedöms vara i behov av vård inom hälso- och sjukvården. I så fall ska patienten hänvisas att vända sig dit. En medlem får inte heller uppmana en patient att upphöra med en medicinering som föreskrivits av en läkare.
- Skyldighet att ge nödvändig information till patienten. Den person som uppsöker en utövare av alternativa behandlingsformer, ska bl.a. ges information om den aktuella behandlingsmetoden och de eventuella risker som är förenade med denna. Det innebär också en skyldighet att informera om i vilken grad behandlingen kan anses effektiv, eventuella biverkningar som finns, hur

länge patienten kan antas behöva genomgå behandlingen och vad behandlingen kan beräknas kosta totalt sett.

- Skyldighet att i övrigt bemöta patienten på ett korrekt sätt. I detta ligger att patienten alltid ska bemötas med respekt och att den enskildes integritet ska respekteras.
- Skyldighet att behandla uppgifter som rör personliga förhållanden på ett betryggande sätt. Denna skyldighet innebär bl.a. att uppgifter som rör patientens personliga förhållanden inte lämnas ut till tredje man, att dokumentation om patientens hälsotillstånd förvaras på ett betryggande sätt och att bestämmelserna i personuppgiftslagen följs.

Organisationen ska vidare ha fastställt krav på att dess medlemmar har en försäkring som bl.a. ersätter uppkomna behandlingsskador.

Möjlighet att utesluta medlem

Av stadgarna ska också framgå att organisationen har fastställt en möjlighet att utesluta en medlem under närmare angivna villkor. Uteslutning bör bl.a. kunna ske av en medlem som brutit mot den standard som gäller för behandling inom en viss terapi, organisationens etiska riktlinjer, förbuden att använda vissa behandlingsmetoder eller att behandla vissa sjukdomar eller barn under 8 år, eller av en medlem som begått allvarliga brott, särskilt när gäller det brott mot liv och hälsa samt sexualbrott (3 och 6 kap. brottsbalken).

Regler för paraplyorganisationer

Om en paraplyorganisation ansöker om deltagande i registret, ska denna, som nämnts ovan, i tillämpliga delar uppfylla de krav som ställs på visst stadgeinnehåll.

Möjlighet att klaga på medlem

De organisationer vi har träffat har alla en ordning för att behandla klagomål mot medlemmarna. Ett sådant institut innebär en möjlighet för patienter/konsumenter att, utöver de klagomöjligheter som allmänt gäller för sådana köp av tjänster, även vända sig till föreningen

när de är missnöjda med den vård eller behandling de fått av en av dess medlemmar. Hanteringen av sådana klagomål sker dock enbart inom ramen för organisationen och den är inte på något sätt sanktionerad av det allmänna. Vi ser det som positivt med en sådan klagomöjlighet, men med hänsyn till att den enbart sker inom föreningens ram bör det inte ställas upp ett krav som kan ge intryck av att den innebär något mer än vad den gör eller att det finns någon garanti för att den sker på ett opartiskt sätt.

18.2.6 Vem ska få registrera sig i ett register över utövare av alternativa behandlingsformer?

Utövare av alternativa behandlingsformer kan ha olika bakgrund och det är inte ovanligt att de arbetar eller har arbetat inom hälso- och sjukvården. En fråga som ofta har diskuterats är i vilken omfattning legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kan ägna sig åt alternativa former av behandling inom ramen för de krav som uppställs i patient-säkerhetslagen.

AKM-registerutredningens förslag innebar att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inte kunde ingå i registret för alternativa behandlare, medan övrig hälso- och sjukvårdspersonal kunde göra det i den mån de utövar alternativ- och komplementärmedicinsk verksamhet utanför hälso- och sjukvården.

Vid remissbehandlingen framförde representanter både för hälso- och sjukvårdspersonal och för alternativa behandlare att registret borde vara öppet även för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. I Norge har även legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal möjlighet att ingå i registret, medan en alternativ behandlare i Danmark inte kan vara legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. I Norge diskuterades i förarbetena huruvida legitimerad personal skulle kunna driva verksamhet inom alternativ behandling. Regeringen angav att ett förbud i och för sig skulle bidra till att klargöra skillnaden mellan de båda områdena, men att det skulle hindra legitimerad personal att kombinera dem, vilket skulle kunna leda till brist på legitimerad personal och begränsa integrationen av alternativa behandlingsformer i den traditionella hälso- och sjukvården. Helsepersonelloven gäller även när legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal utövar alternativ behandling.

Det pågår en ständig utveckling där behandlingsformer som funnits utanför hälso- och sjukvården på olika sätt tas upp och

används även inom hälso- och sjukvården. Forskning pågår inom alternativ- och komplementärmedicin och integrativ medicin (se bilaga 8). Med hänsyn till den, och att människor i stor omfattning efterfrågar metoder som idag finns utanför hälso- och sjukvården, finns det skäl att överväga regleringen av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonals möjligheter att använda alternativa behandlingsformer. Vi har dock med hänsyn till vårt uppdrag och den tid som står till vårt förfogande inte haft möjlighet att ta upp den frågan närmare. Vi föreslår därför att registret enbart ska vara öppet för utövare av alternativa behandlingsformer som inte är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Detta innebär att det kan finnas ett intresse för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal att avsäga sig sin legitimation för att kunna vara verksam som utövare av alternativa behandlingsformer. Regleringen av möjligheterna för en legitimerad att avstå från sin legitimation är idag kopplad till återkallelse av behörighet och kan beviljas av HSAN, om det inte finns hinder mot återkallelse från allmän synpunkt. Ny legitimation kan sedan meddelas av HSAN, om kraven för att meddela legitimation är uppfyllda. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bör enligt vår mening ha möjlighet att växla mellan att ägna sig åt alternativa behandlingsformer och ingå i registret, och traditionell hälso- och sjukvård. Den prövning som görs när någon ansöker om ny legitimation efter att den återkallats på egen begäran bör i dessa fall motsvara den som Socialstyrelsen gör första gången legitimation meddelas.²

18.2.7 Vilka krav ska gälla för registrering?

Vi har föreslagit att yrkesorganisationerna inom alternativ- och komplementärmedicin ska delta i registret för utövare av alternativa behandlingsformer genom att godkännas om de uppfyller vissa krav. I detta avsnitt behandlar vi vilka krav som ska ställas på enskilda utövare för att de ska få ingå i registret.

² Prop. 2009/10:210 s. 115 f.

Medlemskap i yrkesorganisation

I Danmark administrerar yrkesorganisationerna registreringen och medlemskap i organisationen är en förutsättning för registrering. Även i Norge uppställs ett krav på medlemskap i en yrkesorganisation för registrering. På Island krävs medlemskap eller att utövaren förklarat sig vilja följa de krav som gäller för medlemskap i organisationer som ingår i registreringsordningen.

AKM-registerutredningen föreslog att ett villkor för registrering skulle vara medlemskap i en organisation som direkt eller via en paraplyorganisation deltar i registret. Även den som inte var medlem i en godkänd organisation skulle dock ha möjlighet att ingå i registret. Det skulle då krävas att yrkesutövaren utfäst sig att följa de stadgevillkor som gäller för den yrkesorganisation som han eller hon närmast skulle ha tillhört.

Vid remissbehandlingen framfördes kritik mot förslaget, då det ansågs tveksamt om rätten att stå utanför en förening i praktiken tillgodoses särskilt väl, om man ändå ställer upp ett krav på att sökanden ska rätta sig efter stadgar som föreningen bestämmer.

Föreningsfriheten är lagfäst i regeringsformen och flera konventioner om de mänskliga rättigheterna som Sverige har anslutit sig till innehåller bestämmelser om föreningsfriheten. FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna innehåller även en bestämmelse om så kallad negativ föreningsfrihet: ”ingen får tvingas att tillhöra en förening”. Någon motsvarande bestämmelse finns varken i konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter eller i Europakonventionen. Europadomstolen har emellertid i ett mål rörande Island uttalat att rätten att inte vara medlem i en facklig förening är inbegripen i föreningsfriheten (Sigurjónsson mot Island).

Vårt förslag innebär att det ska vara frivilligt att delta i registret och att de föreningar som uppfyller vissa angivna krav ska godkännas för deltagande. Det finns inte någon begränsning av antalet föreningar som kan vara med. Vi anser att ett register över utövare av alternativa behandlingsformer i största möjliga utsträckning bör utgå från det arbete som utövarna bedrivit genom sina organisationer. Det bör inte vara en uppgift för staten att reglera det här området i större utsträckning än vad som är nödvändigt med hänsyn till säkerheten och tryggheten för dem som får sådan behandling. Det är viktigt att det finns en klar skiljelinje mellan denna verksamhet och hälso- och sjukvården. Sedan pågår en ständig utveckling där de metoder som används inom alternativ- och komplementärmedicin

tas upp av hälso- och sjukvården och blir ett komplement och också integreras inom den etablerade hälso- och sjukvården. När alternativa behandlingsformer används inom hälso- och sjukvården omfattas de av de regler som styr den verksamheten. Registreringen av utövare av alternativa behandlare är dock avsett att tydliggöra vad som är hälso- och sjukvård och vad som inte är det och underlätta för patienter/konsumenter att göra medvetna val.

Ett register som är öppet för medlemmar i de organisationer som godkänts bör enligt vår mening inte komma i konflikt med rätten att stå utanför en förening. Det finns möjlighet att bilda egna föreningar och också att välja att avstå från registrering utan att det påverkar möjligheten att vara verksam.

Näringsfriheten innebär att begränsningar i rätten att driva näring eller utöva yrke får införas endast för att skydda angelägna allmänna intressen och aldrig i syfte att gynna enbart vissa personer eller företag. Det föreslagna registret innebär inte någon begränsning i de rättigheterna utan envar har rätt att utöva alternativ- eller komplementärmedicin inom ramen för annan reglering, t.ex. 5 kap. patient-säkerhetslagen.

Utbildning

En förutsättning för registrering i ett nationellt register för utövare av alternativa behandlingsformer måste vara att man genomgått viss basmedicinsk utbildning. Detta krav på utbildning syftar främst till att säkerställa att de utövare som finns i registret har en minsta, gemensam, grundläggande allmänmedicinsk kunskapsbas. Även om alternativ- och komplementärmedicin omfattar många olika verksamheter finns det en gemensam nämnare för verksamheten. Det handlar om yrkesmässigt utförda hälso- och sjukvårdande åtgärder i form av undersökningar och behandlingar av patienter i syfte att förebygga, bota eller lindra. Gemensamt är därmed också att yrkesutövarna har behov av grundläggande kunskaper om människokroppen och dess olika organ, om sjukdomslära och regelverket inom hälso- och sjukvården. Sådan kunskap är viktig för själva utförandet av behandlingen, men kanske framförallt för att en utövare ska veta om han eller hon ska ta sig an en viss patient eller inte, dvs. om patienten i stället ska hänvisas till hälso- och sjukvården. Behovet av kunskap på detta område skiftar mellan olika behandlingsformer men alla utövare inom alternativ- och komplementärmedicin måste

uppfylla en miniminivå. Enligt vårt förslag ovan under avsnitt 18.2.5 bör kravet på viss medicinsk utbildning ställas av de organisationer som vill delta i registret. Det ska vara en förutsättning för medlemskap och någon kontroll ska inte göras vid registreringen.

Skyldigheter för den som ingår i registret

För registrets trovärdighet är det av vikt att registret vid varje tidpunkt innehåller så korrekta och aktuella uppgifter som möjligt. Den som är registrerad ska därför vara skyldig informera om sådant som påverkar förutsättningarna för att få vara registrerad och förändringar av de uppgifter som finns i registret.

Organisationernas ansvar

De organisationer som godkänts för deltagande i registret bör ha ett ansvar för att underrätta den myndighet som administrerar registret, om någon medlem inte längre uppfyller villkoren för registrering.

18.2.8 Återkallelse av godkännande, hinder mot registrering, avregistrering och förnyad registrering

Vissa omständigheter bör utgöra hinder mot registrering och det måste också finnas möjlighet att i vissa fall avregistrera en utövare som ingår i registret. Den som avförts ur registret bör under vissa förutsättningar kunna registreras på nytt. Godkännandet av organisationer att delta i registret bör kunna återkallas.

Förbud att utöva alternativ- och komplementärmedicin

Enligt 10 kap. 8 § patientsäkerhetslagen får Socialstyrelsen under vissa förutsättningar meddela förbud för en person att – för viss tid eller för alltid – utöva verksamhet enligt 5 kap. samma lag. Myndigheten får meddela sådant förbud för den som enligt lagakraftvunnen dom har dömts för brott mot bestämmelserna om begränsningar att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder eller för att under utövning av sådan verksamhet uppsåtligen eller av oaktsamhet ha till-

fogat den undersökte eller behandlade skada, som inte är ringa, eller som framkallat fara för sådan skada.

Om en sökande har meddelats ett sådant förbud att utöva alternativ- och komplementärmedicinsk verksamhet, ska han eller hon givetvis inte få registrera sig, även om villkoren för registrering i övrigt är uppfyllda. Vid registerprovningen måste därför kontrolleras att den sökande inte har meddelats ett sådant förbud. Förbud med stöd av dessa bestämmelser är ytterst sällsynt förekommande och den kontrollen bör därför inte kräva några komplicerade rutiner.

Om en person, som är registrerad i registret, förbjuds av Socialstyrelsen att utöva sådan verksamhet ska avregistrering ske. Detta förutsätter att Socialstyrelsen underrättar den registeransvariga myndigheten när myndigheten fattat ett sådant beslut.

Avregistrering

Även under vissa andra förutsättningar måste en person som har registrerats i registret kunna avregistreras och därmed avföras från registret.

Det gäller t.ex. när den registrerade inte längre uppfyller villkoren för att vara registrerad, dvs. inte längre är medlem i en organisation som godkänts att delta i registret. Det kan bero på att han eller hon inte längre är yrkesverksam och själv valt att utträda ur organisationen eller blivit utesluten från organisationen. Om den organisation som en registrerad är medlem i inte längre deltar i registerordningen, ska avregistrering också ske. Det är en naturlig följd av att den organisation som registreringen grundas på inte längre finns med i systemet. I denna situation, liksom när registrerade själv byter organisation, bör dock registrering kunna upprätthållas om den registrerade blir medlem i en annan organisation som deltar i registret. En registrerad som blivit utesluten från en organisation ska dock inte kunna bli registrerad på nytt genom att bli medlem i en annan organisation som ingår i registret förrän efter viss tid. Avregistrering måste också ske på den enskildes egen begäran.

Betalning av den årliga avgiften för registreringen bör vara en förutsättning för att få kvarstå i registret.

Att avregistrering även ska ske när Socialstyrelsen har meddelat ett förbud för den registrerade att utöva verksamhet enligt 5 kap. patientsäkerhetslagen har angetts ovan.

Några ytterligare formella skäl för avregistrering bör enligt vår mening inte anges. Organisationerna har ansvaret för att vidta åtgärder i enlighet med stadgarna om det finns grund för att utesluta en medlem.

Förnyad registrering

En registrerad utövare kan, enligt vårt förslag ovan, under vissa förutsättningar avregistreras och avföras från registret. Den som avregistrerats på grund av uteslutning ur en organisation bör inte direkt kunna bli registrerad på nytt, t.ex. genom att bli medlem i en annan godkänd organisation. Vi föreslår därför att en person som avregistrerats på grund av uteslutning bör kunna ingå i registret på nytt först efter en viss tid. En rimlig tid för sådan karens bör vara åtminstone ett år.

Återkallelse av godkännande

Yrkesorganisationer som vill delta i registret måste uppfylla vissa krav. Om en organisation efter godkännandet av någon anledning inte längre uppfyller de kraven, bör godkännandet kunna återkallas.

18.2.9 Innehållet i registret

Registret vänder sig endast till enskilda yrkesutövare. Juridiska personer kommer således inte att registreras. Uppgifter om den registrerades identitet, bl.a. namn, bostadsadress samt personnummer ska kunna registreras. Sådana uppgifter ger viktig information både för olika intressenter och för den myndighet som administrerar registret. Andra uppgifter som registret bör innehålla är information om registrerades yrkesverksamhet inom alternativ- eller komplementärmedicin. Det gäller bl.a. den terapi som den registrerade huvudsakligen utövar och den yrkesbeteckning som den registrerade använder. Det bör vara möjligt att registrera flera terapier/yrkesbeteckningar. Vidare bör det också framgå av registret var verksamheten utförs, dvs. var arbetsplatsen finns. Om den registrerade är egen företagare, bör namnet på firman framgå samt dess organisationsnummer. Är den registrerade anställd, bör arbetsgivarens namn också framgå av re-

gistret. Uppgift om organisationstillhörighet bör också framgå av registret.

AKM-registerutredningen föreslog, i enlighet med vad som gäller i Norge och Danmark, att den som är registrerad ska ha en skyddad titel som registrerad alternativ behandlare. Vi anser dock inte att en frivillig registrering bör ge ett sådant skydd. Registrets uppgift att klargöra vad som utgör alternativa behandlingsformer och vad som ingår i hälso- och sjukvården ger enligt vår mening inte något utrymme för ett sådant titelskydd. Ett straffsanktionerat titelskydd kan ge sken av att staten på något sätt garanterar utövarnas verksamhet och kan leda till att patienter och konsumenter får uppfattningen att dessa utövare står under samma tillsyn som hälso- och sjukvårdspersonal.

För patienter och konsumenter fyller information om att en yrkesutövare ingår i registret en viktig funktion. På det sättet ges de möjlighet att välja en behandlare som uppfyller de krav som ställs av en organisation som godkänts för deltagande i registret.

Den som ingår i registret har självfallet rätt att använda den uppgiften vid marknadsföring och den rätten skyddas av marknadsföringslagstiftningen. Om någon vid marknadsföring obehörigen anger att han/hon är registrerad i registret över utövare av alternativa behandlingsformer träffas det av reglerna i marknadsföringslagen (2008:486) om förbud mot vilseledande m.m.

18.2.10 Vem ska ansvara för registret?

I Norge ingår registret i de s.k. Brønnøysundsregistrene som är en statlig myndighet med ansvar för ett antal nationella register, medan det i Danmark är de godkända yrkesorganisationerna som var och en sköter sitt register. AKM-registerutredningen föreslog att en statlig förvaltningsmyndighet skulle ha det formella ansvaret för registret och att Statens skolverk skulle få det uppdraget. Skälet för att låta en myndighet ha ansvaret var att registreringen skulle komma att innebära myndighetsutövning mot enskild och valet av Statens skolverk motiverades med att myndigheten hade tillsyn över kompletterande utbildningar inom alternativ- och komplementärmedicin.

Vid remissbehandlingen framfördes en del kritik mot förslaget att Statens skolverk skulle ansvara för registret och flera remissinstanser framförde att Socialstyrelsen borde få det uppdraget. Sedan AKM-registerutredningen lade fram sitt förslag har det skett

förändringar när det gäller myndigheter och ansvarsområden på utbildningsområdet. Det finns flera myndigheter vars nuvarande uppgifter skulle kunna utgöra en utgångspunkt för ett nationellt register över utövare av alternativa behandlingsformer. Vid den hearing med representanter för yrkesorganisationer inom AKM-området som vi genomförde var det många som ansåg att yrkesorganisationerna skulle administrera var sitt register på samma sätt som i Danmark. Det fanns även de som menade att Sverige borde ansluta sig till den modell som finns på Island och ett arbete har påbörjats för att försöka bilda en organisation för det ändamålet.

Följande myndigheter skulle kunna komma ifråga för att administrera ett register för utövare av alternativa behandlingsformer.

Skolverket

Skolverket är central förvaltningsmyndighet för det offentliga skolväsendet för barn, ungdomar och vuxna samt för förskoleverksamheten och skolbarnsomsorgen. Skolverket sätter ramar och riktlinjer för hur utbildningen ska bedrivas genom kursplaner, betygskriterier och andra styrdokument, ansvarar för det nationella provsystemet och fördelar och utvärderar statsbidrag för att stimulera måluppfyllelse och säkra kvaliteten ute i verksamheterna. Myndigheten stödjer förskolor och skolor i deras utveckling och utvärderar verksamheterna och följer upp verksamheternas förutsättningar, hur verksamheterna genomförs och resultaten utvecklas.

Skolinspektionen

Skolinspektionen har tillsynsansvar över förskoleverksamhet, skolbarnsomsorg, skola och vuxenutbildning. Det betyder att myndigheten kontrollerar att kommunen eller den fristående skolan följer de lagar och andra bestämmelser som gäller för verksamheten.

Skolinspektionen prövar också ansökningar om godkännande och rätt till bidrag respektive rätt till bidrag och statlig tillsyn för fristående skolor. Barn- och elevombudet, BEO, är en del av Skolinspektionen, men har samtidigt en självständig funktion. BEO arbetar för att motverka kränkningar av barn och elever i skola och förskola. Skolväsendets överklagandenämnd, ÖKN, är en egen myndighet som är knuten till Skolinspektionen. Nämnden kan ompröva

beslut som tagits av en skolhuvudman, om det bedöms vara särskilt viktigt för en enskild elev.

Myndigheten för yrkeshögskolan

Myndigheten för yrkeshögskolan (Yh-myndigheten) ansvarar för frågor som rör yrkeshögskolan i Sverige, analyserar arbetsmarknadens behov av arbetskraft, beslutar vilka utbildningar som ska ingå i yrkeshögskolan och beviljar statsbidrag till utbildningsanordnarna. Myndigheten kontrollerar och granskar även utbildningarnas kvalitet och resultat. Yh-myndigheten administrerar också två utbildningsformer som ligger utanför yrkeshögskolan, nämligen kompletterande utbildningar och lärlingsutbildningar för vuxna till vissa hantverksyrken. Myndigheten är också ansvarig för att samordna en nationell struktur för validering av utbildning och yrkeskompetens, och är nationell samlingspunkt för EQF (European Qualifications Framework) som ska göra det lättare att jämföra utbildnings- och yrkeskvalifikationer inom EU.

Statistiska centralbyrån

Statistiska centralbyrån (SCB) är en förvaltningsmyndighet vars främsta uppgift är att förse kunder med statistik för beslutsfattande, debatt och forskning. Det görs på uppdrag av regeringen och olika myndigheter men också för det privata näringslivet och för forskare. Myndigheten ska också stödja och samordna det svenska systemet för officiell statistik och medverka i det internationella statistiska samarbetet.

Bolagsverket

Bolagsverket granskar, registrerar och informerar för ett enkelt företagande och ett rättssäkert näringsliv. Bolagsverket har två övergripande uppgifter, en myndighetsutövande funktion – att registrera företag och företagsinteckningar, ta emot årsredovisningar, pröva och besluta om vissa tillstånd och likvidationer och en servicefunktion – att erbjuda information om företag, utbildningar och seminarier. Verket ger också ut Post- och Inrikes Tidningar, en webbplats för rikstäckande kungörelser.

Statens folkhälsoinstitut

Myndighetens tre huvuduppgifter är att ansvara för sektorsövergripande uppföljning och utvärdering av insatser inom folkhälsoområdet, vara nationellt kunskapscentrum för effektiva metoder och strategier på området samt ansvara för övergripande tillsyn inom alkohol-, narkotika- och tobaksområdena. Myndigheten ska också följa och medverka i det internationella folkhälsoarbetet.

Utgångspunkten för folkhälsoarbetet i Sverige är folkhälsopolitikens elva målområden. De anger centrala bestämningsfaktorer för hälsan. Det övergripande målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Folkhälsa handlar om allt från individens egna val och vanor till strukturella faktorer som yttre miljöer och demokratiska rättigheter i samhället. Statens folkhälsoinstitut har ett övergripande ansvar för uppföljning och utvärdering men det finns många myndigheter som mer eller mindre arbetar med målområdena.

Konsumentverket

Konsumentverket är förvaltningsmyndighet för konsumentfrågor och har ansvar för att de konsumentskyddande regler som ligger inom myndighetens tillsynsansvar följs, att konsumenter har tillgång till information som ger dem möjlighet att göra aktiva val om ingen annan myndighet har den uppgiften och att stärka konsumenternas ställning på marknaden genom kontakter med privata aktörer och i det arbetet genomföra branschöverenskommelser och insatser på standardiseringsområdet. Myndigheten ska också följa och analysera konsumenternas ställning på marknaderna samt vid behov vidta eller föreslå åtgärder, med utbildning och information stödja kommunernas konsumentverksamhet i frågor som rör konsumentskydd och konsumentlagstiftning och vara kontaktmyndighet för svenska myndigheters samarbete med myndigheter inom EES och EU inom sitt område. Konsumentverkets generaldirektör är Konsumentombudsman, KO, och driver i den rollen konsumenternas intressen gentemot företag i domstol.

Våra överväganden

Flera organisationer har framfört att de anser att det bör vara en uppgift för de godkända yrkesorganisationerna att föra register över de medlemmar som vill ingå i ett sådant register. Vårt förslag innebär ett nationellt register över yrkesutövare inom alternativa behandlingsformer och vi ser därför en klar fördel med att det administreras på ett ställe. Det främsta skälet är att det gör det lättare för den som söker alternativa behandlingar att hitta information. Det finns en mångfald av terapiformer, men det finns också flera organisationer inom samma terapiform. Vi föreslår under avsnitt 18.3 att det i samband med sökning i registret även ska finnas tillgång till information för den som vill ha kunskap om alternativa behandlingsformer. För att registret ska bli ett verkligt hjälpmedel vid val av vård och behandling, anser vi att det bör administreras av en myndighet. På så sätt blir det också en enhetlighet i registret och det blir möjligt att garantera kontinuiteten.

Vårt uppdrag är att tydliggöra vad som är hälso- och sjukvård och vad som inte är det och vi anser därför inte att Socialstyrelsen utgör något alternativ som värmyndighet för det föreslagna registret. Det bör inte finnas någon sådan koppling mellan hälso- och sjukvården och alternativa behandlingsformer utanför den, om risken för sammanblandning ska minska. Vårt förslag innehåller i motsats till AKM-registerutredningens förslag inte någon koppling mellan registret och myndigheterna inom skolområdet och det finns därför inte skäl att välja någon sådan myndighet för den aktuella uppgiften. Statens folkhälsoinstitut har en verksamhet som berör området och alternativ- och komplementärmedicin nämns också i den senaste folkhälsopropositionen. Bolagsverket har ett stort uppdrag när det gäller registrering och SCB har också någon sådan uppgift, t.ex. äktenskapsregistret. Konsumentverket är förvaltningsmyndighet för konsumentfrågor och har bl.a. ansvar för att de konsumentskyddande regler som ligger inom myndighetens tillsynsansvar följs och där ingår den verksamhet som registreringen ska omfatta. Verket har också ansvar för att konsumenter har tillgång till information som ger dem möjlighet att göra aktiva val om ingen annan myndighet har den uppgiften.

Vid valet av myndighet kan antingen registrets anknytning till myndighetens verksamheten och eventuell nytta för utförandet av myndighetens uppdrag eller vana vid liknande register och andra administrativa förutsättningar utgöra utgångspunkten. Vi anser att

anknytningen till verksamheten och om registret kan användas i myndighetens arbete i första hand bör vara avgörande. Konsumentverket är i och för sig en myndighet som enbart sysslar med tillsyn och information och har idag inte någon liknande uppgift vilket talar emot att ge myndigheten ansvaret för det föreslagna registret. Myndigheten har dock tillsynsansvaret för den reglering som gäller inom området för alternativ- och komplementärmedicin. Det föreslagna registret kan också ses som en del i uppgiften att ge konsumenter information som ger dem möjlighet att göra aktiva val. Vi anser därför att Konsumentverket framstår som den mest lämpliga myndigheten att ansvara för registret. Om myndigheten saknar kompetens i något avseende för att utföra den uppgiften kan den tillföras. Vi föreslår därför att Konsumentverket ska få uppdraget att godkänna de organisationer som uppfyller kraven för att få delta i registret för yrkesutövare av alternativa behandlingsformer och administrera registret över de enskilda yrkesutövarna.

18.2.11 Allmänhetens tillgång till registret

Ett viktigt syfte med ett register är att öka människors möjligheter att göra medvetna val när det gäller vård och behandling. Det föreslagna registret innebär att man kan söka information om enskilda utövare av alternativ- och komplementärmedicin på orten. De som är med i registret uppfyller då också de krav som respektive organisation ställer och har inte meddelats förbud att utöva alternativ- och komplementärmedicinsk verksamhet. Registret ger också möjlighet för sjukvårdshuvudmän, och andra som kan ha intresse av uppgifterna i registret, att få kunskap om utövare av alternativ- och komplementärmedicin och underlättar för dem som vill få kontakt med sådana utövare. Registrets ändamål är därför att ge offentlighet åt de utövare som uppfyller de krav som ställs upp för att få ingå i registret. Detta innebär att uppgifterna i registret ska vara offentliga.

Det finns inte någon tillämplig sekretessbestämmelse för det föreslagna registret över utövare av alternativa behandlingsformer. De uppgifter som förekommer i registret kommer därför att vara offentliga i enlighet med tryckfrihetsförordningens bestämmelser. Detsamma gäller uppgifterna i de ansökningshandlingar som ligger till grund för registreringen.

En av de viktigaste funktionerna med registret är att sprida information om de utövare av alternativa behandlingsformer som efter en prövning fått rätt att ingå i registret. För att underlätta tillgången till registret, och för att så många som möjligt ska kunna ta del av innehållet i det, bör innehållet i registret, med vissa undantag, vara tillgängligt och kunna läsas via Internet. Sådana identitetsuppgifter som personnummer, samordningsnummer och bostadsadresser ska dock inte finnas i den del av registret som kan nås via Internet. Dessa uppgifter kan användas och missbrukas för andra ändamål, om de är tillgängliga över Internet, och har ingen betydelse för allmänhetens nytta av registret. Registret kommer i övrigt inte att innehålla några uppgifter som betraktas som känsliga enligt personuppgiftslagen. Den som ansöker om registrering måste få tydlig information om att vissa av de uppgifter som inges vid ansökningen, kommer att antecknas i registret och om vilka av dessa uppgifter som kommer att kunna läsas via Internet. Den som vill delta i registret bör uttryckligen ge sitt samtycke till användningen av personuppgifter. Återkallelse av det samtycket innebär samtidigt en begäran om avregistrering.

Information om vilka organisationer som har godkänts av Konsumentverket kan också ge den som söker vård eller behandling viktig kunskap för att välja behandlare. En förteckning över de organisationer som godkänts för deltagande i registret bör därför finnas tillgänglig via Internet.

18.2.12 Hur förhåller sig förslaget om ett register till regleringen inom EU?

Principen om den fria rörligheten av tjänster och arbetskraft inom EU regleras i Romfördraget. Detta innebär bl.a. att personer med yrkeskvalifikationer för reglerade yrken inom hälso- och sjukvården, som är erkända i andra medlemsstater i EU/EES, ska ges legitimation för samma yrke i Sverige. En förutsättning för att den gemensamma marknaden ska fungera är att medlemsstaterna ömsesidigt erkänner behörighetsbevis om yrkeskvalifikationer som meddelats i annan medlemsstat. Erkännande kan ske när behöriga myndigheter i ursprungsmedlemsstaten har prövat och godkänt kvalifikationerna för det reglerade yrket. Det register för utövare av alternativa behandlingsformer som vi föreslagit innebär inte någon reglering av ett yrke och påverkas därför inte av direktivet. Inte heller på något

annat sätt påverkar registret den fria rörligheten av tjänster och arbetskraft inom EU.

18.3 Ökad tillgång till information för att välja vård

Utredningens förslag: En informationsportal ska kopplas till registret över utövare av alternativa behandlingsformer. Den ska innehålla objektiv och vetenskaplig information om de olika terapiformerna. Ansvaret för portalen ska ligga på Konsumentverket som för det arbetet bör samla forskare och andra med kunskaper inom området. En nationell informationsinsats ska genomföras i samband med att registret införs.

Utredningens bedömning: Marknaden för alternativmedicin innehåller en rad omständigheter som innebär att det kan finnas skäl att överväga om den bör bli föremål för en fördjupad analys inom ramen för den bevakning av konsumentmarknader som Konsumentverket genomför.

18.3.1 Inledning

Det centrala uppdraget i våra direktiv är att klargöra vad som är hälso- och sjukvård och vad som inte är det. För att den som söker vård och behandling ska ha möjlighet att göra ett medvetet val är tillgången till information avgörande. När det gäller hälso- och sjukvård finns sjukvårdsrådgivning, där man kan få råd om vård dygnet runt via webb 1177.se och telefon 1177. Tjänsten drivs av landstingen och regionerna. Många landsting har på sina hemsidor även viss information om alternativa behandlingsmetoder.

18.3.2 Konsumentverkets bevakning av marknaden för alternativ medicin

Konsumentverket har fått ett uppdrag att utveckla en metod för bevakning av konsumentmarknader. Syftet är att få god kunskap om hur olika marknader fungerar och i förlängningen underlätta för konsumenten att göra aktiva och medvetna val. Ett pilotgenomförande ska rapporteras till regeringen den 1 oktober 2010. Metoden ska bidra till att systematisera myndighetens val av marknader för

fördjupad analys och kunna användas för prioriteringar inom andra verksamheter på myndigheten. Metoden omfattar bl.a. konsumentundersökningar om kundtillfredsställelse, benägenhet att byta leverantör/producent och statistik om förekomst av klagomål och tvister. Ett andra uppdrag innebär att några av de årliga fördjupade analyser som myndigheten gör av vissa marknader, ska väljas ut på basis av den metod för bevakning som tas fram.

Europeiska kommissionen startade Consumer Markets Scoreboard 2007, vilket är ett verktyg för att identifiera olika brister i den inre marknaden utifrån en konsumentperspektiv och vilken typ av åtgärder som kan vara nödvändiga.

Marknaden för alternativmedicin omfattar många olika former av behandling och det framförs ofta att det förekommer oseriös verksamhet som vänder sig till människor som befinner sig i en utsatt situation. Det är enligt vår mening viktigt att marknaden bevakas och kontrolleras för att stävja missförhållanden. Vi anser därför att det kan finnas skäl att överväga om marknaden för alternativmedicin bör bli föremål för en fördjupad analys. Den frågan bör därför övervägas i Konsumentverkets fortsatta arbete med bevakning av konsumentmarknader.

18.3.3 Information

Informationsportal

Det finns idag inte någon myndighet eller liknande som har ett ansvar för information om alternativa behandlingsformer. Några landsting och regioner har viss sådan information på sina hemsidor. I Norge finns en informationsportal om alternativmedicin.

En viktig del i vårt uppdrag är att underlätta för människor att göra medvetna val mellan hälso- och sjukvård och alternativa behandlingsformer. En förutsättning för att kunna göra sådana val är tillgång till information och kunskap om vad som är hälso- och sjukvård och vad som inte är det, men också vad olika behandlingsformer innebär. Vi föreslår därför att en informationsportal ska kopplas till registret över utövare av alternativa behandlingsformer. Där ska objektiv och vetenskaplig information om de olika terapiformerna finnas tillgängliga för den som söker kunskap för att välja behandling.

Konsumentverket bör få i uppdrag att skapa en sådan informationsportal och hålla den aktuell med hänsyn till ny forskning och kunskap inom området. I det arbetet bör myndigheten samla forskare och andra med kunskaper inom området. Informationen ska nås via registret över utövare av alternativa behandlingsformer.

Information om införande av registret

För att registret ska kunna fylla sin funktion att ge underlag och information till den som söker vård och behandling måste det vara känt bland allmänheten. Vi föreslår därför att en nationell informationsinsats genomförs i samband med att registret införs.

18.4 En samlad lagstiftning för alternativa behandlingsformer

Utredningens förslag: Bestämmelserna om alternativa behandlingsformer samlas i en särskild lag. Den ska gälla yrkesmässig undersökning av annans hälsotillstånd eller behandling av annan för sjukdom eller därmed jämförligt tillstånd genom att vidta eller föreskriva åtgärder i förebyggande, botande eller lindrande syfte. Lagen ska dock inte gälla legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

18.4.1 Bakgrund till dagens reglering m.m.

När LYHS infördes upphävdes lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område – även benämnd kvacksalverilagen. Bestämmelserna flyttades över till LYHS. Regeringens motiv för denna förändring var att de centrala regleringarna om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område då fanns i fem lagar, i åliggandelagen, behörighetslagen, disciplinpåföljdslagen, tillsynslagen och i kvacksalverilagen. Den sistnämnda reglerade vilka undantag från näringsfriheten som gäller på hälso- och sjukvårdens område, dvs. vilka åtgärder som endast får vidtas av personal som står under Socialstyrelsens tillsyn. Regeringen angav att lagarnas yttersta syfte är att trygga säkerheten för patienterna vid vård och behandling. Patienterna har därför ett befogat intresse

av att lagstiftningen är effektiv, lättillgänglig och tydlig. Även de som lagstiftningen konkret ska tillämpas på, de yrkesutövare som arbetar med hälso- och sjukvårdande verksamhet, har ett särskilt intresse av att lagstiftningen är klar, konsekvent och överskådlig. De myndigheter som ska tillämpa lagstiftningen, främst Socialstyrelsen och HSAN, har självfallet också ett intresse av att lagstiftningen är lätt att överblicka och att tillämpa.³

Patientsäkerhetsutredningen behandlade frågan om kapitlet om begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder skulle överföras till den nya lagen.⁴ Utredningen angav i det sammanhanget att man kunde diskutera om de bestämmelserna borde brytas ut ur lagen. En sådan ordning skulle möjligtvis leda till att lagen blev mer logisk till sitt innehåll, men samtidigt var det svårt att se var nämnda regler bättre passar in i det hälso- och sjukvårdsrättsliga regelverket. Utredningen gjorde därför bedömningen att de bestämmelserna även fortsättningsvis borde vara intagna i det regelverket. Bestämmelserna kom därför att överföras till 5 kap. patientsäkerhetslagen.

18.4.2 En tydligare lagstiftning

En viktig del i vårt uppdrag är att lämna förslag som tydliggör för allmänheten vad som räknas till hälso- och sjukvård och vad som inte räknas dit. De problem som beskrivs i direktivet har alla sin utgångspunkt i att människor inte kan avgöra om den vård eller behandling de får är hälso- och sjukvård eller inte. Det har sedan stor betydelse för vad man kan förvänta sig både när det gäller utförandet och kontrollen från samhällets sida.

Lagstiftning som reglerar alternativ- och komplementärmedicin finns, som ovan angetts, i flera andra länder. I Sverige föreslog alternativmedicinkommittén redan 1989 en lag som skulle reglera alternativmedicinsk verksamhet.⁵ I förslaget ingick både bestämmelser om registrering, inskränkningar i verksamhet på hälso- och sjukvårdens område och om tillsyn. Kommitténs förslag ledde inte till lagstiftning och bestämmelserna om begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder kom sedermera att ingå i LYHS och därefter i patientsäkerhetslagen.

³ Prop. 1997/98:109 s. 78 f.

⁴ SOU 2008:117 s.296.

⁵ SOU 1989:60.

Reglerna i 5 kap. patientsäkerhetslagen rör i strikt mening inte hälso- och sjukvårdspersonalen och det finns därför, enligt vår mening, för tydlighetens skull skäl att flytta dessa från den lagen, något som även Patientsäkerhetsutredningen övervägde. Regeringen har överlämnat ärenden till oss som pekar på svårigheter med att i samma lagstiftning både ha bestämmelser som behandlar hälso- och sjukvårdspersonal och regler som inte berör dessa. Det framkommer att det är svårt att förstå att verksamhet enligt 5 kap. patientsäkerhetslagen inte är hälso- och sjukvård. Dessa problem påpekades också av lagrådet, men regeringen ansåg inte att de var så stora att det motiverade en ändring av lagförslaget, vilket sedan antogs av Riksdagen.⁶

Vi anser att man bör skapa en särskild lagstiftning för det här området. Skälen är flera. Användningen av alternativa behandlingsformer ökar. De behandlare som är verksamma har genom sina yrkesförbund försökt bidra till ökad seriositet genom krav på medlemskap, klagomöjligheter m.m.. Och framför allt, en sådan reglering kan bidra till att göra det tydligt för allmänheten vad som utgör hälso- och sjukvård och vad som inte är det.

18.4.3 Lag om alternativa behandlingsformer

Vi föreslår en lag om alternativa behandlingsformer. En sådan lag bör innehålla de bestämmelser som finns i 5 kap. patientsäkerhetslagen om begränsningar i rätten att vidta vissa åtgärder inom hälso- och sjukvårdens område (se även avsnitt 18.5 nedan). En sådan lag bör också omfatta regelverket för det register över utövare av alternativa behandlingsformer som vi föreslår.

Vad är alternativa behandlingsformer?

En lag om alternativa behandlingsformer måste innehålla någon form av definition av vad som avses med sådana behandlingsformer. Alternativ- eller komplementärmedicin kan omfatta både behandling i olika terapier och diagnostiska metoder.

Gränsen är ibland flytande mellan vad som betraktas som etablerad medicin respektive alternativ- eller komplementärmedicin. Om det finns tillräcklig vetenskaplig dokumentation om en diagnostisk

⁶ Prop. 1997/98:109 s. 167 och 274–276, bet. 1997/98:SoU22, rskr. 1997/98:290.

metod eller behandlingsmetod inom det området, kan man räkna med att den med tiden kommer att godtas även inom den etablerade medicinen. Utvecklingen går i den riktningen att de vetenskapliga kraven sätts lägre när det är fråga om metoder som inte kan antas riskera patientsäkerheten, än när det är fråga om metoder som innebär stora risker för patienten.

Definitionen av alternativa behandlingsformer bör inte vara alltför smal utan även omfatta behandling som ibland anses som friskvård och syftar till allmänt välbefinnande och ibland har ett direkt förebyggande, botande eller lindrande syfte. Det gäller t.ex. den verksamhet, som bedrivs av den stora grupp massörer och andra kroppsterapeuter som finns i Sverige.

Alternativmedicinkommittén menade att alternativmedicinsk verksamhet skulle karakteriseras av åtgärder som dels syftar till att medicinskt förebygga, utreda eller behandla sjukdomar eller skador, dels inte har godtagits i hälso- och sjukvården.⁷ Enbart en utfrågning av någons hälsotillstånd kan inte betraktas som utredning. Inte heller kan allmänna hälsoråd, utan samband med någon aktuell sjukdom, anses som behandling. Även i övrigt måste det vara fråga om en särskild handling som kan betecknas som åtgärd, låt vara att den endast är av enklare slag. Avsikten med att använda begreppet ”medicinskt” var att klargöra att åtgärderna måste rikta sig mot människor för att de skulle hänföras till alternativmedicinsk verksamhet enligt lagförslaget. Uttrycket hade också till uppgift att avgränsa den verksamhet som lagen tar sikte på från andra verksamheter på angränsande områden. Åtgärder av socialt slag och särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda hörde inte dit. Avsikten var dock inte att uttrycket medicinskt skulle ges en så inskränkt tolkning att endast traditionella medicinska discipliner hänfördes dit. I begreppet sjukdomar och skador innefattades åtgärder med anledning av kroppsfel m.m. (jfr HSL). Med uttrycket ”att åtgärderna inte hade godtagits i hälso- och sjukvården” avsågs att åtgärderna inte bedömdes vara i enlighet med en sakkunnig och omsorgsfull vård, vetenskap och beprövad erfarenhet. Den föreslagna lagen skulle gälla verksamhet som inte var hälso- och sjukvård, men den skulle avse verksamhet som var inriktad på att undersöka och behandla sjukdom eller liknande tillstånd genom att vidta eller föreskriva åtgärder i förebyggande, botande eller lindrande syfte. Sådana undersökningar eller

⁷ SOU 1989:60 s. 160 f.

behandlingar som enbart avsåg skönhetsvård liksom religiös verksamhet borde falla utanför lagens tillämpningsområde.

AKM-registerutredningens förslag om ett register innebar att den avgränsning som användes i 4 kap. 1 § LYHS skulle gälla.⁸ Den yrkesutövare som utför sådana hälso- och sjukvårdande åtgärder som angavs i den lagen, ”yrkesmässigt undersöker annans hälsotillstånd eller behandlar annan för sjukdom eller därmed jämförligt tillstånd genom att vidta eller föreskriva åtgärder i förebyggande, botande eller lindrande syfte”, utanför den etablerade hälso- och sjukvården skulle kunna registrera sig i registret.

I Norge har man definierat alternativ behandling som hälsorelaterad behandling som utövas utanför hälso- och sjukvården och som inte utövas av hälso- och sjukvårdspersonal. Behandling inom hälso- och sjukvården, eller som utövas av hälso- och sjukvårdspersonal, anses dock som alternativ behandling när de metoder som används väsentligen används utanför hälso- och sjukvården. Uttrycket hälsorelaterad används för att göra en avgränsning mot tjänster som i huvudsak rör välbefinnande, skönhetsvård och liknande. Tjänster som mer direkt rör förebyggande av sjukdom eller lidande omfattas, liksom tjänster som tar sikte på att lindra eller bota sjukdom, lidande eller smärta. I Danmark avses med alternativ behandlare en person som utövar hälsomässig verksamhet utanför den offentligt finansierade hälso- och sjukvården och som inte är legitimerad att utöva den ifrågavarande verksamheten eller omfattas av Sundhedsstyrelsens tillsyn. Med hälsomässig verksamhet avses diagnostisering, behandling, förebyggande m.m. av sjukdom rörande en enskild. I motiven framhålls att det inte omfattar dem som uteslutande utövar verksamhet som rör livsfilosofier, skönhetsbehandlingar, personligt välbefinnande, personlig utveckling, m.m.

Den beskrivning som finns i 5 kap. 1 § patientsäkerhetslagen bör enligt vår mening kunna utgöra utgångspunkten för att ange vad som ska omfattas av en lag om alternativa behandlingsformer. Denna avgränsning av verksamheten stämmer väl överens med den som gäller i Norge, Danmark och Island. Dessa länder har avgränsat registrets tillämplighet till ”hälsorelaterad” verksamhet. Vi har inte funnit något skäl att ändra beskrivningen av under vilka förutsättningar näringsfriheten ska vara begränsad när det gäller undersökning och behandling av sjukdom eller därmed jämförligt tillstånd. Den beskrivning som nu gäller har förekommit i lagstiftningen under många

⁸ SOU 2004:123 s. 120 ff.

år och har såvitt framkommit fungerat väl. Vi föreslår därför att lagen om alternativa behandlingsformer ska gälla yrkesmässig undersökning av någon annans hälsotillstånd eller behandling av någon annan för sjukdom eller därmed jämförligt tillstånd genom att vidta eller föreskriva åtgärder i förebyggande, botande eller lindrande syfte.

Vem ska lagen gälla för?

Enligt patientsäkerhetslagen och hälso- och sjukvårdslagen är alternativ- och komplementärmedicin inte hälso- och sjukvård. Vilka som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen anges i de inledande bestämmelserna till patientsäkerhetslagen. I lagen finns också bestämmelser om att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Den hälso- och sjukvård som bedrivs av vårdgivare enligt HSL och av hälso- och sjukvårdspersonalen enligt patientsäkerhetslagen är underkastade Socialstyrelsens tillsyn.

Legitimerad personal är alltid hälso- och sjukvårdspersonal, när yrket på något sätt utövas och är därför alltid underställd Socialstyrelsens tillsyn. Övrig hälso- och sjukvårdspersonal är att betrakta som sådan personal endast när de på olika sätt verkar inom eller i anknytning till hälso- och sjukvården. Den som är hälso- och sjukvårdspersonal, när han eller hon medverkar i hälso- och sjukvård av patienter eller i en sådan verksamhet biträder en legitimerad yrkesutövare, ska i den verksamheten iaktta kraven på vetenskap och beprövad erfarenhet men är oförhindrad att utöva alternativ- och komplementärmedicin, när han eller hon inte agerar i de nämnda situationerna inom den etablerade hälso- och sjukvården.

Vi föreslår att lagen om alternativa behandlingsformer ska gälla alla, utom legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

18.5 Begränsningar i rätten att vidta vissa åtgärder inom hälso- och sjukvårdens område

Utredningens bedömning: Det finns inte skäl att göra några förändringar när det gäller de begränsningar i rätten att vidta vissa åtgärder inom hälso- och sjukvårdens område som finns i 5 kap. patientsäkerhetslagen. Vissa frågor bör dock bli föremål för ytterligare utredning.

Utredningens förslag: Socialstyrelsen bör få i uppdrag att med hjälp av medicinsk och annan expertis se över vilka somatiska sjukdomar som ska vara förbjudna att behandla för annan än hälso- och sjukvårdspersonal liksom möjligheterna att behandla gravida och barn under åtta år.

18.5.1 Inledning

Enligt direktiven ska vi göra en översyn av bestämmelserna i 4 kap. LYHS (5 kap. 1 § patientsäkerhetslagen) om begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder i syfte att uppdatera dem och stärka konsumentens/patientens skydd. Utgångspunkt för översynen och förslagen ska vara att det ska bli tydligare för allmänheten vad som räknas till hälso- och sjukvård och vad som inte räknas dit.

Redan 1915 infördes begränsningar för den som inte var behörig läkare att behandla vissa sjukdomar i lagen (1915:362) om behörighet att utöva läkarkonsten. Det gällde behandling av vissa sjukdomar, användning av hypnos samt behandling under allmän bedövning. I 1960 års lag om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1960:409) utvidgades förbudet med behandling av vissa ytterligare sjukdomar, användning av lokal bedövning och radiologiska metoder samt behandling av barn under åtta år. Förbuden gällde för den som inte var behörig läkare eller i sin verksamhet stod under medicinalstyrelsens tillsyn. Med LYHS infördes även ett förbud att prova ut och tillhandahålla kontaktlinser. När patientsäkerhetslagen träder ikraft den 1 januari 2011 tas förbudet för annan än hälso- och sjukvårdspersonal att tillhandahålla kontaktlinser bort.

Bestämmelserna i 4 kap. LYHS (5 kap. patientsäkerhetslagen) har varit föremål för utredning och överväganden vid flera olika tillfällen. I Riksdagen har frågan om att låta även psykiska sjukdomar omfattas av vissa begränsningar tagits upp flera gånger och Socialstyrelsen har i det sammanhanget haft ett uppdrag att utreda vissa frågor rörande psykologisk och psykoterapeutisk verksamhet (se ovan under avsnitt 15.2.6).

18.5.2 Behov av förändringar?

Av den enkät som utredningen ställt till Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter (se avsnitt 17.1 och bilaga 9) framgår att det förekommer anmälningar som rör den verksamhet som ligger utanför myndighetens tillsynsuppdrag. När det gäller erfarenheter av förekomsten av skador och biverkningar inom verksamhet som ligger utanför myndighetens uppdrag, har någon enhet erfarenhet av sådana skador medan flera enheter inte har någon sådan erfarenhet. Någon uppger att det brukar vara fråga om ekonomisk skada, där kunden vill ha betalningen tillbaka. Tillsynsenheterna uppger att de har gjort totalt två anmälningar om brott mot bestämmelserna i 4 kap. LYHS under åren 2000-2009.

Utredningen ställde också frågan om bestämmelserna i 4 kap. LYHS kan anses tillräckliga för att ge konsumenter/patienter ett godtagbart skydd. Några anser att de är tillräckliga medan andra framför förslag på förändringar. De gäller en utökning av begränsningarna till att gälla icke rättskapabla, t.ex. dementa och ofödda, att skyddet för barn förlängs upp till 16 år och att Socialstyrelsen bemyndigas att föreskriva begränsningar när det gäller olika behandlingsmetoder. Någon anser också att bestämmelserna behöver revideras, då det finns ett stort antal tillstånd med samma allvarlighetsgrad som inte nämns. Förslag finns också att verksamhet som drivs ideellt och gratis som borde omfattas av reglerna.

Vi frågade också om Socialstyrelsen bör anmäla till polis eller åklagare, när man fått kännedom om brott mot 4 kap. LYHS. Två enheter menar att detta rör verksamhet som inte ingår i Socialstyrelsens uppdrag och en av dem anser att om man får kännedom om det bör det anmälas, medan den andra anser att frågan om åtalsanmälan får bedömas från fall till fall. En enhet anser att man inte i första hand bör göra polisanmälan, då det ofta handlar om okunskap. Man bör istället ta kontakt för att informera och nå rättelse innan man överväger rättsliga åtgärder.

Socialstyrelsens roll vid domar för brott mot 4 kap. LYHS var också något vi efterfrågade och merparten hade ingen erfarenhet av sådana domar och fick inte någon information om dem. Tillsynsenheterna hade inte någon erfarenhet av verksamhetsförbud enligt 8 kap. 8 § LYHS (10 kap. 8 § patientsäkerhetslagen), eftersom de handläggs centralt av hälso- och sjukvårdsavdelningen. Sådana ärenden är ovanliga och det finns för närvarande inte något förbud och har inte heller meddelats något de senaste åren.

Antalet domar och strafförelägganden där de lagrum i LYHS som berör begränsningarna i rätten att vidta vissa åtgärder inom hälso- och sjukvårdens område har återopats under åren 2000-2008 är totalt 3 stycken.

Det finns utöver vad som ovan nämnts inte någon statistik eller sammanställning av uppgifter om problem och skador som kan kopplas till regleringen i 4 kap. LYHS (5 kap. patientsäkerhetslagen). När det gäller frågan i vilken utsträckning verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära orsakar problem och skador finns inga nyare undersökningar. I samband med alternativmedicinkommitténs arbete genomförde Svenska Läkaresällskapet en studie på initiativ av en av kommitténs sakkunniga.⁹ Den visade att 123 patienter under en femårsperiod sökt sjukhusvård för skador och komplikationer efter att fått vård av utövare av alternativa behandlingsformer. Komplikationerna var av växlande svårighetsgrad. Socialstyrelsen gjorde i samband med sin rapport med anledning av ett uppdrag att utreda vissa frågor rörande psykologisk och psykoterapeutisk verksamhet en enkätundersökning bland psykiatriska verksamheter, privatpraktiserande psykoterapeuter och företagshälsovårdsmottagningar samt patientgrupper. Ett av undersökningens syften var att samla in fallbeskrivningar av hälsofarlig verksamhet och ett begränsat antal sådana inkom (se nedan).

Vid den hearing som vi genomfört med representanter för ett antal organisationer inom AKM-området behandlades frågan om behovet av förändringar av 4 kap. LYHS (5 kap. patientsäkerhetslagen). Det fanns då ett stort intresse för att ta bort förbuden mot att behandla barn under åtta år och gravida. Många hade erfarenheter av att den behandling de erbjuder efterfrågas av föräldrar som söker hjälp till sina barn. Ett förbud mot behandling av barn uppgavs endast finnas i ytterligare två länder i världen. De framhöll också att olika former av alternativa behandlingsformer i många länder används för att lindra besvär i samband med graviditet och att det borde vara möjligt även i Sverige.

Nätverket Hela Barn i Sverige är en sammanslutning som arbetar för att även barn under 8 år ska kunna få komplementär-alternativmedicinsk undersökning, vård och behandling. De har till utredningen framfört att förbudet för barn under 8 år att få sådan behandling bör tas bort.

⁹ Harry Boström: Biverkningspanorama vid Alternativmedicinsk verksamhet, Svenska Läkaresällskapets förslag, 1989.

18.5.3 Finns det skäl att ange förbuden på annat sätt?

Uppräkningen av de sjukdomar och behandlingsformer som är förbehållna hälso- och sjukvårdspersonal har funnits under lång tid. En möjlig förändring av bestämmelserna är att genom en mer allmän regel endast tillåta hälso- och sjukvårdspersonal att behandla allvarliga sjukdomar och använda behandlingsmetoder som är förenade med risker.

I Norge togs uppräknningen av de sjukdomar och tillstånd som inte får behandlas av den som inte hälso- och sjukvårdspersonalen bort 2004 och ersattes med ett förbud mot behandling av allvarliga sjukdomar. Man valde en generell ordalydelse, som vänder sig mot alla former av allvarliga sjukdomar, framför en konkret uppräkning av vilka allvarliga sjukdomar som ska förbehållas hälso- och sjukvårdspersonalen. Värderingen av om sjukdomen ska anses som allvarlig i enlighet med bestämmelsen ska göras generellt och inte i förhållande till en enskild patient. Det ska göras en helhetsvärdering som bland annat innefattar hur smärtsam sjukdomen normalt är, hur sjuk en patient med den sjukdomen normalt är, om sjukdomen medför funktionsnedsättning eller invaliditet och om sjukdomen medför förlust av viktiga kroppsfunktioner eller sinnen. Både fysiska och psykiska följder av sjukdomen kan beaktas vid värderingen. En viss vikt måste också läggas vid om det inom hälso- och sjukvården finns effektiv behandling, då en sjukdom i sådana fall lättare kan anses som allvarlig enligt bestämmelsen. Hänsyn måste också tas till hur komplicerad sjukdomen är att behandla och vilka medicinska kunskaper som krävs för att behandla den. Cancer och diabetes liksom allvarliga psykiska sjukdomar bör t.ex. anses som allvarliga sjukdomar enligt dessa regler. Det finns såvitt vi erfarit ännu inte någon utvärdering av effekterna av denna förändring av regelverket.

I patientsäkerhetslagen sanktioneras förbudet mot att behandla vissa sjukdomar och att använda vissa former av behandling genom en straffbestämmelse som anger att den som bryter mot förbudet döms till böter eller fängelse i högst ett år. Den omständigheten att behandlaren p.g.a. brist i utbildning och erfarenhet inte kunnat inse sjukdomens natur befriar honom eller henne inte från ansvar.

De begränsningar som ställs upp för den som är verksam inom alternativmedicin bör enligt vår mening klart framgå av lagen. För de allvarliga sjukdomar och former av behandling som inte klart uttalas i lagen finns en begränsning i straffbestämmelsen som även anger att den ska dömas som uppsåtlig eller av oaktsamhet tillfogar den

undersökte eller behandlade skada som inte är ringa eller framkallar fara för sådan skada. Det gäller oavsett om skadan eller faran orsakats av olämplig behandling eller genom avbrott i eller dröjsmål med läkarvård. Vi anser därför att en uppräkningslista av de sjukdomar och behandlingsformer som omfattas av förbudet även i fortsättningen bör finnas i lagen.

18.5.4 Förbjudna sjukdomar och tillstånd och former av behandling

Det intryck vi fått vid möten och hearings och genom de skrivelser och enkäter vi har tagit del av är att den lista över sjukdomar och behandlingsformer som finns i 5 kap. patientsäkerhetslagen i stort sett måste anses tillfredsställande ur ett patientsäkerhetsperspektiv. De konkreta förslag på förändringar som framförts är att psykiska sjukdomar och behandling med psykoterapi bör finnas med i den uppräkningslista av sjukdomar i lagen som beskriver vad som inte får behandlas. Förbudet mot att behandla barn under åtta år och gravida bör tas bort. I detta avsnitt tar vi upp frågan om psykiska sjukdomar och behandling med psykoterapi och i följande avsnitt finns våra överväganden när det gäller behandling av barn och gravida.

Regeringen har till utredningen överlämnat en skrivelse från Riksföreningen PsykoterapiCentrum Skåne om behörighet att utöva yrket som psykoterapeut. Föreningen menar att det är ett allvarligt missförhållande att vem som helst kan säga sig erbjuda psykoterapi. Behörig att utöva psykoterapi bör endast den vara som har legitimation som psykoterapeut.

Sveriges Psykologförbund har i en skrivelse till utredningen framfört att det bör införas begränsningar i rätten att behandla personer med psykiska sjukdomstillstånd och psykiska funktionshinder. Förbundet förespråkar vidare att åldersgränsen för rätten att behandla barn höjs till 18, alternativt 15 år.

Ett förbud mot behandling av psykiska sjukdomar

Socialstyrelsen konstaterade i sin rapport till regeringen både att det är svårt att formulera en entydig förbudsdefinition och att kunskaper om förekomst och art av hälsofarliga behandlingar är bristfällig (se ovan under avsnitt 15.2.6). Vi har under utredningens gång

inte haft möjlighet att genomföra någon egen undersökning av förekomsten av hälsofarliga behandlingar inom det här området. Några vetenskapliga studier eller undersökningar av förekomsten av behandling av psykiska sjukdomar utanför hälso- och sjukvården, och risker och skador med sådana behandling, har såvitt vi kunnat utröna inte genomförts. De övriga uppgifter vi tagit del av har inte visat på någon stor omfattning av problem vid behandling av psykiska hälsotillstånd utanför den etablerade hälso- och sjukvården.

Två vetenskapliga råd tillfrågades av Socialstyrelsen om behovet av att införa begränsningar i rätten att behandla vissa allvarliga psykiska störningar eller använda vissa psykologiska metoder.¹⁰ Rådet i psykiatri angav en känsla av att antalet personer som farit illa av icke legitimerade psykologers utrednings- och behandlingsmetoder är relativt få i förhållande till den mycket stora verksamhet det handlar om. När det gäller behandling av sjukdomstillstånd och störningar finns exempel på enstaka människor som farit illa. Att lagreglera dessa verksamheter innebär att man omedelbart hamnar i stora svårigheter. Därför är det lämpligare att avstå. Rådet i psykologi såg svårigheter med att formulera en sådan bestämmelse.

Riskerna med att personer med psykisk sjukdom får behandling utanför hälso- och sjukvården framförs i många sammanhang. Några studier har dock inte genomförts som visar vilka metoder som kan anses skadliga eller vilka tillstånd som bör förbehållas hälso- och sjukvårdspersonal. Ett förbud när det gäller psykiska sjukdomar bör inte göras mer omfattande än vad som kan anses nödvändigt med hänsyn till patientsäkerheten. Människors rätt att i största möjliga utsträckning själv välja av vem och på vilket sätt de vill få behandling måste respekteras. De uppgifter som finns om allvarliga risker med behandling av psykiska sjukdomar utanför hälso- och sjukvården är inte särskilt omfattande. Det innebär också stora svårigheter att ange och precisera vilka psykiska sjukdomar som skulle omfattas av ett behandlingsförbud. Vi föreslår därför inte något förbud mot behandling av psykiska sjukdomar.

¹⁰ Socialstyrelsens redovisning av uppdraget att utreda vissa frågor rörande psykologisk och psykoterapeutisk verksamhet, Dnr S2001/11151/HS s. 31–32.

Förbud mot användning av psykoterapi

De begränsningar som finns för den som inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonal att använda vissa metoder avser allmän bedövning, lokal bedövning genom injektion av bedövningsmedel, radiologiska metoder och hypnos. Skälen för att införa dessa begränsningar har varit att man ansett att de i en osakkunnigs hand innefattar särskilt påtagliga risker.¹¹

Alternativmedicinkommittén föreslog att hypnos skulle vara tillåtet för envar att använda.¹² Denna uppfattning delades dock inte av 1994 års behörighetskommitté som bl.a. pekade på att det inte framförts något önskemål från utövarna av alternativ medicin att få använda hypnos.¹³

Psykoterapi innebär behandling av psykiska problem med psykologiska metoder. Det finns många olika inriktningar inom psykoterapin och det finns olika modeller för förklaring och behandling av psykiska besvär. Behandlingen kan inom vissa inriktningar bedrivas även i grupp men också för familj eller par. Behandlingen består av regelbundna samtal men kan också innehålla att utföra vissa uppgifter.

Under vårt arbete har det inte framkommit att behandling med psykoterapi innebär särskilt påtagliga risker, när den utförs av någon som inte är hälso- och sjukvårdspersonal. Att ange vilka metoder som ska vara förbjudna är också svårt eftersom dessa i huvudsak utgörs av samtal. Vi anser därför inte att psykoterapi bör förbehållas hälso- och sjukvårdspersonal. Det förbud mot användning av skyddade yrkestitlar vid marknadsföring av verksamhet på ett sådant sätt att det oriktigt ger sken av att verksamheten utövas av någon som har legitimation kan ge ett visst skydd för den som söker vård för psykiska problem och önskar psykoterapi (se avsnitt 18.8).

18.5.5 Förbudet att behandla barn under 8 år

Vid hearings och i skrivelser har företrädare för alternativa behandlingsformer framhållit att dessa bör få användas för att behandla barn under åtta år och för att lindra besvär i samband med graviditet. I detta avsnitt tar vi upp frågan om behandling av barn med sådana metoder och i följande avsnitt huruvida det finns skäl att tillåta be-

¹¹ Prop. 1960:141 s. 157.

¹² SOU 1989:60 s. 74–75.

¹³ SOU 1996:138 s. 417 f.

handling av sjukliga tillstånd i samband med havandeskap och förlösning.

Nu gällande regler

Den åldersgräns som idag finns för behandling med alternativa behandlingsformer utanför hälso- och sjukvården har varit föremål för överväganden flera gånger tidigare.

Barnen åtnjöt inte något särskilt skydd i 1915 års lag om behörighet att utöva läkekonsten. Ett förbud för icke hälso- och sjukvårdspersonal att behandla barn infördes först i samband med kvacksalverilagen 1960. I propositionen som föregick kvacksalverilagen uttalades att de risker som kvacksalveriet för med sig, då vuxna behandlas, framträder med än större tydlighet när det gäller behandling av barn. Medan den vuxne har möjlighet att avbryta behandlingen, om han finner att hans tillstånd försämras eller att behandlingen är resultatlös, är barnen utlämnade till föräldrarnas och kvacksalvarens bedömning av behandlingens effekt. Risken för skada vid behandling av barn är påtaglig och ökar ytterligare genom att barn, åtminstone i de lägsta åldrarna, är ömtåligare än vuxna. Åldersgränsen åtta år valdes med tanke på att barnet, när det börjar skolan, kommer under regelbunden läkarundersökning och kontroll, vilket bör kunna leda till att olämplig kvacksalveribehandling av barnet uppdagas. Vid denna ålder ansågs barn också ha nått en ålder då de själv kan redogöra för symptom och för effekten av kvacksalvarens behandling, varför de mest överhängande riskerna för skador av behandlingen borde kunna elimineras.¹⁴ 1994 års behörighetskommitté föreslog en höjd åldersgräns till 15 år men det förslaget genomfördes inte. Under remissbehandlingen framfördes förslag om en gräns vid 8, 15 respektive 18 år men också önskemål om ett totalt slopande av åldersgränsen. Regeringen anförde att omsorgen om patienternas säkerhet måste anses väga särskilt tungt när det gäller barn och behandlingen av dem måste omgärdas med särskilda restriktioner. De generella reglerna ger även barnen ett visst skydd men de har också ett grundskydd genom föräldrabalken. Regeringen ansåg att omsorgen om barnets bästa talade för att åttaårsgränsen måste bibehållas.¹⁵

¹⁴ Prop. 1970:141 s. 153.

¹⁵ Prop. 1997/98:109 s. 109.

Konventionen om barnets rättigheter

Konventionen om barnets rättigheter antogs av FN:s generalförsamling den 20 november 1989 och Sverige ratificerade den efter ett beslut i riksdagen i juni 1990. Barnkonventionen innehåller olika slag av rättigheter, dels medborgerliga och politiska, dels ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Den är inriktad på individen och handlar om barnets rätt att få sina grundläggande rättigheter och behov tillgodosedda.

Vart femte år rapporterar Sverige till FN:s kommitté för barnets rättigheter om de insatser som regeringen och statliga myndigheter har genomfört. I september 2007 lämnade Sverige sin fjärde rapport för åren 2002-2007.

Den 12 juni 2009 redovisade kommittén sina skriftliga, sammanfattande slutsatser från granskningen av regeringens och Sveriges insatser för att förverkliga konventionen om barnets rättigheter. I yttrandet noterar kommittén att komplementär och alternativ medicin (CAM) är ett erkänt medicinskt område, både inom Europa och globalt. Av den anledningen är kommittén bekymrad över att Sverige förbjuder användningen av CAM för undersökning, behandling och vård av barn under åtta år samt för gravida kvinnor och kvinnor under förlossningen. Kommittén känner oro för att ett sådant förbud åsidosätter rättigheten hos alla individer i konventionsstaten, inklusive barn, att välja behandlingsmetod samt att det kan beröva dem deras rätt till högsta möjliga hälsostandard.

Regleringen i andra länder

Enligt en sammanställning över den rättsliga regleringen i de europeiska länderna är det i ett stort antal länder inte tillåtet för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att ge vård och behandling (19 länder i Mellan- och Sydeuropa). I övriga länder är det tillåtet för envar att ge vård och behandling med vissa restriktioner, när det gäller vilka tillstånd som får behandlas och vilka behandlingsformer som får användas (10 länder i norra Europa).¹⁶ Dessa begränsningar berör både vuxna och barn, oavsett ålder.

I Norge finns inget förbud mot behandling av barn med alternativa behandlingsformer. I Danmark finns en straffbestämmelse för

¹⁶ How are European patients safeguarded when using complementary and alternative medicine (CAM)? Jurisdiction, supervision and reimbursement status in the EEA area (EU and EFTA) and Switzerland; Dr G Ersdal, CAM-CANCER Consortium.

den som inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen och vid behandling av sjuka utsätter någon för fara. En straffskärpning inträder om patienten är underårig.

Våra överväganden

Åldersgränsen på 8 år har funnits under lång tid. Trots att människor ska ha rätt att välja vilken vård och behandling de vill ha, har man från statens sida ansett att det finns ett behov av skydd vid vissa sjukdomar, tillstånd och behandlingsformer. När det gäller förbudet mot behandling av barn tar det över föräldraansvaret så länge barnet är under 8 år. FN:s barnrättskommittés uttalande att man känner oro för att ett sådant förbud åsidosätter rättigheten hos alla individer i konventionsstaten, inklusive barn, att välja behandlingsmetod bör enligt vår mening ses i ljuset av förbudets syfte och möjligheterna för barn under 8 år att i praktiken själv välja behandlingsmetod. Om alternativa terapiformer används inom ramen för hälso- och sjukvården, s.k. integrativ vård, gäller patientsäkerhetslagen och då finns det inga särskilda regler för behandling av barn.

Vi anser inte att det, mot bakgrund av vad som framkommit under utredningens arbete, finns skäl för att föreslå någon förändring av reglerna för vård och behandling av barn utanför hälso- och sjukvården. Den omständigheten att vi är ett av få länder som har en åldersgräns för vård och behandling som utförs av den som inte tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen måste ställas i relation till att sådan behandling inte alls är tillåten i många länder i Europa. Bestämmelsen gäller för många olika behandlingsformer och skälen till att förbjuda vård och behandling av barn under 8 år väger inte lika tungt för alla. De skäl som anfördes för att införa åldersgränsen framstår som väl underbyggda, men med hänsyn till de synpunkter som framförts och variationen av behandlingsformer kan det finnas skäl att överväga möjligheterna att förändra bestämmelsen.

Om man i enlighet med vårt förslag nedan gör en mer ingående översyn av regleringen bör frågan om vård och behandling av barn under 8 år ingå i det uppdraget.

18.5.6 Förbudet att behandla gravida kvinnor

I 1915 års lag om behörighet att utöva läkekonsten fanns inte något förbud för icke hälso- och sjukvårdspersonal att behandla sjukliga tillstånd i samband med havandeskap och förlossning. Det förbudet infördes i samband med kvacksalverilagen år 1960. I det betänkande av Kvacksalveritutredningen som låg till grund för lagen angavs att det var sörjt för att mödrar och barnafödelskor skulle få sakkunnig vård genom förebyggande mödravård och ett förbud för andra än legitimerade barnmorskor eller läkare att mot ersättning biträda vid förlossning. Värdet av dessa skyddsåtgärder skulle förringas om kvacksalvare fick befatta sig med sådana sjukdomar och de borde därför vara behandlingsförbjudna.¹⁷ Dessa motiv godtogs av regeringen.¹⁸

Företrädare för alternativa behandlingsformer har framhållit att dessa bör få användas för att lindra besvär i samband med graviditet. Förbudet mot behandling av gravida gäller sjukliga tillstånd i samband med havandeskap eller förlossning och det bör enligt vår mening redan idag finnas utrymme för att behandla vissa lindrigare besvär som kan ha samband med graviditet. Om man i enlighet med vårt förslag nedan gör en mer ingående översyn av regleringen bör den omfatta frågan om vård och behandling av gravida.

18.5.7 En medicinsk översyn

Utredningens uppdrag har varit att göra en översyn av bestämmelserna i 4 kap. LYHS (5 kap. patientsäkerhetslagen). Med hänsyn till omfattningen av vårt uppdrag i övrigt och den tid som stått till vårt förfogande har det inte varit möjligt att göra en genomgripande översyn av lagstiftningen. Vi har inte haft möjlighet att analysera behovet av att lägga till nya behandlingsförbjudna sjukdomar eller om det är möjligt att ta bort några av dagens. En sådan översyn kräver bistånd av medicinsk och annan expertis och bör därför lämpligen genomföras i annan form. Vi har tagit del av önskemål om ett utökat skydd för icke rättskapabla, t.ex. dementa och ofödda, en utökning med fler behandlingsförbjudna sjukdomar m.m. Dessa frågor liksom frågan om en förändring av åldersgränsen på åtta år och möjligheterna att behandla gravida bör utredas närmare och i

¹⁷ SOU 1956:29 s. 119.

¹⁸ Prop. 1960:141 s. 153.

annan form. Vi föreslår därför att Socialstyrelsen får i uppdrag att se över de behandlingsförbudna, somatiska sjukdomarna, åldersgränsen och möjligheterna att behandla gravida.

18.6 Tillsyn och kontroll

Utredningens bedömning: Den tillsyn som idag finns över verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära måste anses tillräcklig. Det är inte möjligt eller lämpligt för staten att närmare reglera det aktuella området.

18.6.1 Inledning

I direktiven anger regeringen att det är otillfredsställande att de som erbjuder allmänheten hälso- och sjukvårdsliknande tjänster inte kontrolleras i större utsträckning. I vårt uppdrag ingår därför att utreda behovet av, och förutsättningarna för, tillsyn över den verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära och som av allmänheten lätt kan förväxlas med hälso- och sjukvård. Om vi anser att det finns behov av tillsyn ska vi lämna förslag till hur den bör vara utformad.

18.6.2 Vad är tillsyn?

Statlig tillsyn är ett förvaltningspolitiskt instrument som företrädesvis tillämpas i sammanhang där statsmakerna genom lagstiftning givit uttryck för en utfästelse om att vissa särskilda villkor eller förhållanden ska råda i ett tillsynsobjekts relation till enskilda medborgare eller grupper av medborgare.¹⁹ Den offentliga tillsynens uppgift är ytterst att övervaka efterlevnaden av ett demokratiskt fattade beslut genomförs på ett avsett, effektivt och likvärdigt sätt. För medborgaren innebär tillsynen en möjlighet att påkalla uppmärksamhet när förväntade förhållanden inte råder och en vetskap om att missförhållanden kan upptäckas. För de som kontrolleras är tillsynen en garant för att likvärdiga villkor tillämpas för alla inom ett verksamhetsområde. Frågor om tillsyn har behandlats av ett otal utredningar, både

¹⁹ SOU 2002:14.

mer generellt och för specifika områden bl.a. av Tillsynsutredningen och Ansvarskommittén.

Regeringen lämnade i december 2009 en skrivelse till Riksdagen om tillsyn, *En tydlig, rättssäker och effektiv tillsyn* (Skr. 2009/10:79, 2009710:FiU12, rskr. 2009/10:210). I den redovisar regeringen generella bedömningar av hur en tillsynsreglering bör vara utformad. För att bli mer effektiv och rättssäker bör tillsynen vara tydlig och enhetlig. Genom mer enhetliga begrepp och regler ges de många verksamhetsutövare som står under tillsyn enligt regleringar i flera olika lagar och av flera tillsynsorgan bättre förutsättningar att följa gällande regler. Begreppet tillsyn bör främst användas för verksamhet som avser självständig granskning för att kontrollera om tillsynsobjekt uppfyller krav som följer av lagar och andra bindande föreskrifter och vid behov kan leda till beslut om åtgärder som syftar till att åstadkomma rättelse. Kommunerna bör även i fortsättningen kunna ges ansvar för att utöva tillsyn. För att garantera likvärdighet och rättssäkerhet bör dock staten ta ett tydligare och ökat ansvar för styrningen av de kommunala tillsynsuppgifterna. I skrivelsen redovisas även generella bedömningar kring tillsyn, bl.a. vad gäller finansiering, samordning mellan tillsynsorgan, ingripandemöjligheter och tillsynsorgans befogenheter i övrigt. I skrivelsen anges att det dock finns områden där det finns skäl att göra avsteg från de bedömningar som görs.

Tillsyn innebär således att kontrollera att den som är föremål för tillsyn följer de regler som gäller för den aktuella verksamheten. I patientsäkerhetslagen anges t.ex., att tillsyn enligt lagen innebär granskning av att verksamhet och personal uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

18.6.3 Nuvarande reglering

Socialstyrelsen ansvarar enligt patientsäkerhetslagen för viss kontroll även av verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära. Om någon dömts till brott mot 5 kap. får myndigheten meddela förbud för honom eller henne att under viss tid eller för alltid utöva verksamhet som avses i 5 kap. Ett sådant förbud får förenas med vite. Socialstyrelsens tillsyn innebär också att myndigheten uppmärksammar om någon obehörigen 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 (se avsnitt 15.1.2). Konsumentverket är förvaltningsmyndighet för konsumentfrågor och har bl.a. ansvar för att de konsumentskyddande regler som ligger inom myndighetens tillsynsansvar följs och att konsumenter har tillgång till information som ger dem möjlighet att göra aktiva val om ingen annan myndighet har den uppgiften.

Yrkesmässig hygienisk verksamhet får inte drivas utan att anmälan görs till den kommunala nämnden i den kommun där verksamheten ska drivas och som sedan har tillsyn över verksamheten. Det gäller behandlingar som t.ex. akupunktur, fotvård, laserbehandling, massage och zonterapi. Socialstyrelsen har gett ut allmänna råd om yrkesmässig hygienisk verksamhet som utgörs av sådan hygienisk verksamhet som erbjuds allmänheten och som inte står under Socialstyrelsens tillsyn.²⁰

18.6.4 Bör tillsyn ske av verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära?

Vårt uppdrag är att utreda behovet av och förutsättningarna för tillsyn över den verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära och som av allmänheten lätt kan förväxlas med hälso- och sjukvård. När man bedömer förutsättningarna måste man enligt vår mening beakta både de juridiska och praktiska möjligheterna för tillsyn.

Behovet av tillsyn över verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära

Av den enkät som utredningen ställt till Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter (se avsnitt 17.1) framgår att det förekommer anmälningar som avser den verksamhet som ligger utanför myndighetens tillsynsuppdrag. Anledningen till att de får ta emot sådana anmälningar är att enskilda inte är medvetna om att Socialstyrelsen endast har tillsyn över hälso- och sjukvård, att de tror att den de fått behandling av har varit legitimerad eller att vården eller behandlingen varit tydligt hälso- och sjukvårdsinriktad. När det gäller erfarenheter av förekomsten av skador och biverkningar inom verksamhet som

²⁰ SOSFS 2006:4 (M).

ligger utanför myndighetens uppdrag har någon enhet erfarenheter av sådana skador medan flera inte har någon erfarenhet.

Allmänna reklamationsnämnden prövar vissa ärenden som berör verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära bl.a. sådana som hänförs till kroppsvård, t.ex. laserbehandling, tandblekning och behandling av håravfall. Under perioden 2000-2009 hade Konsumentverket 20 ärenden angående alternativa behandlingar.

Utredningen har också efterfrågat Socialstyrelsens regionala tillsynsenheters syn på frågan om införande av någon form av tillsyn över verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära. I ett svar uppges att man anser det svårt att hitta ett hållbart system för en sådan tillsyn och en lösning skulle kunna vara att avgränsa tillsynen till sådant som kan innebära allvarlig patientskada eller sjukdom eller där någon skolmedicinsk behandling undanträngs. En enhet framhåller att det saknas evidens för sådana behandlingar och att allt regelverk bör klargöra rågången mellan sådan verksamhet och hälso- och sjukvård. Satsningar bör därför göras på att ge allmänheten information för att kunna göra val av behandling, på kontroll av hygien t.ex. på det sätt som sker när det gäller hårfrisörskor och tatuerare, på en tydlig och lätt tillgänglig instans för klagomål och på att ge yrkesutövare av sådan behandling en tydlig instans för att få sin specialitet legitimerad när det finns evidens. Alla som svarat är tveksamma till att Socialstyrelsen får ansvaret för tillsyn över verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära. I det sammanhanget pekar man på att det blir otydligt om Socialstyrelsen får tillsyn även över sådan verksamhet och att det är en konsumenträttslig fråga som ligger under Konsumentverket och Allmänna Reklamationsnämnden. En enhet framför att om Socialstyrelsen skulle få ett sådant tillsynsansvar bör någon form av certifiering införas av alternativa behandlare.

Förutsättningarna för tillsyn över verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära

Begreppet tillsyn bör som framgått ovan främst användas för verksamhet som avser självständig granskning för att kontrollera om tillsynsobjekt uppfyller krav som följer av lagar och andra bindande föreskrifter. Vid behov ska beslut om åtgärder som syftar till att åstadkomma rättelse kunna fattas. Tillsyn över verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära bör således avse huruvida den uppfyller de krav som ställs på sådan verksamhet t.ex. i lag, förordning eller

föreskrift. De bestämmelser som anger vilka krav som kan ställas på sådan verksamhet finns idag inom ramen för konsumentlagstiftningen, t.ex. produktsäkerhetslagen, som är allmängiltig och inte innehåller några specifika regler för det aktuella området. Tillsynsansvaret ligger också på Konsumentverket. En förutsättning för tillsyn utöver den som redan finns är därför en mer preciserad reglering av verksamhetsområdet genom lagar och andra bindande föreskrifter. Det krävs också en definition av det område en sådan tillsyn ska avse. De verksamheter som ska vara föremål för tillsyn måste därför definieras i relation till den etablerade hälso- och sjukvården, allmän friskvård och välbefinnande, andliga metoder samt kosmetiska behandlingar och skönhetsbehandlingar men också i relation till andra konsumenttjänster.

Utredningens slutsatser

Vi har under vårt arbete inte kunnat konstatera något stort behov av förstärkt tillsyn över det aktuella området. Konsumentverket har haft en del ärenden och vidtagit åtgärder för att komma till rätta med missförhållanden. När det gäller yrkesmässig hygienisk verksamhet har också kommunerna tillsyn över sådan enligt miljöbalken. Det är förknippat med svårigheter att ta fram ett mer preciserat regelverk för den verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära. Det är fråga om ett stort antal olika behandlingsmetoder som i många fall inte har varit föremål för vetenskaplig forskning och där kunskaperna om dem är begränsade. Vi anser därför att det inte är möjligt eller lämpligt för staten att närmare reglera det aktuella området. Vi föreslår således inte att det införs någon ytterligare tillsyn över verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära. Det förslag om ett register för alternativa behandlare som vi föreslagit bör bidra till att göra det lättare för människor att förstå vart de ska vända sig när de är missnöjda. Vi har också föreslagit att det i anslutning till registret ska finnas en informationsportal där även uppgifter om vart man kan vända sig med klagomål ska vara tillgängliga.

18.7 Skyddade yrkestitlar

Utredningens bedömning: Dagens bestämmelser om hälso- och sjukvårdens skyddade yrkestitlar är ändamålsenliga och det finns inte något behov av att förändra dem.

18.7.1 Inledning

Skyddet för yrkestitlar regleras i 4 kap. 5 och 6 §§ patientsäkerhetslagen. Där framgår att en skyddad yrkestitel, vilket motsvarar ett legitimationsyrke, får användas endast av den som fått legitimation. I yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område får den som saknar behörighet att använda en skyddad yrkestitel inte heller använda en titel som kan förväxlas med en skyddad yrkestitel.

I våra direktiv anges bl.a. att som skyddet för yrkestiteln är utformat i dag finns det möjligheter att på ett vilseledande sätt erbjuda hälso- och sjukvårdstjänster eller liknande tjänster. Det finns därför ett behov av att se över bestämmelserna om skyddad yrkestitel och gränssnittet mot sådana tjänster som ligger hälso- och sjukvården nära. Vi ska därför överväga om bestämmelserna om skyddad yrkestitel inom hälso- och sjukvården är ändamålsenliga och lämna de förslag till ändringar som kan stärka patientsäkerheten. I detta avsnitt behandlar vi skyddet för yrkestitlar och i följande avsnitt tar vi upp frågor om marknadsföring.

18.7.2 Bakgrund till dagens reglering

Frågor om skydd för yrkestitel och yrkesbeteckning reglerades tidigare i lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. som angav att ingen som är verksam inom hälso- och sjukvårdens eller tandvårdens område obehörigen får utge sig för att vara barnmorska, läkare eller tandläkare eller på annat sätt gesken av att ha sådan kompetens. Ingen fick heller utge sig för att vara legitimerad optiker, kiropraktor, logoped, naprapat, sjukgymnast, sjuksköterska eller tandhygienist utan att ha legitimation för yrket. Slutligen fick ingen heller utge sig för att vara psykolog eller psykoterapeut utan att ha legitimation för yrket eller, såvitt gäller psykologtiteln, utan att ha genomgått föreskriven praktisk tjänstgöring som psykolog. Det fanns också en regel om att om någon, som

saknade behörighet att använda titeln psykolog eller psykoterapeut, förvärvat en titel som kunde förväxlas med dessa titlar, skulle titeln anges på ett sådant sätt att den tydligt skiljde sig från psykolog- och psykoterapeuttitlarna om det gällde verksamhet på hälso- och sjukvårdens eller tandvårdens område. Det fanns också skydd för specialistbeteckning för läkare och tandläkare.

I förarbetena till den bestämmelse som föregick 4 kap. 6 § patient-säkerhetslagen uttalade departementschefen sig om hur långt förbudet att obehörigen använda läkartiteln borde sträcka sig. Han anförde därvid att ett sådant förbud inte borde göras vidsträcktare än som är påkallat med hänsyn till dess syfte att förhindra att den allmänhet som söker hjälp mot sjukdomar vilseleds. Det borde därför vara tillräckligt att förbjuda obehörigt bruk av läkar- och doktorstitlarna i samband med utövning av verksamhet på hälso- och sjukvårdens område.²¹

I och med införandet av LYHS utökades skyddet för yrkestitlar till att gälla även apotekare, arbetsterapeuter, logoped, receptarier, sjukgymnaster, sjukhusfysiker, sjuksköterskor, och tandhygienister. Regeringen anförde i propositionen att det inte fanns berättigade skäl för någon att få kalla sig t.ex. sjukgymnast eller sjuksköterska utan att ha legitimation för yrket. Skälen vägde i vart fall inte tyngre än patienternas krav på att även yrkestiteln ger en tydlig varudeklaration/information om vad yrkesutövaren har för kompetens. Det hade ifrågasatts om inte ett skydd för yrkestitlarna också borde gälla utanför hälso- och sjukvårdens respektive tandvårdens område. Enligt regeringens mening skulle emellertid en sådan lagstiftning föra för långt. Det hade heller inte framkommit några omständigheter som tydde på att avsaknaden av ett sådant förbud skulle vara ett problem. Om någon använder yrkestiteln i missledande syfte som inte har samband med hälso- och sjukvården etc. kan det vara ett brott mot marknadsföringslagen eller vara straffbart enligt brottsbalken, exempelvis som försök till bedrägeri.²²

18.7.3 Tillämpningen av reglerna om skyddad yrkestitel

Utredningen har tillfrågat Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter om deras erfarenheter av bestämmelserna om skyddad yrkestitel. Den synpunkt som merparten framför är att reglerna är ändamåls-

²¹ Prop. 1960:141 s. 171.

²² Prop. 1997/98:109 s. 84–85.

enliga och tillräckliga. Någon anser att felaktigt bruk eller missbruk av skyddade yrkestitlar inte är helt ovanligt, medan andra anser att det inte är särskilt vanligt. Anmälningar kommer från patienter, legitimerade yrkesutövare och deras yrkesförbund och Socialstyrelsen får också sådan kunskap genom massmedia och egna kontroller t.ex. på Internet. Efter kontroll i registret över legitimerade utövare tar myndigheten kontakt med den som felaktigt använder en skyddad yrkestitel och informerar om gällande lagstiftning, vilket normalt är tillräckligt för att användningen ska upphöra. I annat fall görs polis-anmälan.

18.7.4 Är bestämmelserna om skyddad yrkestitel inom hälso- och sjukvården ändamålsenliga?

Enligt direktiven ska vi överväga om bestämmelserna om skyddad yrkestitel inom hälso- och sjukvården är ändamålsenliga. Skälet för att skydda titlar inom hälso- och sjukvården är att ge allmänheten ett skydd mot mindre kompetenta yrkesutövare. I och med att endast den som har legitimation har rätt att använda yrkestiteln får den som söker vård vetskap om att hälso- och sjukvårdspersonalen har den utbildning och kompetens inom området som krävs.

Under utredningens arbete har det inte framkommit något som tyder på att bestämmelserna inte ger den information och det skydd som är avsett. Vi anser därför att bestämmelserna om skyddad yrkestitel inom hälso- och sjukvården är ändamålsenliga.

18.7.5 Bör skyddet för yrkestitlar utvidgas?

Även om vi anser att bestämmelserna om skyddad yrkestitel inom hälso- och sjukvården är ändamålsenliga, finns det skäl att överväga om förändringar av reglerna skulle förbättra patientsäkerheten.

En möjlighet till ytterligare skydd för yrkestitlarna inom hälso- och sjukvården är att utvidga skyddet att gälla även utanför hälso- och sjukvården. Den frågan har behandlats tidigare (se ovan under 18.7.2).

Regeringen överlämnade i december 2008 en proposition till riksdagen om djurens hälso- och sjukvård, som bl.a. innehöll förslag om skydd för yrkestitlarna veterinär och djurskötare och beteckningen hovslagare. Bestämmelserna trädde i kraft den 1 januari 2010. Skyd-

det för titlarna och beteckningen, och mot förväxling, gäller inom djurens hälso- och sjukvård. Även inom skolområdet finns förslag om legitimation. En särskild utredare har i det sammanhanget föreslagit att beteckningen legitimerad lärare ska vara skyddad inte bara i skolväsendet, utan över huvud taget, vilket skulle innebära att ingen annan i något sammanhang får använda sig av beteckningen.²³ I en promemoria som därefter upprättats inom Utbildningsdepartementet bedöms att det är att gå alltför långt och att det som ska regleras är beteckningen legitimerad lärare respektive legitimerad förskollärare inom skolväsendet.²⁴

Ett straffsanktionerat förbud bör enligt vår mening inte göras mer omfattande än vad som behövs för att nå det avsedda syftet. När det gäller förbudet att använda titlar, eller sådana som kan förväxlas med dessa, inom hälso- och sjukvården är syftet att förhindra att den som söker hjälp mot sjukdomar vilseleds om utbildning och kompetens hos den som erbjuder vård och behandling. Det har under utredningens arbete inte framkommit några omständigheter som tyder på ett behov av skydd för yrkestitlarna även utanför hälso- och sjukvårdens område. Om någon i annat sammanhang använder en titel i missledande syfte, som inte har samband med hälso- och sjukvård, kan det som nämnts vara att bedöma som brott mot marknadsföringslagen eller vara straffbart enligt brottsbalken, exempelvis som försök till bedrägeri. Vi anser därför inte att skyddet för yrkestitlar bör utvidgas.

18.8 Marknadsföring

Utredningens bedömning: Ur ett patientsäkerhetsperspektiv är det viktigt att människor inte vilseleds om kompetens och legitimation när de söker vård.

Utredningens förslag: En bestämmelse införs i patientsäkerhetslagen som utvidgar skyddet för yrkestitlar att gälla även vid marknadsföring av verksamhet.

²³ SOU 2008:52.

²⁴ Dnr. U 2010/2818/S.

18.8.1 Inledning

I utredningens direktiv anges bl.a. att det i dag finns möjligheter att på ett vilseledande sätt erbjuda hälso- och sjukvårdstjänster eller liknande tjänster. Exempelvis kan man marknadsföra sig som fysioterapeut utan att vara legitimerad sjukgymnast, eller döpa sitt företag till "Institutet för psykoterapi" utan att det finns personal som är legitimerade psykoterapeuter. Den omständigheten att titlar som "diplomerad" eller "certifierad", används i samband med yrkesbeteckningar som exempelvis samtalsterapeut, massör m.fl., utan att det finns någon av samhället reglerad eller godkänd utbildning bakom titeln kan vilseleda allmänheten om vad man kan förvänta sig i fråga om kunskap, kompetens och eventuell tillsyn över verksamheten.

Det skydd för yrkestitlar som finns i patientsäkerhetslagen gäller titeln och torde inte gälla när titeln används i marknadsföringen av en verksamhet. Då är det de allmänna reglerna om marknadsföring som träder in. I marknadsföringslagen förbjuds vilseledande marknadsföring dvs. att använda sig av felaktiga påståenden eller andra framställningar som är vilseledande i fråga om näringsidkarens egen eller någon annans näringsverksamhet. Det gäller bl.a. särskilt framställningar som rör näringsidkarens egna kvalifikationer.

I Norge har man förutom ett skydd för yrkestiteln också en särskild bestämmelse i helsepersonelloven om att man inte får annonsera verksamhet på ett sätt som kan ge intryck av att den utförs av någon som har en sådan skyddad titel.

I detta avsnitt behandlar vi med utgångspunkt från ett patientsäkerhetsperspektiv den reglering av marknadsföring som ska ge människor bra förutsättningar att välja vård eller behandling. Vi tar upp både de bestämmelser som finns idag och hur de används eller kan användas men också om det går att göra förändringar som förbättrar människors förutsättningar att göra sådana val.

18.8.2 Marknadsföringsbestämmelserna

Direktivet om otillbörliga affärsmetoder

En ny marknadsföringslag trädde i kraft den 1 juli 2008. Genom den genomförs Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/29/EG om otillbörliga affärsmetoder som tillämpas av näringsidkare gentemot konsumenterna på den inre marknaden och om ändring av rådets direktiv 84/450/EEG och Europaparlamentets och rådets direktiv

97/7/EG, 98/27/EG och 2002/65/EG samt Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 2006/2004. Direktivet om otillbörliga affärsmetoder syftar till att bidra till att den inre marknaden fungerar korrekt och att säkerställa en hög konsumentskyddsnivå genom att tillnärma medlemsstaternas lagar och andra författningar avseende otillbörliga affärsmetoder som skadar konsumenternas ekonomiska intressen. Direktivet syftar till en fullständig harmonisering av bestämmelserna om konsumenters skydd mot otillbörliga affärsmetoder m.m. inom hela EU. Direktivet ska tillämpas på otillbörliga affärsmetoder som tillämpas av näringsidkare gentemot konsumenter före, under och efter en affärstransaktion som gäller en produkt. Endast affärsmetoder som direkt påverkar konsumentkollektivets ekonomiska intressen omfattas. Rättsliga krav som gäller icke ekonomiska konsumentintressen, exempelvis smak och anständighet, faller utanför direktivets tillämpningsområde. Medlemsstaterna får inte begränsa friheten att tillhandahålla tjänster eller den fria rörligheten för varor av anledningar som omfattas av det område som harmoniseras genom direktivet. Direktivet ska fungera som ett allmänt ramverk. Finns det gemenskapsbestämmelser som reglerar vissa specifika aspekter av otillbörliga affärsmetoder, har dessa företräde framför direktivets bestämmelser. Genom speciallagstiftning har Sverige genomfört flera sådana direktiv som gäller t.ex. prisinformation, hemförsäljning, konsumentkrediter och paketresor.

I en bilaga till direktivet, som också är en bilaga till marknadsföringslagen, anges ett antal affärsmetoder som under alla omständigheter är otillbörliga. Att oriktigt påstå att en produkt förmår bota sjukdomar, funktionsrubbingar eller missbildningar är en otillbörlig affärsmetod enligt punkt 17 i bilagan.

Direktivet påverkar inte nationella restriktioner och förbud, när det gäller affärsmetoder som motiveras av att skydda konsumenternas hälsa och säkerhet inom respektive land. Bestämmelser om marknadsföring och informationskrav som huvudsakligen motiverats av hälso- och säkerhetsskäl finns idag i tobaks- och alkohollagstiftningen samt livsmedels- och läkemedelslagstiftningen.

Marknadsföringslagen

Marknadsföringslagen har till syfte att främja konsumenternas och näringslivets intressen i samband med marknadsföring av produkter, även tjänster, och att motverka marknadsföring som är otillbörlig

mot konsumenter och näringsidkare. Marknadsföring som strider mot god marknadsförings sed, anses som otillbörlig om den i märkbar mån påverkar mottagarens förmåga att fatta ett välgrundat affärsbeslut. Marknadsföring som är vilseledande anses som otillbörlig om den påverkar eller sannolikt påverkar mottagarens förmåga att fatta ett välgrundat affärsbeslut. Det krävs en kommersiell effekt för att en åtgärd ska kunna angripas med stöd av marknadsföringslagen dvs. att överträdelsen fått en genomsnittskonsument att fatta ett annat affärsbeslut än denne annars skulle ha gjort. En näringsidkare får vid marknadsföring inte använda sig av felaktiga påståenden eller andra framställningar som är vilseledande i fråga om sin egen verksamhet och i lagen anges därvid särskilt framställningar som rör näringsidkarens egna kvalifikationer.

En näringsidkare vars marknadsföring är otillbörlig får förbjudas att fortsätta med denna eller med någon annan liknande åtgärd. Ett sådant förbud ska förenas med vite om det inte av särskilda skäl är obehövligt. I fall som inte är av större vikt får Konsumentombudsmannen meddela föreläggande om sådana förbud och det ska förenas med vite. En näringsidkare får åläggas att betala en särskild avgift (marknadsstörningsavgift) om denne uppsåtligen eller av oaktsamhet brutit mot bl.a. bestämmelserna om vilseledande marknadsföring. I marknadsföringslagen finns också regler om skadestånd. Talan om förbud mot viss marknadsföring får väckas av Konsumentombudsmannen, en näringsidkare som berörs av marknadsföringen eller en sammanslutning av konsumenter, näringsidkare eller löntagare. Talan om marknadsstörningsavgift väcks av Konsumentombudsmannen.

Marknadsdomstolen har, såvitt vi erfarit, inte prövat något mål när det gäller verksamhet som utgör hälso- och sjukvård eller verksamhet som ligger denna nära, där en näringsidkare använt sig av felaktiga påståenden eller av andra framställningar som är vilseledande i fråga om hans eller hennes egna kvalifikationer. Domstolen har i ett mål som rörde marknadsföring av lås och låsmedstjänster anfört att ordet legitimerad ger sken av att bolagets låsmeder besitter en särskild kompetens som prövats av något utomstående kontrollorgan. När detta inte var fallet ansågs marknadsföringen missvisande och otillbörlig enligt dåvarande marknadsföringslag.²⁵

²⁵ MD 1979:20.

18.8.3 Är det möjligt att införa särskilda bestämmelser om marknadsföring av hälso- och sjukvårdstjänster?

Om man önskar införa särskilda bestämmelser om marknadsföring av hälso- och sjukvårdstjänster, måste man först ta ställning till hur sådana regler förhåller sig direktivet om otillbörliga affärsmetoder. EU:s medlemsstater får inte begränsa friheten att tillhandahålla tjänster eller den fria rörligheten för varor av anledningar som omfattas av det område som harmoniseras genom direktivet. Nationella restriktioner och förbud när det gäller affärsmetoder som motiveras av att skydda konsumenternas hälsa och säkerhet inom respektive land påverkas dock inte av direktivet.

Frågan är om det är möjligt att förhindra att hälso- och sjukvårdstjänster eller liknande tjänster marknadsförs på ett sätt som kan vilseleda konsumenter/patienter om vårdgivarens utbildning och kompetens. En förutsättning för att ställa särskilda krav vid marknadsföring av denna form av verksamhet är att de motiveras av skyddet för hälsa och säkerhet. En viktig utgångspunkt måste därvid vara att konsumenten/patienten får möjlighet att bedöma vårdgivarens kompetens men även får kunskap om huruvida verksamheten står under statlig tillsyn och kontroll i någon form.

Vi gör den bedömningen att gällande EG-direktiv inte utgör hinder för regler vars syfte är att ge konsumenter/patienter möjlighet att göra sitt val av vårdgivare utifrån kunskap om under vilka förutsättningar vården kommer att ges.

18.8.4 Bör särskilda bestämmelser om marknadsföring av hälso- och sjukvårdstjänster införas?

Allmänhetens rätt att veta vad man kan vänta sig av yrkesutövare som erbjuder vård och behandling, exempelvis i fråga om kunskap och kompetens, är en viktig fråga ur ett patient-/konsumentperspektiv. Marknadsföringen av hälso- och sjukvårdstjänster och närliggande verksamhet regleras idag endast av marknadsföringslagen och den ger i och för sig utrymme för att beivra sådan marknadsföring som är vilseledande när det gäller näringsidkarens kvalifikationer. Med hänsyn till de problem som beskrivits i olika sammanhang, när det gäller användningen av skyddade yrkestitlar, och titlar som kan förväxlas med dessa i marknadsföringen av verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära, finns det enligt vår mening skäl att ytterligare

precisera på vilket sätt sådan verksamhet får marknadsföras. En sådan reglering kan ske genom ett tillägg i patientsäkerhetslagen som förbjuder användning av skyddade yrkestitlar, eller titlar som kan förväxlas med dessa, vid marknadsföring av verksamhet på ett sådant sätt att det oriktigt ger sken av att verksamheten utövas av någon som har legitimation för yrket.

Att vissa yrkestitlar skyddats minskar inte möjligheterna att använda andra titlar för att beskriva vad man gör. Vi ser inte något skäl att skydda titlar utifrån andra principer än vad som anförts i avsnitt 18.7.4 och 18.7.5. Vi ser heller ingen möjlighet att härutöver begränsa möjligheterna att använda uttryck som ”diplomerad”, ”auktoriserad” eller ”certifierad” i samband med yrkesbeteckningar som inte är skyddade i patientsäkerhetslagen. Detta är uttryck som anger att utövaren har ett diplom från en viss utbildning eller är auktoriserad eller certifierad av en förening som organiserar utövare av en viss behandlingsform. Att beskriva utbildning och kvalifikationer på det sättet förekommer inom många olika branscher. Sådan information kan också sägas vara till nytta när patienter/konsumenter ska välja vård eller behandling, men det är upp till var och en att på något sätt värdera den.

Vi föreslår ett förbud mot att vid marknadsföring av verksamhet använda de yrkestitlar som skyddas i patientsäkerhetslagen eller titlar som kan förväxlas med dessa på ett sådant sätt att det oriktigt ger sken av att verksamheten utövas av någon som har legitimation för yrket.

18.8.5 Hur ska kontrollen ske av att förbudet efterlevs?

Konsumentombudsmannen har tillsynsansvaret när det gäller marknadsföringslagen och frågan är om myndigheten bör ha ansvaret även när det gäller den nu föreslagna regeln om förbud mot att vid marknadsföring av verksamhet oriktigt använda skyddade yrkestitlar enligt patientsäkerhetslagen eller om det bör ligga hos någon annan myndighet. För vissa bestämmelser om marknadsföring har tillsynsansvaret lagts på den centrala förvaltningsmyndigheten inom området, t.ex. läkemedelsverket när det gäller läkemedelsreklam och reklam för medicintekniska produkter. Socialstyrelsens nuvarande tillsynsansvar omfattar användningen av skyddade yrkestitlar.

Med hänsyn till att Socialstyrelsen utövar tillsyn över hur de skyddade yrkestitlarna används, och den starka koppling som finns

mellan dessa bestämmelser, och ett förbud mot att använda dem på ett felaktigt sätt vid marknadsföring av verksamhet, föreslår vi att Socialstyrelsens ansvar även ska omfatta det nu föreslagna marknadsföringsförbudet.

Det föreslagna förbudet innebär ett förtydligande och påverkar inte möjligheterna att ingripa med stöd av marknadsföringslagens regler. Socialstyrelsen bör agera på samma sätt som när man uppmärksammar att någon bryter mot bestämmelserna om skyddad yrkestitel, dvs. ta kontakt och informera om regelverket. Om rättelse inte vidtas kan Socialstyrelsen underrätta Konsumentombudsmannen som kan vidta åtgärder enligt marknadsföringslagen. Vi föreslår därför inte några särskilda regler om sanktioner i patientsäkerhetslagen.

Del IV

Utbildningsfrågor

19 Tandläkarnas specialiseringstjänstgöring

19.1 Inledning

Av direktiven framgår att vi ska utreda och lämna förslag till hur tandläkarnas specialiseringstjänstgöring bör regleras. Vi ska göra en förnyad utredning och bedömning med Socialstyrelsens rapport 2006 *"Tandläkarnas specialistutbildning – en översyn"* som grund. I rapporten föreslog Socialstyrelsen åtgärder som syftar till att säkra kvaliteten i specialisttjänstgöringen och att förtydliga Socialstyrelsens roll inom specialisttandvården. Vi ska i utredningen samråda med Högskoleverket.

Vi har under arbetet tagit del av rapporter och andra utredningar inom området, träffat företrädare för Högskoleverket, tandvården, arbetsgivare och lärosäten. Även enskilda har kontaktat oss och lämnat synpunkter. Vi har jämfört regleringen av tandläkarnas specialiseringstjänstgöring med läkarnas. Vi har även tittat på de förslag som Socialstyrelsen lämnade i sin rapport och satt dem i relation till regleringen i yrkeskvalifikationsdirektivet (Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG).

Tandläkarnas specialiseringstjänstgöring är en vidareutbildning som genomförs under anställningsförhållanden. I betänkandet använder vi begreppet specialiseringstjänstgöring för tandläkare. I den mån redovisning sker av synpunkter från andra kan även begreppet specialistutbildning förekomma.

Socialdepartementet har till utredningen överlämnat skrivelser från Socialstyrelsen den 28 juni och den 27 oktober 2006 samt skrivelser från Svensk Käkkirurgisk förening den 6 november 2006 och den 9 oktober 2007.

I det närmaste avsnittet om nuvarande förhållanden redogör vi för utbildningen, anställningen som tandläkare i specialiseringstjänstgöring, lagregleringen för yrket, arbetsmarknaden, tandvården i

Sverige samt för andra utredningar på området. Sedan följer en redogörelse av Socialstyrelsens förslag och av andra utredningar inom området. I avsnitt 19.4 beskriver vi internationella förhållanden. De synpunkter som lämnats från företrädare för tandvården och för lärosäten återfinns i avsnitt 19.5. Utredningens överväganden och förslag finns i avsnitt 19.6.

19.2 Nuvarande förhållanden

19.2.1 Utbildningen till tandläkare och specialiseringstjänstgöringen

Den grundläggande, svenska tandläkarutbildningen ska omfatta minst fem års studier på heltid med teoretisk och praktisk undervisning. Det finns fyra tandläkarhögskolor i Sverige, som är belägna i Göteborg, Huddinge, Malmö och Umeå. Specialistutbildningen är på minst tre år och det krävs två års tandläkarpraktik före vidareutbildningen. I dag finns följande specialiteter:

- pedodonti (barn och ungdomstandvård),
- ortodonti (diagnostiserar och behandlar ansiktets, käkarnas och bettets normala och anormala utveckling och växt)
- parodontologi (diagnostiserar och behandlar sjukdomar och defekter i de vävnader som utgör tandens fäste i käkbenet)
- oral kirurgi (diagnostiserar och behandlar sjukdomar samt defekter i munhåla, käkar, ansikte samt angränsande områden)
- endodonti (diagnostiserar och behandlar sjukdomsprocesser i tandpulpan)
- oral protetik (diagnostiserar och behandlar missbildningar och vävnadsförluster i käkar och ansikte)
- odontologisk radiologi (röntgenundersökningar av tänder, käkar och angränsande områden inom ansiktet inklusive käkleder)
- bettfysiologi (diagnostiserar och behandlar funktionsstörningar inom käksystemet).

Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1993:4) om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring framgår att pedagogisk utbildning och träning, utbildning i tandvårdsplanering, profylaktik

(förebyggande tandvård), hälsoekonomi och epidemiologi ska ingå i utbildningen. Tjänstgöringen ska även innehålla träning i samverkan mellan specialist och allmäntandläkare och grundläggande kunskaper i vetenskaplig metodik. Av föreskrifterna framgår att det därför är värdefullt om tandläkaren under specialiseringstjänstgöringen själv utför eller deltar i ett vetenskapligt arbete. Tjänstgöringen ska, enligt föreskrifterna, fullgöras på heltid med en genomsnittlig arbetstid av 40 timmar per vecka eller motsvarande deltid. Handledaren avgör om kraven på kunskaper, färdigheter och förhållningssätt har nåtts. Om så inte är fallet ska tjänstgöringen förlängas eller avbrytas utan godkännande. Det är arbetsgivarens och handledarens ansvar att planera tjänstgöringen så att tandläkaren uppnår specialistkompetens inom rimlig tid.

Utbildningen ska bedrivas vid en klinik som godkänts av Socialstyrelsen. Ett beslut om godkännande av klinik är giltigt tills vidare. Kliniken ska till Socialstyrelsen anmäla eventuella förändringar av större vikt vad gäller handledares kompetens, utbildningsplanen relaterad till målbeskrivningen, klinikens patientunderlag, planen för uppföljningen av färdigheter och kunskaper hos ST-tandläkaren och uppgift om viss del av specialiseringstjänstgöringen kommer att ske vid annan klinik. Enligt uppgift från Socialstyrelsen ansöker 10–12 kliniker om godkännande varje år, och det finns i dag omkring 195 kliniker godkända för specialiseringstjänstgöring i Sverige.

Tandläkarnas kompetensutveckling under specialiseringstjänstgöringen sker huvudsakligen genom praktisk tjänstgöring under handledning. Härutöver bör kompletterande utbildning ingå, dvs. i första hand teoretiska studier som tandläkaren kan bedriva på eget initiativ eller i samråd med handledaren. Något föreskrivet antal kurser krävs inte för specialistkompetens. Tandläkaren har rätt till handledning under specialiseringstjänstgöringen. Handledaren ska ha specialistkompetens inom den specialitet utbildningen avser. Intyg om genomförd specialiseringstjänstgöring ges efter godkänt slutprov. Slutprovet kan vara muntligt eller skriftligt och genomförs av ansvarig handledare samt en handledare från en annan klinik som är godkänd för specialiseringstjänstgöring inom specialiteten.

Den svenska utbildningens längd motsvarar de krav för tandläkarens grundutbildning som finns i yrkeskvalifikationsdirektivet (Europaparlamentet och rådets direktiv 2005/36/EG). I direktivet finns dock inte krav på två års praktisk tjänstgöring före specialiseringstjänstgöring.

19.2.2 Anställning som tandläkare för specialiseringstjänstgöring

Landstingen är ansvariga för att tillhandahålla en god tandvård till bosatta inom landstinget (5 § tandvårdslagen [1985:125]). Tandvården ska planeras med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård. Det gäller även den tandvård som erbjuds av annan än landstinget. Vidare ska landstingen samverka med varandra och med andra samhällsorgan, organisationer och enskilda, när de planerar och utvecklar tandvården. Den som har legitimation som tandläkare, och har utövat allmän praktik under minst två år, är behörig till anställning som tandläkare under specialiseringstjänstgöring.¹ Bestämmelser om landstingens ansvar för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring finns inte reglerat i tandvårdslagen på motsvarande sätt som för läkarna i hälso- och sjukvårdslagen [1982:763], se avsnitt 19.2.7.

Sveriges Kommuner och Landstings nationella samordningsgrupp för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring (NSATS) kartlägger och bedömer varje år behovet av antalet ST-platser totalt i offentlig och enskilt bedriven vård. Det finns fem samarbetsregioner för specialiseringstjänstgöring (RSATS). Från dessa hämtar samordningsgruppen underlag för sitt arbete. På så sätt får också samarbetet ett nationellt perspektiv. NSATS uppdaterar och kompletterar även regelverket för antagningen samt föreslår hur ansvaret ska fördelas för de utbildningsplatser som finansieras solidariskt av samtliga landsting efter en av förbundets styrelse fastställd modell. NSATS fattar också beslut om hur många fasta platser som ska erbjudas. Dessa fasta platser är fria att söka för alla tandläkare som uppfyller de formella kraven. Vissa av platserna har forskaranknytning. En godkänd utbildningsklinik kan, utöver tandläkare på fast plats, även ta emot annan tandläkare för ST-tjänstgöring. Så kallade avtalsplatser finansieras genom en direkt överenskommelse mellan det egna eller ett annat landsting. Det förekommer även att uppdragsgivare utanför landet finansierar platser. Finansieringssystemet infördes 1995 efter ett beslut i Landstingsförbundets styrelse om att ett visst antal utbildningsplatser skulle finansieras gemensamt av landstingen. Landstingsförbundets styrelses beslut var i sin tur en följd av det system för specialiseringstjänstgöring

¹ 2 § förordningen (1998:1519) om behörighet till vissa anställningar inom folktandvården m.m.

för tandläkare och läkare som infördes den 1 juli 1992.² Enligt detta system föll totalansvaret för kostnaderna för tandläkarnas specialistutbildning på sjukvårdshuvudmännen.

19.2.3 Skyddad specialistbeteckning

Endast den som har formell behörighet får ange att han eller hon har specialistkompetens inom specialiteten i sitt yrke, specialistbeteckningen är skyddad. Specialistkompetens i odontologiska specialiteter meddelas av Socialstyrelsen efter ansökan, 4 kap. 8 § patientsäkerhetslagen (2010:659) och 4 kap. förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (FYHS). Regeringen har bestämt indelningen i specialiteterna i förordning. Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1993:4) om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring framgår vilka kunskaper, färdigheter samt förhållningssätt som ska gälla för varje specialistkompetens (målbeskrivningar). Utöver författningarna finns utbildningsplaner framtagna av utbildningsanordnare samt program och kvalitetskriterier framtagna av specialistföreningarna.

19.2.4 Arbetsmarknaden³

Totalt fanns drygt 7 400 tandläkare på arbetsmarknaden 2007. Av dessa var endast ca 11 procent specialistutbildade.

Av Socialstyrelsens prognos för 2009 över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården framgår att antalet yrkesverksamma tandläkare sjunker från 7 000 tandläkare år 2005 till 4 500 tandläkare år 2020. Antalet tandhygienister ökar däremot och i slutet av prognosperioden kommer det att finnas ungefär lika många tandhygienister som tandläkare. Tillgången på tandvårdspersonal varierar över landet, liksom fördelningen mellan sysselsatta i enskild respektive offentlig verksamhet. Flest specialisttandläkare per invånare fanns 2007 i Västra Götaland. Socialstyrelsen bedömer att arbetsmarknaden för tandläkare är i obalans, eftersom efterfrågan är något större än tillgången. Statistiken visar att arbetslösheten är mycket låg bland tandläkare. Etableringsgraden ett år efter examen är hög och har ökat under de senaste åren. Migrationen är

² Prop. 1990/91:138.

³ Uppgifterna kommer från Socialstyrelsens årsrapporter NPS 2009 och NPS 2010.

fortsatt liten, men Socialstyrelsens rapport visar att fem landsting av 17 svarande aktivt har rekryterat tandläkare utomlands under 2009. Som framgår av Socialstyrelsens rapport finns det regionala skillnader i rekryteringsläget. SCB:s undersökning tyder på att det framför allt är tandläkare med yrkeserfarenhet som är svåra att rekrytera. Socialstyrelsen påpekar vidare i sin prognos att antalet pensionsavgångar inom tandläkarkåren kommer att öka framöver. Myndigheten konstaterar att om dessa tandläkare ska ersättas behövs en utökning av antalet utbildningsplatser på tandläkarutbildningen eller en ökad nettoimmigration.

Omkring 70 tandläkare om året erhåller legitimation på basis av yrkeskvalifikation från annat EU/EES-land, enligt uppgifter från Socialstyrelsen. I dagsläget söker sig flest tandläkare till Sverige från Polen. Det rör sig om ca 60 tandläkare per år. En handfull tandläkare per år får legitimation på grundval av yrkeskvalifikation från Rumänien, Tyskland och Grekland. Endast 24 specialistkompetenta tandläkare har sedan 1994 sökt svensk specialistkompetens enligt EU-bestämmelserna. Av dessa har 7 erkänts på grundval av yrkeskvalifikation från Tyskland och 6 från Norge. 1–2 specialister har erkänts från respektive Danmark, Irland, Polen, Schweiz, Rumänien och Ungern. Socialstyrelsen noterar också i sin *årsrapport NPS 2010* att allt fler svenskar utbildar sig till tandläkare utomlands och att en stor del av dessa studerar i Polen, Rumänien och Ungern.

19.2.5 Tandvården i Sverige

Tandvården inom offentlig och enskild sektor bedrivs ofta i team, där var och en svarar för sin kompetens. Teamet kan bestå av en eller flera av följande professioner: tandläkare, specialisttandläkare, tandhygienist, tandsköterska och tandtekniker. Av dessa yrken är tandläkare, specialisttandläkare och tandhygienist reglerade.

Efterfrågan på tandvård påverkas av en rad faktorer som befolkningens behov av tandvård, tandvårdsstödet, nationella riktlinjer och tillgången på personal. Hos befolkningen har tandhälsan förbättrats dramatiskt under de senaste årtiondena. Den goda tandhälsan hos många barn och ungdomar leder till att behovet av tandvård, inklusive specialisttandvård, minskar. Samtidigt minskar inte antalet barn och ungdomar med stora vårdbehov. Någon förbättring i den gruppen har inte skett. Förbättrad tandhälsa innebär inte

med automatik lägre efterfrågan på tandvård. Däremot finns det skäl att anta att efterfrågan ändrar karaktär. Den allmänna tandhälsförbättringen innebär att stora delar av befolkningen har förhållandevis små vårdbehov. En ökande andel äldre – ofta med allvariga sjukdomar och nedsatt allmäntillstånd och med egna tänder och/eller avancerade bettrekonstruktioner – ställer också ökade krav, både på specialister och på allmäntandläkare. Det har skett en kraftig minskning av antalet personer med löständer de senaste 40 åren och en kraftig ökning av olika typer av implantat. Tandvårdsstödsreformen som infördes 2008 ska uppmuntra till regelbundna tandvårdsbesök och förebyggande vård och behandling, vilket i sin tur kan medföra fortsatt utveckling av god tandhälsa hos befolkningen. Socialstyrelsen arbetar för närvarande med att ta fram nationella riktlinjer och kvalitetsindikatorer för tandvården. Dessa riktlinjer kommer att publiceras vid utgången av år 2010 och ligga till grund för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets beslut om vilka tandvårdsåtgärder som ska vara subventionerade.

I takt med att det totala antalet tandläkare minskar, kommer specialisterna att utgöra en växande andel av tandläkarkåren. Ett utmärkande drag för specialisterna, liksom för övriga tandläkare, är den höga genomsnittsåldern. Färre tandläkare kommer att medföra brist, inte bara på verksamma specialister utan också på handledare.

19.2.6 Tandvårdsstödet

Allmän tandvårdsförsäkring infördes 1974 i Sverige. Tandvården var prisreglerad fram till en omstrukturering av systemet 1999. Sedan den 1 juli 2008 gäller den nya tandvårdsreformen som regleras i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.⁴ Reformen består av två delar, ett allmänt tandvårdsbidrag med syfte att uppmuntra till regelbundna tandvårdsbesök och förebyggande tandvård samt en tandvårdsersättning som utgör ett högkostnadsskydd. Regeringen bereder nu det så kallade tredje steget i tandvårdsreformen, som ska utformas som ett särskilt stöd för personer som har ett ökad behov av tandvård till följd av sjukdom eller funktionsnedsättning. En arbetsgrupp har fått i uppdrag att utforma ett förslag och ska slutligen redovisa sitt arbete i november 2010.

⁴ Prop. 2007/08:49, bet. 2007/08:SoU9, rskr. 2007/08:145.

19.2.7 Läkarnas specialiseringstjänstgöring

I sammanhanget är det intressant att göra en jämförelse med bestämmelserna om läkarnas specialiseringstjänstgöring. Här följer en sammanfattning av dessa.

En legitimerad läkare, som har gått igenom föreskriven vidareutbildning, ska efter ansökan till Socialstyrelsen meddelas specialistkompetens.⁵ Behörig till anställning för specialiseringstjänstgöring inom landstinget är legitimerad läkare.⁶

Sedan den 1 februari 2010 är Socialstyrelsen ansvarig för inrättande och benämning av läkarnas specialistkompetens. Nationella rådet för specialiseringstjänstgöring har följande uppgifter:

- 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.⁷

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

Rådet består av en ordförande och sju ledamöter och utses av regeringen för en bestämd tid. 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 från Sveriges läkarförbund och minst en från universitet och högskolor på förslag av Högskoleverket.

⁵ 4 kap. 8 § patientsäkerhetslagen (2010:659), 4 kap. 2 § FYHS och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:17) om läkarnas specialiseringstjänstgöring.

⁶ 2 § förordningen (1998:1518) om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område.

⁷ förordningen (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen.

Avsikten med de nya föreskrifterna och allmänna råden för läkarnas specialiseringstjänstgöring, som trädde ikraft den 1 september 2008, har varit att stärka och säkra kvaliteten i läkarnas specialiseringstjänstgöring. Av bestämmelserna framgår bl.a. att

- vårdgivaren har ett ansvar för att det finns rutiner för genomförande och utvärdering av ST,
- att det ska finnas tillgång till en studierektor som utgör ett organisatoriskt stöd för verksamhetschefer, handledare och ST-läkare,
- vårdgivaren har ansvar för att utse handledare och se till att utbildningsprogram upprättas. Inom ramen för utbildningsprogrammet kan den enskilde läkaren fullfölja delar av sin tjänstgöring på kliniker i Sverige såväl som utomlands.

Utöver den praktiska tjänstgöringen kan målbeskrivningarna ställa krav på systematisk utbildning i form av specialistkompetenskurser, så kallade SK-kurser. SK-kurserna finansieras av statliga medel och handläggs av IPULS.⁸ IPULS står för Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige och är en ideell förening som bildades av Landstingsförbundet, Sveriges läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet i juni 2001. Föreskriften ställer vidare krav på handledarutbildning. Den som genomgår specialiseringstjänstgöring ska fortlöpande dokumentera sin kompetensutveckling och den enskilde ST-läkarens kompetensutveckling ska fortlöpande bedömas. De enheter som ansvarar för utbildningen ska regelbundet genomgå en extern granskning, t.ex. genom SPUR-inspektioner (se nedan). Socialstyrelsen ska i samband med prövningen av ansökningar om specialistkompetens inhämta yttrande från två externa bedömare. De externa bedömarna är utsedda av Socialstyrelsen på förslag från sina respektive specialistföreningar eller specialistsektioner. ST-läkare, som har en svensk eller jämförbar utländsk doktorsexamen, kan få specialistkompetensbevis redan efter fyra och ett halvt års tjänstgöring, förutsatt att målbeskrivningens krav är uppfyllda. Särskilda krav gäller för att tjänstgöring utomlands ska kunna tillgodoräknas.

⁸ 3 kap. 12 a § LYHS som den 1 januari 2010 ersätts av lagen (2010:660) om vissa kurser i läkares vidareutbildning och förordningen (2002:637) om vissa kurser i läkares vidareutbildning.

Sveriges läkarförbunds och Svenska Läkaresällskapets stiftelse för utbildningskvalitet (SPUR)

SPUR är Sveriges läkarförbunds och Svenska Läkaresällskapets stiftelse för utbildningskvalitet. SPUR anordnar inspektioner för att kartlägga allmäntjänstgöringens och specialiseringstjänstgöringens struktur och process. SPUR-inspektionerna initierades som ett verktyg att säkra och höja kvaliteten i den målstyrda specialistutbildningen som startade 1992.⁹ Läkarförbundet och Sveriges Kommuner och Landsting samarbetar för närvarande om hur SPUR-inspektionerna kan underlättas och utvecklas. En ny administrativ hantering planeras från 2011.

19.2.8 Specialiseringstjänstgöringens utveckling i korthet

1992 års reform av specialiseringstjänstgöringen

Den 1 januari respektive 1 juli 1992 genomfördes en reform av läkarnas och tandläkarnas specialistutbildning.¹⁰ Reformen innebar framför allt att det tidsmässigt detaljreglerade system som hittills gällt ersattes med ett system med målstyrning. Genom reformen gavs Socialstyrelsen bemyndigande att meddela föreskrifter och målbeskrivningar om den vidareutbildning som krävdes för att en tandläkare skulle få specialistkompetens. Inrättande och benämning av specialiteterna bestämdes av regeringen.

SOU 2002:53 ”Tandvården till 2010”

I betänkandet föreslog utredningen bl.a. att en bestämmelse skulle införas i tandvårdslagen (1985:125) som tydliggjorde landstingens ansvar för specialistutbildningen. Man föreslog också en utökning av antalet tjänstgöringsplatser för specialister så att det sammanlagda antalet (ca 850 platser) skulle kunna bibehållas – dock utan att antalet specialiteter utökades. Utredningen föreslog därtill att Socialstyrelsen skulle ges i uppdrag att se över innehållet och målbeskrivningarna inom de befintliga specialiteterna, att en utvärdering och översyn skulle göras av bestämmelserna i övrigt för specialistutbildningen samt att landstingen skulle ges ett lagstadgat

⁹ Information från Sveriges Läkarförbund.

¹⁰ Prop. 1990/91:138 och prop. 1988/89:138.

ansvar att finansiera, planera och genomföra kliniskt och folkhälsovetenskapligt forskningsarbete på tandvårdens område.

Utredningen konstaterade att det var viktigt att specialistutbildningens innehåll utvecklades i takt med de förändringar som sker inom tandvården, både vad gäller befolkningen och deras behov av tandvård samt inom den tekniska utvecklingen. I betänkandet framfördes även att det måste ske en fortlöpande översyn av innehållet i utbildningen för att tillgodose patienternas ökade krav på kvalitet i tandvården, möta utvecklingen inom de medicinska gränsområdena och svara upp mot förändringar av tandvårdens organisation och arbetsfördelningen mellan de olika personalkategorierna. Utredningen framförde även att Socialstyrelsen i samband med översynen av innehållet i målbeskrivningarna även skulle överväga om föreskrifterna om godkännande av klinik för specialiseringstjänstgöring skulle ändras. Likaså om benämningen på specialiteterna överensstämmer med dagens praxis. Utredningen påpekade även att landstingen har ansvar även för att utbilda specialister för den privata marknadens behov och inte enbart för den egna folktandvårdens och högskolornas. Man sa även att tandvårdslagen borde kompletteras med en bestämmelse som föreskriver att landstingen ska medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt och folkhälsovetenskapligt forskningsarbete.

Högskoleverkets rapport ”Utvärdering av tandläkarutbildning och odontologisk grund- och forskarutbildning i Sverige 2005”¹¹

I rapporten fastslogs att samtliga lärosäten uppfyllde kvalitetskraven för högre utbildning och målen för tandläkarexamen. Högskoleverket konstaterade bland annat att tandläkarutbildningen är ett gott exempel på hur skilda undervisningsprofiler och pedagogiska uppläggningar kan leda fram till samma grundläggande mål. Vidare framhöll Högskoleverket vikten av samverkan mellan landsting och den kommunala folktandvården för att uppnå de professionella kraven för tandläkaryrket. Man uppgav att inom ramen för den fria rörligheten på arbetsmarknaden prövas den svenska utbildningens bärighet i internationell konkurrens. Högskoleverket tog i rapporten även upp frågan om vikten av att värna om lärarkompetensen i framtiden samt strategiska satsningar och koncentration i forskarutbildningen. Tandläkarutbildningarna rekommenderades att stärka

¹¹ Högskoleverkets rapport 2005:18R.

ett utbildningsmässigt samband med läkarutbildningen och de övriga odontologiska utbildningarna (tandhygienist- och tandteknikerutbildningarna) för att förbereda studenterna för att arbeta i tandvårdsteam. I en uppföljning 2009 redovisar Högskoleverket hur lärosätena anpassat sina utbildningar efter rekommendationerna.¹²

19.3 Socialstyrelsens rapport 2006 "Tandläkarnas specialistutbildning – en översyn"

Vi ska enligt direktiven ha Socialstyrelsens rapport från 2006 som utgångspunkt. Därför redogör vi nedan för innehållet i denna. Utgångspunkten för Socialstyrelsens översyn av tandläkarnas specialistutbildning var ett patient- och befolkningsperspektiv. Socialstyrelsen framhöll att efterfrågan på specialisttandvård styrs av en mängd faktorer som till exempel tandhälsoutveckling, metodutveckling, tandvårdsstödet utformning, patienternas behov och efterfrågan, tillgången på specialister och allmäntandläkarnas kompetens. Myndigheten konstaterade att den ökande andelen äldre, ofta med allvarliga sjukdomar och komplicerade tandvårdsbehov, liksom eftersatta vårdbehov hos grupper av invandrare, innebär ett ökat behov av specialister. Vidare konstaterades att specialister kommer att utgöra en växande andel av tandläkarkåren, samtidigt som det totala antalet tandläkare förväntas minska. Det minskande antalet tandläkare kommer att ställa krav på prioriteringar på samma sätt som inom övrig hälso- och sjukvård.

Nedan redovisas kortfattat Socialstyrelsens förslag i punktform samt myndighetens motivering.

- Socialstyrelsen bemyndigas att bestämma om specialiteters inrättande, benämning och utbildningstid.
- En rådgivande partssammansatt grupp (nationella rådet för tandläkarnas specialistutbildning) inrättas. Det nationella rådet får en betydelsefull roll vid Socialstyrelsens beslut om de odontologiska specialiteternas antal och benämningar m.m.
- Staten anslår årligen medel till det nationella rådet. Rådet ska bl.a. svara för utformandet av en för alla specialiteter gemensam kunskapsbas. Den föreslås omfatta vetenskapsteori, forsk-

¹² Högskoleverkets rapport 2010:6R.

ningsmetodik, statistik, hälsoekonomi, samhällsodontologi, epidemiologi, medicinsk juridik och etik, pedagogik och ledarskap.

Skälet som Socialstyrelsen gav för att myndighetens roll behöver öka och förtydligas var att kritik mot myndighetens otydliga roll i specialisttandvården hade framförts från främst tandläkarhåll. Socialstyrelsen föreslog därför att Socialstyrelsens rådgivande arbetsgrupp för tandläkares specialiseringstjänstgöring (SRATS) skulle avvecklas och ersättas med en rådgivande partssammansatt grupp, det nationella rådet för tandläkarnas specialistutbildning. SRATS var ett informellt råd som bistod Socialstyrelsen med synpunkter i ärenden om godkännande av kliniker för specialiseringstjänstgöring. Ledamöterna i SRATS var representanter från dåvarande Landstingsförbundet, Sveriges tandläkarförbund, Sveriges tandhygienisters förening och högskolorna. Socialstyrelsen föreslog att i det nya nationella rådet skulle företrädare från Socialstyrelsen, universiteten, Sveriges Tandläkarförbund och Landstingsförbundet ingå. Socialstyrelsen skulle i samråd med gruppen besluta om de odontologiska specialiteternas antal och benämningar, utarbeta utbildningsplaner, fastställa målbeskrivningar, stödja huvudmännens kvalitetsarbete genom att främja utbildningen av handledare samt fastställa kriterier för att bedöma enskilda tandläkares kompetens i förhållande till den fastställda målbeskrivningen. Vidare angavs att Socialstyrelsen, för att säkerställa kvaliteten, i samråd med det nationella rådet själv skulle genomföra inspektioner av de verksamheter som utbildar specialister eller uppdra åt annan att på Socialstyrelsens uppdrag genomföra inspektioner. Huvudmannen föreslogs bära kostnaden för inspektionerna. Socialstyrelsen föreslog att staten skulle ta ett ökat ekonomiskt ansvar för specialisttandvården genom att finansiera den gemensamma kunskapsbasen för samtliga specialiteter.

- Specialisttjänstgöringen föregås av minst två års tjänstgöring i allmäntandvård.
- Utbildning av specialister bör i första hand ske vid universitetskliniker eller större institutioner.
- Dagens åtta specialiteter med nuvarande numerär bibehålls.

Socialstyrelsen angav att följande kriterier för definition av odontologisk specialitet hade tillämpats vid bedömningen:

- En specialitet bör vara kunskapsmässigt sammanhållen och (i viss mån) avgränsbar från andra specialiteter – eller ingå i en grupp av specialiteter, som bygger på släktskapsförhållanden.
- En specialitet bör omfatta ett specifikt kunskapsområde och dessutom ha en med andra specialiteter gemensam kunskapsbas.
- En specialitet bör vara av rimlig storlek och spegla ett rimligt stort specifikt kunskapsområde.
- En specialitet bör avspegla patienternas och tandvårdens behov.

Socialstyrelsen konstaterade att den ordning för indelning av specialiteter som fanns var välgrundad. Myndigheten menade dock att det fanns starka argument för att införa en ny specialitet – sjukhustandvård – men att det skulle bli en fråga att hantera i samråd med nationella rådet. På samma sätt skulle behovet av en ny specialitet i tandhälsovård handläggas. Myndigheten ansåg inte att det fanns någon anledning att införa en specialitet i rättsodontologi. När det gällde utbildning inom mikrobiologi, patologi och farmakologi konstaterade Socialstyrelsen att behovet var litet i ett nationellt perspektiv och att berörd huvudman i samverkan med medicinsk fakultet skulle kunna lösa denna fråga.

- Specialistutbildningen förlängs till 3,5 år för samtliga specialiteter utom för oral kirurgi (käkkirurgi) där utbildningstiden föreslås bli 5 år. Namnet på specialiteten ändras från oral kirurgi till käkkirurgi, som bättre speglar specialitetens innehåll.

Socialstyrelsen föreslog en gemensam kunskapsbas för samtliga specialiteter, vilken skulle omfatta vetenskapsteori, forskningsmetodik, hälsoekonomi, statistik, samhällsodontologi, epidemiologi, medicinsk juridik och etik, pedagogik och ledarskap. Huvuddelen av utbildningen i denna gemensamma kunskapsbas skulle förläggas till den egna specialiseringstjänstgöringen.

- Antagningsförfarandet till specialistutbildningen bör utredas i särskild ordning.

I rapporten konstaterar Socialstyrelsen att tandläkarna var mycket kritiska mot antagningssystemet till specialistutbildningen som de upplevde som djupt orättvist. Intresset för att specialistutbilda sig var mycket stort. Socialstyrelsen ansåg därför att antagningssystemet borde utredas i särskild ordning.

- Sverige bör verka för en ändring av nuvarande regelverk som möjliggör ett erkännande av nya odontologiska EU-specialiteter.

Socialstyrelsen gjorde vid tidpunkten bedömningen att utöver specialiteterna oral kirurgi och ortodonti kunde inte automatiskt erkännande ske enligt EU-direktivets bestämmelser, om inte särskilda överenskommelser träffats mellan enskilda medlemsstater. Därför förordade Socialstyrelsen ändring av regelverket för att fler specialiteter skulle kunna erkännas. Här kan dock kommenteras att det i rådets direktiv 2005/36/EG har tydliggjorts att erkännande även kan ske av andra specialiteter och att dessa i så fall får erkännas enligt den så kallade generella ordningen, se avsnitt 2.3.2.

19.4 Internationell jämförelse

19.4.1 Allmänt

Det faktiska antalet specialiteter varierar mellan medlemsstaterna i EU. Vissa stater saknar helt specialiteter medan andra har förhållandevis många. I flera av de stater som har få eller inga specialiteter genomgår dock tandläkare fleråriga postgraduate utbildningar och fungerar i praktiken som specialister. Sverige är med sina åtta specialiteter en av de stater som har erkänt flest odontologiska specialiteter. Socialstyrelsen noterar i sin rapport från 2006 att den svenska specialisttandvårdens övergripande struktur och utveckling har stora likheter med den nordamerikanska.

I yrkeskvalifikationsdirektivet (Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG) finns tandläkaryrket reglerat i art. 34–37. Enligt direktivet ska den grundläggande tandläkarutbildningen vara på heltid i minst 5 år med teoretisk och praktisk undervisning på universitet eller högskola. Undervisningen ska omfatta minst den utbildningsplan som framgår av punkten 5.3.1 i bilaga V till direktivet. Utbildningen till specialisttandläkare ska omfatta minst tre års heltidsstudier och förutsätter grundläggande utbildning som tandläkare eller bevis om förvärvade rättigheter. Enligt direktivets bestämmelser ska tandläkaryrket ska vara skiljt från yrket som läkare och specialistläkare. I Italien, Spanien, Österrike, Tjeckien, Slovakien och Rumänien har tandläkarnas utbildning tidigare bestått i en läkarutbildning med tandläkarutbildning som påbygg-

nad eller specialisering. Den som har sådana äldre yrkeskvalifikationer från dessa medlemsstater och som söker automatiskt erkännande i annan medlemsstat, måste bifoga bevis i form av så kallade förvärvade rättigheter. Med sådana bevis avses bland annat intyg om likvärdig utbildning och i vissa fall tre års tjänstgöring som tandläkare.

Automatiskt erkännande kan ske av yrkeskvalifikationer inom de odontologiska specialiteterna ortodonti och oral kirurgi. För övriga sex odontologiska specialiteter som finns i Sverige, dvs. pedodonti, parodontologi, endodonti, oral protetik, odontologisk radiologi och bettfysiologi, kan erkännande i landet ske enligt den så kallade generella ordningen i direktivet. En förutsättning för erkännande, enligt den generella ordningen, är att yrkesverksamheterna kan anses jämförbara. Vid prövningen tas hänsyn till utbildningens längd och innehåll.

Som framgår av preambel 20 till yrkeskvalifikationsdirektivet kan principen om automatiskt erkännande utvidgas till fler medicinska specialiteter om specialiteten är gemensam för åtminstone två femtedelar av medlemsstaterna. I preambeln anges även att det inte finns hinder för medlemsstaterna att sinsemellan komma överens om automatiskt erkännande enligt sina egna bestämmelser som inte omfattas av direktivet. Anmälan till kommissionen om införande av automatiskt erkännande av fler specialistkompetenser i EU-direktivet görs av regeringen. Kommissionen har i år inlett arbetet inför en översyn av direktivet år 2012.

19.4.2 Finland

I Finland finns tre specialiteter, oral och maxillofacial kirurgi, tandreglering samt klinisk tandvård och hälsovård. Specialisttandläkarexamen kan avläggas av den som i Finland har fått rätt att utöva tandläkaryrket som legitimerad tandläkare eller tillstånd att vara verksam som tandläkare och dessutom i huvudsyssla har arbetat som tandläkare i minst två år. Utbildningen för oral och maxillofacial kirurgi är sex år och för de övriga två specialiteterna tre år.

19.4.3 Danmark

I Danmark finns två erkända specialiteter, ortodonti och tand-, mun- och käkkirurgi. Som nyutbildad tandläkare kan man erhålla rätt till så kallad självständig verkan som tandläkare efter 1 440 timmars klinisk-praktisk träning. Utan denna rätt kan man inte utöva yrket självständigt, tex. i egen klinik. Om man vill utbilda sig till specialisttandläkare ska man ha arbetat i mer än 2 880 timmar, inklusive de 1 440 timmar som nämnts ovan. Specialistutbildningen i ortodonti omfattar tre år och tand-, mun- och käkkirurgi fem år.

19.4.4 Norge

I Norge finns sju specialiteter, oral kirurgi och oralmedicin, käk-ortopedi (ortodonti), periodonti, pedodonti, endodonti, protetik, käk- och ansiktsradiologi. Utbildning till specialisttandläkare kräver två års yrkespraktik som allmäntandläkare. Specialistutbildningen omfattar fem år för käkkirurgi och tre år för övriga specialiteter.

19.5 Tankar och synpunkter från företrädare för tandvården

I följande avsnitt redogör vi för en del av de tankar och synpunkter som framförts till utredningen, både skriftligen och vid sammanträffanden. Vi har valt att ta med de som berör de frågor vi har att hantera i utredningen.

19.5.1 Lärosäten

Från lärosätena har olika åsikter framkommit om huruvida Socialstyrelsen ska bemyndigas att inrätta och benämna specialiteterna. Några lärosäten förordar en sådan ordning, bland annat eftersom Socialstyrelsens kompetens inom det odontologiska området ökat i och med ansvaret för det nya tandvårdsstödet. Andra lärosäten förordar att beslut om att inrätta och benämna specialiteter ska fattas av riksdag och regering och därvid grunda sig på medborgarnas och professionens behov. Det har framförts att det är angeläget att värna om kopplingen till behovet av specialistutbildning. Bland

annat Umeå universitet har framfört att man inte ser någon större anledning att ändra antalet specialiteter. När det gäller skapande av nya specialiteter har representanter för grundutbildningar inom tandvården framfört att det är viktigt med tydliga gränser mellan specialiteterna. Odontologiska fakulteten i Malmö har framhållit att tandläkarnas specialiseringstjänstgöring är mycket mer programmerad än läkarnas, vilket ger en mer likartad utbildning för tandläkarna. Om ett råd ska inrättas är det viktigt att alla utbildningsenheter är representerade och rådets huvuduppgift blir att uppdatera utbildningsprogrammets innehåll i förhållande till den ständiga utvecklingen som sker i tandvården samt i hälso- och sjukvården. Lärosätena har framfört att man anser att två års tjänstgöring ska vara villkor för specialiseringstjänstgöring. De menar att om specialisttjänstgöringen förlängs, måste man ta hänsyn till att antalet utexaminerade specialister per tidsenhet skulle minska och att kostnaderna för utbildningen skulle öka.

Flera lärosäten har påpekat att samarbetet mellan landsting och högskola behöver förbättras. Lärosätena ser positivt på att specialiseringstjänstgöringen skulle vara högskoleutbildning. Odontologiska fakulteten i Malmö har anført att man har goda erfarenheter av samarbete med landstingen och att en stor del av utbildningen faktiskt sker i landstingen eller till viss del i privattandvården. Systemet med NSATS och RSATS fungerar mycket bra, merit-systemet och riksintaget gör att neutraliteten upprätthålls.

Lärosätena menar att utbildningsplanerna måste bli tydligare och att den vetenskapliga förankringen måste få större betydelse. Nationella riktlinjer bör tas fram för utbildningen. De framför att det också måste vara tydligt vilka kriterier som gäller för antagningen. Umeå universitet påpekar vikten av att alla ska ha möjlighet att meritera sig. I dagsläget har vårdgivare svårigheter att rekrytera eller finansiera ST-platserna.

Önskemål har framförts om att Sverige bör arbeta för erkännande av nya odontologiska specialiteter.

19.5.2 Sveriges Tandläkarförbund

Sveriges Tandläkarförbund anser att inrättande av nya specialiteter ska ligga på politisk nivå, dvs. regerings- eller riksdagsnivå. Tandläkarförbundet anser att ST-utbildning i första hand ska ske vid universitetskliniker eller större institutioner och att tillräcklig

handledarkompetens måste finnas tillgänglig. Ansvaret för att godkänna kliniken och annexkliniken ska finnas på Socialstyrelsen. Förbundet förordar två års tjänstgöring före specialiseringstjänstgöring. Man anser att dagens åtta specialiteter med nuvarande numerär ska bibehållas. En förlängning av specialiseringstjänstgöringen enligt förslaget ser man positivt på men anför att det kan finnas skäl att förlänga grundutbildningen med ett halvår i samband med att man överväger förändringar i specialiseringstjänstgöringen. Tandläkarförbundet anser att staten ska finansiera utbildningen, ersättningen till specialistutbildningskliniker och lönen till ST-tandläkarna. I det statliga huvudmannskapet bör det även ingå att avgöra det framtida behovet av specialister och därmed besluta om antalet utbildningsplatser. Eftersom antalet utbildningsplatser syftar till att täcka det nationella vårdbehovet är det naturligt att beslutet om antalet platser också fattas på nationell nivå. Socialstyrelsen bör fungera som den sammanhållande länken i specialistutbildningen och ansvara för att utarbeta antagningskrav, utbildningsplaner, antagning, kvalitetssäkring och för att godkänna specialistutbildningskliniker. Godkännandet bör vara tidsbestämt och omprövas efter viss tid. Antalet forskarmeriterade specialister måste säkerställas genom att öronmärka ett antal platser för forskarutbildning. Dessa platser ska vara fritt sökbara och ingå i samma antagningsprocess som övriga platser. Tandläkarförbundet anser att Sverige bör verka för erkännande av nya odontologiska specialiteter.

19.5.3 Svenska Endodontiföreningen

Svenska Endodontiföreningen anser inte att utbildningen behöver förlängas, då förlängning inte skulle överensstämja med utbildningstiden i andra stater. Specialiteten får heller inte slås ihop med andra specialistutbildningar. Då blir den inte längre en specialitet. Föreningen bedömer att det framtida behovet av endodontister är stort. I dag är 73 procent av dem över 50 år. Eftersom det bara finns en endodontist per 200 tandläkare är köerna för vård långa, 6–24 månader. I och med att fler äldre behåller sina tänder, kommer behovet av endodontister öka. Det nya tandvårdsstödet är konstruerat på så sätt att man eftersträvar att tänder ska bevaras.

19.5.4 Svenska Pedontontiföreningen

Föreningen ställer sig positiv till att Socialstyrelsen ges bemyndigande att inrätta och benämna specialiteter. Föreningen förordar två års tjänstgöring före specialiseringstjänstgöring. Utbildning av specialister, menar föreningen, bör i första hand bör ske vid universitetskliniker eller större institutioner. Man ser positivt på Socialstyrelsens förslag om en förlängning av specialiseringstjänstgöringen. Föreningen anser att Sverige bör verka för erkännande av nya odontologiska specialiteter.

19.5.5 Sveriges Privattandläkarförening

Sveriges Privattandläkarförening har uppgett att de är positiva till att Socialstyrelsen ges bemyndigande till att ansvara för att inrätta, benämna och bestämma utbildningstid för specialistutbildningen. En förutsättning är dock att kompetensen hos Socialstyrelsen måste höjas, bl.a. måste man skaffa sig kunskap om det framtida tandvårdsbehovet. Viktigt är även att göra en jämförelse med övriga europeiska stater. Föreningen förordar två års tjänstgöring före specialiseringstjänstgöring.

Privattandläkarnas odontologiska råd har framfört att det finns möjligheter att slå samman vissa smalare specialiteter, men att hänsyn måste tas till indelningen i Europa. Indelningen i specialiteter kan förändras till att istället utgå från övergripande funktioner. Rådet anser inte att en ny specialitet som sjukhustandläkare ska införas, då den inte kan anses tillräckligt skiljd från en allmäntandläkares. Rådet ser positivt på förlängning av specialiseringstjänstgöringen enligt förslaget.

Rådet anser att antagningen till specialiseringstjänstgöring ska vara nationell och att kriterierna för urval ska fastställas centralt och gälla på samtliga utbildningskliniker för alla platser. Utbildningen ska vara statligt finansierad. Man föreslår att tandläkarhögskolorna blir huvudansvariga för utbildningen. Det skulle leda till mer forskning och fler disputerade tandläkare. De flesta utbildningsplatserna i dag är uppdragsutbildningar och upphandlas ofta för folktandvården. Företräde ges till dem som på olika sätt är knutna till den verksamhet som står för upphandlingen. Systemet gör att privata tandläkare missgynnas i antagningen. Ett annat problem är att privatpraktiker inte har råd att köpa uppdragsutbild-

ningar. Privattandläkarnas odontologiska råd anser att det generellt sett är viktigt att Sverige anpassar sig till EU och utvecklar samarbetet för framtiden. Man uppger att man saknar systematisk uppföljning och kvalitetssäkring av specialistutbildningen.

Den sneda rekryteringen påverkar återväxten av privata specialister, vilket försämrar patienternas möjligheter till fria val av vårdgivare. Det är önskvärt att utbildningarna anpassas efter det faktum att specialisterna ska kunna arbeta även i privat verksamhet. Att landstingen kontrollerar kedjan av specialistutbildningarna från rekrytering, finansiering till utförande och examination innebär att Socialstyrelsens insyn begränsas, vilket är ett problem. Socialstyrelsen borde ha fortlöpande insyn i verksamheten och ansvara för examineringen. Positiv särbehandling av privata tandläkare borde övervägas vid antagningen till specialistutbildningen.

19.5.6 Tjänstetandläkarna

Tjänstetandläkarna anser att indelning och benämning av tandläkarspecialiteter bör ligga på politisk nivå där ett övergripande analysarbete kan göras. Socialstyrelsen ska inte avgöra hur indelning ska ske. Myndigheten är inte involverad i tandläkarspecialistutbildningen på samma sätt som för läkarnas specialiseringstjänstgöring. Vidare föreligger inte samma förhållanden för tandläkarspecialistutbildningen som för läkarnas specialistutbildning. Bland annat specialiserar sig nästan alla läkare, medan var sjunde tandläkare specialiserar sig. Organisationen förordar två års tjänstgöring före specialiseringstjänstgöring. Tjänstetandläkarna har till utredningen framfört att utbildningen helst ska vara högskoleutbildning. Man menar att de åtta specialiteter som finns i dag speglar dagens behov. Om patientunderlaget förändras kan en revidering bli aktuell. Vid en revidering ska professionens bedömning av befolkningens behov av tandvård styra vilka specialiteter som behövs. Om för smala specialiteter införs riskerar yrket att förlora helhetsgreppet. Föreningen ser positivt på en förlängning av specialiseringstjänstgöringen enligt Socialstyrelsens förslag. Tjänstetandläkarna anser att antagningen till specialiseringstjänstgöringen ska vara nationell och utbildningen statligt finansierad. Socialstyrelsens beslut om att godkänna och kontrollera kliniker för specialiseringstjänstgöring är bra, besluten måste dock omprövas regelbundet. Folktandvården får avsätta egna medel för att betala specialistutbildningarna. Dessa

medel får tas från patientavgifter och statliga bidrag. Privata aktörer har också de möjlighet att köpa upp uppdragsutbildningar. Man kan därför inte sägas att de missgynnas.

19.5.7 Svensk Käkkirurgisk Förening

Svensk Käkkirurgisk Förening anser att det är ett bra förslag att bemyndiga Socialstyrelsen att inrätta och benämna specialiteterna. Man vill gå längre när det gäller förlängningen av den käkkirurgiska specialistutbildningen och införa en utbildning som både är medicinsk och odontologisk. Förändringen är nödvändig för att anpassa kompetensen till käkkirurgins reella verksamhetsområde som sjukhusbaserad, opererande specialitet. Finland har infört en dubbelutbildning på området som omfattar 6,5 år. Man förordar att ett kvalitetsgranskningssystem ska införas. Socialstyrelsen ska dock inte vara ansvarig för denna granskning. Föreningen förordar harmonisering med EU:s regelverk. I skrivelse 2007 till Socialdepartementet anför föreningen att SK-kurser (specialistkompetenskurser) för ST-tandläkare i käkkirurgi anordnas på ideell väg och att man förordar samma system för tandläkare som för läkare, med en IPULS-modell.

19.5.8 Svensk Sjukhustandläkarförening

Svensk Sjukhustandläkarförening tycker att stora steg redan har tagits för en etablering av sjukhustandvård som specialitet. Bland annat organiserar Västra Götalandsregionen en treårig utbildning i orofacial tandvård på specialistnivå i sjukhustandvård. Att formellt etablera sjukhustandvård som specialitet skulle stärka tandvården för svårt sjuka och funktionshindrade och ge en bättre struktur på innehåll och utbildning inom ämnesområdet. Det skulle därmed säkra bra omhändertagande och vård av patienterna. Specialiteten i oral medicin skulle kunna slås samman med sjukhustandvården och benämnas orofacial tandvård.

19.5.9 Sveriges Kommuner och Landsting och Folk tandvårdsföreningen

Sveriges Kommuner och Landsting och Folk tandvårdsföreningen anser inte att Socialstyrelsen ska ges bemyndigande att inrätta och benämna specialiteter och påpekar att kompetensen och resurserna i dag inte finns hos myndigheten. Socialstyrelsen kan inte stå för samma kontinuitet som om besluten fattas på regeringsnivå. Det finns stora skillnader i volym mellan tandläkarnas och läkarnas specialiseringstjänstgöring, vilket har betydelse för hur olika frågor ska hanteras. Vidare specialistutbildar sig var sjunde tandläkare jämfört med i stort sett alla läkare.

Sveriges Kommuner och Landsting föreslår ett ökat regionalt ansvar för specialiseringstjänstgöringen. Man vill att nationella mål och krav ska fastställas som minskar den statliga byråkratin kring utbildningarna. Landstingen bör själva kunna besluta om vilka utbildningsplatser och utbildningshandledare som kan godkännas. Vidare behöver utbildningarnas finansiering ses över. Besluten om vilka utbildningsplatser som ska vara godkända bör kunna lyftas in i ett nationellt råd. Sveriges Kommuner och Landsting och Folk tandvårdsföreningen anser att utbildningen behöver spridas bättre geografiskt. Av den anledningen kan utbildning till viss omfattning fullföljas vid andra inrättningar än universitetskliniker eller större institutioner. Man förordar två års tjänstgöring före specialiseringstjänstgöring.

Samverkan mellan avnämare och högskolorna/fakulteterna måste förbättras liksom former för att föra ut kunskaper från forskningen i tandvården. De krav som ställs på anställningsbarhet i Bolognadeklarationen kräver bättre samarbete.

Sveriges Kommuner och Landsting och Folk tandvårdsföreningen anser inte att några nya specialiteter bör införas. Snarare borde specialiteterna vara färre. Någon ny specialitet som sjukhus-tandläkare ska således inte införas. Nya kriterier för de odontologiska specialiteterna bör formuleras. Det finns ett behov av ökad kompetens om äldre, vilken borde införas i alla utbildningar liksom i tandläkarnas grundutbildning.

För att kunna ta ställning till en förlängning av specialiserings-tjänstgöringen måste rollen som specialist först definieras och avgränsas, menar Sveriges Kommuner och Landsting och Folk tandvårdsföreningen. Därefter kan man ta ställning till vilken utbildning som krävs för rollen och om behov av förlängning av

utbildningarna föreligger. Det är viktigt att allmäntandvården och specialiseringstjänstgöringen ses i ett och samma sammanhang, när man utreder framtidens tandvård. Sveriges Kommuner och Landsting poängterar att en förlängning av utbildningen inte kan ske innan finansieringen av utbildningen är löst.

Den nationella samordningsgruppen för allmäntandläkarnas specialiseringstjänstgöring (NSATS) planerar, för landstingens räkning, det nationella behovet av ST-tjänster och deras placering. Sveriges Kommuner och Landsting är sammankallande för gruppen. I dag finns två vägar till specialistutbildning. Den första är genom de 65 platser som är öppna för alla att söka. Platserna finansieras solidariskt av alla landsting och har tillkommit för att säkerställa återväxten av specialister ur ett nationellt perspektiv. NSATS har även utformat gemensamma normer för meritvärdering. Den andra vägen är uppdragsutbildningar som betalas av arbetsgivaren. För dessa platser gäller samma antagningskriterier som för de nationella platserna. Det är vanligt att allmäntandläkare studerar vissa teoretiska kurser bredvid sitt arbete. Om de väljer att bli specialister är det därmed oftast mest handledd tjänstgöring på specialistklinik som saknas för specialistkompetens. I sammanhanget framför Folktandvårdsföreningen att finansieringen av utbildningen bör ses över.

19.5.10 Stockholms läns landstings specialitetsråd för tand- och käksjukdomar

Stockholms läns landstings specialitetsråd för tand- och käksjukdomar ställer sig positivt till förslaget att Socialstyrelsen ska bemyndigas att inrätta och benämna specialiteter men understryker att kompetensen vid myndigheten behöver stärkas. En förutsättning är även att staten tar ett större ekonomiskt ansvar, motsvarande det för läkarnas ST. Rådet förordar två års tjänstgöring före specialiseringstjänstgöring. Man ser positivt på att förlägga undervisningen till universitetskliniker och större institutioner och tycker att det är viktigt med en spridning av utbildningen över hela landet. Specialitetsrådet menar att frågan vad blivande specialister behöver för kunskap måste ställas innan man överväger en förlängning av utbildningen. Ett alternativ till förlängning vore att effektivisera den nuvarande utbildningen, men för detta krävs en grundlig utredning. Rådet bedömer att käkkirurger behöver mer medicinsk

utbildning och att det inom alla utbildningar krävs mer klinisk träning. Stor hänsyn bör tas till hur det ser ut i övriga EU-stater. Specialistläkare kan få förkortad utbildningstid om de doktorerar. Det bör övervägas om man inte kan införa samma ordning för tandläkare. Det finns delade meningar inom rådet hur antagningen till utbildningen ska ske. De antagningskriterier som ställs upp är lättare för tandläkare inom folktandvården att uppfylla. De nationella platserna bör annonseras nationellt. Rådet framför att annonsering av utbildningsplatser bör ske i god tid, tre år i förväg, så att intresserade kan förbereda sig.

19.5.11 Enskilda synpunkter

Klinikchefen Sture Friedner vid Narkoskliniken har i enskild skrivelse framfört att det finns risker med att införa nya specialiteter, då landstingens upphandlingar kan leda till monopol på specialiteten, trots att behandling även kan ges vid privata kliniker.

19.6 Utredningens överväganden och förslag

Utredningens bedömning: Tandläkarnas specialiseringstjänstgöring ska fortsätta att utvecklas på ett kontinuerligt och samordnat sätt.

Utredningens förslag: Socialstyrelsen ges i uppdrag att bestämma om inrättande och benämning för de specialiteter inom vilka kompetens som specialisttandläkare kan uppnås. Bestämningen om att Socialstyrelsen ska godkänna utbildningskliniker ska upphävas. En översyn bör ske av föreskrifterna och målbeskrivningarna för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring. Uppdraget bör utföras i nära samråd med företrädare för tandvården och lärosäten. Det nationella rådet för specialiseringstjänstgöring ska ges i uppgift att även bistå Socialstyrelsen i frågor om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring. Rådet ska vid handläggning av frågor om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring bestå av en ordförande och fem ledamöter och utses av regeringen för en bestämd tid. En av ledamöterna ska 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. I tandvårdslagen (1985:125) ska införas en bestämmelse om landstingens skyldighet att tillhandahålla platser för anställning för tandläkares specialiseringstjänstgöring enligt 4 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659) i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av tandläkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet.

19.6.1 Socialstyrelsen bemyndigas bestämma om inrättande och benämning för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring

Tandläkarnas specialiseringstjänstgöring ska ha hög kvalitet och den ska löpande kvalitetssäkras. Rollerna för inblandande parter ska vara tydlig.

Vi har under utredningens gång tagit del av synpunkter från olika företrädare för tandvården som bland annat har framfört att det finns ett behov av en myndighet som har samordningsansvar för tandvårdsfrågorna. För att tillgodose detta behov har Sveriges Tandläkarförbund, Sveriges Privattandläkarförening och Sveriges Kommuner och Landsting framfört att ansvaret för specialitetens inrättande, benämning och utbildningstid ska vara på politisk nivå, dvs. regeringen.

Vår bedömning är att Socialstyrelsen som nationell expert- och tillsynsmyndighet på hälso- och sjukvårdens, tandvårdens och socialtjänstens område är bäst lämpad för uppgiften att inrätta och benämna specialiteterna. Myndighetens uppdrag omfattar bl.a. att ange normer genom att publicera föreskrifter, målbeskrivningar och allmänna råd om tillämpning utifrån gällande lagstiftning. Socialstyrelsen stödjer vidare kvalitetsutvecklingen i vården och följer upp och utvärderar reformer och lagstiftning. I arbetsuppgifterna ingår också att stödja kunskapsutvecklingen och att ge underlag till metodutveckling samt att utöva tillsyn. Socialstyrelsen har också regeringens uppdrag att fortlöpande ta fram underlag för bedömningen av tandvårdens behov av tandläkare och tandhygienister. Socialstyrelsen är även behörig myndighet inom ramen för yrkeskvalifikationsdirektivet och bevakar bl.a. tandvårdsfrågorna i det inledande arbetet som för närvarande pågår inför kommissionens översyn av direktivet år 2012.

Med ett tydligt uppdrag kan Socialstyrelsen bli den efterfrågade samordnande myndighet som kontinuerligt kan utvärdera och följa upp de övergripande frågor som uppkommer om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring. Socialstyrelsen ska därför bemyndigas att bestämma om inrättande och benämning av de specialiteter inom vilka specialistkompetens som tandläkare kan uppnås.

Vad gäller frågan om utbildningstid bestäms denna för läkare i förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Då minimitiden för utbildningen för specialisttandläkare och specialistläkare finns reglerad i EU-direktiv samt omständigheten att vi föreslår att samma system ska gälla för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring som för läkarnas, menar vi att utbildningstiden även i fortsättningen ska regleras i förordning.

19.6.2 Översyn av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring

Specialiseringstjänstgöringen ska styras av föreskrifter och målbeskrivningar som även reglerar kvalitetssäkring. Till följd av detta ska den detaljreglerande bestämmelsen om att Socialstyrelsen ska godkänna utbildningskliniker i förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område upphävas. De krav som ska ställas för klinik som tar emot tandläkare i specialiseringstjänstgöring ska istället formuleras i föreskrift och målbeskrivning.

De nu gällande föreskrifterna och målbeskrivningarna har inte setts över på lång tid. Vi föreslår därför att en översyn ska ske av föreskrifter och målbeskrivningar för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring. Då en liknande översyn nyligen har gjorts för läkarnas specialiseringstjänstgöring är vår förhoppning att erfarenheter kan hämtas från detta arbete, naturligtvis med anpassning till de särskilda förhållanden som gäller för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring.

Översynen förutsätts ske i samråd med en bred representation av företrädare från tandvården. Vi vill poängtera att den grundläggande principen om fri rörlighet för tjänster och arbetskraft inom EU, samt minimikraven i yrkeskvalifikationsdirektivet, måste beaktas i samband med en översyn. Detta gäller både aspekten att utländsk tandvårdspersonal söker sig till Sverige, liksom att svensk personal söker sig utomlands. Vid översynen är det också viktigt

att ta hänsyn till de förändringar i arbetsfält och samarbetsmöjligheter i tandvårdsteamerna som kan bli en följd av det minskande antalet tandläkare och ökande antalet tandhygienister samt förstärkningen av tandsköterskornas utbildning.

Socialstyrelsen förutsätts i översynen av föreskrifter och allmänna råd ta ställning till hur kvalitetsaspekterna inom tjänstgöringen ska kunna tillgodoses utifrån de förutsättningar som gäller för tandvården. Om översynen leder till att krav på specialistkompetenskurser, så kallade SK-kurser, ska ställas för uppfyllande av mål för specialistkompetens inom enskilda specialiteter, anser vi att det finns anledning att överväga att samma finansieringsprincip ska gälla som för SK-kurser inom ramen för läkarnas specialiseringstjänstgöring, dvs. statlig finansiering.

Högskoleverket har framfört att kravet på oberoende examination inte kan upprätthållas, eftersom verksamhetschef och handledare samtidigt är arbetsgivare, utbildare och examinator. För att utbildningen ska hålla hög kvalitet måste examinationen vara oberoende, vilket även har framförts i remissvar som avser läkarnas specialiseringstjänstgöring. Denna fråga bör också kunna hanteras i samband med översynen av föreskrifterna.

Vad gäller tillgodoräknande av forskningsmeriter bör sådana kunna tillgodoräknas inom ramen för specialiseringstjänstgöringen. Socialstyrelsen får meddela närmare föreskrifter om tillgodoräknande.

19.6.3 Nationellt råd för specialiseringstjänstgöring

Det nationella rådet för specialiseringstjänstgöring ska även bistå Socialstyrelsen i frågor om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring. Rådets utökade uppgifter ska finansieras av statliga medel. För frågor om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring ska rådet bestå av en ordförande och fem andra ledamöter. Avsikten är att ledamöterna ska representera Socialstyrelsen, professionen, universitet och högskolor samt Sveriges Kommuner och Landsting. Om det är lämpligt kan rådets ledamöter företräda sina respektive organisationer både i frågor om läkarnas och tandläkarnas specialiseringstjänstgöring. Rådet får själv avgöra vilka arbetsformer som är mest lämpliga och effektiva, till exempel om sammanträde för tandläkarnas respektive läkarnas specialiseringstjänstgöring ska hållas vid samma eller olika tidpunkter. Socialstyrelsen ska även i fortsätt-

ningen vara ansvarig för rådets kansli. Till följd av förslaget ska ändring ske i förordningen (2009:1243) om Socialstyrelsens instruktion.

I förordningen ska även införas att rådet kan bistå Socialstyrelsen även i andra frågor kring läkares eller tandläkares specialiseringstjänstgöring om myndigheten bestämmer det.

19.6.4 Ansvar för att tillhandahålla platser för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring

I betänkandet ”*Tandvården till 2010*” (SOU 2002:53) föreslog utredningen att landstingens ansvar för att tillhandahålla platser för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring skulle regleras i tandvårdslagen. Sådan reglering har dock aldrig införts. Ansvaret för tandläkarnas specialiseringstjänstgöring har underförstått legat på landstingen, dock utan att vara tydligt reglerat i tandvårdslagen på motsvarande sätt som för läkarnas specialiseringstjänstgöring. Landstingen har tagit detta ansvar och har tillhandahållit utbildningsplatser. För finansieringen har planeringsmodeller tillämpats.¹³

Landstingens ansvar för att tillhandahålla platser för anställning av läkare under specialistutbildning finns reglerat i 15 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Bestämmelsen infördes 1999 och skälet var att utvecklingen krävde en mer formell reglering av landstingens åtagande för att skapa tillräckligt tjänstgöringsutrymme för AT och ST. En av de avgörande anledningarna till att landstingens ansvar reglerades var Sveriges åtaganden att uppfylla minimikraven för utbildningar till det reglerade yrket inom ramen för EU-medlemskapet.¹⁴

Vi anser att det är lämpligt att det finns en motsvarande reglering i författning av hela kedjan i tandläkarnas specialiseringstjänstgöring. Till följd av detta föreslår vi att det ska införas en bestämmelse i tandvårdslagen (1985:125) om landstingens skyldighet att tillhandahålla platser för tandläkares specialiseringstjänstgöring enligt 4 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659) i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av tandläkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet. Den nya bestäm-

¹³ Landstingsförbundets memorial 2004-09-03, dnr Lf 0159/04.

¹⁴ Prop. 1997/98:5 s. 11f.

melsen i tandvårdslagen blir således en kodifiering av ett system som redan tillämpas.

19.6.5 Anställning som tandläkare för specialiseringstjänstgöring

Specialiseringstjänstgöringen genomförs i form av anställning och man kan därför inte reglera antagningen på sådant sätt som för utbildning vid lärosäten. Till följd av bestämmelserna om närings- och yrkesfrihet i grundlagen 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. De villkor som ställs för anställning som tandläkare till specialiseringstjänstgöring är legitimation som tandläkare och utövande av allmän tandläkarpraktik i två år. Utöver nämnda bestämmelser har arbetsgivaren även att följa arbetsrättslagstiftningen i samband med tillsättandet av tjänsterna. Arbetsledningsrätten kan som huvudregel inskränkas endast genom diskrimineringslagstiftningen och återanställningsrätten.

Under utredningen har uppgifter framkommit om att det uppkommer orättvisor vid anställning av tandläkare för specialiseringstjänstgöring. Utbildningsplatserna för specialiseringstjänstgöring är förhållandevis få i förhållande till antalet grundutbildade tandläkare. Omständigheten att det finns både så kallade fasta platser, som kan sökas av alla tandläkare, och avtalsplatser som upphandlas enskilt kan också påverka uppfattningen att alla inte har samma förutsättningar till anställning. Landstingen har organiserat ett samarbete sinsemellan om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring i NSATS och RSATS. Nationella principer för meritvärdering har utformats inom ramen för detta samarbete.

Vi har inte funnit annat än att det befintliga systemet med anställning för tandläkares specialiseringstjänstgöring i dag fungerar tillfredsställande och att de nyligen framtagna nationella principerna för meritvärdering kan bidra till fortsatt god utveckling. Då specialiseringstjänstgöringen fullgörs genom anställning finner vi inte skäl att föreslå någon ytterligare reglering av villkoren för denna.

Både företrädare för Sveriges Kommuner och Landsting, Högskoleverket och lärosäten har uttalat att samarbete mellan olika avnämare behöver förbättras. Att samtliga berörda aktörer menar

att en ökad samverkan är nödvändig, menar vi skapar förutsättningar för en fortsatt positiv utveckling av samarbetet av frågor kring anställning och genomförande av tjänstgöringen.

19.6.6 Ska specialiseringstjänstgöringen ändras till statligt styrd utbildning eller högskoleutbildning?

Vi har under utredningen tagit emot synpunkter från representanter från Tjänstetandläkarna, Högskoleverket och lärosäten om att tandläkarnas specialisttjänstgöring bör vara en högskoleutbildning. Sveriges Tandläkarförbund har anfört att specialistutbildningen bör vara statligt finansierad och att antagningen ska administreras av Socialstyrelsen.

En avreglering skedde redan 1992 av läkarnas och tandläkarnas specialistutbildningar. Avregleringen innebar att statligt detaljstyrd specialiseringsutbildning avskaffades. Socialstyrelsen gavs i samband med avregleringen uppdrag att utforma målbeskrivningar och landstingen gavs i avtal uppdrag att tillhandahålla ST-tjänster. Vi delar den uppfattning som drev avregleringen av specialistutbildningarna. I förarbetena uppgavs att byråkrati och detaljstyrning av verksamheterna måste minskas. Beslut och ansvar måste delegeras till den personal som arbetar närmast användarna av olika verksamheter. Tandvårdshuvudmännen bör mot bakgrund av sitt ansvar för kontroll, uppföljning och utvärdering av verksamheten utveckla och utvärdera kompetens inom landstingen. De offentliga verksamheterna måste anpassas till lokala förhållanden och enskilda medborgares behov och önskemål. Vårt förslag innebär således att tandläkarnas specialiseringstjänstgöring även i fortsättningen ska vara en utbildning under tjänstgöring.¹⁵

Frågan om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring ska vara högskoleutbildning är komplex. Det finns för närvarande inga starka önskemål om att göra en sådan förändring, även om lärosätena och vissa företrädare för tandvården har angett att det kan finnas fördelar med en sådan ordning. Vi gör bedömningen att det nuvarande systemet fullgör sin funktion och att det inte finns anledning att förslå en ändring av tandläkarnas specialiserings-tjänstgöring till att vara en högskoleutbildning.

¹⁵ Prop. 90/91:138 s. 15 f.

20 Tandhygienisternas utbildning

20.1 Inledning

Vi har fått i uppdrag att utreda tandhygienistutbildningens innehåll och omfattning. Samråd ska ske med Högskoleverket. Våra utgångspunkter är dels att tandhygienistutbildningen i dag är tvåårig, men att många väljer att studera ett tredje år, dels Socialstyrelsens rapport från 2007 *”Utvidgad kompetens för tandhygienister – förutsättningar för en försöksverksamhet”*.

Socialstyrelsen kom i sin rapport fram till att det inte var möjligt att starta en vidareutbildning i att utföra ingrepp i tandens hårdvävnader, eller att borra, eftersom grundutbildningen inte gav en tillräcklig grund för en sådan vidareutbildning. Myndigheten föreslog därför att en treårig tandhygienistutbildning borde införas.

Till utredningen har överlämnats skrivelser till regeringen från Sveriges Tandhygienistförening och skrivelser till riksdagen och regeringen från tandhygienistprogrammen vid Göteborgs universitet, Hälsohögskolan Jönköping, Högskolan Dalarna, Högskolan Kristianstad, Karlstad universitet, Karolinska Institutet, Malmö högskola och Umeå universitet.

Vi har valt att överväga förutsättningarna för en förlängning av utbildningen och inriktningen av innehållet. Inom ramen för utredningen har vi hört företrädare för intresseföreningar, lärosäten och patienter samt tagit del av betänkanden, rapporter och andra utredningar inom området. Vidare har en jämförelse skett med andra länders motsvarighet till tandhygienistutbildningen.

I avsnitt 20.2 beskriver vi nuvarande förhållanden och tandhygienistyrket samt utbildningen. I efterföljande avsnitt 20.3 finns en redogörelse för vad som uttalats om tandhygienistyrket och utbildningen i utredningar genom åren. Vi har tagit emot tankar och synpunkter från företrädare från tandvården och lärosäten, vilka redovisas i avsnitt 20.4. Därefter finns en kort beskrivning av inter-

nationella förhållanden i avsnitt 20.5. Våra överväganden och förslag återfinns i avsnitt 20.6.

20.2 Nuvarande förhållanden

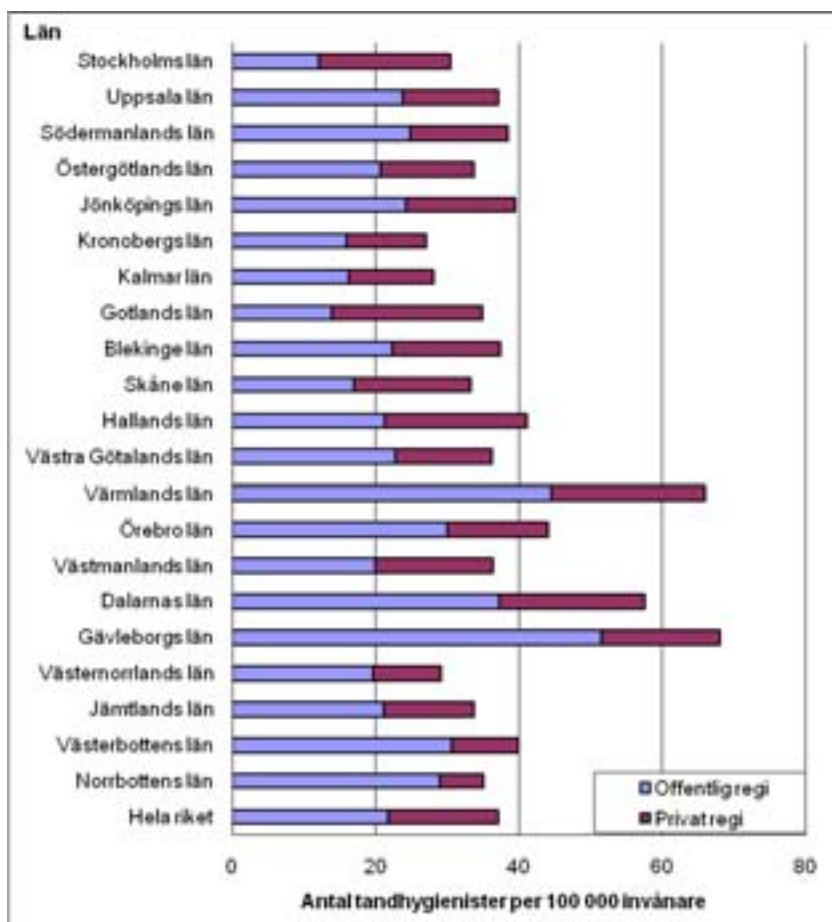
20.2.1 Allmänt om tandhygienister¹

Det finns totalt 4 804 legitimerade tandhygienister under 65 år i Sverige. Av dessa är ca 98 % kvinnor. Under 2009 legitimerades 213 tandhygienister. Ett fåtal legitimeras varje år på basis av utbildning från andra länder.

Tillgången på tandvårdspersonal varierar över landet liksom fördelningen mellan sysselsatta i privat respektive offentlig verksamhet. Högst täthet av tandhygienister finns i Gävleborgs och Värmlands län, med drygt 65 tandhygienister per 100 000 innevånare. Kronobergs och Kalmar län har den lägsta tätheten. Igenomsnitt i landet finns drygt 35 tandhygienister per 100 000 innevånare. Av dessa arbetar ca 60 % inom offentlig tandvård och ca 40 % inom privat tandvård.

¹ Uppgifterna i avsnittet är hämtade från Socialstyrelsen.

Figur 18. Antal sysselsatta tandhygienister i offentlig samt privat tandvård per län samt riket, november 2007



Källa: Socialstyrelsen/NPS databas

20.2.2 Tandhygienist är ett legitimationsyrke

Tandhygienistyrket blev legitimationsyrke 1991. Beslutet motiverades bland annat med att arbetsuppgifterna ansågs kräva kvalificerat kunnande, stor skicklighet och noggrannhet, att arbetet i hög grad var självständigt samt att det var väsentligt att patienterna kunde bedöma vilken utbildning och bakgrund en tandhygienist hade. Utbildningen inom den kommunala högskolan ansågs kunna ligga till grund för legitimation.

För att få legitimation som tandhygienist krävs tandhygienist-examen bestående av 120 högskolepoäng (80 poäng före 2007), det vill säga två års högskolestudier som leder till yrkesexamen.² En tandhygienist som har sina yrkeskvalifikationer erkända från annan medlemsstat i EU/EES eller utbildning från tredje land kan efter ansökan hos Socialstyrelsen få svensk legitimation.³

Tandhygienisten har ett personligt ansvar för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. Det offentlighetsrättsliga ansvaret regleras i 6 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659). Tandhygienisten ska utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och ge patienten sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård. Den tandhygienist som bedriver egen verksamhet har även ansvar som vårdgivare/verksamhetschef.⁴

20.2.3 Tandhygienister arbetar med att främja munhälsa och förebygga tandsjukdomar

En tandhygienist arbetar med åtgärder för att främja munhälsa och förebygga tandsjukdomar. Arbetet är självständigt och tandhygienisten ingår ofta i team med annan hälso- och sjukvårdspersonal. I arbetsuppgifterna som tandhygienist ingår undersökningar av munstatus, diagnostik, behandling av karies och tandlossningssjukdomar. Tandhygienisten analyserar, utreder och dokumenterar också behov av munhälsovårdande insatser och utvärderar insatta åtgärder. Exempel på utredningar är kostutredningar och analyser av saliv. Tandhygienister arbetar inom folktandvården, specialisttandvården och sjukhustandvården eller vid privata mottagningar, som anställda eller som egna företagare. Tandhygienister kan även arbeta med utbildning och forskning.

20.2.4 Tandhygienistutbildningen

Tandhygienistyrket sägs ha sitt ursprung i USA där en kurs för dental nurses startade redan 1910. The American Dental Hygienists Association (ADHA) etablerades 1923. I Sverige dröjde det till

² 4 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) och bilaga 2 till högskoleförordningen (1993:100).

³ 4 kap. 11 § patientsäkerhetslagen och 7 respektive 8 kap. förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

⁴ 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen och Socialstyrelsens föreskrifter (2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.

1968 innan en ettårig försöksutbildning startade i Malmö och Örebro. Denna utbildning erbjöds till tandsköterskor som påbyggnadsutbildning. Från 1988 utökades utbildningen till två år.

Tandhygienistutbildning finns i dag vid åtta lärosäten i landet, Göteborgs universitet, Högskolan Dalarna, Högskolan Kristianstad, Högskolan i Jönköping, Karlstads universitet, Karolinska Institutet, Malmö högskola och Umeå universitet. Utbildningens huvudämne benämns oftast ”oral hälsa”, ett ämne med betoning på förebyggande och hälsofrämjande munhälsoarbete. Tandhygienistexamen är en yrkesexamen och omfattar 120 högskolepoäng (80 poäng före 2007). En yrkesexamen kan endast utfärdas av högskola som har särskilt tillstånd av Högskoleverket. En yrkesexamen är kopplad till ett specifikt yrke, vilket innebär att lärosätet inte har samma frihet att utforma utbildningen som för generella examina.

Tandhygienistyrket är det enda av de 21 reglerade yrkena inom hälso- och sjukvården som inte har minst en treårig utbildning.

20.2.5 Tvåårig utbildning med möjlighet till förlängning med ett år

Av dem som studerar till tandhygienist i dag väljer omkring 58 % av studenterna att gå ett tredje år. Vid högskolan i Kristianstad och Göteborg läser 90–95 % av studenterna tre år och vid Malmö högskola läser ca 19 % av studenterna tre år. Vid övriga högskolor läser omkring hälften av studenterna tre år.⁵ Utbildningen har förhållandevis god examensfrekvens, 76 %, och det finns 19 disputerade tandhygienister i september 2010.⁶ För att disputera krävs förutom tandhygienistexamen ytterligare 360 högskolepoäng eller 6 års studier.

Lärosätena i Göteborg, Kristianstad och Karlstad ger sammanhållna program på 180 högskolepoäng vilket leder till kandidatexamen. Den som så önskar kan dock avlägga tandhygienistexamen efter 120 högskolepoäng. Övriga fem lärosäten erbjuder förutom grundprogrammet en påbyggnadsutbildning på 60 högskolepoäng.

Vid Göteborgs universitet innebär det treåriga tandhygienistprogrammet att studenten får utökad utbildning inom områdena barn- och ungdomstandvård, tandvård för grupper med allmäntillstånd/-sjukdomar som påverkar munhälsan och fördjupning av

⁵ Enligt uppgifter från lärosätena.

⁶ Uppgifter från Högskoleverket.

återkopplingen mellan klinisk praktik och teoretisk forskningsbaserad kunskap. Vid Karlstads universitet får studenterna utökad utbildning inom områdena barn- ungdomsvård och tobaksprevention. I examensarbetet, omfattande 15 högskolepoäng får studenterna kunskaper inom huvudområdet oral hälsa och fördjupade studier i ett vetenskapligt arbetssätt. I programmet ingår även utbildning i ledarskap och organisation. Det treåriga programmet vid Högskolan i Kristianstad ger studenten fördjupning av återkoppling mellan klinisk praktik och teoretisk forskningsbaserad kunskap, barn-, ungdoms-, vuxen- och äldretandvård, tandvårdens organisation samt samarbete i tandvårdsteam. Utöver detta ger utbildningen kunskaper i organisation och ledarskap, samhällsodontologi, folkhälsovetenskap och tobaksprevention respektive tobaksavvänjning. Examensarbetena vid den treåriga utbildningen blir vid alla tre lärosäten, mer omfattande än på den tvååriga.

De ettåriga påbyggnadsutbildningar som erbjuds vid övriga lärosäten innehåller sammanfattningsvis olika fördjupningskurser, bland annat i oral hälsa, patienter med särskilda behov, barn- och ungdomsvård, äldrevård, folkhälsovetenskap, och vetenskaplig metodik. Vid högskolan i Jönköping erbjuds även kurser i samhälls-/beteendevetenskapliga ämnen och medicinska ämnen. Vid Karolinska institutet ges tillfällen till samverkan med andra professioner under den ettåriga påbyggnadsutbildningen.

20.2.6 Kort om 1993 års högskolereform och Bologna-processen

Huvuddragen i reformstrategin för 1993 års högskolereform var att universitet och högskolor skulle ges större frihet att själva besluta om studieorganisation, utbildningsutbud och antagning av studenter. Reformstrategin motiverades med att den ökade friheten skulle medföra ett ökat ansvar för verksamhetens resultat och kvalitet, vilket också skulle ställa skärpta krav på uppföljning och utvärdering. Målen för den grundläggande högskoleutbildningen i 1993 års högskolelag utökades med att den ska ge studenterna förmåga att självständigt lösa problem och förmåga att följa kunskapsutvecklingen samt utveckla studenternas förmåga till informationsutbyte på vetenskaplig grund. I och med reformen förlängdes många högskoleutbildningar till att bli treåriga men tandhygienistutbildningen förblev tvåårig.

Sverige deltar sedan 1999 i Bologna-processen vars syfte är att utveckla det europeiska samarbetet inom högre utbildning, framför allt för att främja studenternas rörlighet mellan de europeiska utbildningssystemen och på arbetsmarknaden. Bologna-processen innebär att strukturer skapas för den högre utbildningen i form av tre cykler eller nivåer, där varje nivå ska förutsätta och bygga på studier på tidigare nivå. Syftet med detta är att åstadkomma utbildningsstrukturer i de europeiska länderna som blir tydliga och jämförbara och att därmed skapa förutsättningar för såväl mobilitet som internationellt samarbete och kontakter i andra former. Utbildning på respektive nivå ska ha en dubbel funktion, nämligen att förbereda studenten för arbetsmarknaden och för fortsatt utbildning.

Regeringen har i förarbetena till ändringar i högskolelagen (1992:1434) bl.a. uttalat att en sådan struktur gör den högre utbildningen i Sverige mer jämförbar och tydlig, både internationellt och nationellt.⁷ Den bör också bidra till att undervärdering i andra länder av vissa svenska högskoleexamina kan undvikas. Därmed ges förutsättningar för att underlätta rörlighet och för att öka studenternas anställningsbarhet både internationellt och nationellt. I propositionen uttalades vidare att det var regeringens uppfattning att en ökad internationell rörlighet bland studenter och lärare främjar kvaliteten i den högre utbildningen.

20.2.7 Arbetsmarknad

Tandhygienistyrket har genomgått stora förändringar sedan det etablerades på 1960-talet. Det är främst inom barn- och ungdomstandvården som en breddning av arbetsuppgifterna skett. Med ett stigande antal äldre kan en liknande utveckling förväntas inom äldre tandvården.

Socialstyrelsen visar i sin *Årsrapport NPS 2010* att under perioden 1995–2007 ökade antalet tandhygienister med 61 personer per 100 000 innevånare, medan antalet tandläkare minskade med 6 personer per 100 000 innevånare. Den sammanlagda bedömningen var att efterfrågan är större än tillgången på tandläkare i delar av landet, medan de sammanvägda rekryteringsmöjligheterna är bättre på andra håll. När det gäller tandhygienister råder balans på arbetsmarknaden, men rekryteringsmöjligheterna varierar över landet.

⁷ Prop. 2004/05:162 Ny värld – ny högskola.

Tillgången kan förväntas öka de kommande 15 åren. Yrket har en låg medelålder och jämförelsevis få tandhygienister förväntas pensioneras under denna period. Huruvida den framtida ökningen motsvaras av en ökande efterfrågan är osäkert. Bland annat beror det på hur arbetsuppgifterna i framtiden fördelas mellan tandhygienisterna och annan tandvårdspersonal. I Socialstyrelsens årsrapport *NPS 2009* framgår att tillgången på tandhygienister förväntas öka med 47 procent eller till 4 700 tandhygienister år 2023. För tandläkare visar prognosen att tillgången kan förväntas sjunka till 5 400 tandläkare år 2023. Med ett tillskott av tandläkare utbildade utomlands kan minskningen bli mindre. Arbetsmarknadens utveckling i Sverige och andra länder kan påverka den framtida migrationen.

Bedömningen av behov och efterfrågan styrs av en mängd faktorer. En viktig faktor är tandvårdsstödet utformning. I delbetänkandet *”Stöd till hälsofrämjande åtgärder”*, *SOU 2006:27* föreslås att tandhygienister ska få en väsentligt större roll än i dagens tandvård. Utvecklingen bedöms gå mot att patienter med god tandhälsa i ökad utsträckning sköts av tandhygienister, vid behov i samverkan med tandläkare. Den goda tandhälsan hos allt fler barn och ungdomar innebär att mera av barntandvården skulle kunna utföras av tandhygienister. En ökande andel äldre, ofta med nedsatt allmäntillstånd, med egna tänder och/eller avancerade bettrekonstruktioner talar också för ett ökat behov av tandhygienister. Ett kraftigt sjunkande antal yrkesverksamma tandläkare och ett ökande antal tandhygienister kommer att kräva nya organisatoriska lösningar och samarbetsformer. En kostnadseffektiv blandning och ett nyttjande av tillgängliga kompetenser kommer att krävas. Teamtandvård, dvs. samarbete mellan tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor, som nu varit ett begrepp i ett antal decennier, behöver vidareutvecklas ytterligare.

20.2.8 Ny yrkeshögskoleutbildning till tandsköterska

En ny nationell kursplan för yrkeshögskoleutbildning till tandsköterska trädde i kraft den 28 december 2009. Utbildningen som omfattar 300 yrkeshögskolepoäng, dvs. 1,5 år, syftar till att utveckla de kunskaper och färdigheter som krävs för att arbeta som tandsköterska i vårdteam på tandvårdsklinik. Utbildningen ska ge kunskaper i tandvårdsklinikens administration, hygien-, miljö- och

kvalitetsarbete. Utbildningen ska också ge kunskaper om förebyggande och behandlande tandvård samt stimulera till fortsatt lärande.⁸ Den första nationella kursplanen för tandsköterskeutbildningen trädde ikraft den 1 januari 2008.⁹

20.3 Tandvården i förändring – vad har uttalats i utredningar om tandhygienistyrket och utbildningen?

20.3.1 SOU 2002:53 "Tandvården till 2010"

Utredningens förslag syftade sammantaget till att förbättra tandvårdsstödet och öka tandvårdens tillgänglighet för alla, trygga tillgången på kompetent personal över hela landet och att främja effektivitet och samarbete inom tandvården. Enligt utredningen var den största utmaningen för svensk tandvård troligen personalförsörjningen. Man konstaterade att en förutsättning för att klara försörjningen är att kompetensen hos de enskilda medarbetarna i tandvårdsteamet används bättre. Utredaren menade att detta förutsätter strukturella förändringar och att denna process pågår, både inom folktandvården och privattandvården. Utredningen betonade att framtidens tandvård i allt högre grad kommer att inriktas på omhändertagande av äldre och sjuka samt personer med olika funktionshinder.

20.3.2 Socialstyrelsens yttrande över betänkandet SOU 2002:53

I sitt yttrande över betänkandet "*Tandvården till 2010*" skrev Socialstyrelsen bland annat att "Socialstyrelsen föreslår att tandhygienistutbildningen redan nu ska utökas till att omfatta 120 poäng. Med en längre grundutbildning blir nya tandhygienister bättre rustade för ett livslångt lärande inom yrket. En förlängning av grundutbildningen ger också bättre utrymme för en bredare klinisk träning med tillfällen till extern praktik inom tandvård."

⁸ se Myndigheten för yrkeshögskolans föreskrifter (MYHFS 2009:3) om tandsköterskeutbildning i yrkeshögskolan.

⁹ Skolverkets föreskrifter (SKOLFS 2007:50) om påbyggnadsutbildning med nationellt fastställd kursplan Tandsköterska.

20.3.3 Konkurrensverkets rapportserie 2004:1 "Tandvård och konkurrens"

Konkurrensverket har i rapporten analyserat konkurrensen på marknaden för tandvård och belyst skillnader i konkurrenshänseende mellan den offentligt drivna tandvården och privattandvården. I rapporten konstateras bland annat att kompetensreglerna påverkar konkurrensen och man uppger att "tandhygienister spelar en viktig roll inom barn- och ungdomstandvården i vissa landsting och skulle om de fick större befogenheter, i allt större utsträckning kunna ta sig an yngre patienter med en god tandhälsa och svara för ett regelbundet underhåll, och även göra de enklare fyllningar som behövs."

20.3.4 SOU 2006:27 Delbetänkandet "Stöd till hälsofrämjande tandvård"

I delbetänkandet anføres bland annat att utredningen anser att tandhygienisterna bör få en mer framträdande roll än i dag när det gäller undersökningar och förebyggande tandvård bland vuxna.

20.3.5 Socialstyrelsens rapport 2006 "Landstingens uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård"

Av rapporten framgår att det ofta är tandhygienister som svarar för hela eller stora delar av den uppsökande verksamheten hos äldre och funktionshindrade personer. I den uppsökande verksamheten ingår bland annat att tandhygienisten gör en bedömning av behovet av daglig munvård, ger individuell rådgivning och instruktion samt ger handledning/utbildning till vård- och omsorgspersonalen. En av flera bedömningar som Socialstyrelsen gör i rapporten är att grundutbildningarna för tandläkare och tandhygienister behöver innehålla mer om äldres och funktionshindrades tandhälsa och tandvård.

20.3.6 Socialstyrelsens rapport 2006 "Tandläkarnas specialistutbildning – en översyn"

Socialstyrelsen konstaterar i rapporten att den allmänna tandhälsotillståndet innebär att stora delar av befolkningen har förhållandevis små vårdbehov. I rapporten uttalas att tandhygienisterna därmed kan ges en utökad roll, även om deras nuvarande förhållandevis korta utbildning kan innebära problem. Man ansåg att det mot bakgrund av tandhygienisternas vidgade uppgifter finns anledning att pröva frågan om en förlängd utbildning på nytt.

20.3.7 Socialstyrelsens rapport 2007 "Utvidgad kompetens för tandhygienister – förutsättningar för en försöksverksamhet"

Socialstyrelsen kom i sin rapport fram till att det inte var möjligt att starta en vidareutbildning i att utföra ingrepp i tandens hårdvävnader, eftersom grundutbildningen inte gav en tillräcklig grund för en sådan vidareutbildning. Myndigheten föreslog därför att en treårig tandhygienistutbildning borde införas.

I rapporten konstaterade Socialstyrelsen att ett kraftigt minskande antal tandläkare fram till år 2020 kräver en förändring av tandvårdens organisation. Kompetensen hos tandvårdens olika personalkategorier behövde tas till vara. Man menade att flera aktuella rapporter och utredningar pekade på den allt större roll som tandhygienister kommer att få i den framtida tandvården. Vidare att de åtta lärosäten i landet som har tandhygienistutbildning redan nu erbjuder ytterligare ett års utbildning.

Socialstyrelsen uppgav i rapporten att det inte finns någon uttrycklig författningsbestämmelse som inskränker tandhygienisters möjlighet att utföra ingrepp i tandens hårdvävnader. Denna kunskap ingår dock inte i tandhygienistens utbildning. I rapporten anfördes att grundutbildningen ska ha ett sådant innehåll att den utgör den bas som krävs för kompletterande utbildning. Socialstyrelsen påpekade att myndigheten även tidigare, i remissvar år 2003 till slutbetänkande av utredningen tandvårdsöversyn "*Tandvården till 2010*" SOU 2002:53, uttalat att en förlängning till tre år av grundutbildningen gör tandhygienisterna bättre rustade för ett livslångt lärande inom yrket. Förlängning skulle ge bättre utrymme

för en bredare klinisk träning med tillfällen till extern praktik inom tandvård.

20.3.8 Högskoleverkets rapporter 1996–2007

Högskoleverket har i flera rapporter granskat tandhygienistutbildningen.¹⁰

Högskoleverket konstaterade 1996 att inga av tandhygienistprogrammen bedömdes uppfylla kraven på högskolemässighet och att tandhygienistutbildningen borde ses över med hänsyn till innehållet i den yrkesmässiga delen och anknytningen till de övriga tandvårdsutbildningarna. Man menade att utbildningen på 80 poäng svårligen kunde uppnå en högskolemässig nivå. Vid den uppföljande utvärderingen år 2000 bedömdes utbildningarna vid Göteborgs universitet, Högskolan i Kristianstad, Karlstads universitet, Karolinska Institutet och Umeå universitet som högskolemässiga. Utbildningarna vid Hälsohögskolan i Jönköping, Högskolan i Dalarna samt Örebro universitet bedömdes som icke högskolemässiga med motiveringen att utbildningens innehåll och organisation behövde utvecklas, så att studenternas förutsättningar för att få ett vetenskapligt förhållningssätt skulle öka. Högskoleverket lämnade även kommentarer om behov av ökad lärarkompetens och forskningsanknytning samt att utbildningen behövde integreras med övriga lärosäten.

I rapporten 2007:23R "Vårdutbildningar i högskolan – en utvärdering" anförde Högskoleverket att det skett en mycket positiv utveckling av tandhygienistutbildningen sedan föregående granskning år 2000. Framför allt hade den akademiska anknytningen i utbildningen ökat. Vidare fanns hos lärarkåren ett stort engagemang för att driva utbildningen framåt och det fanns ett starkt stöd från ledningen vid lärosätena. Söktrycket till utbildningen var stort och examensfrekvensen förhållandevis god. En tillfredsställande arbetsmarknad fanns för yrket. Högskoleverket noterade att ett nationellt samarbete mellan tandhygienistutbildningarna skedde inom olika områden och att det även fanns en ambition till internationell samverkan. Trots den positiva utvecklingen kvarstod pro-

¹⁰ Högskoleverkets rapport 1996:7R "Vårdutbildningar i högskolan – en utvärdering", Högskoleverkets rapport 1997:2R "Högskoleutbildningar inom vård och omsorg – en utredning", Högskoleverkets rapport 2000:5R "Utbildningar inom vård och omsorg – en uppföljande utvärdering" och Högskoleverkets rapport 2007:23R "Vårdutbildningar i högskolan – en utvärdering".

blem som måste åtgärdas för att en god kvalitet i tandhygienistutbildningen skulle säkras. Högskoleverket pekade på att tandhygienistyrket har genomgått stora förändringar, och att de krav som ställs på den legitimerade tandhygienisten efter yrkesexamen inte kan tillgodoses i 80-poängsutbildningen. Dessutom har nya arbets- och ansvarsområden tillkommit under senare år, främst inom området barn- och ungdomstandvård och äldretandvård. I rapporten beskrivs att det finns stor sannolikhet att yrket kommer att utvecklas ytterligare och att tandhygienister kommer att utgöra en alltmer viktig resurs i framtidens tandvård. Myndigheten upprepade att varken målen för yrkesrelevans eller högskolemässighet kunde uppnås eftersom utbildningen var för kort. Dessa omständigheter menade Högskoleverket var förlamande för den fortsatta utvecklingen av tandhygienistutbildningen och professionen.

Högskoleverket konstaterade sammanfattningsvis att det mest framträdande problemet för tandhygienistutbildningen var att 80 poäng (två års studier) inte var tillräckligt för att ge studenterna de kunskaper och djup i kurserna som krävs för yrket och för att leva upp till målen för tandhygienistexamen. Myndigheten poängterade vikten av att tandhygienistutbildningen skulle förlängas med ett år.

Högskoleverket konstaterade också att tandhygienistutbildningen var underfinansierad och därmed mycket sårbar. Därför var det angeläget att statliga medel tillfördes för den kliniska utbildningen i likhet med vad som skett för tandläkarutbildningen. Detta för att garantera utbildningen av tandhygienister och därmed säkra den framtida kompetensen i tandvården. Högskoleverket uppgav även att det behövs kraftfulla och omedelbara åtgärder för att stärka och långsiktigt säkra den ämnesspecifika kompetensen inom utbildningen med forskarutbildade tandhygienister. Myndigheten pekade på att det är viktigt att utvecklingen av tandhygienistens ämnesområde och av utbildningen i sin helhet drivs av tandhygienister. Färdighetsträningen inom ramen för verksamhetsförlagd utbildning är ett viktigt komplement. Därför måste avtal tecknas mellan lärosätena och den verksamhet där studierna ska bedrivas, så att samtliga studenter garanteras en god klinisk utbildning.

När det gäller lärarkompetens angav Högskoleverket att det behövdes kraftfulla och omedelbara åtgärder för att stärka och långsiktigt säkra den ämnesspecifika kompetensen inom utbildningen av tandhygienistens ämnesområde och för att utbildningen i sin helhet ska bedrivas av tandhygienister. Tandhygienister med

forskarutbildning bör vara huvudansvariga och leda utvecklingen av programmet och ämnesområdet.

Den verksamhetsförlagda utbildningen menade Högskoleverket är ett viktigt komplement. Formalisering av handledarutbildning och kontinuerlig fortbildning av handledare samt att lärosätena avtalar om tillräckligt många utbildningsplatser, var enligt Högskoleverket viktiga förutsättningar för en god klinisk utbildning.

20.3.9 "Tandvården i Dalarna, EpiWux 2008"

I denna regionala studie konstaterades att tandhälsförbättringen har lett till att tandvårdsbehoven ändrat karaktär. Man gjorde i studien bedömningen att behovet av förebyggande vård, som mestadels sker hos tandhygienist och tandsköterska, kommer att öka. I studien konstateras att antalet anställda tandhygienister i Dalarna har ökat till det dubbla den senaste 15-års perioden. Inte minst uppsökande verksamhet kräver många tandhygienister.

20.3.10 Socialstyrelsens folkhälsorapport 2009

Av rapporten framgår bland annat att tandhälsan bland barn är god och att den fortsätter att förbättras. Vidare att majoriteten av alla barn i dag är kariesfria. Bland de barn som har den sämsta tandhälsan har dock läget snarare försämrats under den senaste tioårsperioden. Bland vuxna har de äldres tandhälsa förbättrats påtagligt under senare år. Allt fler har egna tänder som kompletterats med kronor, broar och implantat. Tuggförmågan har blivit allt bättre. När allt fler äldre har egna tänder, ökar behovet av munvård för att tandhälsan ska kunna bevaras livet ut. Bland äldre som har flera olika sjukdomar och bor kvar hemma finns ett tandvårdsbehov som inte är tillräckligt tillgodosett. Många ungdomar som lämnat den avgiftsfria tandvården söker inte tandvård i förebyggande syfte utan först när de har besvär. Andra som riskerar att få, eller redan har, sämre tandhälsa är socioekonomiskt svaga grupper som ensamstående föräldrar, långvarigt arbetslösa och förtidspensionärer. Rapporten beskriver att många hemlösa och psykiskt sjuka också har mycket dålig tandhälsa och inte nås av den av landstinget finansierade uppsökande tandvården (gäller dem som omfattas av LSS eller dem som har varaktigt behov av omfattande hälso- och sjuk-

vård i hemmet eller som är bosatta i egen bostad men har motsvarande behov som grupperna ovan).

20.4 Tankar och synpunkter från företrädare för tandvården

Vi har träffat företrädare för tandvården och lärosäten vid flera tillfällen, samt tagit del av skrivelser. Nedan finns en redogörelse av tankar och synpunkter som framförts.

20.4.1 Sveriges Tandhygienistförening

Sveriges Tandhygienistförening har framfört att utbildningen bör vara en treårig, akademisk utbildning. Grundutbildningen ska vara solid och bevara yrkets särart som förebyggande och hälsofrämjande. Kompetens för att borra bör inte föras in i grundutbildningen utan i så fall i ett andra steg hanteras i form av specialistutbildning.

Sveriges Tandhygienistförening påpekar att dagens tvååriga grundutbildning är för kort och att den inte ger den kompetens som en tandhygienist behöver. Utbildningen är vidare inte tillräckligt vetenskapligt underbyggd och ger ingen möjlighet till att gå vidare som forskare. Man anför vidare att 17 tandhygienister disputerat inom området.¹¹ De har emellertid fått hitta sin egen väg fram, akademiskt. Det vore bättre om det fanns en mer rak väg för tandhygienister att ta sig fram till forskningsstudier. Svårigheterna med akademisk karriär gör också att det är svårt att hitta lärare till utbildningen.

Yrkeshögskolemyndigheten har gett ut en ny kursplan för en tvåårig tandsköterskeutbildning. Med den nuvarande utbildningen för tandhygienister kommer den att ligga mycket nära tandhygienistyrket.

Om utbildningen förlängs och görs om kan det tredje året innehålla exempelvis följande:

- vetenskaplig kompetens (kliniska studier, kvalitetssäkring m.m.)
- kunskap om att behandla barn

¹¹ Uppgift från juni 2009.

- kunskap om att behandla äldre
- kunskaper i klinisk bettfysiologi

Vid flera lärosäten finns redan ett tredje år. Det innehåll som den utbildningen har kan vara förebild för hur ett obligatoriskt tredje år skulle kunna utformas.

20.4.2 Lärosäten

Samtliga åtta lärosäten som i dag utbildar tandhygienister förordar en förlängning av utbildningen till 3 år. Lärosätena hänvisar till den informella försöksverksamhet som har pågått vid vissa lärosäten i sju till nio år, då ett tredje utbildningsår har erbjudits. Det finns sedan ett år tillbaka en stor enighet mellan lärosätena om innehållet i det tredje året.

Företrädare för lärosätena påpekar att studenterna tidigare hade klinisk erfarenhet när de gick in i tandhygienistutbildningen, eftersom den erbjöds som påbyggnadsutbildning till tandsköterskor. I dagsläget är det svårt att hinna med alla moment för att förbereda för yrkesverksamhet. Den nuvarande tvååriga utbildningen har exempelvis inte utrymme för att lära studenterna att arbeta evidensbaserat. Om en treårig utbildning införs kan examensarbetet ges tillräckligt utrymme i utbildningen. Lärosätena har anfört att man heller inte hinner förbereda studenterna för "det livslånga lärandet", dvs. hur kunskap inhämtas på egen hand. En brist i dag är vidare att det forskas för lite inom området tandhygien. Detta beror på att de som går den nuvarande tvååriga utbildningen inte kan forska direkt, utan måste läsa till vissa delar för att kunna forska. Tandläkare forskar normalt inte inom området för tandhygien, utan håller sig till frågor inom sitt område. Umeå universitet pekar även på att en treårig utbildning underlättar för utbytesprogram med andra länder.

Lärosätena har framfört att det har blivit vanligare att tandhygienister i dag arbetar med äldre och sjuka patienter. Tidigare arbetade de i princip endast med förebyggande tandvård hos i övrigt friska patienter. Man menar därför att det är viktigt att tandhygienister lär sig att upptäcka om en patient behöver särskilda insatser, exempelvis tandreglering. Sådana moment ska därför ingå i utbildningen. Tandhygienister behöver också veta var gränsen går för deras eget yrke och vad som ska utföras av andra. Lärosätena pekar

även på att tandhygienister kommer att få en större roll inom folkhälsoarbetet och inom folktandvården. Exempelvis kommer man att bidra i arbetet med rökavvänjning och övervikt.

När det gäller innehållet i utbildningen det tredje året anser lärosätena att det skulle kunna innehålla moment kring behandling av barn- och ungdomars tandvård liksom behandling av äldre. Generellt behövs satsningar på grupper med särskilda behov, exempelvis funktionshindrade. Man behöver också lära sig mer om patienter som missbrukar och patienter från andra kulturer. Kunskap behövs också kring alla nya material som ingår i behandlingen. Viktigt är även att studenterna får med sig goda medicinska kunskaper om det orala området. Ett tredje år behöver inte innehålla nya ämnen utan fördjupning inom redan befintliga. I dag är de olika ämnena uppdelade och utspridda över de tre läsåren, varav det sista är frivilligt. Detta beror på att vissa delar måste hinnas med inom de två obligatoriska åren och att fördjupningen därför kan ske först under det tredje året. Om utbildningen vore tre år skulle ämnena kunna hållas ihop på ett bättre sätt. Det tredje år som flera lärosäten anordnar skulle kunna tjäna som modell för ett obligatoriskt tredje år.

Från lärosätena har även framförts att den praktiska utbildningen är resurs- och kostnadskrävande och i dagsläget underfinansierad.

20.4.3 Tandhygienistlärare

Representanter från lärarkåren på landets tandhygienistutbildningar har givit följande argument för att utbildningen borde bli treårig:

- tandhygienisternas arbetsområde växer.
- barns och ungas tandhälsa blir allt bättre, vilket innebär att de behöver mer förebyggande och omvårdande insatser. Tandhygienister finns på barnavårdscentraler, i skolor och i tandvården och tar hand om barn.
- antalet äldre kommer att öka. Alla gamla har rätt till uppsökande tandvård, vilken mestadels utförs av tandhygienister. Den här typen av tandvård upphandlas ofta.
- nya tekniker, som implantat, kräver mer förebyggande insatser. Om tandköttet blir inflammerat kan skruvarna som håller fast implantaten lossna.

- området blir mer vetenskapligt. Det kräver bättre kunskaper.
- att det finns möjlighet att studera tre år på vissa ställen gör systemet obegripligt för studenterna.
- utbildningen ger för kort tid till att träffa olika slags patienter. Det tar tid att träna upp ett handlag.

20.4.4 Sveriges Kommuner och Landsting och Folk tandvårdsföreningen

Sveriges Kommuner och Landsting och Folk tandvårdsföreningen har till utredningen framfört att man är nöjd med dagens tandhygienistutbildning. Man är tveksam till nyttan av en förlängning av utbildningen och har påpekat att hela utbildningen bör ses över om ett tredje år införs. Utbildningen är beroende av vilka uppgifter tandhygienisten ska utföra och vilken roll yrkesgruppen ska ha. Finns behov av att förlänga utbildningen till tre år avser man inte motsätta sig detta.

Om ett tredje år ändå införs skulle det kunna vara ett tillvalsår med möjligheter till val av inriktning. Vidare är det bra med fördjupning av kunskaper om behandling av barn och äldre samt uppföljning av arbetet. Däremot anser man inte att forskning och forskningsmetodik behövs. För en självständig roll krävs mer utbildning i kariologi/parodontologi, bettutveckling, radiologi, pedagogik och samtalsmetodik.

20.4.5 Sveriges privattandläkarförening

Sveriges privattandläkarförening tillstyrker att utbildningen för tandhygienister bör förlängas. Dock inte för att ge tandhygienisterna kompetens att borra, utan för att ge en bättre grund för deras kliniska arbete. Ett alternativ till att förlänga utbildningen skulle kunna vara att ge tandsköterskor möjlighet att bygga på sin utbildning och bli tandhygienister. Föreningen anför att en möjlighet är att tandhygienister får ta ansvaret för kontrollen av äldres tandhälsa. I dag gör de den kontrollen för alla andra grupper. Tandhygienister behöver inte mer teoretiska kunskaper för exempelvis forskning, de behöver istället bättre baskunskaper bl.a. i hygien och röntgen.

20.4.6 Sveriges Tandläkarförbund

Sveriges Tandläkarförbund har anfört att tandhygienistens primära kompetensområde ska som i nuläget avse förebyggande vård. Tandhygienisten ska ha en fördjupad kompetens inom området. Tandhygienistens formella kompetens ska av patientsäkerhetsskäl inte genom tilläggstudier kunna utvidgas till uppgifter som tandläkaren ensam har kompetens för. Förbundet uppger att det är stora skillnader i bredd och djup mellan utbildningarna till tandläkare och tandhygienist. Tandläkarutbildningen utgör en helhet i vilken delarna förutsätter varandra. Att bryta ut en del av utbildningen, och låta den ligga till grund för ett utvidgat kompetensområde, kan därför inte accepteras. Även om man bortser från patientsäkerhetsaspekterna anser Tandläkarförbundet att det inte är meningsfullt och rationellt att tandhygienisten närmar sig tandläkarens kompetens inom andra områden än förebyggande vård. Ett behov av tandläkarkompetens bör lösas genom exempelvis ökad utbildning av tandläkare och inte genom att ersätta tandläkare med annan personal, som har både grundare och smalare kompetens. Tandläkarförbundet konstaterar vidare att när det gäller organisering av arbetsuppgifter inom tandvårdsggruppen är det endast den som har legitimation, dvs. tandläkaren och tandhygienisten, som kan arbeta självständigt med patienter, under eget yrkesansvar och inom den behörighet som definieras av den formella kompetensen. Tandläkarförbundet anser det viktigt att gränserna är tydliga mellan de båda personalkategoriernas formella kompetens och behörighetsområden, inom vilka vederbörande kan arbeta självständigt och under eget ansvar.

20.4.7 Svenska Tandsköterskeförbundet

Tandsköterskeförbundet konstaterar att tandsköterskor fått nya arbetsuppgifter de senaste åren. Landstingens satsningar med vidareutbildningar av tandsköterskor har gett kompetens att lägga viss bedövning, göra tandfyllningar och ta avtryck av tänder som ska ersättas för vidarebefordran till tandtekniker. Sedan 2007 innehåller kursplanen för tandsköterskeutbildningen dessa uppgifter. Förbundet konstaterar vidare att det faktum att antalet tandläkare kraftigt kommer att minska de närmaste 10 åren gör frågan om hur arbetsuppgifter fördelas inom tandvårdsteamet aktuell. Tandhygie-

nister kommer att få ett större arbetsfält och även tandtekniker möter patienter i större utsträckning än tidigare. I det sammanhanget menar förbundet att det är viktigt att uppmärksamma den potential som tandsköterskor med den nya grundutbildningen har. I dag finns ingen behörighetsreglering för tandsköterskor, varför även utbildade kan anställas och kallas tandsköterska.

20.4.8 Stockholms läns landstings specialitetsråd för tand- och käksjukdomar

Rådet ser positivt på en förlängning av tandhygienistutbildningen, men menar att även tandsköterskans roll behöver ses över i sammanhanget. En fråga att ställa sig är hur den ultimata arbetsfördelningen i tandvårdsteamet ska se ut. Man har också framfört att tandhygienisterna bör få mer klinisk träning i sin utbildning. Innehållet i utbildningen bör vara en fördjupning av befintliga ämnen, främst tandvård för äldre, svårt sjuka samt barn och unga.

20.5 Internationell jämförelse

Inom Europa finns yrket tandhygienist endast i vissa länder. Enligt uppgift från CECDO (The Council of European Chief Dental Officers) varierar utbildningen från att vara två- till fyraårig. Bland de nordiska länderna är utbildningen i Finland 3,5 år, Norge 3 år och Danmark 2,5 år.

Enligt uppgifter vi inhämtat från respektive länder har tandhygienister i Danmark och Finland inte kompetens att utföra invasiva behandlingar, dvs. borra i tänder. I Norge har ett lärosäte, Universitetet i Tromsø, som mål att studenterna vid akutsituationer ska kunna excavera tänder maskinellt och manuellt samt använda temporära fyllningar, dvs. att kunna borra.

I två av EU-medlemsländerna, Nederländerna och Storbritannien, har man utvecklat och utvidgat rollen för tandhygienisterna. I Storbritannien finns ytterligare en profession, dental therapist, som också finns i flera samväldesländer. I Nederländerna förlängde man år 2002 utbildningen från tre till fyra år. Den nuvarande fyraåriga utbildningen till tandhygienist ger möjlighet till en utvidgad kompetens och en större roll för tandhygienisterna, framförallt i barn- och tandvård. I utbildningen ingår även preparation (att borra i tandens

hårdvävnad till följd av karies) och att göra fyllningar. Under det fjärde året utbildas tandhygieniststudenterna tillsammans med blivande tandläkare och arbetar i team. De första tandhygienisterna med den nya fyraåriga utbildningen utexaminerades år 2006. Såvitt framkommit har ingen nationell utvärdering gjorts av förlängningen av utbildningen.

I Storbritannien omfattar studier till tandhygienist och dental therapist två års heltidsstudier och det finns även påbyggnadsutbildningar. Bachelorexamen kan tas efter tre års heltidsstudier. En dental therapist ska efter avlagd examen ha kompetens att utföra preparation och fyllningar i mjölk-tänder, extrahera mjölk-tänder samt kunna utföra enklare restaurationer i permanenta tänder.¹²

20.6 Utredningens överväganden och förslag

Utredningens förslag: Tandhygienistutbildningen ska förlängas till 180 högskolepoäng, dvs. från två till tre år. Högskoleverket ska ges i uppdrag att utforma förslag till en ny examensbeskrivning för utbildningen.

20.6.1 Inledning

Tandhygienistens roll i svensk tandvård har diskuterats i flera utredningar och rapporter. Det som pekas ut som den stora utmaningen inom tandvården är personalförsörjningen i framtiden.

Tandhygienistyrket är det enda av de 21 legitimationsyrkena inom hälso- och sjukvården som har en tvåårig utbildning. Övriga har minst en treårig utbildning. Tandhygienistutbildningen har en god examensfrekvens, jämfört med andra yrken och ett förhållandevis stort antal disputerade, trots att det krävs ytterligare 360 poäng eller 6 års utbildning för att uppnå doktorsexamen.

Tillgången på tandhygienister förväntas öka med 47 procent fram till 2023. Samtidigt förväntas antalet yrkesverksamma tandläkare minska med 26 alternativt 20 procent under samma period, beroende på hur stort tillskottet av tandläkare som utbildats utomlands blir. Vidare kommer tandvården i framtiden i allt högre

¹² Uppgifter från British Society of Dental Hygien and Therapy.

grad att inriktas på att ta hand om äldre och sjuka. Det nya tandvårdsstödet understryker vikten av det förebyggande arbetet, inte minst bland barn och unga.¹³

20.6.2 Förlängning av tandhygienistutbildningen

Högskoleverket har sedan femton år tillbaka påpekat att den nuvarande utbildningen svårligen kan uppnå högskolemässig nivå och att den bör ses över med hänsyn till innehållet i den yrkesmässiga delen och anknytningen till övriga tandvårdsutbildningar. Myndigheten har påpekat att en akademisk grund i utbildningen är en förutsättning för återväxt av disputerade lärare.

Vi kan konstatera att utvecklingen inom oral hälsa visar behov av utökad kompetens inom tandhygienistens kunskapsområde. Därför är det viktigt att forskning sker på området och att vården och behandlingen är evidensbaserad. En treårig utbildning skapar en enklare väg för forskning, vilket ytterligare kan stärka utvecklingen av yrkesrollen. Genom en stadig plattform i grundutbildningen med god vetenskaplig förankring kan yrkesrollen fortsätta att utvecklas i samverkan med andra professioner inom tandvården. Vårt förslag är därför att tandhygienistutbildningen ska förlängas till tre år.

20.6.3 Högskoleverket ges uppdrag att utforma förslag på en ny examensbeskrivning

Vi föreslår att Högskoleverket får i uppdrag att utforma förslag på en ny examensbeskrivning. Alla lärosäten erbjuder i dag treåriga utbildningar, antingen som en sammanhållen treårig utbildning eller som påbyggnadsutbildning. När en ny examensbeskrivning ska utformas bör dessa befintliga kursprogram kunna användas som utgångspunkt.

I sammanhanget vill vi också påpeka vikten av samverkan mellan arbetsgivare, Sveriges Kommuner och Landsting och utbildningsanordnare inom ramen för utbildningen. Utbildningsanordnarna ansvarar för kvaliteten i utbildningen, däribland anställningsbarheten och arbetsgivarna har intresse av att utbildningarna innehåller sådana moment som är nyttiga på kort och lång sikt i yrket. Dessa

¹³ Förordning (2008:193) om statligt tandvårdsstöd.

sammanfallande intressen ger förutsättningar för fortsatt utveckling av samarbete mellan arbetsgivare och lärosäten.

20.6.4 Ska tandhygienistutbildningen utvidgas och ge kompetens för nya arbetsuppgifter?

Som ovan redovisats kan man anta att utvecklingen inom tandvården kommer leda till fortsatt fördjupning och förändring av tandhygienisternas arbetsuppgifter. Vår förhoppning är att en treårig tandhygienistutbildning kan bli en värdefull grund i den fortsatta utvecklingen. Om tandhygienisternas kompetens i förlängningen ska utvidgas till nya arbetsuppgifter, och därmed även utbildningen utvidgas, får avgöras av framtidens behov. Vi vill poängtera vikten av att inte skapa hinder i en sådan utveckling.

Del V

Behörighet inom socialtjänsten

21 Uppdraget om behörighetsreglering inom socialtjänsten

21.1 Inledning

Enligt direktiven ska vi 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 vi, utöver behovet av rättssäkerhet och kvalitet för klienten, särskilt beakta det politiska beslutsfattandet inom socialtjänsten samt konsekvenserna av en behörighetsreglering inom socialtjänsten när det gäller tillgång till personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Om vi finner att en behörighetsreglering för vissa arbetsuppgifter inom socialtjänsten är möjlig och lämplig, ska vi också lämna förslag på hur frågan fortsättningsvis kan hanteras. Vi ska samråda med Barnskyddsutredningen.

21.2 Bakgrund till uppdraget

Behovet av att införa en behörighetsreglering för personal inom socialtjänsten har utretts vid ett flertal tillfällen sedan början av 1980-talet. Tidigare utredningar och propositioner har pekat på svårigheterna med att reglera yrkesutövningen inom socialtjänsten. Det faktum att vissa beslut inom socialtjänsten inte fattas av tjänstemän utan av en politisk nämnd har uppgetts vara ett hinder för vissa former av behörighetsreglering. Den frågan har enligt regeringen hittills inte varit föremål för den grundliga analys som behövs för att man ska kunna göra en välgrundad bedömning av om så är fallet.

I direktivet står att det utifrån arbetsuppgifternas komplexitet och behovet av rättssäkerhet och kvalitet för klienterna är viktigt att kunna ställa krav på utbildning och lämplighet för dem som ska arbeta med handläggning, inklusive utredningar, av ärenden och beslutsfattande för socialnämndens räkning. Personalens kompetens och kompetensutveckling är centrala förutsättningar för en god kvalitet i det sociala arbetet. Socialtjänsten ansvarar för att förbättra situationen för de mest utsatta grupperna i samhället t.ex. äldre personer med behov av omsorg, personer med behov av stöd utifrån funktionsnedsättning, flickor samt pojkar och familjer i socialt och ekonomiskt utsatta situationer, personer som är hemlösa, personer med missbruksproblem samt kvinnor som utsätts för hot och våld. Arbetet vid socialnämnden handlar många gånger om att fatta svåra, och för klienten helt avgörande, beslut.

Socialdepartementet har till utredningen överlämnat en skrivelse från Socialstyrelsen av den 12 juni 2007 angående behörighetsregler för socialsekreterare som arbetar med barn och unga.

21.3 Disposition

I den här delen av betänkandet behandlar vi frågor om behörighetsreglering inom socialtjänsten. I kapitel 22 finns en beskrivning av kompetensen inom socialtjänsten idag och i kapitel 23 redogör vi för utredningar och rapporter om behovet av behörighetsreglering. Förutsättningarna för behörighetsreglering beskrivs i kapitel 24 och rättssäkerhet och kvalitet inom socialtjänsten i kapitel 25. I kapitel 26 finns en beskrivning av socionomutbildningen. Våra överväganden och förslag finns i kapitel 27.

22 Kompetens inom socialtjänsten i dag

22.1 Vad innebär socialt arbete?

De övergripande målen för socialtjänsten finns fastställda i regeringsformen. Av 1 kap. 2 § regeringsformen framgår bl.a. att den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska vara grundläggande för den offentliga verksamheten. Det ska särskilt åligga det allmänna att trygga rätten till arbete, bostad och utbildning samt verka för social omsorg och trygghet och för en god levnadsmiljö.

Socialtjänstlagen (2001:453) är i grunden en målinriktad ramlag som ger kommunerna stor frihet att utforma verksamheten med utgångspunkt från lokala förutsättningar och behov. I portalparagrafen (1 kap. 1 §) anges de övergripande målen och grundläggande värderingarna för samhällets socialtjänst. Målen ger uttryck för principen om alla människors lika värde och lika rätt till social trygghet, vård och omsorg. Samhällets socialtjänst ska på demokratins och solidaritetens grund främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet. Vidare ska socialtjänsten, 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 rätt till självbestämmande och integritet. Även i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) finns bestämmelser om att verksamhetens ska vara grundad på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet.

Socialnämndens verksamhetsområden regleras bl.a. i 3 kap. socialtjänstlagen. Socialnämnden ska svara för omsorg och service, upplysningar, råd, stöd och vård, ekonomisk hjälp och bistånd till familjer och enskilda som behöver det. Socialtjänsten är ansvarig för insatser inom områdena barn- och unga, familj, äldre, funktionshindrade,

missbrukare, personer som vårdar eller stödjer närstående, brotts-offer och internationella adoptioner. Även verksamhet enligt LSS är en del av kommunens ansvar.

Arbetet som socialsekreterare eller biståndshandläggare består i att handlägga ärenden och utarbeta underlag för socialnämndens beslut samt följa upp insatser enligt bestämmelser i bl.a. socialtjänstlagen, LSS, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Socialsekreteraren eller biståndshandläggaren kan även delegeras rätt att fatta beslut för socialnämndens räkning. I arbetsuppgifterna ingår också att ge praktiskt, psykosocialt och vägledande stöd samt motivationsarbete. Ärendena gäller individers, familjers och grupper sociala problem eller samlevnadsproblem. Inom ramen för handläggningen kartlägger socialarbetaren klienternas hjälpbehov och vilka möjliga samhällsinsatser som kan erbjudas. Socialsekreterarens roll är komplex och kräver kunskaper i socialt arbete och om vilka insatser som kan erbjudas, förvaltningsrätt, kunskaper om målgruppen samt samtalsmetodik.

22.2 Krav på kompetens inom socialtjänsten i dag – vad säger lagen?

I 3 kap. 3 § socialtjänstlagen anges bland annat att socialtjänstens insatser ska vara av god kvalitet och att det för utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Vad som avses med lämplig utbildning eller erfarenhet regleras dock inte närmare i lagtexten. I förarbetena till bestämmelsen framgår dock följande.¹

Frågan om kompetens och kunskapsutveckling är av central betydelse för socialtjänstens möjligheter att erbjuda insatser av god kvalitet och det ligger i sakens natur att socialtjänsten med sina vitt skilda uppgifter behöver personal med skiftande utbildning och erfarenhet. Det är också en tillgång om det finns personal inom socialtjänsten som speglar befolkningens språkliga, kulturella och etniska mångfald. Begreppet kompetens är mångtydigt och kan ha olika betydelse i olika sammanhang. I allmän mening handlar det om förmåga att klara de olika krav som ställs i en viss organisation och i en viss verksamhet. Begreppet syftar inte bara på formell behörighet utan hänvisar också till ord som kvalifikation, kunskap, erfarenhet, förmåga, lärande och färdighet. Beroende på omständigheterna kan vissa aspekter på kompetens överväga. Sam-

¹ Prop. 1996/97:124 s. 48

hället förändras i allt snabbare takt, vilket påverkar inriktningen av socialtjänstens uppgifter och ansvarsområde. Kompetensutveckling måste ske ute i verksamheten och vara en integrerad del i en ständigt pågående underhålls- och förnyelseprocess. Samhällets utbildningssystem lägger dock grunden för den långsiktiga kompetens- och kunskapsutvecklingen. Inriktning och kvalitet på grund- och vidareutbildningarna spelar därmed en betydande roll även för senare satsningar på intern kompetensutveckling. Det är därför av stor vikt att samhällets utbildningssatsningar följer de nya krav som verksamheter i ständig förändring ställer.

Fr. o. m. den 1 januari 2010 finns ett krav på kommunerna att verka för att det finns tillgång till personal med kunskaper i finska, meänkieli eller samiska där detta behövs i omvårdnaden om äldre människor.² Sådan verksamhet som kräver tillstånd av Socialstyrelsen ska uppfylla kraven på god kvalitet och säkerhet och tillstånd får förenas med villkor av betydelse för kvaliteten och säkerheten i verksamheten.

I LSS finns ett mer preciserat krav på personalen. Enligt 6 § nämnda lag ska det för verksamheten finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad ska kunna ges.

Socialstyrelsen har gett ut allmänna råd om personalens kompetens inom flera olika områden inom socialtjänsten. Sådana råd finns när det gäller handläggning och uppföljning av ärenden som rör barn och unga³, ärenden som avser äldre personer⁴ och ärenden som avser personer med funktionshinder⁵. När det gäller arbete med handläggning och uppföljning av ärenden som avser personer med funktionshinder och äldre personer bör personalen ha socionomexamen eller social omsorgsexamen enligt tidigare studieordning. För handläggning och uppföljning av ärenden som avser barn och unga bör personalen ha socionomexamen och minst ett års yrkeserfarenhet inom socialt arbete. I de allmänna råden anges också ett antal kunskapsområden inom vilka personalen bör ha teoretiska kunskaper och praktiska färdigheter såsom utredning, samtal och relationer, samverkan, regelverk och rättsutveckling, insatser, uppföljning och utvärdering och det område som är specifikt för ärendetypen såsom barns och ungas utveckling och behov, funktionshinder och dess konsekvenser och äldre och åldrande.

² SFS 2009:276

³ SOSFS 2006:14

⁴ SOSFS 2007:17

⁵ SOSFS 2008:32

Även inom andra områden finns krav på kompetens. När det gäller hem för vård eller boende anges i socialtjänstförordningen (2001:937) att det vid varje sådant hem ska finnas en person med lämplig utbildning som förestår verksamheten och att det också ska finnas sådan personal som i övrigt behövs för en ändamålsenlig verksamhet. I föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende⁶ anges att den som förestår verksamheten vid ett hem för vård eller boende ska ha en adekvat högskoleutbildning och erfarenhet av liknande verksamhet och vitsordad personlig lämplighet. I de allmänna råden anges att sådan utbildning bör omfatta minst 120 poäng. I allmänna råd om handläggning av ärenden som gäller unga lagöverträdare anges att en utredare som handlägger ärenden som gäller unga lagöverträdare, förutom det kompetenskrav som anges när det gäller barn och unga, bör ha kunskaper i att bedöma risk- och skyddsfaktorer avseende normbrytande beteende.⁷ I allmänna råd om socialnämndens arbete med våldsutsatta kvinnor samt barn som bevittnat våld anges att all personal som arbetar med handläggning och uppföljning av ärenden enligt socialtjänstlagen bör ha teoretiska kunskaper inom området våld eller andra övergrepp av eller mot närstående samt förmågan att praktiskt tillämpa dessa kunskaper. Den personal som arbetar med handläggning och uppföljning av ärenden som avser våldsutsatta kvinnor bör dessutom ha socionomexamen.⁸

22.3 Vem jobbar inom socialtjänsten i dag?

De kartläggningar som finns över personal som handlägger ärenden inom socialtjänsten avser handläggning av ärenden gällande barn och unga. Vi har inte kunnat finna några större undersökningar avseende kompetens hos handläggare för övriga områden inom socialtjänsten. De undersökningar som finns avser främst uppföljning och förslag avseende den personal som arbetar med vård, behandling och omsorg.⁹ Det har inte funnits utrymme att inom ramen för utredningen genomföra någon särskild undersökning av kompetens hos handläggarna inom socialtjänsten.

⁶ SOSFS 2003:20

⁷ SOSFS 2008:30

⁸ SOSFS 2009:22

⁹ Se bl.a. Rapport från nio myndigheter 2004 "Investera nu! Handlingsplan för kompetensförsörjning inom vård och omsorg"

22.3.1 Socialstyrelsens kartläggningar

Socialstyrelsen genomförde hösten 2006 en kartläggning av kompetensen hos personer som arbetar med att utreda eller följa upp ärenden som rör barn och unga enligt SoL eller LVU.¹⁰ Kartläggningen visade att majoriteten (84 procent) i undersökningsgruppen hade socionomexamen. Övriga hade i allmänhet en högskoleutbildning som var tre år eller längre, och som vanligtvis innehöll psykologi, sociologi och pedagogik. Mindre än hälften hade genomgått vidareutbildning efter högskoleexamen, men skillnaderna var stora mellan olika befattningar. De personalkategorier som ingick var socialsekreterare, familjehemssekreterare, arbetsledare, metodhandledare, utvecklingsledare m.m. Socialsekreterarna utgjorde den största gruppen i kartläggningen (77 procent). I kartläggningen ställdes också frågor om yrkeserfarenhet, om antal yrkesverksamma år inom socialt arbete och om erfarenhet av myndighetsutövning avseende barn och unga. Resultaten visade att nästan 40 procent saknade tidigare yrkeserfarenhet inom socialt arbete när de började arbeta med myndighetsutövning gällande barn och unga. Nästan hälften av socialsekreterarna hade arbetat tre år eller mindre med sådan myndighetsutövning. Riktigt lång erfarenhet, mer än tio år, hade bara en femtedel av socialsekreterarna. Arbetsledarna var de med längst erfarenhet, cirka 70 procent hade arbetat mer än tio år med myndighetsutövning inom barn- och ungdomsvården. Rörligheten var förhållandevis stor, två tredjedelar av socialsekreterarna hade arbetat kortare tid än tre år i sin nuvarande arbetsgrupp. Vid en uppföljning 2008 uppgav ca hälften av 100 tillfrågade arbetsgrupper att rörligheten var lika stor eller större.¹¹

Socialstyrelsen beskriver i en lägesrapport om kompetensförsörjning inom kommunernas vård och omsorg om äldre, bl.a. rekryteringsläget för biståndsbedömare för äldre och funktionshindrade i ett urval av 50 kommuner i Sverige.¹² Flera kommuner har i intervjuerna uppgett att det finns kompetent arbetskraft men att det finns få tjänster och att omsättningen av arbetskraft därmed är relativt låg. Det har också kommenterats att det finns ett stort antal sökande som har en adekvat utbildning men som däremot saknar arbetslivserfarenhet. Nyutexaminerade biståndshandläggare

¹⁰ Ung novis eller gammal och vis? – en kartläggning av kompetens hos personal som arbetar med myndighetsutövning för barn och unga, Socialstyrelsen; 2007

¹¹ Individ- och familjeomsorg, lägesrapport 2008; Socialstyrelsen 2009

¹² Kompetensförsörjning inom kommunernas vård och omsorg om äldre, Lägesrapport 2006. Socialstyrelsen; 2007

uppges främst komma från socionomutbildningar eller det sociala omsorgsprogrammet. Även nytexaminerade sjuksköterskor uppges kunna utgöra en rekryteringsbas för biståndshandläggare. Små kommuner har angett viss svårighet att rekrytera kompetent personal vid nyrekryteringar. Av rapporten framgår inte vilken utbildning som ansågs adekvat med hänsyn till arbetsuppgifterna som biståndsbedömare.

22.3.2 Socialstyrelsens rapport "Kompetens i de sociala professionerna"

Socialstyrelsen gav 2004 ut en rapport för att belysa frågor om kompetens och utveckling av kompetens i socialt arbete.¹³ Syftet med rapporten var att ställa samman mätinstrument, utarbeta och pröva en metod för att kunna beskriva kompetens hos socialarbetare inom de tre sektorerna. Rapporten består av en kunskapsåtergivning och en begränsad enkätstudie riktad till 269 socialarbetare fördelat inom offentlig, privat och ideell sektor. Socialstyrelsen konstaterar i rapporten att det i dagsläget inte finns någon preciserad bild av utbildningsnivåer och yrkeserfarenhet hos de socialt yrkesverksamma inom någon av sektorerna. Statistiken är obefintlig eller bristfällig. Också i forskningen finns kunskapsluckor. Endast ett begränsat antal studier behandlar systematisk uppföljning av kompetens och då handlar det om förhållandena inom den offentliga sektorns individ- och familjeomsorg.

Vad gäller yrkesverksamhet under lång tid inom offentlig sektor visade studien att yrkeserfarenhet på mellan 11–20 år fanns hos drygt 40 procent av de svarande. Sammantaget hade alltså ganska precis två tredjedelar inom offentlig sektor arbetat inom de sociala professionerna från 11 år till mer än 20 år.

22.3.3 Statistikuppgifter

Vi har från SKL tagit del av uppgifter om antalet anställda i kommunerna och deras utbildning 2008. De grupper vars arbetsuppgifter innebär myndighetsutövning är socialsekreterare, biståndsbedömare, familjerådgivare och integrationshandläggare. Inom kommunerna arbetar sammanlagt ca 18 000 personer som sådana,

¹³ Kompetens i de sociala professionerna, Ulf Hammare. Socialstyrelsen; 2004

15 560 kvinnor och 2 440 män. Inom dessa grupper har 95 % eftergymnasial utbildning och 71 % har socionom- eller social omsorgsexamen. De personer som i dag är över 50 år har generellt något lägre utbildningsnivå än yngre. Allmänt kan dock sägas att utbildningsnivåerna är förhållandevis jämnt fördelade på ålder.

Tabell 22.1 Antal anställda inom socialtjänsten med arbetsuppgifter som innebär myndighetsutövning

	totalt	kvinnor	män
Samtliga	18 009	15 564	2 445
därav			
Eftergymnasial utbildning	17 162	14 927	2 235
därav			
Socionomexamen	10 665	9 363	1 273
Social omsorgsexamen	2 191	2 073	118

Källa: SKL

23 Behovet av behörighetsreglering inom socialtjänsten

23.1 Inledning

Socialtjänstreformen som genomfördes i början av 1980-talet innebär en genomgripande förändring av de vägledande principerna för socialtjänsten. Styrande begrepp som infördes i och med denna reform var helhetssyn, frivillighet och självbestämmande, kontinuitet, normalisering, flexibilitet, närhet och valfrihet. Förändringarna var en uppgörelse med resterna av en föräldrad förmyndarinriktad sociallagstiftning med rötter i den tidigare legostadgan, fattigvårdslagen och lösdriverilagen.

Utifrån socialtjänstreformen har den sociala tjänste- och omsorgssektorn vidare utvecklats och förändrats. Sedan nittiotalets början har Ädelreformen¹, handikappreformen² och psykiatrireformen³ inneburit att delvis nya målgrupper kommit att omfattas av den kommunala verksamheten. Reformerna har syftat till att människor med olika vård- och omsorgsbehov ska kunna leva i sin vanliga miljö och få den vård och omsorg de behöver, oavsett vilken huvudman eller profession som ansvarar för eller utför arbetet. Socialtjänsten har därmed fått utökat ansvar för barn som far illa, personer med psykiska störningar, äldre och funktionshindrade.

Krav på förbättringar i socialtjänstens kvalitet och rättssäkerhet, bl.a. ökade krav på dokumentation, har också påverkat förutsättningarna för hur arbetet bedrivs. Därtill kommer ett ökat krav på evidensbaserad praktik.

Av våra direktiv framgår att en återkommande fråga är om det finns ett behov av att införa en behörighetsreglering för personal inom socialtjänsten. Syftet med att reglera behörighet är att skapa

¹ Ädelreformen genomfördes år 1992, prop. 1990/91:14.

² Handikappreformen genomfördes år 1994, prop. 1992/93:159.

³ Psykiatrireformen genomfördes år 1995, prop. 1993/94:218.

en garanti för att arbetsuppgifter utförs av personal med viss formell kompetens. Frågor om kompetens inom socialtjänsten har varit föremål för diskussion och utredningar både när det gäller vården och omsorgen och handläggningen av ärenden. I detta kapitel redogör vi för en del av de utredningar och rapporter som rör frågor om behovet av behörighetsreglering och kompetens inom socialtjänsten.

23.2 Tidigare utredningar

23.2.1 1994 års behörighetskommitté

1994 års behörighetskommitté hade i uppdrag att överväga behovet av en rättslig reglering för bl.a. yrkena kuratorer och socionomer för att tillförsäkra allmänheten en god och professionell handläggning inom socialtjänsten. I direktivet angavs att övervägandena borde utgå från samma principer som för yrken inom hälso- och sjukvården.

I betänkandet *Ny behörighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område m.m.* gjorde kommittén följande överväganden när det gällde behörighetsfrågor inom socialtjänsten.⁴

Socialtjänsten innefattar, som framgått, flera olika verksamhetsområden och berör ett mycket stort antal människor. Inom socialtjänsten finns yrkesfunktioner som innefattar bedömningar och ställningstaganden som i hög grad berör den enskilde. Vid myndighetsutövning inom socialtjänsten ingriper exempelvis socialsekreteraren många gånger i den enskildes liv på ett sätt som kan innebära risker för den enskildes integritet och psykiska välbefinnande. Det finns därför goda skäl att ställa höga krav på de personer som deltar i beslutsprocesser och handläggning av ärenden inom socialtjänsten. Utöver en god och adekvat utbildning krävs ofta personlig mognad och särskild lämplighet för yrket.

När det gäller frågan om legitimation och behörighetsreglering kan man vid en jämförelse med hälso- och sjukvårdspersonal peka på vissa skillnader. Den medicinska personalen har ett särskilt ansvar för sina medicinska åtgärder och står i detta hänseende endast under Socialstyrelsens tillsyn. Arbetsgivare och politiker kan inte ingripa och fatta beslut i strikt medicinska frågor. Inom socialtjänsten är den enskilde befattningshavaren på ett helt annorlunda sätt beroende av vad som beslutas av socialnämndens politiskt tillsatta ledamöter. Vid allvarigare ingripanden av tvångskaraktär är det också nämnden eller domstolen som fattar beslut. Även om det självfallet är av stor vikt att det beslutsunderlag som kan ha arbetats fram av enskilda tjänstemän inom socialtjänsten är av god kvalitet, är det nämnden eller domstolen som har det formella ansvaret. Inom socialtjänsten sätter nämnderna dessutom genom

⁴ SOU 1996:138 s. 451 f.

beslut och medelstildelning på ett mer omedelbart sätt än inom hälso- och sjukvården upp gränser för tjänstemännens handlande. Redan av dessa anledningar kan det ställa sig svårt att införa en reglering inom socialtjänsten som motsvarar vad som gäller inom hälso- och sjukvården med sitt mera direkta ansvar för den enskilde befattningshavaren. Ett regelverk avpassat för socialtjänsten skulle därför av allt att döma åtminstone delvis behöva konstrueras på ett annat sätt än behörighetsregleringen av hälso- och sjukvården. Sannolikt skulle ett sådant regelverk kräva nya organisationsformer för tillsyn m.m. och därmed också medföra ökade kostnader.

Socialtjänsten skiljer sig också i vissa andra avseenden från verksamhet inom hälso- och sjukvården. En del av de beslut som fattas av tjänstemän inom den offentliga förvaltningen kan överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Ett exempel på beslut som kan överklagas är beslut om bistånd till en persons försörjning och livsföring i övrigt. Lagstiftningen erbjuder också en möjlighet att ställa tjänstemän till ansvar för viss form av misskötsamhet. Således kan tjänsteman som vid myndighetsutövning, på ett icke ringa sätt, uppsåtligen eller av oaktsamhet åsidosatt vad som gäller för uppgiften dömas för tjänstefel (20 kap. 1 § brottsbalken).

Utbildningsbakgrund och erfarenhet hos de personer som verkar inom socialtjänsten varierar, liksom inom många andra verksamhetsområden. Många har en socionomexamen som grundutbildning. Socionomutbildningen är emellertid närmast att betrakta som en generalistutbildning som inte leder till ett särskilt förutbestämt yrke. En till socionomutbildningen knuten legitimation skulle därför mera ha karaktären av bekräftelse av examen.

För kommitténs del är det främst skillnaderna beträffande det personliga ansvaret i yrkesutövningen som föranlett ställningstagandet att ett legitimationsförfarande enligt modell från hälso- och sjukvården inte bör skapas för socialtjänstområdet. Denna ståndpunkt innebär emellertid inte att kommittén tagit ställning mot en behörighetsreglering inom socialtjänsten.

Som ett alternativ till en mera direkt överföring av hälso- och sjukvårdens behörighetsreglering skulle man kunna tänka sig en behörighetsreglering eller kompetensreglering knuten till vissa tjänster, möjligen med Finlands reglering som förebild. Socialtjänstkommittén kan sägas i viss mån ha slagit in på vägen mot en behörighetsreglering genom förslaget om en särskild bestämmelse att för utförandet av socialtjänstens uppgifter skall finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Bestämmelsen är visserligen mycket generellt formulerad, men syftar ändå till att framhålla hur viktigt det är att upprätthålla en hög kompetens och välja personer med lämplig bakgrund och personlighet till yrken inom socialtjänsten. ---/Kommittén anser att man bör avvakta den vidare behandlingen av förslaget till ny socialtjänstlag och förslagen beträffande utbildningarna inom socialtjänstområdet innan man överväger att införa en ny reglering för yrken inom socialtjänsten.

I den proposition som följde på utredningens förslag behandlades inte frågan om behörighet inom socialtjänsten.

23.2.2 Socialtjänstkommittén

Socialtjänstkommittén behandlade i ett delbetänkande frågor om kompetens och kunskapsutveckling, *Om yrkesroller och arbetsfält inom socialtjänsten* (SOU 1995:58). Kommittén konstaterade att samhällets utbildningssystem kan åstadkomma förändring på lång sikt. Lokal kompetensutveckling integrerad i ett kvalitets- och ledningssystem kan skapa förändringar på kortare sikt.

I delbetänkandet förs resonemang om behov av kompetens och utbildning. Kommittén konstaterade att förändringar till följd av reformer ställer krav på kompetens och särskilda kunskaper om målgrupperna och pekar på arbetsgivarens ansvar för personalens kompetens och fortlöpande uppföljning av denna. Reformerna och andra skeenden i samhället ställer nya krav på kompetens hos socialtjänstpersonalen. Några konkreta förslag på kompetenskrav läggs inte fram i betänkandet.

När det gällde fortbildning och vidareutbildning framförde Socialtjänstkommittén att det inte varit möjligt att gå in på alla de frågor som har betydelse för kompetens- och kunskapsutveckling inom denna verksamhet. Det gällde framför allt ledningsfrågor som handlar både om arbetsledarnas kompetens och uppgifter och om ansvarsfördelningen mellan arbetsledare och externa handledare. Kommittén anförde att dessa frågor var av central betydelse för socialsekreterarnas möjligheter att erbjuda insatser av god kvalitet. Bedömningen var att frågor om arbetsledning och handledning behövde analyseras närmare i ett annat sammanhang.

23.2.3 Sociala barn- och ungdomsvårdskommittén

Den sociala barn- och ungdomsvårdskommitténs uppdrag omfattade bl.a. frågor om kompetens- och kompetensutveckling.⁵ Kommittén föreslog i sitt betänkande *Källan till en chans – Nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården* (SOU 2005:81) bl.a. att det vid den beredning, som då pågick inom Utbildnings- och kulturdepartementet med ny examensordning för socionom-

⁵ SOU 2005:81.

utbildningen, särskilt skulle beaktas behovet av fördjupade kunskaper inom fem områden. Denna bör särskilt prioriteras; barnkunskap, rättskunskap, utredningsmetodik, metodkunskap samt uppföljning och utvärdering. Socialstyrelsen skulle också ges bemyndigande att meddela föreskrifter om vilken kompetens som skulle krävas för arbetsuppgifter inom den kommunala sociala barn- och ungdomsvården. Kommittén föreslog också att sedan en förstärkning av såväl grundutbildning som vidareutbildning och fortbildning skett, när kompetenskriterierna för olika delar av socialtjänstens arbetsfält fastställts och forskningen inom området intensifierats och former för ett meningsfullt utbyte mellan fält och forskning etablerats skulle det finnas anledning att utreda förutsättningar för införande av legitimation för socionomer.

Regeringen tog sedan i propositionen *Utveckling av den sociala barn- och ungdomsvården* (prop. 2006/07:129) upp frågan om eventuell legitimation för socionomer. Regeringen gjorde där bedömningen att det inte då fanns förutsättningar att införa legitimation för socionomer. I propositionen angavs att innan en legitimering kan bli aktuell måste följande tre områden utvecklas: förstärkning av grund- och vidareutbildningen, framtagning av kompetenskriterier för olika delar av socialtjänstens arbetsfält och förstärkning av forskningen (inklusive utbytet mellan verksamhet och forskning).

23.2.4 Barnskyddsutredningen

Barnskyddsutredningen hade bl.a. i uppdrag att utreda hur kompetensnivån för socialsekreterare som arbetar med utredning, planering och uppföljning av ärenden som rör barn och unga samt för socialsekreterare som arbetar med utredningar om vårdnad, boende och umgänge kan säkerställas för att uppnå en rättssäker och professionell handläggning. Utredningen skulle också ta ställning till om det behövs särskild reglering av kompetenskraven och till om det kan ske genom att ge Socialstyrelsen ett bemyndigande att utfärda föreskrifter.

I sitt betänkande *Lag om stöd och skydd för barn och unga (LBU)* anförde Barnskyddsutredningen följande om behovet av en reglering av kompetenskrav för dem som arbetar med ärenden som rör barn och unga.⁶

⁶ SOU 2009:68 s. 541 f.

Socialekreterare som arbetar inom den sociala barn- och ungdomsvården har till uppgift att hantera komplexa sociala problem och göra mycket kvalificerade bedömningar. /---/Även om beslut ytterst fattas av socialnämnden så är arbetet i hög grad självständigt och de flesta beslut är delegerade till tjänstemannanivå. Arbetet handlar många gånger om att fatta svåra, och för barn, ungdomar och deras föräldrar, mycket ingripande beslut. Flera studier har visat att det inte är ovanligt att nyutexaminerade socionomer får ansvar för svåra utredningar och bedömningar med långtgående inverkan på den enskildes livssituation, t.ex. omhändertagande av barn och ungdomar. Studierna har också visat att de flesta socialekreterare inte stannar så länge att de hinner utveckla ett expertkunnande. Omsättningen inom barn- och ungdomsvården tycks vara högre än inom andra delar av individ- och familjeomsorgen. Socialekreterare söker sig också ofta från verksamheter med myndighetsutövning. Kompetensen hos socialekreterare som arbetar med utredningar till skydd och stöd för barn och unga skiljer sig väsentligt jämfört med socialekreterare som arbetar inom det familjerättsliga området. Familjerättssekreterarna har längre tids yrkeslivserfarenhet och i högre utsträckning också vidareutbildning.

Utredningen finner det anmärkningsvärt att lagstiftaren inte ställt tydligare krav på kompetensen hos de socialekreterare som ansvarar för myndighetsutövningen inom den sociala barn- och ungdomsvården. Detta bör vara en självklarhet med tanke på behovet av rättssäkerhet och kvalitet i verksamheten. Själva arbetet kräver såväl kunskap om barns utveckling, juridik, forskning och professionella och kommunala riktlinjer som förmåga att hantera flera olika och ofta oeniga behov och intressen: barnets, föräldrarnas, familjehemmets och andra verksamheters. Insatser, eller frånvaron av insatser, kan samtidigt ha en avgörande betydelse för en människas barndom och för hennes möjligheter att bygga ett självständigt vuxenliv. Utredningen anser därför att det är av yttersta vikt att förutsättningarna för att bedriva ett arbete av god kvalitet förbättras. De förhoppningar som uttryckts i olika sammanhang om att kompetens och utbildningsnivå ska höjas på frivillig väg har inte visat sig infrias i tillräcklig utsträckning.

Mot bakgrund av vad som anförts lade utredningen fram ett antal förslag i syfte att stärka kompetensen hos socialekreterare inom den sociala barn- och ungdomsvården, både på kort och längre sikt. Utredningen ansåg inte att det var möjligt att ge Socialstyrelsen bemyndigande att fullt ut meddela föreskrifter om krav på utbildning och annan kompetens och föreslog därför att bestämmelser skulle införas i lag.

Utredningens förslag innebär 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 socialekreterare som saknar tidigare erfaren-

het 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. På sikt bör det bli en lagstadgad skyldighet för socialnämnden att sörja för att nämnden har tillgång till specialistkompetens i arbetet med ovan nämnda uppgifter. Ambitionen bör vara att en sådan lagstadgad skyldighet införs inom åtta år. Förslaget bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

23.3 Andra rapporter om behovet av kompetens

23.3.1 Socialstyrelsens rapport "Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten"

I rapporten *Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten* framhåller Socialstyrelsen att den kompetens som specifikt krävs inom socialtjänsten inte enbart bygger på en individs erfarenhet och utbildning utan den måste bedömas med hänsyn till arbetsgruppen, organisationen och verksamhetens politiska mål och uppgifter.⁷

Socialstyrelsen anförde att kvalitetssystem bör säkerställa att ledning och medarbetare har adekvat kompetens och personlig lämplighet för arbetsuppgifterna och att det finns planer för fortlöpande kompetensutveckling av personalen. Kompetenskrav för arbetsuppgifter inom socialtjänsten bör ta utgångspunkt i de krav på kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som brukare och klienter har rätt att ställa på den professionella yrkesutövaren. Det är också ett sätt att uttolka vad som menas med kompetens i socialtjänstlagen.

23.3.2 Rapport från socialutskottet 2009

I december 2009 redovisade Socialutskottet resultatet av en inventering av forskning som berör socialtjänstlagen och kompletterande regelverk.⁸ Inventeringen gjordes med anledning av riksdagens riktlinjer att utveckla mer systematiska kontakter med forskningsvärlden. Utskottet konstaterade att flera forskare pekat på problem och brister vad gäller tillämpning av gällande regelverk

⁷ Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten. Socialstyrelsen; 2000.

⁸ Rapporter från Riksdagen. Socialutskottet 2009/10:RFR3.

när det gäller kompetens. Utskottet noterade att det framkommit att många socialarbetare känner sig tvungna att ta ekonomisk och politisk hänsyn före professionella beslut, vilket inverkar på beslut om adekvata insatser för att möta behov. Det innebär även att kompetens och kunskaper ges för lite utrymme och en negativ utveckling för socialarbetarprofessionen. Utskottet föreslog mer resurser och mindre kommunal styrning av socialtjänsten för att ge utrymme för socialarbetarna att använda den höga kompetens de besitter men som nu inte tas tillvara. När det gäller problem med rättssäkerhet konstaterar Socialutskottet att de till viss del kan lösas genom att förstärka socialarbetarnas kompetens. Socialarbetarnas kunskaper om rättskällor, grundläggande juridisk argumentation och metod samt rollen som myndighetsutövare är ofta svaga och nedprioriterade i förhållande till kunskaper i socialt arbete. Som förslag på åtgärd framför utskottet att socionomutbildningen bör ge djupare kunskaper i juridik och även ökade specialistkunskaper, t.ex. i användande av modeller för systematisk riskbedömning. En socionomexamen eller legitimation kan inrättas för att stärka professionen och bidra till en likriktning av utbildningarna vid landets lärosäten. Kompetensuppbyggnaden måste vara långsiktig.

23.3.3 Uppdrag om föreskrifter och allmänna råd om innebörden av kvalitetsparagrafen

Regeringen har i juni 2009 gett Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta föreskrifter, till skydd för enskildas liv, personliga säkerhet eller hälsa, och allmänna råd som konkretiserar innebörden av 3 kap. 3 § socialtjänstlagen, den så kallade kvalitetsparagrafen. Socialstyrelsen ska också utarbeta bedömningskriterier för tillsynen när det gäller denna paragraf. Uppdraget ska vara genomfört senast den 30 juni 2011.⁹

⁹ S2009/5080/ST

24 Förutsättningar för behörighetsreglering

24.1 Legitimation och/eller krav på viss kompetens?

24.1.1 Reglering av yrke

Legitimationen innebär att staten åtagit sig att kontrollera och värdera utbildning och lämplighet, något som vid andra former av behörighetskrav är en uppgift för arbetsgivaren. Den ger också en möjlighet att återkalla en behörighet, när någon på grund av bristande lämplighet inte längre kan anses lämplig för arbetsuppgifterna.

Behörighetsreglering, dvs. att ställa krav på viss kompetens, kan göras på olika sätt. Antingen genom att i lag eller andra författningar direkt eller indirekt kräva bestämda yrkeskvalifikationer för tillträde till eller utövande av verksamheten eller någon form av denna eller genom att förbehålla användande av en yrkestitel för dem som innehar en viss yrkeskvalifikation. I Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG finns en definition av reglerat yrke, se avsnitt 2.3.2.

Krav på kompetens ställs inom många olika verksamheter, både offentliga och privata. I avsnitt 24.1.2 nedan finns en redogörelse för sådana inom några olika områden. Merparten av de yrken som är reglerade i Sverige innebär ett krav på bestämda yrkeskvalifikationer, dvs. kompetens- och behörighetskrav. Detta innebär att det är en förutsättning för att få utöva viss verksamhet, eller för att få anställning inom verksamheten, att man uppfyller krav på viss utbildning m.m. Sådana krav finns t.ex. när det gäller väktare, revisorer, fastighetsmäklare och poliser. Inom flera av dessa yrken eller verksamhetsområden finns också titlar som genom legitimation, auktorisation eller på annat sätt är förbehållna dem som uppfyller kraven på kompetens.

Inom hälso- och sjukvården finns i dag 21 legitimationsyrken, men behörighetskrav gäller endast för vissa anställningar inom landstingens hälso- och sjukvård, se avsnitt 2.1.4. Vissa arbetsuppgifter får dock enbart en yrkesgrupp eller vissa yrkesgrupper utföra. Det gäller t.ex. att fastställa dödsfall, ta blodprov för blodgruppering, utföra abort eller sterilisering.¹ När landstingen låter privata utförare svara för hälso- och sjukvård efter upphandling måste även den regleringen beaktas.

Straffrättsligt skydd för yrkestitlar eller yrkesbeteckningar finns bland annat i rättegångsbalken (advokat), patientsäkerhetslagen (legitimerade yrken på hälso- och sjukvårdens område), lagen (2009:302) om verksamhet inom djurens hälso- och sjukvård (veterinär) och revisorslagen (2001:883) (godkänd eller auktoriserad revisor). I läkemedelslagen (1992:859) finns en straffbestämmelse beträffande den som ger sig ut för att vara behörig att förordna läkemedel för att få ett läkemedel utlämnat i strid mot vad som är föreskrivet.

Vid införandet av reglerade yrken måste överväganden ske med hänsyn till principen om näringsfrihet i 2 kap. 20 § regeringsformen, se avsnitt 3.2 ovan. Begränsningar i rätten att driva näring eller utöva yrke får införas endast för att skydda angelägna allmänna intressen och aldrig i syfte att gynna enbart vissa personer eller företag. Legitimation eller auktorisation innebär inte i sig någon begränsning av närings- eller yrkesfriheten, medan införandet av behörighets- och kompetenskrav ställer krav på att dessa ska skydda angelägna allmänna intressen.

24.1.2 Behörighetskrav inom andra områden (utom hälso- och sjukvård)

Krav på viss kompetens eller behörighet för att utföra vissa arbetsuppgifter förekommer inom många olika verksamhetsområden. I många fall utfärdas också bevis om formell kompetens som används för att visa att en person har viss kompetens och behörighet för vissa arbetsuppgifter. Det finns flera olika begrepp som används för att ange detta och som betyder ungefär samma sak, t.ex. auktorisering, legitimering och certifiering.

Auktorisation betyder vanligen att man har tillstånd att utöva ett visst yrke eller bedriva en viss typ av näringsverksamhet. Den kan utfärdas av en statlig myndighet eller en privaträttslig organisa-

¹ Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården? Socialstyrelsen; 2004.

tion med statligt mandat. Det finns också frivilliga system som organiseras av bransch- och intresseorganisationer. Legitimation däremot utfärdas alltid med stöd i en statlig lagstiftning och för närvarande enbart för yrken inom hälso- och sjukvården samt för veterinärer. En legitimation avser alltid enskilda yrkesutövare, medan auktorisation i vissa fall även kan avse organisationer eller företag.

I lagar, förordningar och föreskrifter inom en rad olika områden ställs krav på viss behörighet för att utföra vissa uppgifter eller på att det i vissa sammanhang finns tillgång till viss kompetens.

El- och transportområdet

Inom elområdet ställs krav på behörighet för vissa angivna åtgärder som t.ex. utförande, ändring eller reparation av en fast installerad anläggning.² Behörighet som elinstallatör är personlig och meddelas av Elsäkerhetsverket. För att få en behörighet ställs krav på utbildning och praktik inom elinstallationsområdet.

Behörighetsvillkoren inom sjöfarten utgår från den av Internationella sjöfartskonferensen år 1995 reviderade konventionen om normer för sjöfolks utbildning, certifiering och vakthållning (STCW 95). I förordningen (2007:237) om behörigheter för sjöpersonal finns krav på utbildning och praktik för olika yrkesgrupper och några yrkesgrupper där praktik ger behörighet.

Inom järnvägsområdet finns krav på viss utbildning för att få utföra vissa arbetsuppgifter av betydelse för trafiksäkerheten. Verksamhetsutövaren har ansvaret för utbildningen som ska beskrivas i en utbildningsplan som ska godkännas av ansvarig myndighet.

Poliser, väktare och ordningsvakter

Polisens aspirantutbildning äger rum vid någon polismyndighet. Polisaspiranten ska godkännas under sin aspirantutbildning och efter godkänd utbildning kan polisaspiranten söka anställning som polis. Behörig att anställas som kommissarie, inspektör eller polisassistent är den som genomgått viss utbildning till polis.

Bevakningsföretag får inte bedriva verksamhet utan tillstånd (auktorisering) av länsstyrelsen. All personal hos ett auktoriserat bevakningsföretag ska vara godkänd vid prövning med avseende på

² ELSÄK-FS 2007:2

laglydnad, medborgerlig pålitlighet samt lämplighet i övrigt för anställning i ett sådant företag. Länsstyrelsen meddelar sådana godkännande av personal.

Ordningsvakter förordnas av polismyndigheten, och i vissa fall av Rikspolisstyrelsen. Sådant förordnande får meddelas för den som med hänsyn till laglydnad och övriga omständigheter är lämplig för uppdraget, är mellan 20 och 65 år och har genomgått viss utbildning. Grundutbildningen ska omfatta minst 60 timmar och ges av polismyndigheten eller om det finns särskilda skäl av någon som fått tillstånd av Rikspolisstyrelsen.

Advokat, revisor och fastighetsmäklare

För att få kalla sig advokat måste man vara ledamot av advokatsamfundet. Syftet med regleringen av advokatycket är bl.a. att säkerställa kvalificerade ombud och biträden till allmänheten. Riksdagen har lagt fast de övergripande ramarna för advokatväsendet i rättegångsbalken. Advokatsamfundets styrelse prövar ansökan om inträde och registrering. Advokat är en skyddad yrkestitel och enbart den som är ledamot av advokatsamfundet får kalla sig advokat.

Alla fysiska och juridiska personer med bokföringsskyldighet måste ha revisor och aktiebolag, handelsbolag, hypoteksinstitut samt företag över en viss storlek måste ha en godkänd eller auktoriserad revisor. Revisionsplikten inskränks dock för små aktiebolag och handelsbolag från och med den 1 november 2010. Revisorsnämnden utfärdar godkännande och auktorisation samt registrerar revisionsbolag för fem år i taget. Vid omprövning kontrolleras revisorns yrkesverksamhet och redbarhet. Yrkestitlarna godkänd respektive auktoriserad revisor är skyddade.

Den som yrkesmässigt ägnar sig åt fastighetsförmedling ska, med vissa undantag, vara registrerad. Syftet är att ge konsumenterna ett gott skydd vid affärer som avser det egna boendet. Fastighetsmäklarnämnden är förvaltningsmyndighet för registrering, tillsyn och disciplinära åtgärder som rör fastighetsmäklare. Registrering kan avse enbart hyresförmedling eller samtliga förmedlingsobjekt (fullständig registrering). Med undantag för advokater och vissa hyresrättsförmedlare ska fastighetsmäklare vara registrerade hos Fastighetsmäklarnämnden. För övriga är det straffbart att yrkesmässigt förmedla fastigheter utan att vara registrerad. Registreringen är således en förutsättning för att yrkesmässigt förmedla fastigheter.

Förslag om legitimation för lärare och förskollärare

Lärarytredningen – om behörighet och auktorisation fick i uppdrag att lämna förslag till behörighetsregler för lärare och att uppmärksamma hur behörighetsreglerna kan skärpas när det gäller kravet på tillsvidareanställning av lärare.³ Utredningen har föreslagit att legitimation införs för lärare. För att få legitimation ska läraren ha avlagt lärarexamen samt fullgjort provårstjänstgöring. Vid ansökningstillfället får inte sådana omständigheter föreligga som skulle leda till ett återkallande om läraren redan var legitimerad. Examinerade lärare som efter den 1 januari 2000 har tjänstgjort under motsvarande minst två år på heltid är undantagna från kravet på provår för att erhålla legitimation. Statens skolverk ska pröva frågor om meddelande av legitimation.

Endast legitimerade lärare ska självständigt få sätta betyg. En lärarlegitimation ska kunna återkallas om läraren genom grov oskicklighet eller på annat sätt visat sig uppenbart olämplig att utöva yrket eller om läraren p.g.a. sjukdom eller liknande omständigheter inte kan utöva yrket tillfredställande. En legitimation ska också återkallas om läraren själv begär det. En särskild nämnd vid Skolverket – Lärarnas ansvarsnämnd – ska pröva frågor om återkallelse av legitimation. Myndigheten för skolinspektion ska ta emot och utreda anmälningar mot lärare. Skolinspektionen ska kunna framföra kritik mot läraren eller i allvarliga fall begära att legitimation återkallas. Den som fått sin legitimation återkallad ska kunna ansöka hos Lärarnas ansvarsnämnd om att på nytt beviljas legitimation om omständigheterna medger det.

Betänkandet har remissbehandlats och en promemoria har där efter tagits fram som behandlar förfarandet vid den föreslagna Lärarnas ansvarsnämnd.⁴ Promemorian har remissbehandlats och regeringen har beslutat om en lagrådsremiss. Det nya systemet för lärarutbildning, behörighet och legitimation ska öppna fler vägar till läraryrket än enbart lärarutbildning. En ytterligare ingång till legitimationen ska kunna vara annan akademisk ämnesutbildning än en lärarutbildning, till exempel civilingenjörer eller statsvetare som läst sina ämnen på universitet. Dessa personer ska i framtiden kunna läsa ett års kompletterande pedagogisk utbildning (KPU) och därutöver genomföra eller få sig tillgodoräknad praktiktjänstgöring som uppgår till ett halvt år.

³ SOU 2008:52.

⁴ Utbildningsdepartementets promemoria U2010/2818/S.

24.1.3 Vad är skillnaden mellan legitimation och behörighetskrav?

Krav på behörighet för viss verksamhet förekommer inom många olika områden. Sådana krav innebär att staten begränsar tillträdet till verksamheten av olika anledningar. Det kan vara säkerhetsskäl, som t.ex. när det gäller patientsäkerhet och elinstallationer, men det kan också avse områden som av andra skäl anses kräva sådana begränsningar. När det gäller fastighetsmäklare borde det med hänsyn till fastighetsköpens stora betydelse för de enskilda ställas särskilda krav i lag på dem som yrkesmässigt bedriver verksamhet som fastighetsmäklare.⁵

Legitimation innebär en prövning i särskild ordning som oftast avser både kompetens och lämplighet och som också gör det möjligt att under vissa förutsättningar genom återkallelse hindra en enskild att fortsätta arbeta inom yrket. Inom hälso- och sjukvården har denna form av behörighetsreglering funnits under lång tid, men även inom andra samhällsområden har sådan reglering varit föremål för diskussioner. När det gäller skolan finns nu ett förslag om legitimation för lärare.

Krav på behörighet för viss verksamhet och ett system med legitimation kan förekomma samtidigt, men det är inte något krav eller någon förutsättning. Förslaget inom skolområdet innebär ett krav på legitimation för vissa arbetsuppgifter, medan det inom hälso- och sjukvården finns krav på legitimation för vissa arbetsuppgifter dock inte alla. Vissa uppgifter inom hälso- och sjukvården kan utföras även av personer utan bestämd yrkeskvalifikation, dessa har dock inte rätt att använda skyddad yrkestitel utan att vara behöriga.

24.2 Behörighetsreglering inom socialtjänsten i övriga nordiska länder

Behörighetsreglering inom socialtjänsten finns i Finland och i Norge utreds frågor inom området. På Island finns det möjlighet att efter avlagd socionomexamen ansöka hos den statliga hälso- och sjukvårdsmyndigheten om legitimation som socionom. Ansökan kan också göras om legitimering som specialist inom avgränsade yrkesfält i socialt arbete. I Danmark finns inte någon behörighetsreglering inom socialtjänsten.

⁵ Prop. 1983/84:16 s. 7.

24.2.1 Finland

I Finland finns sedan den 1 augusti 2005 lag om behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal inom socialvården 29.4.2005/272. Syftet med lagen är att främja klienters rätt till socialvård av god kvalitet och gott bemötande genom att förutsätta att yrkesutbildad personal inom socialvården ska ha den utbildning och förtrogenhet som behövs. Behörighetsvillkor för uppgifterna som socialarbetare är högre högskoleexamen, i vilken ingår eller utöver vilken fullgjorts huvudämnesstudier i socialt arbete eller universitetsstudier i socialt arbete motsvarande ett huvudämne. I lagen finns även behörighetsvillkor för andra grupper såsom t.ex. barnatillsyningsman, socialhandledare och specialarbetare inom socialvården. Om det inte är möjligt att få en person med föreskriven behörighet kan för högst ett år anställas en person som har tillräckliga förutsättningar att sköta uppgiften. Detta gäller dock inte socialarbetare med rätt att besluta om vård oberoende av klientens vilja och därtill anslutna åtgärder.

24.2.2 Norge

I Norge har en statlig utredning föreslagit att legitimation införs för att få arbeta med barnavårdsärenden.⁶ En central bakgrund till utredningen var att rapporter och utredningar visat att det fanns en stor variation i utbildningen och att det fanns en otakt mellan vad som lärdes ut på lärosätena och socialtjänstens behov. Enligt förslaget ska den legitimeras som har en treårig grundutbildning och har fullgjort godkänd praktisk tjänstgöring på ett år. Utredningen föreslår även ett system för relegitimering. De krav som ställs på arbetsgivarna att erbjuda introduktion i yrket har också varit viktiga villkor. Utredningens förslag bereds för närvarande i Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.

24.3 Egenauktorisering för socionomer

Akademikerförbundet SSR har sedan 1998 auktoriserat socionomer genom Nämnden för Socionomauktorisering, som står som garant för att en auktoriserad socionom har formell teoretisk kompetens,

⁶ Kompetansutvikling i barnevernet, (NOU 2009:8).

praktisk erfarenhet och är lämplig att arbeta som socionom med patienter eller klienter.

Syftet med auktorisation är enligt förbundet att ge klienten ökad trygghet genom ett garanterat professionellt bemötande och handläggning. Socionomen får en kvalitetsstämpel och arbetsgivaren en kvalitetsgaranti. Människor som kommer i kontakt med socionomer i arbete befinner sig ofta i en utsatt situation. Det är därför viktigt att de bemöts och behandlas professionellt. Klienten har rätt att få sitt ärende behandlat av en professionell person som tar ansvar för sitt arbete. Auktorisation av socionomer kan bidra till att höja professionaliteten.

För auktorisation krävs följande:

Utbildning

- svensk socionomexamen med social inriktning,
- annan nordisk socionomexamen i enlighet med internordisk överenskommelse eller
- utbildning från annat land som med ledning av Högskoleverkets, eller annan statlig myndighets, praxis kan jämföras med svensk socionomexamen.

Yrkeserfarenhet

- minst 3 års yrkeserfarenhet under de senaste 6 åren av arbete för vilket socionomexamen normalt krävs.

Arbetet ska i huvudsak innebära medborgarkontakter. För sökande vars nuvarande yrkesverksamhet har stark anknytning till kvalificerat socialt arbete, men ej avser direkt klient- eller patientarbete, godkänns yrkeserfarenhet som införskaffats tidigare än 6 år från ansökningstillfället.

Yrkeserfarenheten ska i huvudsak ha införskaffats i Sverige. Erfarenhet från annat land kan godkännas efter särskild prövning. Yrkeserfarenhet ska intygas av arbetsgivare. Egenföretagare ska genom verksamhetsredovisning verifiera motsvarande yrkeserfarenhet. Endast yrkeserfarenhet efter socionomexamen är godkänd.

Handledning

- 1) Handledning är godkänd om handledaren har genomgått sammanhållen handledarutbildning i psykosocialt arbete på universitet eller högskola om lägst 30 högskolepoäng.
- 2) Annan handledarutbildning kan godkännas efter prövning, om nivå, omfattning och inriktning bedöms likvärdig.

Handledaren ska ej tillhöra eller vara arbetsledare för arbetsgruppen. Endast handledning efter socionomexamen är godkänd.

Lämplighet

Två fristående bedömningar krävs. Bedömningarna ska göras av personer med god kunskap om den sökandes vardagliga yrkesutövning och kan göras av a) chef eller arbetsledare, b) kollega eller c) handledare. För egenföretagare kan även uppdragsgivare vara bedömare. Två av dessa kategorier ska finnas representerade som bedömare. Tidigare chefs, arbetsledares, kollegas eller handledares utlåtande godkänns, om den sökande bytt arbetsplats inom två år från ansökan. Bedömare ska ha minst två års god kunskap om den sökandes yrkesutövning. Socionom vars ansökan avslås med anledning av bristande lämplighet kan tidigast efter 1 år ansöka på nytt.

Förbindelse

I samband med ansökan ska socionomen förbinda sig att följa de etiska riktlinjer för socionomer som fastställts av SSR eller Fackförbundet SKTF.

Desauktorisering och varning

Desauktorisering och varning kan beslutas om socionomen

- allvarligt brustit i sin yrkesutövning.
- på grund av andra omständigheter, t ex allvarlig psykisk sjukdom, missbruk eller kriminalitet, kan anses olämplig att inneha auktorisation eller
- själv begär att auktorisationen ska återkallas.

Om bristerna är av mindre allvarligt slag och socionomen kan antas att i fortsättningen följa gällande regler, kan en varning räcka.

25 Rättssäkerhet och kvalitet

25.1 Beslutsordning och ansvar inom socialtjänsten

25.1.1 Bestämmelser som styr handläggningen

Grundlagarna, sekretesslagstiftningen, förvaltningslagen och speciallagstiftningen på socialtjänstens område samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd styr handläggningen och dokumentationen av ärenden på socialtjänstens område. Socialsekreteraren måste skapa en helhet av lagstiftning, etik, vetenskap och beprövad erfarenhet i sitt arbete med de klienter som han eller hon möter. De vägledande principer för handläggningen som redovisades i 1980 års socialtjänstlag¹ ska vara vägledande för individuellt inriktade insatser inom socialtjänsten. Principerna är helhetssyn, frivillighet och självbestämmande, normalisering, kontinuitet, flexibilitet och närhet.

Handläggning av ärenden som rör enskilda och genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling ska dokumenteras. Dokumentationen ska visa vilka beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse. För dokumentation av LSS-insatser gäller samma skyldighet. Av förarbetena till bestämmelserna om dokumentation i socialtjänstlagen följer att dokumentationsskyldigheten även omfattar de bedömningar som legat till grund för åtgärderna.²

Den enskilde ska informeras om sina rättigheter inom ramen för handläggningen av ärendet. Det kan handla om rätten att anlita biträde eller ombud, rätten att lämna uppgifter muntligt, rätten till insyn i utredningsmaterial och journalanteckningar, rätten att ta del av och yttra sig över inkomna handlingar i utredningen innan beslut, rätten att få företräde inför nämnden. Rätten att överklaga ett beslut som går den enskilde emot och rätten att framföra klagomål på

¹ Prop. 1979/80:1 Del A s. 207 ff.

² Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten. Socialstyrelsen; 2008

nämndens handläggning, dokumentation eller bemötande till nämnden, JO eller JK utgör också sådana rättigheter.

Bestämmelser om sekretess inom socialtjänsten finns i 26 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Enligt huvudregeln gäller sekretess för uppgift om enskilda personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. Det personliga ansvaret för tystnadsplikten regleras i 15 kap. 1 § socialtjänstlagen. Av bestämmelsen framgår att den som är eller har varit verksam inom socialtjänsten inte obehörighen får röja vad han därvid erfarit om enskilda personliga förhållanden.

Bestämmelser om överklagande finns i förvaltningslagen och i specialförfattningarna, dvs. socialtjänstlagen, LSS, LVU och LVM. Laglighetsprövning regleras i kommunallagen (1991:900).

Socialstyrelsen har gett ut föreskrifter och allmänna råd om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2006:5). Handboken *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten* är ett komplement till dessa.

25.1.2 Myndighetsutövning

Myndighetsutövning mot enskild kännetecknas av att det rör sig om beslut eller andra åtgärder som ytterst är ett uttryck för samhällets maktbefogenheter i förhållande till medborgarna. Med myndighetsutövning avses ”utövning av befogenhet att bestämma om förmån, rättighet, skyldighet, disciplinär bestraffning eller annat jämförbart förhållande till enskild”.³ Inom socialtjänsten omfattas bl.a. beslut om bistånd, beslut om insatser enligt LSS, beslut om omedelbart omhändertagande, besöksförbud samt förbud mot att ta emot andras barn i hemmet av begreppet myndighetsutövning.

Socialnämnden fattar dels beslut som är av betydelse för ärendets utgång, dels beslut som avslutar handläggningen av ett ärende, så kallade slutliga beslut samt dels beslut om verkställighet.⁴ Denna beslutsrätt kan delegeras till en enskild tjänsteman. Med delegation avses överföring av beslutanderätten till organ eller person som är underställd nämnden. Ett beslut som är fattat på delegation betraktas

³ Myndighetsutövning finns inte definierat i förvaltningslagen, men i föregångaren till förvaltningslagen, se prop. 1971:30 s. 285 och 331

⁴ Om att fatta beslut se bl.a. s. 120–134 ”Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten” Socialstyrelsen 2008.

som ett beslut av nämnden. Delegering kan ske av hela ärendegrupper eller ett enskilt ärende.

Ordföranden för socialnämnden har i vissa brådskande fall (t.ex. 6 § LVU och 13 § LVM) rätt att ensam fatta beslut. Dessa beslut utgör inte beslut enligt delegation utan utgör en kompletterande beslutanderätt.

Ett ärende kan uppkomma hos socialnämnden på grund av en anmälan, en ansökan eller begäran, eller på annat sätt. Begreppet ärende används här om det som är föremål för åtgärder hos en myndighet i avsikt att leda fram till ett beslut.⁵ Handläggning av ett ärende innebär alla åtgärder som vidtas från det att det inleds till dess att det avslutas genom slutligt beslut. Utredning av ett ärende är den verksamhet som syftar till att göra det möjligt för nämnden att fatta beslut i ett ärende hos nämnden. Ordet utredning används också i socialtjänstlagen för särskilda bestämmelser, t.ex. 11 kap. 2 §. Paragrafen meddelar bestämmelser om utredning om ingripande till ett barns skydd eller stöd.

25.1.3 Ansvar för handläggning och beslut inom socialtjänsten

Den enskilda tjänstemannens ansvar för tjänstefel finns reglerat i 20 kap. 1 § brottsbalken. Den som uppsåtligen eller av oaktsamhet vid myndighetsutövning genom handling eller underlåtenhet åsidosätter vad som gäller för uppgiften ska dömas för tjänstefel till böter eller fängelse i högst två år. Om gärningen med hänsyn till gärningsmannens befogenheter eller uppgiftens samband med myndighetsutövningen i övrigt eller till andra omständigheter är att anse som ringa, ska inte dömas till ansvar.

Regler om brott mot tystnadsplikten finns reglerat i 3 § samma kapitel och i 15 kap. 1 § socialtjänstlagen och 29 § LSS. Alla tjänstemän och politiker i nämnder och styrelser som deltar i myndighetsutövning kan ställas till ansvar för tjänstefel. I socialtjänstlagen och LSS finns också en anmälningsskyldighet, Lex Sarah, för alla som är verksamma inom socialtjänsten och verksamhet enligt LSS.

Kvaliteten i socialtjänsten och verksamhet enligt LSS ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Socialstyrelsen har meddelat föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt socialtjänstlagen, LVU, LVM och LSS. Av dessa framgår att det ska finnas ett ledningssystem för det syste-

⁵ Prop. 1971:30 s. 331 ff.

matiska kvalitetsarbetet för att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ska omfatta bl.a. personal- och kompetensförsörjning. I den delen ska det säkerställas att det finns rutiner för att fortlöpande kontrollera att det finns den bemanning som behövs för att utföra socialtjänstens uppdrag och att personalen har den kompetens som krävs för att utföra uppgifterna. Det ska också säkerställas att personalen ges förutsättningar för fortlöpande kompetensutveckling som svarar mot verksamhetens behov och kunskapsutvecklingen inom verksamhetsområdet.

25.2 Kompetens inom socialtjänsten

25.2.1 Inledning

Hösten 2001 startade Socialstyrelsen programmet Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten. Programmet var ett regeringsuppdrag och syftade till att skapa en struktur för systematisk kunskapsuppbyggnad, där socialtjänstens insatser i större utsträckning baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet. I uppdraget betonades vikten av en samlad strategi för kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten och att detta ytterst är en rättvise- och säkerhetsfråga för de mest utsatta grupperna i samhället. Uppdraget ledde bl.a. till fortsatt arbete med att ta fram allmänna råd för kompetensbeskrivningar, inrättande av Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) och införande av ett etiskt råd.⁶ Kompetensbeskrivningarna som Socialstyrelsen gett ut i form av allmänna råd beskrivs ovan i 22.2.

I juni 2010 ingick regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting en överenskommelse, vars huvudsyfte är att stärka socialtjänstens möjligheter och förmåga att skapa och använda relevant kunskap, så att resurser kan riktas till områden där de gör bäst nytta. För att utveckla en evidensbaserad praktik i socialtjänsten ska bl.a. följande områden utvecklas: regionalt stöd till kunskapsutveckling, webbaserad dokumentation för lokal och nationell uppföljning, forskning, utbildning och fortbildning, samverkan och brukarmedverkan.

⁶ För en kunskapsbaserad socialtjänst. Redovisning av ett regeringsuppdrag åren 2001–2003. Slutrapport. Socialstyrelsen; 2004.

25.2.2 Projekt för kompetens och kvalitet

Det finns flera pågående egeninitierade projekt för att öka kvaliteten och rättssäkerheten inom socialtjänsten. Ett exempel är det pilotprojekt för traineeprogram för nytexaminerade socionomer som startar hösten 2010 i Järfälla kommun. Avsikten är att starta programmet i större skala hösten 2011. Programmets syfte är att koppla ihop den yrkesmässiga karriären med vetenskap och programmet ska innebära en introduktion till arbetslivet. Programmet innebär en högskoleanknuten vidareutbildning och innehåller olika delmoment, praktik varvat med teori, inom verksamheter i socialtjänsten: ekonomiskt bistånd, missbruk, socialpsykiatri och barn och ungdom.

26 Socionomutbildningen

26.1 Utbildningen i går och i dag

Socionomutbildningen blev högskoleutbildning 1964. Fram till högskolereformen 1993, som medförde avskaffande av detaljstyrda utbildningar, reglerades utbildningen av centrala utbildningsplaner. Utbildningen genomfördes från 1993/94 inom ramen för socionomprogrammet och sociala omsorgsprogrammet. En ny examensordning har antagits för socionomexamen och den gamla sociala omsorgsutbildningen har upphört sedan 2007. Enligt övergångsbestämmelser finns det fortfarande studenter som avlägger social omsorgsexamen.¹

Socionomutbildningen erbjuds vid 16 lärosäten, spridda över landet. Utbildningen avslutas vanligen med en socionomexamen efter 210 högskolepoäng, dvs. 3,5 års studier. Valet finns även att avlägga en kandidat-, magister- eller masterexamen med socialt arbete som huvudämne. Studierna tar då mellan tre och fem år. Inom ramen för utbildningsprogrammen finns möjlighet att välja 37 inriktningar. Innehållet i socionomutbildningen framgår av examensordningen i bilaga 2 till högskoleförordningen 1993:100, se bilaga 10.

26.2 Högskoleverkets översyn av den sociala omsorgsutbildningen och socionomutbildningen 2003

Högskoleverket fick 2002 i uppdrag att göra en översyn av den sociala omsorgsutbildningen och socionomutbildningen. Uppdraget genomfördes i samråd och samverkan med Socialstyrelsen.² I rapporten föreslog Högskoleverket att de två då befintliga yrkesexamina, social omsorgsexamen och socionom, skulle sammanföras till en. Om

¹ SFS 2006:1053.

² Social omsorgsutbildning och socionomutbildning, en översyn, HSV 2003:29R.

högskolans ansvar respektive arbetsmarknadens ansvar för utbildningen anförde verket att en återkommande diskussion rörande yrkesutbildningar är hur ”färdiga” studenterna ska förväntas vara som nyutexaminerade. Med ett arbetsliv som är i ständig förändring finns risken att för specialiserade utbildningar snabbt blir inaktuella. Högskolan ska erbjuda akademisk utbildning som vilar på vetenskaplig grund. Generellt ska en akademisk examen innebära goda teoretiska ämneskunskaper, en förmåga till fortsatt lärande och förmåga till kritiskt tänkande. Vissa färdigheter måste läras i arbetslivet och är arbetsgivarens ansvar. Socialstyrelsens studier visar att det i stort råder konsensus bland arbetsgivare och utbildningsanordnare om att utbildningarna ska ha en generell karaktär. För att kunna förvärva specialistkunskaper krävs både arbetslivserfarenhet och vidareutbildning. Högskoleverket konstaterade att de kompetenser som efterfrågas är följande:

- dokumentation, uppföljning och utvärdering
- förmåga att följa kunskapsutvecklingen
- samtalsmetodik
- förmåga att samverka med andra yrkesgrupper
- förmåga att samordna insatser från olika myndigheter
- grundläggande kunskaper om ledarskap
- förmåga att skapa goda relationer till anhöriga
- förmåga att se omsorgsmottagares/klienters sociala behov
- förmåga att hantera maktrelationen till omsorgsmottagare/klienter
- kunskaper om funktionshinder
- kunskaper om barn och ungdomar
- kunskaper om äldre
- kunskap om kulturella skillnader, kön och ålder och hur dessa inverkar vid olika situationer.

Högskoleverket noterar i sina sammanfattande kommentarer att allt inte kan tillgodoses inom ramen för en grundutbildning. Mer specialiserade kunskaper kräver fördjupning via påbyggnadsutbildningar. En majoritet av socionomerna och de socialt omsorgsutbildade är anställda inom socialtjänsten, även om deras arbetsmarknad breddas och de efterfrågas i fler sektorer. Olika yttre faktorer påverkar socialtjänstens arbete. Politiska beslut och strukturella förändringar får konsekvenser för socialtjänstens inriktning och omfattning. Dessutom vidgas arbetsmarknaden för socionomerna och de socialt omsorgsutbildade. Med den historiska utvecklingen av

omsorgen om äldre, personer med funktionshinder, familjer och individer i åtanke, finns ingenting som talar för att dagens yrkesroller är desamma som morgondagens. En arbetsmarknad som kännetecknats av förändringar och som är beroende av utvecklingen i det omgivande samhället kommer att präglas av detta också i framtiden. Utbildningen ska inte bidra till att cementera yrkesrollerna utan i stället medverka till att utveckla dem.

26.3 Högskolverkets utvärdering av socionomutbildningen 2009

Högskoleverket utvärderade under 2009 landets samtliga utbildningar som leder till socionomexamen.³ Socionomutbildning bedrivs vid 16 lärosäten och HSV gjorde i rapporten bedömningen att fyra lärosäten uppfyllde kraven för mycket hög kvalitet samt två lärosäten kraven för hög kvalitet. Myndigheten ifrågasatte i rapporten examensrätten för sju lärosäten. Vid tre lärosäten hade utbildningen ännu inte genomförts i sin helhet, varför en slutlig bedömning om utbildningarna där inte lämnades.

Högskoleverket framför följande i rapporten. Den nya examensordningen i högskoleförordningen, som trädde i kraft i januari 2007, innebar nya mål och krav på en socionomutbildning med betydligt större bredd än tidigare. Samtidigt togs social omsorgsexamen bort och delar från denna, och från den tidigare socionomexamen, kom att ingå i den nya socionomexamen. Ingen utökning av utbildningens längd gjordes dock. Både den gamla och den nya socionomexamen omfattar 3,5 års heltidsstudier, motsvarande fullgjorda 210 högskolepoäng. Den nya yrkesexamen placerades på grundnivå. De lärosäten som gav utbildning för den tidigare socionomexamen, och de som gav utbildning för social omsorgsexamen men som ansökte om och beviljades examensrätt för den nya socionomexamen, har tolkat de förändrade målen och kraven för den nya socionomutbildningen på olika sätt. Utvecklingen har i princip följt två linjer. En grupp lärosäten har valt linjen att ge studenterna en generalistutbildning som inkluderar det sociala arbetets huvudsakliga områden, som exempelvis barn, unga, familj, försörjningsstöd, äldre, äldreomsorg, funktionshinder och missbruk. Den andra gruppen har valt att dela upp socionomutbildningen i snävare områden genom att skapa specia-

³ Utvärdering av socionomutbildningen vid svenska universitet och högskolor. Rapport 2009:36R. Högskoleverket; 2009.

liserade inriktningar, som saknar något eller några huvudsakliga områden. Ett argument för att skapa mer specialiserade utbildningar är bland annat att arbetsgivare i regionen kring lärosätet efterfrågar vissa specifika kompetenser, exempelvis kunskaper och färdigheter främst inom äldreomsorg och funktionshinder. Ett annat argument är att det inte finns utrymme för alla delar i en gemensam utbildning om 210 högskolepoäng och att det därför är nödvändigt att dela upp utbildningen i specialiserade inriktningar. Ytterligare skäl till att vissa lärosäten har valt att inrätta specialiserade inriktningar är sannolikt att ta tillvara den specifika kompetensen hos de lärare som tidigare medverkat i utbildningen för social omsorgsexamen. Några lärosäten har lagt till en för socionomstudenterna valbar åttonde termin. Det ger möjlighet för studenten att förutom socionomexamen ansöka om och erhålla en generell magisterexamen i huvudområdet. I praktiken kan detta uppfattas som en förlängd socionomutbildning.

Det stora antalet varianter av socionomutbildning kan åskådliggöras genom att sexton lärosäten i nuläget har rätt att utfärda socionomexamen, men en student som söker till utbildningen har 37 olika ansökningsalternativ att välja bland. Bland dessa alternativ finns även medräknat att vissa lärosäten bedriver så kallade utlokaliserade utbildningar. Högskolan i Kalmar bedriver t.ex. en campusförlagd utbildning i Kalmar och en mer distansbaserad utbildning i Oskarshamn utifrån en gemensam utbildningsplan. Högskoleverket menar att, oavsett hur lärosätena organiserar socionomutbildningen, som en gemensam eller uppdelad i inriktningar, så är det ett krav att alla studenter ges möjlighet att få en högkvalitativ utbildning med tillräcklig bredd och fördjupning inom hela det aktuella området. En förlängning av utbildningen skulle kunna tyckas vara en lösning, men de analyser och bedömningar som bedömggruppen har gjort visar att detta inte är någon garanti för en bredare och mer fördjupad utbildning. Några av de lärosäten som redan infört en valbar extratermin uppfyller inte kraven för den nuvarande socionomexamen.

Högskoleverket poängterade i rapporten att socionomutbildningen ska vara en generalistutbildning på grundnivå. Myndigheten menar att detta är absolut nödvändigt för att nyutexaminerade socionomers möjligheter att arbeta inom hela det sociala arbetsfältet inte ska begränsas. Eventuella efterfrågade och nödvändiga specialiseringar därutöver får ske genom separata utbildningar på avancerad nivå. Högskoleverket vill också påpeka vikten av att utbildningen ger en

bredd i kunskaper kring vetenskaplig teori och metod kopplat till arbetsmarknadens behov. I rapporten förs även en diskussion kring vikten av närmandet av den verksamhetsförlagda utbildningen till den teoretiska för att stärka kompetensen att kunna lösa och förebygga sociala problem.

26.4 Arbetsmarknaden

I Högskolverkets utvärdering 2009 av socionomutbildningen sägs följande om den framtida arbetsmarknaden. Den tid som varje individ i genomsnitt förvärvsarbetar har krympt i relation till den tid vi studerar och den tid som vi är pensionärer. Många börjar inte förvärvsarbeta förrän efter 25 års ålder. Livslängden har ökat och ökar dramatiskt. Den relativt korta tid som vi förvärvsarbetar kommer inte att räcka för att skapa ekonomiskt utrymme för så många år utanför arbetslivet. Vi kan komma att behöva förvärvsarbeta allt högre upp i åldrarna. Det kommer att innebära krav på förändringar av arbetslivet för att anpassa det till äldre arbetstagare och på effektiva insatser för att förhindra utslagning från arbetsmarknaden i förtid. Relationen mellan arbetslivet och arbetstagarna är ett givet yrkesområde som sannolikt kommer att bli allt viktigare i framtiden. Om arbetslinjen ska gälla och allt fler med funktionsnedsättningar och rehabiliteringsbehov ska ut i arbetslivet, kommer socionomkompetensen i en allt ökande omfattning att behövas hos både privata och offentliga arbetsgivare. Inom äldreomsorgen och insatser för människor med funktionsnedsättning finns ett stort behov av medarbetare med socionomkompetens. Inom dessa områden behöver den genomsnittliga kompetensnivån höjas. Det är inom dessa områden som den stora framtida arbetsmarknaden för socionomer finns.

Av högskoleverkets rapport *Högskoleutbildningarna och arbetsmarknaden* (2009:5R) framgår att antalet nybörjare på socionomutbildningen har ökat något sedan läsåret 2005/06, vilket medför en gradvis ökning av antalet examinerade de närmaste åren. Prognosinstitutet beräknar ingen större förändring i rekryteringsbehovet. Under hela perioden fram till 2025 uppskattas det årliga tillskottet av nyutexaminerade med socionomutbildning bli större än motsvarande rekryteringsbehov. Det innebär att det finns en betydande risk för överskott av socionomutbildade, förutsatt att antalet nybörjare och examensfrekvensen inte förändras. Antalet förvärvsarbetande med socionomutbildning eller social omsorgsutbildning

är för närvarande cirka 42 000. Kvinnorna dominerar och denna dominans beräknas öka ytterligare något fram till 2025. Mer än åtta av tio arbetar inom offentlig sektor, flest inom kommunal förvaltning. Majoriteten av dem med en socionomexamen arbetar som socialsekreterare eller kuratorer, medan nästan var tredje av dem med en social omsorgsutbildning arbetar som chefer, främst inom äldre- och handikappomsorg. Bedömningen av den framtida examinationen försvåras något av att social omsorgsutbildning inte längre finns som en särskild utbildning. Behovet av personer med denna kompetens täcks nu inom socionomutbildningen. Det stora flertalet arbetsgivare gör i dag bedömningen att det råder balans eller god tillgång på nytexaminerade, och balans eller brist på yrkeserfarna socionomer. På sikt beräknas efterfrågan på socionomer öka både inom offentlig förvaltning och inom vård och omsorg. Efterfrågan på socionomer med inriktning mot äldreomsorg väntas växa i takt med den åldrande befolkningen. Med dagens utbildningsdimensionering beräknas tillgången på socionomer öka med mellan 40 och 50 procent fram till 2025, vilket är betydligt mer än den motsvarande efterfrågeökningen. Det är därför risk för ett växande överskott på socionomer.

27 Överväganden och förslag

27.1 Utgångspunkter

Vårt uppdrag är att 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. Analysen ska utgå från behovet av rättssäkerhet och kvalitet för klienten men också särskilt beakta frågan om det politiska beslutsfattandet inom socialtjänsten. Vi ska också beakta konsekvenserna av en sådan reglering, när det gäller tillgång till personal med lämplig utbildning och erfarenhet.

Behörighetsreglering kan innebära olika saker och kan också utformas på olika sätt vilket framgår av kapitel 24. Vi vill i sammanhanget framhålla att personalens utbildning och erfarenhet är viktiga komponenter i en socialtjänst av god kvalitet, men att den inte kan ersätta socialnämndens systematiska kvalitetsarbete.

Handläggare av de arbetsuppgifter som vårt uppdrag omfattar har ingen enhetlig titel, de kan vara socialsekreterare, biståndshandläggare eller biståndsbedömare, familjesekreterare, integrationshandläggare m.m. I detta kapitel använder vi socialsekreterare som en samlingsbeteckning för samtliga.

27.2 Behov av och förutsättningar för behörighetsreglering inom socialtjänsten

Utredningens bedömning: Det finns behov av och förutsättningar för att reglera att personal med vissa arbetsuppgifter i socialtjänsten och verksamhet enligt LSS har den kompetens som krävs för att utföra uppgifterna med god kvalitet och på ett rättssäkert sätt. De lagstadgade krav på kvalitet och kvalitetssäkring

av verksamheter inom socialtjänsten och LSS som redan finns, har i praktiken inte fått tillräckligt genomslagskraft. En behörighetsreglering kan öka möjligheterna att den som vänder sig till socialtjänsten eller ansöker om insatser enligt LSS möter personal med adekvat utbildning.

27.2.1 Behov av behörighetsreglering

Socialtjänsten ansvarar för att förbättra situationen för de mest utsatta grupperna i samhället, exempelvis äldre personer med behov av omsorg, personer med behov av stöd utifrån funktionsnedsättning, flickor, pojkar och familjer i socialt och ekonomiskt utsatta situationer, personer som är hemlösa, personer med missbruksproblem samt kvinnor som utsätts för hot och våld. Arbetet som socialsekreterare handlar många gånger om att fatta svåra, och för klienten helt avgörande, beslut i handläggningen. Den enskilde socialsekreteraren har, inom givna ramar, ett stort handlingsutrymme. Dennes utbildning och erfarenhet har därför stor betydelse för kvaliteten i arbetet.

I allmänhet bedrivs det sociala arbetet på ett sätt som tillgodoser de enskilda klienternas behov av gott stöd. Exempel finns dock även på motsatsen. Det förekommer att huvudmän ger personer med liten erfarenhet av området ansvar för svåra utredningar och beslut med långtgående inverkan på enskilda personers livssituation, t.ex. omhändertagande av barn eller stöd till personer med långvariga missbruks- och psykiska problem. Detta kan leda till allvarliga konsekvenser för enskilda brukare och klienter. Utifrån arbetsuppgifternas komplexitet, och behovet av rättssäkerhet och kvalitet för klienterna, är det viktigt att huvudmännen ställer krav på utbildning och lämplighet hos dem som ska arbeta med handläggning, inklusive utredningar, av ärenden och beslutsfattande för socialnämndens räkning. Genom att tydliggöra vilken kunskap, vilka färdigheter och vilket förhållningssätt som behövs för detta arbete, ökar förutsättningarna för att brukaren får insatser av god kvalitet.

I socialtjänstlagen och LSS finns krav på att socialtjänsten, respektive verksamhet enligt LSS, ska vara av god kvalitet och att personalen ska ha lämplig utbildning och erfarenhet respektive kunna ge ett gott stöd samt god service och omvårdnad. Kravet på god kvalitet avser både insatserna och handläggningen. Behovet av ytterligare reglering för att klienter och brukare ska mötas av personal

med adekvat utbildning och tillräckliga kunskaper har trots detta diskuterats under många år.

Barnskyddsutredningens uppdrag innebar bl.a. att ta ställning till om det behövs särskild reglering av kompetenskraven när det gäller arbetet med barn och unga. Utredningen ansåg att ett sådant behov förelåg och föreslog en reglering i lag av behörigheten för vissa angivna arbetsuppgifter, se avsnitt 23.2.4. Utöver Barnskyddsutredningens förslag har vi under vårt arbete tagit del av ytterligare rapporter och utredningar som visar på ett behov av krav på kompetens även inom övriga delar av socialtjänsten, se avsnitt 23.2. Organisationer som företräder brukare inom socialtjänsten har vid en hearing också framfört behovet av kompetens inom socialtjänsten. Vid hearingen deltog bland andra pensionärsorganisationer, organisationer inom handikapprörelsen, föreningar för ensamstående föräldrar, organisationer för barn som omhändertagits av samhället och för anhöriga, se bilaga 4. De lagstadgade krav på kvalitet och kvalitetssäkring av verksamheter inom socialtjänsten och LSS som finns har i praktiken inte fått tillräcklig genomslagskraft. Vi anser att det nu är dags att ta fasta på allt det som framkommit i olika sammanhang. Därför gör vi bedömningen att det finns ett behov av ytterligare reglering som kan öka möjligheterna för att den som vänder sig till socialtjänsten eller ansöker om insatser enligt LSS möts av personal med adekvat utbildning.

27.2.2 Formella förutsättningar för legitimation eller reglering av arbetsuppgifter

Behörighetsreglering kan ske på olika sätt. Antingen genom att införa en legitimation, som ger titelskydd och förutsätter viss utbildning eller genom att ställa krav på viss kompetens för vissa arbetsuppgifter, eller bägge samtidigt. För lärare har regeringen föreslagit både legitimation och reglering av arbetsuppgifter.¹ Inom hälso- och sjukvården regleras ett fåtal arbetsuppgifter, exempelvis ska beslut om tvångsvård fattas av en chefsöverläkare vid en enhet för psykiatrisk vård och endast läkare kan fastställa att döden har inträtt.² Det förslag Barnskyddsutredningen lämnat innebär en reglering i form av särskilda kompetenskrav för vissa arbetsuppgifter.

¹ Legitimation för lärare och förskollärare. Lagrådsremiss den 9 september 2010.

² 6 b § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård respektive lagen (1987:269) om kriterier för bestämmande av människans död.

Kommunens uppgifter inom socialtjänsten fullgörs av den eller de nämnder som kommunfullmäktige bestämmer. Det är nämnden som tar ställning till om utredning ska inledas, beslutar om insatser m.m. I praktiken är dessa beslut till stor del delegerade till tjänstemän. Det yttersta ansvaret för verksamheten ligger dock hos nämnden, som alltid kan välja att bestämma i ett särskilt fall. Många av de beslut inom socialtjänsten som rör enskilda går att överklaga till domstol. Motsvarande reglering och fördelning av ansvar finns inom verksamhet enligt LSS.

Ett vanligt argument för önskemål om att införa legitimation för ett yrke är att det innebär en kvalitetshöjning. Vi vill dock peka på att en legitimation i första hand innebär andra moment. För det första är legitimationen knuten till en person. För det andra kan det ansvar att utöva yrket som följer av legitimationen inte omfatta annat än de arbetsuppgifter den enskilde har ett faktiskt ansvar för. Legitimationen innebär inte per automatik att vissa uppgifter endast kan utföras av en legitimerad yrkesutövare. För detta krävs tillägg i form av reglering av arbetsuppgifterna eller införande av ensamrätt till yrke.

En legitimation ska återkallas om den legitimerade inte utför sitt arbete i enlighet med de författningar som finns på området. Detta innebär att det är en förutsättning att de legitimerade yrkesutövarna finns inom ett och samma verksamhetsområde, där en myndighet kan få ansvaret för den tillsyn och kontroll som måste finnas för att ge legitimationen ett innehåll.

Vår bedömning är att det i och för sig inte finns några formella hinder mot att införa ett legitimationsyrke för tjänstemän med ansvar för vissa typer av handläggning i socialtjänsten och verksamhet enligt LSS. Införandet av ett legitimationsyrke inom hälso- och sjukvården förutsätter att det finns en utbildning på högskolenivå som leder till yrket (se avsnitt 4.3). Vi anser att det bör vara en utgångspunkt även när det gäller det sociala området. Den utbildning som i så fall skulle ligga till grund för de aktuella arbetsuppgifterna är socionomutbildningen. Denna utbildning leder dock till flera olika yrken inom skilda verksamhetsområden, bland annat socialsekreterare, familjerådgivare, socialpedagog och kurator inom hälso- och sjukvården och skolan. En legitimation för socionomer skulle därför omfatta flera verksamhets- och tillsynsområden. Vårt uppdrag gäller frågan om behörighetsreglering kan införas för vissa arbetsuppgifter i socialtjänsten och verksamhet enligt LSS och vi anser därför inte att det bör ske genom legitimation för socionomer.

Barnskyddsutredningen har föreslagit en behörighetsreglering som innebär att vissa arbetsuppgifter förbehålls personal med viss angiven kompetens. Utredningen har redovisat behovet av en sådan reglering för barnskyddsärenden. Under remissbehandlingen av Barnskyddsutredningens betänkande framfördes inga invändningar mot det förslaget.

Vi har ovan konstaterat att behov finns av att höja kompetensen inom hela socialtjänsten och verksamheter enligt LSS, beträffande utförandet av vissa typer av handläggning, inklusive utredning och beslut som rör enskilda inom socialtjänsten som utförs för socialnämndens räkning. En reglering i form av kompetenskrav för vissa arbetsuppgifter påverkas inte av att de slutliga besluten i ärendena fattas av någon annan, dvs. en politisk nämnd. Det finns i dag reglerat i lag att personalen ska ha viss kompetens och vi ser liksom Barnskyddsutredningen inga formella hinder mot att föreslå en förstärkning av dessa bestämmelser i form av reglering av vissa arbetsuppgifter.

27.3 Kompetenslyft inom socialtjänsten och verksamhet enligt LSS

Utredningens förslag: Ett kompetenslyft ska genomföras för tjänstemän med vissa handläggningsuppgifter i socialtjänsten och verksamhet enligt LSS. Krav ska ställas i lag på socionomexamen, eller annan relevant examen på minst grundnivå i högskolan, för att utföra följande arbetsuppgifter inom socialtjänsten:

1. bedömning av om utredning ska inledas,
2. utredning och bedömning av behovet av insatser eller av andra åtgärder och
3. uppföljning av beslutade insatser,

och för följande arbetsuppgifter inom verksamhet enligt LSS:

1. utredning och bedömning av behovet av insatser eller av andra åtgärder och
2. uppföljning av beslutade insatser.

Socialstyrelsen bör få i uppdrag att i samråd med Högskoleverket ta fram underlag för en närmare beskrivning av vad som

avses med annan relevant examen på minst grundnivå i högskolan. Befintlig personal ska under en övergångsperiod på fem år erbjudas kompetenshöjande åtgärder. Socialnämnden ska tillhandahålla lämplig introduktion och stöd i yrket under minst ett år för nyanställda tjänstemän med ovan nämnda arbetsuppgifter.

27.3.1 Vilka arbetsuppgifter bör kräva viss kompetens?

Handläggning av ärenden och insatser inom socialtjänsten och verksamhet enligt LSS, ska vara av god kvalitet. Socialsekreterarens kompetens för och kunnande om de insatser och behandlingar som kan erbjudas klienten är viktiga förutsättningar för socialtjänsten och verksamheter inom LSS. I sin utredning identifierar socialsekreteraren behoven och kan sägas inleda behandlingen. Socialsekreterarens roll är självständig och det har stor betydelse för den enskilde klienten att socialsekreteraren har tillräcklig kompetens för sin uppgift att utreda ärendet. Hans eller hennes bedömningar måste ständigt vara under omprövning under utrednings- och insatsförloppet.

Barnskyddsutredningen har föreslagit att för följande arbetsuppgifter ska särskild behörighet krävas:

1. bedömning av om utredning ska inledas,
2. utredning och bedömning av behovet av insatser eller av andra åtgärder eller
3. uppföljning av beslutade insatser.

Vi delar Barnskyddsutredningens bedömning av vilka arbetsuppgifter inom socialtjänsten som bör kräva särskild behörighet. När det gäller verksamhet enligt LSS sker prövningen efter ansökan och det görs därför inte någon bedömning av om utredning ska inledas enligt den lagen. Vi föreslår därför när det gäller LSS att socionomexamen eller annan relevant examen på minst grundnivå i högskolan, ska vara ett krav på den personal som arbetar med utredning och bedömning av behovet av insatser eller av andra åtgärder, eller uppföljning av beslutade insatser.

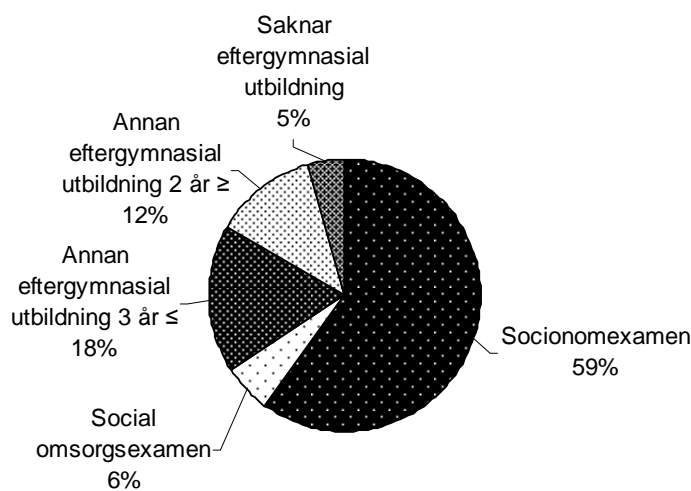
27.3.2 Kompetenslyft

Ovan har vi konstaterat att det både finns ett behov av och formella förutsättningar för att införa en behörighetsreglering inom socialtjänsten.

Barnskyddsutredningen har föreslagit att socionomexamen ska krävas för arbetsuppgifter som innebär bedömning av om utredning ska inledas, utredning och bedömning av behovet av insatser eller av andra åtgärder eller uppföljning av beslutade insatser. Utredningen gjorde bedömningen att socionomutbildningen med sitt breda innehåll av ämnen som juridik/socialrätt, socialt arbete, statskunskap, psykologi och sociologi är den utbildning som ger bästa grunden för avsedda uppgifter.

De som arbetar i dag inom socialtjänsten som socialsekreterare, biståndshandläggare och LSS-handläggare har till ca 65 % socionomexamen eller den äldre social omsorgsexamen. Endast ca 5 % saknar eftergymnasial utbildning.

Figur 27.3 Utbildning hos månadsanställda socialsekreterare, biståndsbedömare, familjerådgivare och integrationshandläggare i kommunerna



Under remissbehandlingen av Barnskyddsutredningens betänkande har inga invändningar gjorts mot att socionomexamen ska vara ett behörighetskrav.

Högskoleverket har i en utvärdering av socionomutbildningen 2009 konstaterat att fyra lärosäten uppfyller mycket god och två lärosäten uppfyller god kvalitet på utbildningen (se avsnitt 26.4). Myndigheten ifrågasatte dock examensrätten för sju lärosäten. I sin motivering till beslutet anger Högskoleverket bl.a. att det finns brister i progression och fördjupning i centrala delar av utbildningen samt brister i lärarkompetens och lärarkapacitet. Senast den 15 december 2010 ska dessa lärosäten redovisa på vilket sätt man rättat sig efter anmärkningarna. Huruvida utvärderingen kommer att leda till att Högskoleverket föreslår förändringar för utbildningen får myndighetens slutsatser i uppföljningen visa. Regeringen har i prop. 2009/10:139 *Fokus på kunskap – kvalitet i den högre utbildningen* presenterat ett nytt nationellt kvalitetssäkringssystem. I det är anställningsbarhet, dvs. utbildningens användbarhet på arbetsmarknaden, ett viktigt resultat som bör inkluderas i kursutvärderingarna. I det sammanhanget menar vi att kravet på kompetens för vissa arbetsuppgifter blir en viktig del i bedömningen och kan komma att påverka hur lärosätena väljer att utforma utbildningen.

Socionomutbildningens innehåll är som ovan anförts den utbildning som bäst motsvarar kraven och ger den bästa grunden för socialt arbete. En nyutexaminerad socionom måste ha en grundkompetens som svarar upp mot kravet för behörighet. Den kan sedan kompletteras med specialiserade vidareutbildningar. Men, om endast socionomexamen skulle godtas som kompetens kommer icke önskvärda inläsningseffekter att uppstå där personer med annan utbildning, tex. en grundutbildning inom andra områden med påbyggnad i framför allt socialt arbete och/eller förvaltningsrätt och socialrätt utestängs från tjänsterna. Vi gör därför bedömningen att socialnämnden med sitt ansvar att leda och fördela arbetet samt ansvar för kvaliteten bör ha möjlighet att även använda personer med annan relevant examen på minst grundnivå i högskolan för att utföra de angivna arbetsuppgifterna.

Vi vill ge dem som inte har en socionomexamen och inte heller uppfyller kraven på annan relevant utbildning möjlighet att öka sin kompetens. Ett sådant förslag innebär naturligtvis kostnader för inblandade parter, se konsekvensanalysen i avsnitt 28.2.5. Vi menar dock att vårt förslag på kompetenshöjning på sikt kommer att inne-

bära bättre insatser för brukare och klienter samt även få andra positiva följd effekter för kostnadseffektivitet och arbetsmiljö.

Sammanfattningsvis föreslår vi således ett kompetenslyft för tjänstemän med vissa arbetsuppgifter inom socialtjänsten som innebär bedömning av om utredning ska inledas, utredning och bedömning av behovet av insatser eller av andra åtgärder eller uppföljning av beslutade insatser. När det gäller verksamhet enligt LSS avser kompetenslyftet arbetsuppgifter som innebär utredning och bedömning av behovet av insatser eller av andra åtgärder eller uppföljning av beslutade insatser. I lag ska ställas krav på att kommunen är skyldig att för dessa uppgifter använda socialsekreterare som har socio-nomexamen eller annan relevant examen på minst grundnivå i högskolan. Socialstyrelsen bör få i uppdrag att i samråd med Högskoleverket utforma underlag för vilka utbildningar som kan komma ifråga, för regeringens närmare föreskrifter därom.

27.3.3 Introduktion för nyanställda

För att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkra verksamhetens kvalitet ska socialnämnden inrätta ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet. Ledningssystemet ska bl.a. säkerställa att det finns rutiner för att fortlöpande kontrollera att personalen har den kompetens som krävs för att utföra uppgifterna och att det finns förutsättningar för kompetensutveckling.³ Ansvaret omfattar även introduktion och stöd för nyanställda.

Barnskyddsutredningen konstaterade att svårighetsgraden hos arbetsuppgifterna inom den sociala barn- och ungdomsvården gör det motiverat att i lagen slå fast ett visst erfarenhetskrav. Därför föreslog utredningen att det i lag ska framgå att socialnämnden ska erbjuda lämplig introduktion och stöd i yrket för socialsekreterare som saknar tidigare erfarenhet av de reglerade arbetsuppgifterna inom barn- och ungdomsvården. Man föreslog att introduktionen skulle vara en noggrant planerad introduktion under den tid man behöver för att skaffa tillräcklig erfarenhet och att den bör ske med hjälp av erfarna kollegor och arbetsledare, där man successivt får ta ansvar för arbetsuppgifterna på egen hand.

Vi anser att samma bedömning kan göras för arbetsuppgifter som innebär myndighetsutövning inom övriga delar av socialtjänsten och verksamheter enligt LSS. Nyanställda socionomer eller per-

³ SOSFS 2006:11.

soner med annan relevant högskoleutbildning på minst grundnivå i högskolan bör därför ges lämplig introduktion och stöd i yrket innan de tilldelas arbetsuppgifter enligt ovan som kräver erfarenhet av utövande av yrket. Sådan introduktion och stöd kan öka rätts-säkerheten och kvaliteten av insatserna.

Vi föreslår därför att en reglering införs för en noggrant planerad introduktion med stöd av erfarna kollegor för nyanställda tjänstemän med vissa arbetsuppgifter inom socialtjänsten och verksamheter enligt LSS. Under introduktionen bör man successivt få ta ansvar för arbetsuppgifterna på egen hand. Introduktionen får naturligtvis anpassas efter den enskilda socialsekreterarens tidigare yrkeserfarenhet, en nyutexaminerad utan tidigare yrkeslivserfarenhet kräver introduktion och stöd på ett annat sätt än en person med yrkeslivserfarenhet. Genom att bygga upp en modell med introduktion av ny personal med hjälp av erfarna kollegor kan det, som Barnskyddsutredningen konstaterat, även skapas positiva bieffekter som nya avanceringsmöjligheter på arbetsplatsen. Vi kan också se fördelar med utbyte av erfarenheter och kunskaper mellan erfarna handläggare och nyutexaminerade med färsk kunskaper från utbildningen.

Den uppföljning vi föreslår nedan (avsnitt 27.5) bör omfatta även denna reglering.

Tillsynsmyndigheten har en viktig uppgift att kontrollera att det finns tillfredsställande ledningssystem för kvaliteten och därmed även introduktionen av nyanställda i verksamheten.

27.3.4 Övergångsbestämmelser

Barnskyddsutredningen har föreslagit att en socialsekreterare som före ikraftträdandet av den föreslagna lagen anställts för att utföra de reglerade arbetsuppgifterna under en övergångstid om fem år ska anses behörig att utföra de angivna uppgifterna. Vi delar Barnskyddsutredningens uppfattning att under en övergångsperiod bör de som tidigare anställts för att fullgöra de uppgifter för vilka socio-nomexamen eller annan relevant högskoleexamen på minst grundnivå i högskolan nu ska krävas, och som har annan utbildning, få fortsätta arbeta. Det ger dem som önskar möjlighet att komplettera sin utbildning och huvudmännen får utrymme att planera verksamheten. När det gäller övergångstidens längd kan den omständigheten att behörighetskraven ska gälla inom alla socialtjänstens om-

råden innebära större svårigheter att få tillgång till behörig personal än vad Barnskyddsutredningen antog. Vi anser dock att fem år bör kunna vara en utgångspunkt för att beräkna den tid som behövs för att uppfylla de föreslagna behörighetskraven.

27.4 Erkännande av utländska yrkeskvalifikationer

Utredningens förslag: Personer med utländsk examen ska få utföra de uppgifter som det enligt huvudregeln krävs svensk socionomexamen eller annan relevant examen på minst grundnivå i högskolan för, om den utländska utbildningen ensam eller tillsammans med yrkeslivserfarenhet motsvarar behörighetskraven. Socialstyrelsen ska utses till ansvarig myndighet för erkännande av utländska yrkeskvalifikationer i enlighet med rådets direktiv 2005/36/EG om erkännande av yrkeskvalifikationer. Bestämmelser om prövning av utbildning från tredje land ska även införas.

Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG reglerar erkännande av yrkeskvalifikationer (se avsnitt 20.3.4). Det ger yrkesutövaren samma rättigheter som det mottagande medlemslandets egna medborgare att utöva det yrke som personen i fråga är kvalificerad för i ursprungslandet samt att utöva det på samma villkor som det mottagande medlemslandets egna medborgare. Direktivet underlättar även friheten att tillfälligt tillhandahålla tjänster. Utredningens förslag om krav på socionomexamen eller relevant examen på minst grundnivå i högskolan för vissa arbetsuppgifter inom socialtjänsten innebär en reglering av yrke enligt direktivet. Därmed krävs ett system för godkännande av dem med yrkeskvalifikationer som motsvarar det krav som uppställs i lagen.

Barnskyddsutredningen har föreslagit att Socialstyrelsen ska hantera ansökningar om jämställande av utländska yrkeskvalifikationer inom den sociala barn- och ungdomsvården. Under remissbehandlingen har inga invändningar framförts mot det förslaget.

Socialstyrelsen meddelar i dag legitimation och behörighetsbevis för dem som har utländska kvalifikationer och utbildning inom hälso- och sjukvården. Myndigheten har en central roll för utveckling och tillsyn inom socialtjänsten. Vi anser därför att Socialstyrelsen bör hantera ansökningar om beslut om att utländsk utbildning kan anses jämställd med socionomexamen eller motsvarande. Social-

styrelsen blir därmed behörig myndighet enligt yrkeskvalifikationsdirektivet och ingångsmyndighet för de personer som önskar få sin utländska utbildning jämställd med en svensk socionomexamen. Regeringen bör få meddela de närmare föreskrifter som behövs för det arbetet och om och i vilken form ett eventuellt intygande om likvärdiga yrkeskvalifikationer ska utfärdas.

Yrkeskvalifikationsdirektivet är tillämpligt endast när det gäller erkännande av yrkeskvalifikationer från annan EU/EES-stat. Prövning av utbildning från dem som kommer från länder utanför EU/EES bör göras på motsvarande sätt som prövning av utbildning från tredjeland för legitimationsyrkena.

I samband med erkännande av yrkeskvalifikationer inom ramen för rådets direktiv 2005/36/EG får inte krav ställas på språkkunskaper. Den som utövar det reglerade yrket är dock skyldig att följa den nationella lagstiftningen, vilket innebär att han eller hon måste ha tillräckliga språkkunskaper. Arbetsgivaren har härmed ett ansvar för denna kontroll. Vid prövningen av om en utbildning från land utanför EU/EES kan anses jämställd med socionomexamen eller annan relevant examen på minst grundnivå i högskolan, ska krav på språkkunskaper ställas som förutsättning, enligt motsvarande ordning som gäller vid prövning av om legitimation kan meddelas för yrken inom hälso- och sjukvården.

27.5 Uppföljning av kvalitet och kompetens inom socialtjänsten

Utredningens förslag: En uppföljning och utvärdering ska genomföras inom två år efter att behörighetsregleringen till fullo genomförts.

Som framgår av socialtjänstlagen (2001:453) har socialnämnden ansvar för att personalen har lämplig utbildning och erfarenhet.

Tillsynen över socialtjänsten bedrivs sedan den 1 januari 2010 i samma organisation som tillsynen över hälso- och sjukvården. En gemensam föreskrift för lednings- och kvalitetssystem håller på att utarbetas på Socialstyrelsen. Vad gäller hälso- och sjukvården har Patientsäkerhetsutredningen dragit slutsatsen att det nuvarande regelverkets funktion som styrmedel för hög patientsäkerhet kan för-

bättras.⁴ Utredningens förslag, som följts upp i regeringens proposition, bygger på att det inte går att uppnå en hög patientsäkerhet i en repressiv miljö, där tillbud och negativa händelser anses orsakade av mänskliga misstag, som kan förhindras genom hot om repressalier. Säkerhetsarbetet måste i ökad utsträckning ha ett systemperspektiv. I förarbetena till patientsäkerhetslagen anges även att det historiskt har fokuserats på enskilda individers kunskaper och ansvar men att hög kvalitet avgörs av hur verksamheterna styrs.⁵

Socialtjänstens verksamhet kan inte utan vidare jämföras med hälso- och sjukvård. Vi menar dock att ledningens planering, ledning och kontroll av verksamheten även inom socialtjänsten är avgörande för kvaliteten och rättssäkerheten.⁶ Omständigheten att personalen har rätt kompetens är en viktig ingrediens i verksamhetens kvalitet.

Barnskyddsutredningen har pekat på vikten av personalens kompetens och socialnämndens ansvar för att det ska finnas personal med lämplig utbildning och kompetens. Som Barnskyddsutredningen noterar finns det i dag ingen samlad kunskap över det arbete som bedrivs i kommunerna i syfte att utveckla kvaliteten inom socialtjänsten.⁷ I stort sett samtliga kommuner arbetar med kvalitet i någon form men det varierar hur arbetet bedrivs och vilka områden som prioriteras. Vissa kommuner har utmärkt sig med att utveckla systematiken i arbetet, gemensamt för dessa är arbete med att utveckla mått för att mäta kvaliteten. Kvalitetsarbetet är nära sammankopplat med utvecklingen av en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten.

En uppföljning av det kompetenslyft och införande av kompetenskrav och introduktion i yrket som vi föreslår kan ge svar på frågor om sambandet mellan kompetens, kvalitet och rättssäkerhet. Vi föreslår därför att en uppföljning och utvärdering ska göras inom två år efter det att kravet på reglering av arbetsuppgifterna genomförts fullt ut.

⁴ SOU 2008:117.

⁵ Prop. 2009/10:210 s. 72 f.

⁶ Prop. 2009/10:131 s. 20 f.

⁷ SOU 2009:68 s. 519.

Konsekvensbeskrivning och
författningskommentarer

28 Konsekvenser av förslagen

28.1 Förutsättningar för konsekvensbeskrivningen

28.1.1 Kommittéförordningen

Kommittéförordningen (1998:1474) innehåller bestämmelser om kostnadsberäkningar och andra konsekvensberäkningar. Om förslagen i ett betänkande påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner, landsting, företag eller andra enskilda ska en beräkning av dessa konsekvenser redovisas i betänkandet. Om förslagen innebär samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt ska även dessa redovisas. När det gäller kostnadsökningar och intäktsminskningar för staten, kommuner eller landsting, ska kommittén föreslå en finansiering (14 § kommittéförordningen). Om förslagen i ett betänkande har betydelse för den kommunala självstyrelsen ska konsekvenserna i det avseendet anges i betänkandet. Detsamma gäller när ett förslag har betydelse för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheten att nå de integrationspolitiska målen (15 § kommittéförordningen).

28.1.2 Kommittédirektiven

I kommittédirektiven (bilaga 1) anges att vi ska beakta de skattemässiga effekterna av ändringar i legitimationsbestämmelserna. Kostnadsberäkningar av förslagen och andra konsekvensbeskrivningar ska göras i enlighet med kommittéförordningen och det är av särskild vikt att redovisa ekonomiska konsekvenser av eventuella förslag om reglering inom socialtjänsten.

28.2 Konsekvenser för stat och kommun

28.2.1 Behörighetsfrågor inom hälso- och sjukvården m.m.

Optikernas arbetsuppgifter

Vi har föreslagit att optiker ska vara behöriga att förordna vissa läkemedel genom rekvisition. De kommer inte att omfattas av högkostnadsskyddet för läkemedel och vårt förslag innebär därför ingen kostnad för staten i det avseendet. Socialstyrelsen ska handlägga ärenden om behörighet för optiker att förordna vissa läkemedel. Antalet optiker som redan idag har den behörighet som kan komma att krävas kan uppskattas till ca 80 när reglerna träder i kraft. Därefter kan 50–60 optiker per år beräknas tillkomma. Handläggningen av dessa ärenden kan med hänsyn till det ringa antalet omfattas av Socialstyrelsens nuvarande anslag för behörighetsfrågor. Ansökan bör inte vara förenad med någon avgift för den enskilde i enlighet med vad som gäller för motsvarande handläggning av frågor om behörighet för sjuksköterskor och barnmorskor att förordna läkemedel.¹ Socialstyrelsens uppdrag att meddela föreskrifter om vilka kompetenskrav som ska gälla för optikers behörighet att förordna läkemedel faller inom myndighetens ordinarie uppdrag.

Särskilda förordnanden

Förslaget om kontroll av belastningsregistret inför meddelande av särskild förordnande att utöva legitimationsyrke innebär visst merarbete för landstingen. Det måste dock anses utgöra en del av det ansvar som redan idag ligger på landstinget i samband med kontroll av att det föreligger grund för att meddela ett särskilt förordnande. Rikspolisstyrelsens kostnader för hantering av utdrag ur belastningsregistret angavs av Patientsäkerhetsutredningen till 20 kr per utdrag. Antalet särskilda förordnanden som meddelas av landstingen kan uppskattas till 3 200 per år vilket ger en kostnad på 64 000 vilken bör kunna hanteras inom det generella anslaget. Socialstyrelsens ökade ansvar i de fall när det finns en anteckning i belastningsregistret kan antas bli av liten omfattning. Myndigheten kommer att tillföras medel för kontroll av belastningsregisterutdrag vid meddelande av legitimation.

¹ SOSFS 1996:21 och 2009:21.

28.2.2 Specialistsjuksköterskor

Vårt förslag innebär 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. Det uppdraget ligger inom ramen för Högskoleverkets och Socialstyrelsens allmänna uppgifter och bör därför rymmas inom respektive myndighets årliga anslag.

28.2.3 Verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära

AKM-registerutredningen beräknade kostnaden för att köpa in datautrustning och programvara och sätta igång systemet till 500 000 kr medan kostnaden för personal uppskattades till 1,8 miljoner kr det första året. Den löpande skötseln av registret beräknades uppgå till totalt 700 000 kr per år där 100 000 kr avsåg teknisk drift och 600 000 kr arbetskraft. Kostnaderna för vårt förslag om att skapa ett register över yrkesutövare som använder alternativa behandlingsformer kan med utgångspunkt från AKM-registerutredningens beräkningar uppskattas till 2 500 000 kr. Registret ska därefter finansieras genom att avgifter tas ut av de organisationer som ansöker om att få delta i registret och av de yrkesutövare som ansöker om registrering. Kostnaderna för att starta upp registret, dvs. inköp av utrustning och programvara och den arbetsinsats som behövs för att ta fram ett fungerande datastöd, bör finansieras genom ett anslag inom utgiftsområde 9. Detsamma bör gälla för inrättandet av en informationsportal om alternativa behandlingsformer. Kostnaderna för att hålla informationen aktuell bör betalas genom myndighetsanslaget.

Vi har också föreslagit en informationsinsats i samband med att registret införs och kostnaden kan uppskattas till 2 miljoner kr som också bör finansieras genom ett anslag inom utgiftsområde 9.

28.2.4 Utbildningsfrågor

Tandläkarnas specialiseringstjänstgöring

Landstingen antas inte få några nya kostnader då förslagen inte innebär någon utökning av dess uppgifter.

Socialstyrelsen ska ges i uppdrag att göra en översyn av föreskrifter och målbeskrivningar som reglerar tandläkarnas specialiseringstjänstgöring. Vi bedömer att dessa uppgifter faller inom ramen för Socialstyrelsens allmänna uppdrag och ansvar, varför de inte kostnadsberäknats här. Nationella rådet för specialiseringstjänstgörings (ST-rådet) utökade uppgifter har Socialstyrelsen beräknat kostnaderna för under en ettårig genomförandefas för projektgrupp med tre personer, styrgrupp, extern referensgrupp och temporära arbetsgrupper samt kostnader för det nationella rådet. Vi finner att dessa kostnader kan betraktas som rimliga. Efter genomförandefasen kan kansliets och ST-rådets kostnader beräknas till 420 000 kr per år. Denna summa är hämtad från Socialstyrelsens beräkning och avser kostnader för arvoden, resor och övriga kostnader för rådet samt kostnader för rådets kansli.

Tabell 28.1 Socialstyrelsens kostnader

Utgift	Kostnad
Projektgrupp	640 000
Styrgrupp och andra grupper	210 000
ST-rådet	180 000
kansli	360 000
Summa	1 390 000

Socialstyrelsens handläggning i samband med prövning om kliniker kan godkännas för specialiseringstjänstgöring är ca 10–12 per år. Avräkning för bortfallet av denna uppgift kan anses försumbar.

Tandhygienistutbildningen

Vårt förslag om en förlängning av tandhygienistutbildningen innebär att Högskoleverket bör få i uppdrag att föreslå en ny examensordning. Den uppgiften faller inom ramen för verkets uppdrag och kostnadsberäknas inte. Kostnaden för den förlängda utbildningen

kan beräknas till 135 000 kr per student och år inklusive kostnad för studiestöd. Det totala antalet utbildningsplatser i landet är idag 218–228. En ettårig förlängning innebär en ökad kostnad på sammanlagt ca 30 miljoner kr. Med hänsyn till att omkring 58 % av tandhygieniststudenterna redan idag studerar i tre år torde kostnadsökningen för förlängningen i praktiken kunna beräknas till hälften.

Under vårt arbete har framkommit synpunkter på att den befintliga utbildningen är underfinansierad och att klinisk träning är kostnadskrävande. Frågan om finansieringen av utbildningen i sin helhet ingår dock inte i vårt uppdrag.

28.2.5 Behörighetskrav inom socialtjänsten

Enligt vårt förslag kommer inte längre personal inom socialtjänsten, eller verksamhet enligt LSS, utan socionomexamen eller annan relevant examen på grundnivå i högskolan att vara behöriga att utföra uppgifter som innebär myndighetsutövning. Vi föreslår dock att sådan personal ska få fortsätta arbeta med sådana uppgifter under en övergångsperiod på fem år. Under denna tid bör de ges möjlighet att öka sin kompetens för att svara mot kraven på socionomexamen eller annan relevant högskoleutbildning. En modell för detta är att staten erbjuder utbildningsplatser medan huvudmannen möjliggör studier, helt eller delvis inom ramen för respektive socialsekreterares tjänst.

Enligt SKL:s statistik uppgår antalet månadsanställda inom socialtjänsten som i dag har uppgifter som omfattas av behörighetskravet till 17 749 personer och av dessa har 10 665 socionomexamen. Av de 7 084 anställda som saknar socionomexamen har 4 142 en eftergymnasial utbildning på tre år eller mer, och där ingår de 1 033 personer som har den äldre social omsorgsexamen. 2 192 anställda har en eftergymnasial utbildning på två år. För dem som är över 61 år, 297 personer, torde det inte bli aktuellt att komplettera utbildningen för att få behörighet. 812 personer saknar eftergymnasial utbildning och av dessa är 126 över 61 år. Omplaceringar kan komma att ske mellan denna del av socialtjänsten och utförlädet. Uppgifter från Arbetsförmedlingen visar sju procents rörlighet inom yrkesgruppen och få har mer än tio års erfarenhet i yrket.² Det kan därför inte uteslutas att ett antal av de som väljer att inte komplettera sin utbildning för att uppfylla kompetenskraven efter övergångstiden

² Kompetensförsörjning inom kommunernas vård och omsorg. Socialstyrelsen; 2006.

ändå skulle ha valt att byta arbetsuppgifter. De som saknar eftergymnasial utbildning kan antas beredas andra arbetsuppgifter.

Vi har inte tillgång till några uppgifter om i vilken omfattning det finns behov av att komplettera utbildning för att uppfylla behörighetskravet. Vid en uppskattning av behovet av kompletterande utbildning på i genomsnitt 30 högskolepoäng för dem som har eftergymnasial utbildning och är under 61 år, 6 272 personer, blir statens kostnader ca 163 miljoner kronor totalt eller 33 miljoner kronor per år under femårsperioden.

Av de prognoser som framställs av SCB framgår att tillgången på socionomer kommer att vara god med hänsyn till dagens utbildningsdimensionering. Tillgången beräknas öka mellan 40 och 50 procent fram till 2025, vilket är betydligt mer än efterfrågeökningen. Vi ser därmed inga svårigheter för huvudmännen att rekrytera personer med socionomexamen i framtiden.

Enligt finansieringsprincipen ska staten kompensera kommunerna för kostnadsökningar som uppstår till följd av nya bestämmelser. Att samtliga som arbetar med myndighetsutövning inom socialtjänsten har socionomexamen eller annan relevant högskoleutbildning innebär en kompetenshöjning och ger ökad kvalitet i utredningar och beslut. Det bör på sikt också leda till bättre insatser för de som vänder sig till socialtjänsten eller ansöker om insatser enligt LSS.

Kostnadsfördelningen mellan stat, kommun och enskilda för en kompetenshöjning i form av behörighetskrav kan se ut på olika sätt. Ett exempel är kompetensutveckling inom skolan, det s.k. lärarlyftet, där kostnaderna fördelades så att kommunerna betalade 80 % av lönen och eventuell vikariekostnad och staten ersatte kommunen för 70 % av lönen medan den enskilde fick stå för 20 % av sin lön. Vi lämnar inte något förslag om kostnadsfördelningen men utgår från att utbildningen sker helt eller delvis på betald arbetstid.

Möjligheterna till distansstudier och att ordna utbildning för grupper av anställda kan ge en flexibilitet och minska behovet av vikarier. Den relativt långa övergångsperioden gör det också möjligt att planera och genomföra utbildningen på bästa sätt både för verksamheten och de anställda.

Medel för utbildningsplatser och ersättning till kommunerna bör tillföras genom ett särskilt anslag avsett för kompetenshöjning inom socialtjänsten.

Socialstyrelsen ska enligt vårt förslag handlägga ärenden enligt yrkeskvalifikationsdirektivet för dem som önskar arbeta med upp-

gifter inom socialtjänsten för vilka det krävs socionomexamen eller annan relevant examen på grundnivå i högskolan. Barnskyddsutredningen beräknade kostnaderna för sitt förslag i den delen till 0,2 miljoner kronor motsvarande 0,25 årsarbetskrafter. Vårt förslag bör rymmas inom det beloppet.

Vi föreslår ett krav på lämplig introduktion och stöd för oerfarna socialsekreterare under minst ett år för att de successivt ska kunna ta ansvar för handläggning av ärenden på egen hand. Inskolningen i yrket bör ske av erfarna kollegor och arbetsledare. Den del av mentorns arbetstid som ägnas åt introduktion av kollegor kan uppskattas till 4 timmar per vecka.

Antalet nyutexaminerade socionomer är ca 1 700 per år.³ Av alla förvärvsarbetande socionomer arbetar mer än åtta av tio inom offentlig sektor.⁴ Till denna yrkesgrupp hör emellertid även kuratorer och socionomer i skola samt hälso- och sjukvård. Vi antar att, högt räknat, ca 1 350 nyexaminerade socionomer anställs inom kommunal förvaltning varje år med de uppgifter vi avser reglera. Om samma antaganden för beräkningen av kostnaden görs, som tillämpades av Barnskyddsutredningen, kan kostnaden för introduktionen uppskattas till ca 67,5 miljoner. Beräkningen är gjord med avdrag för en semestermånad.

Om förslagen genomförs innebär detta att kommunerna bör ersättas enligt finansieringsprincipen för kostnaderna för höjd ambitionsnivå.

28.3 Konsekvenser i övrigt

28.3.1 Behörighetsfrågor inom hälso- och sjukvården m.m.

Optiker med viss angiven utbildning ska enligt vårt förslag få förordna vissa läkemedel för användning vid synundersökning. Kostnaden för läkemedlen får betalas av optikern och blir då också en kostnad för patienten. Möjligheten att använda läkemedel innebär en ökad kvalitet och möjligheter att på ett tidigare stadium upptäcka stora synfel och misstänkta sjukliga förändringar i ögat. De ökade kostnader som kan uppstå för enskilda blir små och framstår som motiverade med hänsyn till att undersökningarna håller högre kvalitet. I övrigt medför utredningens förslag i den här delen inte några

³ SCB Temarapport 2010:3, Arbetskraftsbarometern 1997–2009.

⁴ Högskoleverkets rapport 2009:5R ”Högskoleutbildningarna och arbetsmarknaden”.

konsekvenser i de avseenden som nämns i kommittéförordningen (1998:1474).

28.3.2 Verksamhet som ligger hälso- och sjukvård nära

Antalet personer och företag som är verksamma inom alternativ- och komplementärmedicin och berörs av utredningens förslag kan uppskattas till minst 10 000. AKM-registerutredningen beräknade att 5 000 yrkesutövare skulle ansöka om registrering de första åren, att ansökningsavgiften skulle uppgå till omkring 1 000 kr och att en årlig avgift om 300–500 kr skulle tas ut av de som ingår i registret. Detta skulle ge intäkter om 5 000 000 kr respektive 1 500 000 kr vilket finansierar driften av registret. Vi har inte haft anledning att göra någon annan bedömning. Merparten av företagen inom branschen är små. Vårt uppdrag har varit att göra det tydligt vad som är hälso- och sjukvård och vad som inte är det men som ändå ligger nära. De alternativ som vi funderat över för att lösa den uppgiften framgår av avsnitt 18.2 och 18.6. Förslaget om ett frivilligt register innebär att utövarna har möjlighet att välja om de vill delta eller inte och om kostnaden för att ingå i registret har motsvarande värde för verksamheten, t.ex. när det gäller marknadsföring. Administration i form av ansökan och betalning av årlig avgift innebär en mindre kostnad för yrkesutövaren som denne själv väljer om han/hon vill betala. I övrigt medför utredningens förslag i den här delen inte några konsekvenser i de avseenden som nämns i kommittéförordningen (1998:1474).

28.3.3 Utbildningsfrågor

Vi föreslår ett tydliggörande av Socialstyrelsens och landstingens roller vad gäller tandläkarnas specialiseringstjänstgöring. I samband med översynen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd inklusive målbeskrivningar kommer resurser att tas i anspråk i respektive verksamheter. Vinsterna av samarbetet kan antas både komma tandvårdens huvudmän och i slutänden patienterna tillgodo.

Förlängningen av tandhygienisternas utbildning kan antas ge effektivitetsvinster på lång sikt då tandhygienistens roll i tandvårdsteamet blir tydligare och tandhygienistens kompetens kan tillvaratas bättre.

I övrigt medför utredningens förslag i den här delen inte några konsekvenser i de avseenden som nämns i kommittéförordningen (1998:1474).

28.3.4 Behörighetskrav inom socialtjänsten

Regeringsformen innehåller flera bestämmelser om kommunernas och landstingens ställning i det svenska samhällssystemet. De grundläggande bestämmelserna om den kommunala självstyrelsen finns i 1 kap. 1 och 7 §§ RF. Där sägs att den svenska folkstyrelsen förverkligas bl.a. genom kommunal självstyrelse.

Utredningens förslag om behörighetskrav inom socialtjänsten och verksamhet enligt LSS innebär en ökad reglering av kommunal verksamhet. Den måste dock med hänsyn till att det redan idag finns krav på kompetens, i socialtjänstlagen och LSS och i Socialstyrelsens allmänna råd, i praktiken inte anses innebära någon större förändring av de krav som idag ställs på socialnämnden. Det är med hänsyn till arbetsuppgifternas komplexitet och behovet av rättsäkerhet och kvalitet för klienterna viktigt att kunna ställa krav på utbildning och lämplighet för dem som ska arbeta med handläggning, inklusive utredningar, av ärenden och beslutsfattande för socialnämndens räkning. Att tydliggöra vilken kunskap, vilka färdigheter och vilket förhållningssätt som behövs för detta arbete ökar förutsättningarna för att brukaren får insatser av god kvalitet. Vi bedömer därför att ett krav på viss kompetens är nödvändigt utifrån det övergripande intresset att säkerställa kvaliteten och rättsäkerheten för dem som vänder sig till socialtjänsten eller ansöker om insatser enligt LSS.

Könsfördelningen bland den personal inom socialtjänsten och verksamhet enligt LSS som berörs av våra förslag framgår av tabell 22.1. I övrigt medför utredningens förslag i den här delen inte några konsekvenser i de avseenden som nämns i kommittéförordningen (1998:1474).

29 Författningskommentar

29.1 Förslaget till lag om alternativa behandlingsformer

1 §

I bestämmelsen, som har behandlats i avsnitt 18.4, anges tillämpningsområdet för lagen. Lagen gäller inte den som enligt 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659) tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen.

2 §

I paragrafen anges vad som avses med alternativa behandlingsformer. Det utesluter sådan behandling som enbart syftar till välbefinnande. Motiven finns i avsnitt 18.4.3.

3 §

Paragrafen motsvarar 5 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Förarbeten finns i prop. 2009/10:210 s. 205 f. och prop. 1997/98:109 s. 104 f. och 159 f.

4 §

Av paragrafen framgår att det ska finnas ett frivilligt register över utövare av alternativa behandlingsformer.

5 §

Regeringen bemyndigas att meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för inrättandet av ett register enligt 4 §.

6 §

Bestämmelsen motsvarar 10 kap. 6 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1997/98:109 s. 110 ff. och s. 178 samt i prop. 2009/2010:210 s. 244.

7 §

Bestämmelsen motsvarar 10 kap. 7 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1997/98:109 s. 178.

8 §

Bestämmelsen motsvarar 10 kap. 8 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1997/98:109 s. 110 ff. och s. 178 samt prop. 2009/10:210 s. 245.

9 §

Bestämmelsen motsvarar 10 kap. 13 § 5 p. patientsäkerhetslagen (2010:659). Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1995/96:176 s. 100 f. och 1997/98:109 s. 180 f.

10 §

Bestämmelsen motsvarar 10 kap. 14 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Förarbeten till bestämmelsen finns i prop. 1997/97:109 s. 180.

29.2 Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

13 §

Bestämmelsen är ny. Inom ramen för EU-medlemskapet har Sverige ett åtagande att uppfylla minimikraven för utbildningar inom reglerade yrken. Den kliniska tjänstgöringen är grunden i specialiserings-tjänstgöringen och ansvaret för att tillhandahålla platser regleras härmed i lag. Se avsnitt 19.7.4.

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

6 a §

Bestämmelsen är ny. Av den framgår ett krav på en lägsta utbildningsnivå hos dem som utför uppgifter inom verksamhet enligt LSS som innebär myndighetsutövning. De uppgifter som berörs är utredningen och bedömningen av behovet av insatser eller andra åtgärder samt uppföljning av pågående, beslutade insatser. För dem som redan i

dag arbetar med sådana uppgifter men som inte har erforderlig utbildning blir bestämmelsens övergångsregel aktuell, se nedan.

Annan relevant examen på grundnivå i högskolan, enligt högskoleförordningen (1993:100), innebär att en sådan examen måste innehålla kurser i bl.a. socialt arbete, förvaltningsrätt och socialrätt. Omfattningen och innehållet får preciseras i verkställighetsföreskrifter.

Andra stycket syftar till att garantera att de som självständigt utför sådana arbetsuppgifter som avses i första stycket har för uppgiften tillräcklig erfarenhet. Det är socialnämnden som ansvarar för att den som utför uppgifterna har tillräcklig erfarenhet och att den som saknar sådan erfarenhet erbjuds lämplig introduktion och stöd i yrket. Den introduktion som avses ska vara noggrant planerad och innefatta stöd för att underlätta för den anställde att successivt ta ansvar för arbetsuppgifterna på egen hand. Motiven finns i avsnitt 27.3.3.

6 b §

Motiven till bestämmelsen finns i avsnitt 27.4.

Övergångsbestämmelser

En socialsekreterare som före ikraftträdandet av denna lag anställts för att utföra de uppgifter som anges i 6 b § första stycket ska till och med den 31 december 2018 anses behörig att utföra de angivna uppgifterna.

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

3 kap.

3 a §

Bestämmelsen är ny. Av den framgår ett krav på en lägsta utbildningsnivå hos dem som utför uppgifter inom socialtjänsten som innebär myndighetsutövning. De uppgifter som berörs är bedömning av om en utredning ska inledas, genomförande av utredningen och den avslutande bedömningen av behovet av insatser eller andra åtgärder samt uppföljning av pågående, beslutade insatser. För dem som redan i dag arbetar med sådana uppgifter men som inte har erforderlig utbildning blir bestämmelsens övergångsregel aktuell, se nedan.

Annat relevant examen på grundnivå i högskolan, enligt högskoleförordningen (1993:100), innebär att en sådan examen måste innehålla kurser i bl.a. socialt arbete, förvaltningsrätt och socialrätt. Omfattningen och innehållet får preciseras i verkställighetsföreskrifter.

Andra stycket syftar till att garantera att de som självständigt utför sådana arbetsuppgifter som avses i första stycket har för uppgiften tillräcklig erfarenhet. Det är socialnämnden som ansvarar för att den som utför uppgifterna har tillräcklig erfarenhet och att den som saknar sådan erfarenhet erbjuds lämplig introduktion och stöd i yrket. Den introduktion som avses ska vara noggrant planerad och innefatta stöd för att underlätta för den anställde att successivt ta ansvar för arbetsuppgifterna på egen hand. Motiven finns i avsnitt 27.3.3.

3 b §

Motiven till bestämmelsen finns i avsnitt 27.4.

Övergångsbestämmelser

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.

29.5 Förslag till lag om ändring patientsäkerhetslagen (2010:659)

1 kap.

1 §

Ändringen är en följd av att bestämmelserna om begränsningar i rätten för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder i 5 kap. har överförts till den föreslagna lagen om alternativa behandlingsformer.

4 kap.

6 a §

Paragrafen är ny och innebär ett förbud mot att vid marknadsföring av verksamhet använda skyddade yrkestitlar och sådana som kan förväxlas med dessa på ett sådant sätt att det oriktigt ger sken av att verksamheten utövas av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

10 kap.**7 §**

Ändringen är föranledd av att 10 kap. 6 § upphävs och bestämmelserna överförs till den föreslagna lagen om alternativa behandlingsformer.

13 §

Ändringen är en följd av att bestämmelserna om förbud att utöva viss verksamhet överförs till den föreslagna lagen om alternativa behandlingsformer.

29.6 Förslag till förordning om ett nationellt register över utövare av alternativa behandlingsformer**1 §**

Bestämmelsen anger förordningens innehåll.

2 §

Av bestämmelsen framgår att organisationer ska kunna delta i registret och yrkesutövare ska kunna registreras.

3 §

Registret över utövare av alternativa behandlingsformer ska föras av Konsumentverket som även ska vara personuppgiftsansvarig för behandlingen av personuppgifter i registret. Innebörden av personuppgiftsansvaret framgår av personuppgiftslagen. Konsumentverket ska även i övrigt handlägga ärenden enligt förordningen såsom godkännande av organisationer och ansökningar om registrering.

4 §

Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 18.2.11. I paragrafen anges förhållandet mellan personuppgiftslagen och den aktuella förordningen på så sätt att personuppgiftslagen gäller om inget annat sägs i förordningen eller i föreskrifter som meddelats med stöd av den eller annars enligt 2 § personuppgiftslagen.

5 §

Bestämmelsen anger vilken typ av uppgifter som registret ska innehålla.

6 §

Innebörden av denna bestämmelse, som har behandlats i avsnitt 18.2.11, är att uppgifterna i registret ska finnas tillgängliga via Internet. en viss typ av personuppgifter får dock inte publiceras på Internet. Med samordningsnummer avses sådana uppgifter som anges i 18 a § folkbokföringslagen (1991:481).

7 §

Genom denna bestämmelse ges yrkesorganisationer inom området för alternativ- och komplementärmedicin möjlighet att, enligt de förutsättningar som regleras i förordningen, delta i registret. I bestämmelsen, som utförligt har behandlats i avsnitt 18.2.5 anges de villkor som måste vara uppfyllda för att dessa organisationer ska godkännas och vad som avses med ett deltagande i registerordningen. I bestämmelsens inledning anges grundförutsättningarna för att organisationen ska få delta och i de följande fem punkterna, som samtliga måste vara uppfyllda, anges krav på att organisationerna ska ha stadgar med visst innehåll. Bestämmelsen i andra stycket reglerar att även s.k. paraplyorganisationer kan delta i registret. medlemmar består av utövarnas yrkesorganisationer.

8 §

Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 18.2.7.

9 §

Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 18.2.8.

10 §

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 18.2.7.

11 §

Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 18.2.8.

12 §

Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 18.2.7.

13 §

Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 18.2.8.

14 §

Bestämmelsen har behandlats i avsnitt 18.2.8.

15 §

Bestämmelsen har behandlats i kapitel 28.

16 §

Paragrafen innehåller bestämmelser om rättelse och skadestånd vid behandling av personuppgifter.

17 §

I bestämmelsen anges vilka olika beslut enligt denna förordning som får överklagas. Personuppgiftslagens bestämmelse om rättelse och skadestånd ska gälla även då uppgifter behandlas i strid mot denna förordning.

18 §

Genom bestämmelsen bemyndigas Konsumentverket att meddela vissa ytterligare föreskrifter.

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

Bilaga 2

Ändringen är föranledd av att utbildningen till tandhygienist förlängs från 2 till 3 år. Motiven finns i kapitel 20.

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

4 kap.

2 §

Ändringen innebär att Socialstyrelsen bemyndigas att 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. I vilken omfattning forskarmeriter kan tillgodoräknas inom ramen för utbildningen får Socialstyrelsen meddela närmare föreskrifter om.

6 kap.**2 §**

Genom ett tillägg bemyndigas Socialstyrelsen att även meddela föreskrifter om kompetenskrav optiker för behörighet att förordna läkemedel.

29.9 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1999:1134) om belastningsregister**16 b §**

Bestämmelsen är ny och ger Socialstyrelsen och sådan landstingskommunal nämnd som i vissa fall beslutar om förordnande enligt 4 kap. 4 § patientsäkerhetslagen tillgång till vissa uppgifter ur belastningsregistret.

29.10 Förslag till förordning om ändring i socialtjänstförordningen (2001:937)**9 kap.**

Bestämmelserna innehåller regler om godkännande enligt direktivet 2005/36/EG om erkännande av yrkeskvalifikation.

10 kap.

Bestämmelserna reglerar godkännande av utbildning från tredje land.

29.11 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2009:607) med instruktion för Konsumentverket**3 §**

I en ny sjätte punkt anges myndighetens uppgift att ansvara för ett register över utövare av alternativa behandlingsformer.

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

14 §

Genom tillägget i bestämmelsen ges det nationella rådet även uppgiften att bistå Socialstyrelsen i frågor om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring.

21 §

Ledamöterna i rådet ska utses på förslag från företrädare för tandvården, dvs. organisationer för yrkesutövarna, och myndigheter. Om frågor om läkares respektive tandläkares specialiseringstjänstgöring ska avhandlas vid samma tillfälle får avgöras av rådet.

Särskilt yttrande

Särskilt yttrande av Eva Estling och Gunilla Strand (Sveriges Kommuner och Landsting)

Utgångspunkten för Behörighetsutredningens uppdrag är enligt direktivet till utredningen att vård och omsorg ska kännetecknas av hög patientsäkerhet och högt förtroende hos allmänheten. Beslut i socialtjänsten ska präglas av hög kvalitet och rättssäkerhet. För att uppnå detta behövs bl.a. ett regelverk för behörighet för den personal som arbetar inom dessa sektorer.

Som experter i utredningen anser vi att utredningens förslag om att i lag ställa krav på socionomexamen eller annan relevant examen på minst grundnivå i högskolan för personal inom socialtjänsten som arbetar med myndighetsutövning inte är tillräckligt utredd.

Vidare ställer vi oss inte bakom utredningens förslag om att i lag reglera hur och i vilken omfattning arbetsgivaren ska vara skyldig att ge oerfarna socialsekreterare lämplig introduktion och stöd.

Vilken kompetens som behövs och hur arbetet ska organiseras, för att kravet på hög kvalitet och rättssäkerhet upprätthålls, är en fråga för arbetsgivaren och inte en fråga för lagstiftaren. Det gäller också vilken introduktion och vilket stöd som ska ges till oerfarna socialsekreterare. Det är viktigt att det sker utifrån socialsekreterarens individuella behov och arbetsuppgifter.

Vilken högskoleutbildning som krävs för arbetsuppgifterna måste bedömas av arbetsgivaren. Det kan inte göras på nationell nivå av Högskoleverket och Socialstyrelsen, som föreslås i utredningen.

Att låsa fast kompetenskrav med hjälp av lagstiftning försvårar flexibilitet, utveckling och anpassning till nya krav. Det finns inte tillräckliga bevis för att ett sådant lagstadgat krav ökar kvaliteten och rättssäkerheten.

Vi delar till fullo utredningens bedömning av att välutbildad och kompetent personal behövs för att garantera hög kvalitet och rätts-säkerhet inom socialtjänsten.

Vi delar också utredningens bedömning av att stöd och lämplig introduktion är viktigt för att oerfarna socialsekreterare successivt ska kunna ta eget ansvar och arbeta självständigt.

De personliga behoven hos klienterna är individuella, skiftande och komplexa. Detta ställer därför särskilda krav på kompetens och erfarenhet hos socialtjänstpersonalen. För att kunna tillgodose de skiftande behoven utifrån ett holistiskt synsätt krävs personal med olika kompetenser som samarbetar i team med klienten som en självklar part i teamet.

Socialtjänsten är en dynamisk verksamhet och påverkas av en mängd olika faktorer. De lokala behoven och förutsättningarna ser olika ut över landet liksom sätten att lösa behov av kompetens.

Utbildning till socionom, socionomprogrammet, ges vid flera lärosäten i landet. Det är en yrkesinriktad generalistutbildning för socialt arbete. Lärosätena är självständiga och kvaliteten på utbildningen varierar. En nyligen genomförd utvärdering av Högskoleverket visar på allvarliga brister och flera lärosäten har fått sin examensrätt ifrågasatt.

Utredningens förslag innebär stora kostnader för kommunerna. Finansieringsprincipen måste gälla.

Som alternativ till utredningens förslag avseende lagstadgade krav på utbildning och introduktion anser vi att

- en kartläggning vore att föredra där goda exempel lyfts fram på hur hög kvalitet och rättssäkerhet kan uppnås inom socialtjänsten samt hur god introduktion och individuellt anpassat stöd kan ges till oerfarna socialsekreterare.
- högskolorna bör ges i uppdrag att i samarbete med arbetsgivarna ta fram relevanta kurser inom området. Högskolorna bör erbjuda kurserna inom det reguljära utbildningsutbudet i former som underlättar för anställda att kombinera arbete, studier och fritid.
- socionomutbildningen måste ses över i syfte att öka kvaliteten på innehållet i utbildningen framför allt den del som rör myndighetsutövning.
- fortsatt forskning och utveckling inom området ska stimuleras.

Litteratur- och källförteckning

Förarbeten

Utrednings- och kommittébetänkanden

SOU 1956:29 *Lag om rätt att utöva läkekonsten*

Betänkande av Kvacksalveriutredningen

SOU 1981:9 *Enhetligt huvudmannaskap för högskolan –*

Förstatligande av de medellånga vårdutbildningarna

Betänkande av Huvudmannaskapskommittén

SOU 1983:33 *Kompetens inom hälso- och sjukvården*

Betänkande av 1981 års behörighetskommitté

SOU 1987:12 *Legitimation för vissa kiropraktorer*

Delbetänkande av alternativmedicinkommittén

SOU 1989:60 *Huvudbetänkande från alternativmedicinkommittén*

SOU 1989:61 *Hälsobem* Bilaga till SOU 1989:60

SOU 1989:62 *Alternativa terapier i Sverige*

Bilaga till SOU 1989:60

SOU 1989:63 *Värdering av alternativmedicinska teknologier*

Bilaga till SOU 1989:60

SOU 1995:58 *Om yrkesroller och arbetsfält inom socialtjänsten*

Delbetänkande av Socialtjänstkommittén

SOU 1996:138 *Ny behörighetsreglering på hälso- och sjukvårdens område m.m.*

Betänkande av 1994 års behörighetskommitté

SOU 2002:14 *Statlig tillsyn. Granskning på medborgarnas uppdrag.*

Delbetänkande av Tillsynsutredningen

SOU 2002:53 *Tandvården till 2010*

Slutbetänkande av utredningen Tandvårdsöversyn 2000

SOU 2004:123 *Ett nationellt register över yrkesutövare av alternativ- eller komplementärmedicin*

Betänkande av AKM-registerutredningen

- SOU 2005:81 *Källan till en chans – Nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården*
Betänkande av sociala barn- och ungdomskommittén
- SOU 2006:27 *Stöd till hälsobefrämjande tandvård*
Delbetänkande av Utredningen om ett nytt tandvårdstöd för vuxna
- SOU 2006:100 *Ambition och ansvar Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*
Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning
- SOU 2008:52 *Legitimation och skärpta behörighetsregler*
Betänkande av Lärarutredningen
- SOU 2008:117 *PATIENTSÄKERHET Vad har gjorts? Vad behöver göras?*
Betänkande av Patientsäkerhetsutredningen
- SOU 2009:68 *Lag om stöd och skydd för barn och unga (LBU)*
Betänkande av Barnskyddsutredningen

Departementsserien m.m.

- Ds 1988:30 *Tandhygienisten i framtidens tandvård*
- Ds 1991:81 *Sjuksköterskeutbildningen mot 2000-talet*
- Ds 1999:44 *Den ljusnande framtid är vård, Om vård och omsorg – en arbetsmarknad i utveckling*
- Ds 2004:28 *Legitimation och skyddad yrkestitel*
- Ds 2009:13 *Konsumenttjänster m.m.*
- Legitimation för cytodiagnostiker S2007/1789/HS*
- Legitimation för lärare och förskollärare U 2010/2818/S*

Propositioner och skrivelser

- Prop. 1915:85 Bihang till riksdagens protokoll 1915. 1 samlingen. 74 häftet
- Prop. 1960:141 Förslag till lag om behörighet att utöva läkaryrket m.m.
- Prop. 1969:35 angående vidareutbildning och fördelning av läkare m.m.
- Prop. 1971:30 förslag till lag om allmänna förvaltningsdomstolar, m.m.

- Prop. 1978/79:220 om samhällets tillsyn över hälso- och sjukvårds-
personalen m.fl.
- Prop. 1979/80:1 om socialtjänsten
- Prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag m.m.
- Prop. 1983/94:16 om fastighetsmäklare
- Prop. 1983/84:179 om lag om behörighet att utöva yrke inom hälso-
och sjukvården m.m.
- Prop. 1988/89:96 om legitimation för vissa kiropraktorer m.m.
- Prop. 1988/89:138 om riktlinjer för specialiseringstjänstgöring för
läkare m.m.
- Prop. 1990/91:14 om ansvaret för service och vård till äldre och
handikappade m. m.
- Prop. 1990/91:138 om vissa tandvårdsfrågor
- Prop. 1991/92:100 med förslag till statsbudget för budgetåret 1992/93
- Prop. 1992/93:159 om stöd och service till vissa funktionshindrade
- Prop. 1993/94:117 Inkorporering av Europakonventionen och andra
fri- och rättighetsfrågor
- Prop. 1993/94:149 Åligganden för personal inom hälso- och sjuk-
vården m.m.
- Prop. 1993/94:177 Utbildning och forskning – Kvalitet och kon-
kurrenskraft
- Prop. 1993/94:218 Psykiskt stördas villkor
- Prop. 1995/96:176 Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården
- Prop. 1996/97:124 Ändring i socialtjänstlagen
- Prop. 1997/98:5 Läkarnas vidareutbildning
- Prop. 1997/98:109 Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens om-
råde
- Prop. 1999/00:56 Vissa hälso- och sjukvårdsfrågor
- Prop. 2000/01:71 Nytt huvudmannaskap för vårdhögskoleutbild-
ningar
- Prop. 2004/05:1 Budgetpropositionen för 2005
- Prop. 2004/05:162 Ny värld – ny högskola
- Prop. 2005/06:43 Legitimation och skyddad yrkestitel
- Prop. 2005/06:63 Anmälningsskyldighet, säkerhet och tillsyn inom
psykiatrisk tvångsvård
- Prop. 2006/07:129 Utveckling av den social barn- och ungdoms-
vården
- Prop. 2007/08:49 Statligt tandvårdsstöd
- Prop. 2007/08:110 En förnyad folkhälsopolitik
- Skr. 2009/10:79 En tydlig, rättssäker och effektiv tillsyn

Prop. 2009/10:139 Fokus på kunskap – kvalitet i den högre utbildningen
Prop. 2009/10:210 Patientsäkerhet och tillsyn

Utskottsbetänkanden

1997/98:SoU22 Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område
2005/06:SoU10 Legitimation och skyddad yrkestitel
2007/08:SoU9 Statligt tandvårdsstöd
2007/08:SoU10 Hälsostrategi för EU 2008–2013
2008/09:SoU18 Grönbok: Den europeiska arbetskraften inom vården
2009/10:FiU12 En tydlig, rättssäker och effektiv tillsyn

EU

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

Rapporter

Allvarlig brottslighet som hinder mot att genomgå högskoleutbildning (2009:20 R). Högskoleverket; 2009
Arbetskraftsbarometern '09 Utsikterna på arbetsmarknaden för 72 utbildningar. Statistiska centralbyrån; 2009
Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen; 2009
För en kunskapsbaserad socialtjänst. Redovisning av ett regeringsuppdrag åren 2001–2003. Slutrapport. Socialstyrelsen; 2004
Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten. Socialstyrelsen; 2008
Högskoleutbildningar inom vård och omsorg- en utredning (1997:2 R). Högskoleverket; 1997
Högskoleutbildningarna och arbetsmarknaden (2009:5R). Högskoleverket; 2009
Individ- och familjeomsorg, lägesrapport 2008. Socialstyrelsen; 2008
Kompetensförsörjning inom kommunernas vård och omsorg om äldre, lägesrapport 2006. Socialstyrelsen; 2007

- Kompetens i de sociala professionerna, Ulf Hammare. Socialstyrelsen; 2004
- Landstingens uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Socialstyrelsen; 2006
- Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review. WHO; 2001
- Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten. Socialstyrelsen; 2000
- Ohälsa och sjukvård 1980–2005. Statistiska centralbyrån; 2006
- Investera nu! Handlingsplan för kompetensförsörjning inom vård och omsorg. Socialstyrelsen; 2004
- Rapport från Socialstyrelsens tillsyn av hälso- och sjukvården 2008–2009. Socialstyrelsen; 2009
- Rapporter från Riksdagen, Socialutskottet 2009/10:RFR3
- Redovisning av uppdraget att utreda vissa frågor rörande psykologisk och psykoterapeutisk verksamhet (S 2001/11151/HS). Socialstyrelsen; 2001
- Sjuksköterskors specialistutbildning – vilket slags examen? (2010:5 R) Högskoleverket; 2010
- Social omsorgsutbildning och socionomutbildning, en översyn (2003:29R). Högskoleverket; 2003
- Synundersökning och synhjälpmedel – Optikers arbetsuppgifter (S2006/10277/HS). Socialstyrelsen; 2006
- Tandläkarnas specialistutbildning – En översyn. Socialstyrelsen; 2006
- Tandvård och konkurrens (2004:1) Konkurrensverket; 2004
- Tandvården i Dalarna. EpiWux 2008. Vuxnas mun- och tandhälsa samt attityder till tandvård. En tvärsnittsstudie i Dalarna 2008 avseende 35-, 50-, 65-, 75- och 85-åringar samt analys av personalresurser inom tandvården Dalarna. Landstinget Dalarna; 2008
- Tillgång på: specialistsjuksköterskor och röntgensjuksköterskor 2007. Socialstyrelsen; 2009
- Ung novis eller gammal och vis? – en kartläggning av kompetens hos personal som arbetar med myndighetsutövning för barn och unga. Socialstyrelsen; 2007
- Utbildningar inom vård och omsorg – en uppföljande utvärdering (2000:5 R). Högskoleverket; 2000
- Utvidgad kompetens för tandhygienister – förutsättningar för en försöksverksamhet. Socialstyrelsen; 2007
- Utvärdering av grundutbildningar i medicin och vård vid svenska universitet och högskolor. Del 1: Den nationella bilden (2007:23 R). Högskoleverket; 2007

- Utvärdering av socionomutbildningen vid svenska universitet och högskolor (2009:36R). Högskoleverket; 2009
- Utvärdering av tandläkarutbildning och odontologisk grund- och forskarutbildning i Sverige 2005 (2005:18 R). Högskoleverket; 2005
- Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården? Socialstyrelsen; 2004
- Vårdutbildningar i högskolan – en utvärdering (1996:7 R). Högskoleverket; 1996
- Årsrapport NPS 2009. En analys av barnmorskors, sjuksköterskors, läkares, tandhygienisters och tandläkares arbetsmarknad. Socialstyrelsen; 2009
- Årsrapport NPS 2010. En analys av barnmorskors, sjuksköterskors, läkares, tandhygienisters och tandläkares arbetsmarknad. Socialstyrelsen; 2010

Litteratur

- Den komplementära medicinens utbredning och tillämpning inom landets landsting (rapport 2001 LF). Örebro universitet; 2001
- Stockholmare och den komplementära medicin. Stockholms läns landsting; 2001
- Complementary and Alternative Medicine (CAM). Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS); 2007
- Harry Boström: Biverkningspanorama vid Alternativmedicinsk verksamhet, Svenska Läkaresällskapets förlag; 1989
- How are European patients safeguarded when using complementary and alternative medicine (CAM)? Jurisdiction, supervision and reimbursement status in the EEA area (EU and EFTA) and Switzerland; Dr G Ersdal, CAM-CANCER Consortium; 2005

Övrigt

Behovet av bestämmelser för alternativa vårdmetoder. Rapport av arbetsgruppen för att utreda behovet av lagstiftning om alternativa vårdmetoder. Finländska Social- och hälsovårdsministeriets rapport 2009:17

JO:s ämbetsberättelse 2001/02

NOU 2009:8 *Kompetanseutvikling i barnevernet*

NOU 1998:2 *Alternativ medisin*

Ot. prp. nr. 27 (2002–2003) *Om lov om alternativ behandling av sykdom mv.*

WHO Traditional Medicine Strategy 2002–2005

www.bildterapi.se

www.bmms.se

www.gestaltterapeuterna.se

www.kam.se

www.kroppsterapeuterna.se

www.laom.se

www.musikterapi.se

www.nmtf.se

www.osteopatforbundet.se

www.psykosyntesforbundet.se

www.psykosyntesforeningen.se

www.reikiforbundet.se

www.rtr-se.org

www.sakh.se

www.sfkm.org

www.shiatsuforbundet.se

www.shr.nu

www.snlf.se

www.svenskahomeopater.se

www.svenskmassage.se

www.zonterapi.nu

Kommittédirektiv



Trygghet och säkerhet för individen – behörighet för personal i hälso- och sjukvård och socialtjänst

Dir.
2009:25

Beslut vid regeringssammanträde den 2 april 2009

Sammanfattning av uppdraget

Vård och omsorg ska kännetecknas av en hög patientsäkerhet och ett högt förtroende hos allmänheten. Likaså ska beslut i socialtjänsten präglas av hög kvalitet och rättssäkerhet. För att uppnå detta behövs bl.a. ett regelverk för behörighet för den personal som arbetar inom dessa sektorer.

En särskild utredare tillkallas för att utreda ett antal frågor som rör behörighetsregleringen inom hälso- och sjukvården, samt vissa frågor inom socialtjänsten. Utredaren får bl.a. i uppdrag att

- bedöma om ytterligare yrkesgrupper bör regleras inom hälso- och sjukvården,
- 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,
- överväga förändringar beträffande vissa specialistutbildningar samt
- kartlägga och analysera förutsättningarna för, och lämpligheten i, behörighetsreglering för att få utföra vissa uppgifter som består av handläggning, inklusive utredning, av ärenden samt att fatta beslut för socialnämnds räkning.

Utredarens förslag 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.

Utredaren ska redovisa uppdraget senast den 1 oktober 2010.

Bakgrund

Hälso- och sjukvårdspersonal

Bestämmelserna om legitimation för personal inom hälso- och sjukvården infördes i början av 1900-talet. De yrkesgrupper som tidigast berördes av sådana bestämmelser var läkare och tandläkare. Efterhand har allt fler yrken reglerats och i dag finns 21 legitimationsyrken.

Den rättsliga regleringen var till en början splittrad på en rad olika författningar. Bland annat med anledning av det gjordes i början av 1980-talet en översyn av behörighetsreglerna på hälso- och sjukvårdens område av 1981 års behörighetskommitté.

Regeringen beslutade 1994 att tillsätta en ny parlamentarisk kommitté med uppgift att göra en samlad översyn av principerna för legitimation och behörighet (Behörighetskommittén) och mot bakgrund av översynen lämna förslag om bl.a. legitimation och behörighetsföreskrifter för olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Kommittén fick i uppdrag att särskilt fästa vikt vid konsekvenserna av dels Sveriges närmande till EU, dels den avreglering av vissa vårdutbildningar som skett genom 1993 års högskolereform och de ökade möjligheterna till privat verksamhet som öppnat sig för olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården.

De förslag som Behörighetskommittén lämnade (SOU 1996:138) ligger till grund för det regelverk som gäller i dag, främst genom lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) (prop. 1997/98:109). Vissa justeringar har gjorts sedan dess, bl.a. genom propositionen Legitimation och skyddad yrkestitel (2005/06:43), som bl. a. ledde till att legitimation infördes för yrkesgrupperna audionomer, biomedicinska analytiker, dietister och ortopedingenjörer den 1 april 2006.

Personal inom socialtjänsten

En återkommande fråga vad gäller behörighetsreglering är huruvida det finns ett behov av att införa en sådan för personal inom socialtjänsten. Det har genomförts utredningar om frågan vid ett flertal tillfällen sedan början av 1980-talet. Frågan behandlades bland annat av Behörighetskommittén. Kommittén ansåg att det inte fanns möjligheter att ta fram ett legitimationsförfarande inom socialtjänsten, främst på grund av att socialtjänsten är beroende av vad som be-

slutas i politiskt valda nämnder. Däremot menade kommittén att det fanns goda skäl att ställa höga krav på utbildning och lämplighet för dem som ska arbeta inom socialtjänsten.

Frågan om eventuell legitimation av socionomer togs senast upp i regeringens proposition Utveckling av den sociala barn- och ungdomsvården (prop. 2006/07:129). Regeringen gjorde där bedömningen att det inte då fanns förutsättningar att införa legitimation för socionomer. I propositionen angavs att innan en legitimering kan bli aktuell måste följande tre områden utvecklas: förstärkning av grund- och vidareutbildningen, framtagning av kompetenskriterier för olika delar av socialtjänstens arbetsfält och förstärkning av forskningen (inklusive utbytet mellan verksamhet och forskning).

I direktiven till Barnskyddsutredningen (S 2007:14), som regeringen tillsatte i december 2007 ingår att

- utreda hur kompetensnivån för socialsekreterare som arbetar med utredning, planering och uppföljning av ärenden som rör barn och unga samt för socialsekreterare som arbetar med utredningar om vårdnad, boende och umgänge kan säkerställas för att uppnå en rättssäker och professionell handläggning och
- ta ställning till om det behövs särskild reglering av kompetenskraven och till om det kan ske genom att ge Socialstyrelsen ett bemyndigande att utfärda föreskrifter. Utredningen ska lämna sitt betänkande 15 juni 2009.

Nuvarande reglering av behörighet för yrken inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Näringsfrihet

Sedan den 1 januari 1995 gäller i Sverige enligt 2 kap. 20 § regeringsformen att begränsningar i rätten att driva näring eller utöva yrke endast får införas för att skydda angelägna allmänna intressen och aldrig i syfte enbart att ekonomiskt gynna vissa personer eller företag.

Av förarbetena till bestämmelsen framgår att exempel på angelägna allmänna intressen som kan medföra begränsningar i närings- och yrkesfriheten är bl.a. hälsovårdsintressen samt bestämmelser om kompetens och vissa krav för att en person ska få utöva ett visst yrke (prop. 1993/94:117, s. 50 f).

Lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

I lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) regleras ett flertal frågor som rör bl.a. hälso- och sjukvårdens personal och behörighets- och legitimationsfrågor.

I förarbetena till LYHS uttalade 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 (se prop. 1997/98:109 sid. 74 ff.).

I propositionen uttalade regeringen att patientsäkerheten bör vara överordnad övriga kriterier när det gäller bedömningen av om ett yrke ska omfattas av bestämmelserna om legitimation. Övriga kriterier är att hänföra till yrkesrollens innehåll, utbildningsnivå och internationella förhållanden. Vidare sägs i propositionen att kretsen av legitimerade yrkesutövare inte bör göras alltför vid (a. prop. s. 80 ff.).

Vidare innehåller LYHS bestämmelser om skyddad yrkestitel, ensamrätt till yrke, skyddad specialistbeteckning, särskilt förordnande att utöva yrke, specialistkompetens för läkare, tandläkare och sjuksköterskor samt begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder (de s.k. kvacksalveribestämmelserna).

Beslut i socialtjänsten

I 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453) anges bland annat att socialtjänstens insatser ska vara av god kvalitet och att det för utförande av socialnämndens uppgifter ska finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. I propositionen Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten, (prop. 2008/09:160), föreslås att paragrafen ska få en lydelse som bättre överensstämmer med vad som var avsikten vid dess tillkomst. Paragrafen föreslås ändras på så sätt att det anges att för utförande av uppgifter inom socialtjänsten ska det finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Vad som avses med lämplig utbildning eller erfarenhet regleras dock inte närmare i lagtexten.

En allmän beskrivning om personal finns också i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Enligt 6 §

nämnda lag ska det för verksamheten finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och en god service och omvårdnad ska kunna ges.

Internationella förhållanden

EU

Inom EU finns dels direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 som innehåller regler om att medlemsstaterna ska erkänna yrkeskvalifikationer som förvärvats i en annan medlemsstat, dels direktiv om patientrörlighet som håller på att förhandlas samt kommissionens grönbok Den europeiska arbetskraften inom vården, som berör hälso- och sjukvårdspersonal inom EU.

Norden

År 1981 ingicks en överenskommelse om en gemensam arbetsmarknad för vissa yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården och inom veterinärväsendet. Överenskommelsen träffades mellan Sverige, Norge, Danmark och Finland och trädde i kraft 1983. Den nuvarande överenskommelsen omfattar också Island och harmoniserades med EES-avtalet 1994. Överenskommelsen omfattar 21 yrken inom hälso- och sjukvården samt veterinäryrket.

Tredjeland

Den nuvarande ordningen för erkännande av hälso- och sjukvårdsutbildningar från länder utanför EU/EES inklusive Schweiz innebär att det tar mycket lång tid för många yrkesutövare att få behörighet att utöva sitt yrke i Sverige. I departementspromemorian Vägen till svensk legitimation för personer med hälso- och sjukvårdsutbildning från tredje land (Ds 2007:45) finns förslag som syftar till att skapa en bättre och snabbare erkännandeprocess för denna grupp. Förslagen till en ny erkännandeprocess bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Behovet av en översyn av vissa frågor inom behörighetsregleringen för hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Prövning utifrån dagens regelverk av några yrkesgruppers önskemål om reglering

I propositionen Legitimation och skyddad yrkestitel (prop. 2005/06:43) uttalade den dåvarande regeringen att den hade för avsikt att tillätta en utredning om behörighetsreglerna inom hälso- och sjukvården i framtiden.

Företrädare för flera yrkesgrupper har i samband med arbetet med Ds 2004:28 Legitimation och skyddad yrkestitel samt efterföljande proposition (a. prop.) framställt sina önskemål till regeringen om förändringar i regleringen av det yrke de representerar. De yrkesgrupper som det på detta sätt framfört önskemål om ny eller ändrad reglering är bl.a. arbetsterapeuter, cytodiagnostiker, optiker, ortoptister, osteopater, perfusionister, podiater, socionomer, tandtekniker och sjukgymnaster samt olika inriktningar inom psykoterapi som exempelvis massageterapeuter och gestaltpsykoterapeuter.

Avseende denna del av uppdraget, vill regeringen betona att principen om näringsfrihet ska utgöra utgångspunkt för utredaren och att patientsäkerhetsskäl ska vara avgörande för om ytterligare reglering av yrkesgrupper eller arbetsuppgifter ska införas. Regeringen vill också uppmärksamma utredaren på att några av de grupper som sökt legitimation redan är legitimationsyrken och att avsikten med uppdraget inte är att skapa ett system med ”dubbla legitimationer”.

Skyddad yrkestitel

Enligt 3 kap. 5 § LYHS får endast den som har legitimation för yrket, eller genomgår föreskriven praktisk tjänstgöring, använda den skyddade yrkestiteln. I 3 kap. 6 § LYHS föreskrivs att i yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område får den som saknar behörighet att använda en skyddad yrkestitel inte använda en titel som kan förväxlas med en skyddad yrkestitel.

Som skyddet för yrkestiteln är utformat i dag finns möjligheter att på ett vilseledande sätt erbjuda hälso- och sjukvårdstjänster eller liknande tjänster. Exempelvis kan man marknadsföra sig som fysioterapeut utan att vara legitimerad sjukgymnast, eller döpa sitt före-

tag till "Institutet för psykoterapi" utan att det finns personal som är legitimerade psykoterapeuter. Socialstyrelsen har tolkat LYHS så att dess tillsynsansvar inte omfattar dessa tjänster och styrelsen ingriper inte mot sådan tjänsteutövning i sin tillsyn. Socialstyrelsen har dock möjlighet att göra polisanmälan angående sådana fall, 8 kap. 5 § LYHS.

Regeringen anser att det är otillfredsställande att de som erbjuder allmänheten hälso- och sjukvårdsliknande tjänster inte kontrolleras i större utsträckning. Regeringen ser därför ett behov av att se över bestämmelserna om skyddad yrkestitel och gränssnittet mot sådana tjänster som ligger hälso- och sjukvården nära. Regeringen anser också att det finns ett behov av att utreda behovet av, och förutsättningarna för, en tillsyn över den verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära och som av allmänheten lätt kan förväxlas med hälso- och sjukvård.

Särskilt förordnande

Enligt 3 kap. 10 § LYHS prövas frågor om särskilt förordnande att utöva yrke av Socialstyrelsen. I 6 kap. 1 § FYHS föreskrivs att särskilt förordnande att utöva yrke enligt 3 kap. 10 § LYHS meddelas av Socialstyrelsen eller, efter styrelsens bemyndigande, av sådan nämnd som avses i 10 § HSL eller av någon annan myndighet. Socialstyrelsen har gett ut föreskrifter (SOSFS 2000:6) om särskilt förordnande att utöva läkaryrket för icke legitimerade läkare.

Med anledning av två aktuella och uppmärksammade fall som gäller läkarstudenter som dömts för allvarlig brottslighet har regeringen gett i uppdrag till Högskoleverket (U2009/766/UH) att se över lärosätenas bestämmelser om avskiljande av studenter under utbildning. Regeringen anser att det finns behov av att också se över nuvarande system med särskilda förordnanden att utöva yrke inom hälso- och sjukvården. En viktig fråga att granska är det förhållandet att landstingen i dag har en generell dispens att anställa läkare som inte har legitimation, även i de fall legitimation återkallats. Uppdraget att se över dessa bestämmelser ska ses som ett led i regeringens ambition att stärka förtroendet för och patientsäkerheten inom hälso- och sjukvården.

Optikernas arbetsuppgifter

Socialstyrelsen fick 2006 som en följd av proposition Legitimation och skyddad yrkestitel (prop. 2005/06:43), i uppdrag att se över optikernas arbetsuppgifter. Socialstyrelsen lämnade 2006 rapporten Synundersökning och synhjälpmedel – Optikerns arbetsuppgifter till regeringen (S2006/10277/HS). Förslagen rörde bl.a. bestämmelserna i 4 kap. LYHS om att prova ut eller tillhandahålla kontaktlinser. Regeringen bedömer att det finns behov av att ytterligare utreda och överväga denna fråga.

Specialistutbildning för vissa yrkesgrupper

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag genomfört en översyn av tandläkarnas specialistutbildning. Socialstyrelsen föreslår att åtgärder bör vidtas som syftar till att säkra kvaliteten i specialisttjänstgöringen samt att förtydliga Socialstyrelsens roll i specialisttandvården. Regeringen bedömer att det finns ett behov av att, med Socialstyrelsens rapport som grund, göra en förnyad utredning och bedömning också i denna fråga (S2006/5402/HS).

Det finns också anledning att se över det förhållande att det utbildas för få specialistsjuksköterskor jämfört med hälso- och sjukvårdens behov. Under flera år har detta varit ett problem för vårdgivarna som haft svårt att rekrytera ett tillräckligt antal specialistsjuksköterskor på många områden. Det finns flera orsaker till detta förhållande. Utbildningen kan, till skillnad från specialistläkarutbildning, inte genomföras med lön, vilket bl.a. innebär att sjuksköterskan ofta måste ta studielån. Ett annat hinder som beskrivits är att det kan vara svårt att kombinera en utbildning med familjeliv bland annat på grund av att många specialistutbildningar bara ges på vissa platser i landet. Den avslutade utbildningen leder inte alltid till några påtagliga skillnader i arbetsuppgifter eller lön, vilket naturligtvis också i vissa fall kan påverka intresset för att gå utbildningen.

Regeringen anser nu att det finns ett behov av att ge en utredare uppdraget att göra en övergripande utredning av frågan om bristen på specialistsjuksköterskor samt lämna förslag på åtgärder som ska syfta till att fler sjuksköterskor specialistutbildar sig.

Tandhygienistutbildningen

Tandhygienistutbildningen är i dag tvåårig (120 högskolepoäng). År 2005 valde dock cirka en tredjedel av samtliga utexaminerade tandhygienister att studera ytterligare ett år (180 högskolepoäng).

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att utreda förutsättningarna för en försöksverksamhet som skulle innebära att legitimerade tandhygienister får genomgå en utbildning som syftar till att ge dem en utvidgad kompetens med inriktning mot ingrepp i tandens hårdvävnader till följd av karies. Socialstyrelsen anser att nuvarande grundutbildning inte ger en tillräcklig grund för den aktuella vidareutbildningen. Socialstyrelsen ser som en första förutsättning för eventuella kompetenshöjande utbildningar att en treårig grundutbildning införs, Socialstyrelsens rapport (S2007/323/HS).

Regeringen bedömer att frågan om tandhygienistutbildningens innehåll och omfattning bör utredas.

Begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder

Som beskrivits ovan finns bestämmelser om begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder i 4 kap. LYHS, de s.k. "kvacksalveribestämmelserna". Dessa bestämmelser har i stort sett varit oförändrade sedan 1960.

Ofta förekommer det att titlar som "diplomerad" eller "certifierad", används i samband med yrkesbeteckningar som exempelvis samtalsterapeut, massör m.fl., utan att det finns någon av samhället reglerad eller godkänd utbildning bakom titeln och utan att den enskilde yrkesutövarens kompetens har prövats av Socialstyrelsen. Detta innebär att allmänheten kan vilseledas om vad man kan vänta sig av dessa yrkesutövare, exempelvis i fråga om kunskap och kompetens samt eventuellt också att den som erbjuder tjänsterna står under tillsyn av en myndighet. I de fall det uppstår problem ingriper inte Socialstyrelsen som tillsynsmyndighet.

Regeringen anser att det finns skäl att nu se över dessa bestämmelser i syfte att uppdatera dem samt att stärka konsumentens/patientens skydd. I översynen ingår att lämna förslag som ska förtydliga för allmänheten skillnaderna mellan å ena sidan vad som är hälso- och sjukvård och å andra sidan den marknad av tjänster som ligger hälso- och sjukvården nära, men som inte räknas dit. Som angetts ovan under rubriken "Skyddad yrkestitel" anser reger-

ingen att det finns ett behov av att utreda behovet av, och förutsättningarna för, en tillsyn över den verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära och som av allmänheten lätt kan förväxlas med hälso- och sjukvård.

Personer som för socialnämnds räkning utför handläggning, inklusive utredning, av och beslutsfattande i ärenden

Det yttersta syftet med socialtjänstens arbete är att ge kommuninvånarna bästa möjliga hjälp, stöd och service. Personalens kompetens och kompetensutveckling är centrala förutsättningar för en god kvalitet i det sociala arbetet.

Socialtjänsten ansvarar för att förbättra situationen för de mest utsatta grupperna i samhället t.ex. äldre personer med behov av omsorg, personer med behov av stöd utifrån funktionsnedsättning, flickor samt pojkar och familjer i socialt och ekonomiskt utsatta situationer, personer som är hemlösa, personer med missbruksproblem samt kvinnor som utsätts för hot och våld. Till ledning i detta arbete har Socialstyrelsen gett ut tre Allmänna råd om personalens kompetens vid handläggning och uppföljning av ärenden avseenden personer med funktionshinder (SOSFS 2008:32), ärenden som avser äldre (SOSFS 2007:17) och ärenden som avser barn och unga (SOSFS 2006:14).

Arbetet vid socialnämnden handlar många gånger om att fatta svåra, och för klienten helt avgörande, beslut. I allmänhet bedrivs det sociala arbetet på ett sätt som tillgodoser de enskilda klienternas behov av gott stöd. Exempel finns dock även på motsatsen. Det förekommer att personer med liten erfarenhet av området får ansvar för mycket svåra utredningar och beslut med långtgående inverkan på enskilda personers livssituation, t.ex. omhändertagande av barn eller stöd till personer med långvariga missbruks- och psykiska problem. Detta kan leda till mycket allvarliga konsekvenser för enskilda personer.

Tidigare utredningar och propositioner har pekat på svårigheterna med att reglera yrkesutövningen inom socialtjänsten. Samtidigt är det utifrån arbetsuppgifternas komplexitet och behovet av rätts-säkerhet och kvalitet för klienterna viktigt att kunna ställa krav på utbildning och lämplighet för dem som ska arbeta med handläggning, inklusive utredningar, av ärenden och beslutsfattande för socialnämndens räkning. Genom att tydliggöra vilken kunskap,

vilka färdigheter och vilket förhållningssätt som behövs för detta arbete, ökar förutsättningarna för att brukaren får insatser av god kvalitet.

Det faktum att vissa beslut inom socialtjänsten inte fattas av tjänstemän utan av en politisk nämnd har uppgetts vara ett hinder för vissa former av behörighetsreglering. Den frågan har hittills inte varit föremål för den grundliga analys som behövs för att man ska kunna göra en välgrundad bedömning av om så är fallet.

Det är utifrån ett klient- och brukarperspektiv angeläget att ytterligare utreda förutsättningarna för en behörighetsreglering av vissa arbetsuppgifter. Dels för att klargöra om rättsäkerheten och kvaliteten skulle höjas med en sådan ordning, dels för att utröna om det är möjligt att genomföra en sådan reglering inom ramen för nuvarande ansvarsfördelning och beslutsordning inom kommunerna.

Regeringen bedömer att det behövs en samlad kartläggning och analys av förutsättningarna för en behörighetsreglering inom ovan nämnda del av socialtjänstens verksamhet.

Uppdraget

Vård och omsorg ska kännetecknas av en hög patientsäkerhet och ett högt förtroende hos allmänheten. För att uppnå detta behövs bl.a. ett regelverk om behörighet för den personal som arbetar inom dessa sektorer.

En särskild utredare tillkallas för att utreda ett antal frågor som rör behörighetsregleringen inom hälso- och sjukvården, samt vissa frågor inom socialtjänsten. De förslag som utredaren lämnar ska alla syfta till att upprätthålla en hög patientsäkerhet och ett högt förtroende hos allmänheten för verksamheter inom såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst.

Prövning utifrån dagens regelverk av några yrkesgruppers önskemål om reglering, m.m.

Utredaren får i uppdrag att bedöma om fler yrkesgrupper än de som i dag är reglerade bör regleras och i så fall lämna förslag på hur regleringen ska se ut. Avseende denna del av uppdraget, vill regeringen betona att principen om näringsfrihet ska utgöra utgångspunkt för utredaren och att patientsäkerhetsskäl ska vara avgörande

för om ytterligare reglering av yrkesgrupper eller arbetsuppgifter ska införas. Regeringen vill också uppmärksamma utredaren på att några av de grupper som sökt legitimation redan är legitimationsyrken och att avsikten med uppdraget inte är att skapa ett system med ”dubbla legitimationer”.

Utredaren ska också utreda och lämna förslag till hur tandläkarnas specialisttjänstgöring bör regleras. Utredaren får även i uppdrag att utreda och lämna förslag på åtgärder som ska syfta till att fler sjuksköterskor specialistutbildas. Utredaren ska vidare utreda tandhygienistutbildningens innehåll och omfattning. Utredaren ska samråda med Högskoleverket i denna del av uppdraget.

Utredaren ska överväga om bestämmelserna om skyddad yrkestitel samt systemet med särskilt förordnande att utöva yrke inom hälso- och sjukvården är ändamålsenliga och lämna de förslag till ändringar som han eller hon anser skulle stärka patientsäkerheten.

Vidare får utredaren i uppdrag att se över frågan om optikernas arbetsuppgifter och pröva om gällande bestämmelser är ändamålsenliga och tillräckliga samt lämna förslag i frågan.

Begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder

Utredaren ska göra en översyn av bestämmelserna om begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder i 4 kap. LYHS i syfte att stärka konsumentens/patientens skydd samt att lämna förslag till de författningsändringar som utredaren anser det finns behov av. Utgångspunkt för utredarens översyn och förslag 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, samt att om utredaren anser att behov finns lämna förslag till hur en sådan tillsyn bör vara utformad.

Patientsäkerhet som utgångspunkt

Utredarens förslag ska utgå från den grundlagsfästa principen om näringsfrihet samt bygga på de principer som i dag ligger till grund för legitimation och behörighet. Om utredaren i sitt uppdrag kommer

till slutsatsen att någon eller några av de principer som i dag ligger till grund för bedömningen av vilka yrkesgrupper som ska vara reglerade behöver ändras, ska utredaren lämna förslag till ändringar i detta avseende. Utredaren får också lämna andra förslag till ändringar i behörighetsregleringen som är relaterade till uppdraget. Förslagen ska också 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.

Personer som för socialnämnds räkning utför handläggning, inklusive utredning, av och beslutsfattande i ärenden

Utredaren ska kartlägga och analysera behovet av samt förutsättningarna 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. Om utredaren finner att en behörighetsreglering för vissa arbetsuppgifter inom socialtjänsten är möjlig och lämplig, ska utredaren också lämna förslag på hur frågan fortsättningsvis kan hanteras. Utredaren ska samråda med Barnskyddsutredningen (S 2007:14).

Internationell reglering

Vid utarbetandet av förslag till förändringar ska utredaren ta hänsyn till de EG-rättsliga bestämmelser som gäller på hälso- och sjukvårdens område, som exempelvis Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer samt de EG-rättsliga bestämmelser som gäller på socialtjänstens område. Utredaren ska också ta hänsyn till den överenskommelse som finns mellan de nordiska länderna om en gemensam arbetsmarknad för viss hälso- och sjukvårdspersonal.

Övrigt

Utredaren ska, i förekommande fall, föreslå följdändringar i andra lagar och förordningar.

Utredaren ska beakta de skattemässiga effekterna av ändringar i legitimationsbestämmelserna.

Kostnadsberäkningar av förslagen och andra konsekvensbeskrivningar ska göras i enlighet med kommittéförordningens (1998:1474) bestämmelser. Det är av särskild vikt att utredaren redovisar ekonomiska konsekvenser av eventuella förslag om reglering inom socialtjänsten.

Utredaren ska i sitt arbete samråda med Högskoleverket, Läke- medelsverket, Socialstyrelsen och andra berörda organisationer.

Redovisning av uppdraget

Utredaren ska redovisa uppdraget senast den 1 oktober 2010.

(Socialdepartementet)

Förteckning över möten, konferenser och besök

Förteckning över enskilda möten med yrkesförbund, andra intressegrupper och myndigheter samt besökta konferenser och studiebesök

Möten med yrkesförbund och andra intressegrupper

1. Optikbranschen och Karolinska Institutet
2. Svensk Käkkirurgisk förening
3. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
4. Beteendeterapeutiska föreningen
5. Svensk sjuksköterskeförening
6. Sveriges Psykologförbund
7. Riksföreningen för Klinisk Cytologi och Naturvetarna
8. Vårdförbundet
9. Riksförbundet för Podiatrisk Medicin och Karolinska Institutet
10. Svensk Förening för Sjuksköterskor i Diabetesvård
11. Sveriges Tandhygienistförening
12. Sveriges Fotterapeuter
13. Akademikerförbundet SSR
14. Ortopedtekniska branschrådet
15. Föreningen Sveriges Socialchefer
16. Svensk Sjukhustandläkarförening
17. KomplementärMedicinska Högskolan
18. Sveriges Tandläkarförbund
19. Sveriges ögonläkarförening
20. Sveriges Kontaktlinsförening
21. Distriktssköterskeföreningen
22. Sveriges Tandteknikerförbund
23. Sveriges Kommuner och Landsting
24. Legitimerade Kiropraktorers Riksorganisation

25. Psykosyntesförbundet
26. Kommittén för Alternativ Medicin (KAM)
27. Kroppsterapeuternas Yrkesförbund
28. Sveriges Ideella Ortoptistförening
29. Svensk Perfusionistförening
30. Svensk Hörsel
31. Svenska Osteopatförbundet
32. Gestalt Akademien i Skandinavien och Sveriges Auktoriserade Gestaltterapeuter
33. Svenska Pedodontiföreningen
34. Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund
35. Sveriges läkarförbund
36. Svensk Optikerförening
37. Sveriges Kommuner och Landsting och Sveriges folktandvårdsförening
38. Privattandläkarna
39. Endodontiföreningen
40. Sveriges Tandläkarförbund
41. Tjänstetandläkarna
42. Sveriges Hudterapeuters Riksorganisation
43. Svenska Akupunkturförbundet
44. Svensk Kuratorsförening
45. Sveriges Medicinska Fotterapeuter
46. Svenska Tandsköterskeförbundet
47. UroTerapeutisk Förening
48. Torkel Falkenberg (Karolinska Institutet) och Ursula Flatters (Vidarkliniken)

Möten med myndigheter m.m.

1. Barnskyddsutredningen (S 2007:14)
2. Socialstyrelsen
3. Högskoleverket
4. Läkemedelsverket
5. Missbruksutredningen (S 2008:04)
6. Sophiahemmet
7. Utredningen om tredje steget inom tandvårdsstödet (S 2009:C)
8. Företrädare för grundutbildningar inom tandvården, möte på Karolinska Institutet

Konferenser, studiebesök m.m.

1. Specialistsjuksköterskans dag 090429
2. Studiebesök på Danderyds sjukhus, Klinisk Patologi/Cytologi 090910
3. Socialchefsdagarna i Västerås 091001
4. Nationellt forum för sjuksköterske- och specialistsjuksköterskeprogrammen 091106
5. Helse- og omsorgsdepartementet och Helsedirektoratet i Norge 091112
6. KomplementärMedicinska Högskolan i Malmö 100114
7. Forum för lärare på tandhygienistutbildningarna (SRAT) 091120
8. Specialistsjuksköterskans dag 100128
9. Nätverk för Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor (MAS) hos Sveriges Kommuner och Landsting 100128
10. Öppet seminarium om socialtjänstlagen (Socialutskottet) 100128
11. Nätverk socialchefer (Sveriges Kommuner och Landsting) 100205
12. Sundhetsstyrelsen i Danmark 100211
13. Ekshagastiftelsens vetenskapliga konferens med fokus på ”integrativ vård” och ”tarmekologi och allergi” 100422-23
14. Studiebesök på Medicinska fakulteten i Umeå 100427
15. Konferens om organisationsbildning för alternativ och komplementär medicin, AKM (Stockholms läns landsting) 100212
16. Lärosäten som anordnar tandhygienistutbildningen 100219
17. Verksamhetschefer med ansvar för specialistsjuksköterskor 100223 och 100305
18. Norrmalms stadsdelsnämnd 100308
19. Socionomdagarna 100413-14
20. Medicinska fakulteten i Umeå 100427
21. Kuratorsdagarna 100504
22. Stockholms läns landstings specialitetsråd för tand- och käk-sjukdomar 100517 och 100526

Deltagande organisationer i referensgruppen

1. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, seniorrådgivare Inga-Britt Lindström
2. Svenska Audionomföreningen, rådgivare Reza Zaranoe
3. Vårdförbundet, vice ordförande Lisbeth Löpare Johansson
4. Naturvetarna, förbundsdirektör Jörgen Ohlsson
5. Sveriges Läkarförbund, styrelseledamot Hans Hjelmqvist
6. Optikerförbundet, ordförande Paul Folkesson och VD Fredrik Thunell
7. Sveriges Psykologförbund, förbundsjurist Camilla Damell
8. Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund, FoU-chef Birgit Rösblad och Anna Pettersson
9. Sveriges Tandhygienistförening, universitetslektor AnnSofi Johannsen
10. Sveriges Tandläkarförbund, ordförande Gunilla Klingberg
11. SACO, kanslichef Anders Edward
12. Akademikerförbundet SSR, utvecklingschef Titti Fränkel
13. Sveriges Tandteknikerförbund, ordförande Bo Ekberg och VD Jan Eric Gyllenram
14. Vårdföretagarna, styrelseledamot Monica Hedberg och kvalitetschef Anita Sandberg
15. SKTF, socialpolitiskt ansvarig Yvonne Ahlström
16. Famna, Kvalitetsutvecklingsansvarig Thomas Schneider

Förteckning över hearings med intressegrupper m.fl.

Hearing med patient- och brukarorganisationer om frågorna i utredningens uppdrag, utom frågan om reglering av vissa arbetsuppgifter inom socialtjänsten

1. Svenska Diabetesförbundet
2. Riksförbundet Attention
3. Riksförbundet för hjälp åt narkotika och läkemedelsberoende, RFHL
4. Sveriges Pensionärers Riksförbund, SPRF
5. Elöverkänsligas Riksförbund
6. Neurologiskt Handikappades Riksförbund
7. Riksförbundet Trafikolycksfalls- och Polioskadade
8. Parkinsonförbundet
9. SPES, Riksförening för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd
10. Afasiförbundet
11. Autismförbundet

Hearing med patient- och brukarorganisationer avseende frågan om reglering av vissa arbetsuppgifter inom socialtjänsten

1. Pensionärernas riksorganisation, PRO
2. Sveriges pensionärsförbund, SPF
3. Sveriges Pensionärers Riksförbund, SPRF
4. Svenska Kommunalpensionärernas Förbund, SKPF
5. Anhörigas Riksförbund
6. Riksförbundet för barn, unga och vuxna med utvecklingsstörning, FUB
7. Samhällets Styvbarn
8. Elöverkänsligas Riksförbund

9. Hjärtebarnsförbundet
10. Autism- och Aspergerförbundet
11. Svenska Diabetesförbundet
12. Makalösa föräldrar
13. Riksförbundet Attention
14. Convictus

Hearing om specialistsjuksköterskor anordnad av Sveriges Kommuner och Landsting

Deltagare från landsting, regioner och kommunförbund i landet.

Två hearings anordnade tillsammans med Högskoleverket om specialistsjuksköterskeutbildningen

Deltagare från lärosäten som erbjuder specialistsjuksköterskeutbildning

Två hearings anordnade tillsammans med Högskoleverket med deltagare från föreningar för specialistsjuksköterskor

1. Astma och allergisjuksköterskeföreningen
2. Distriktssköterskeföreningen
3. Föreningen för sjuksköterskor inom gastroenterologi i Sverige
4. Föreningen för telefonrådgivning inom hälso- och sjukvård – TRIHS
5. Ortopedisjuksköterskor i Sverige
6. Psykiatriska riksföreningen
7. Riksföreningen för akutsjuksköterskor
8. Riksföreningen för anesthesi- och intensivvård
9. Riksföreningen för barnsjuksköterskor
10. Riksföreningen för företagssjuksköterskor
11. Riksföreningen för operationssjukvård
12. Riksföreningen för sjuksköterskor inom trauma
13. Riksföreningen för sjuksköterskor urologi
14. Riksföreningen för sjuksköterskor inom äldrevård
15. Riksföreningen för skolsköterskor
16. Riksföreningen för ögonsjukvård
17. Sjuksköterskor i cancervård

18. Sjuksköterskor för palliativ omvårdnad
19. Specialistföreningen för öron- näs och halssjuksköterskor
20. Svensk förening för sjuksköterskor i diabetesvård
21. Svensk njurmedicinsk sjuksköterskeförening
22. Sveriges sjuksköterskor inom området smärta
23. Vårdpersonal inom cardiologi

Hearing med organisationer för utövare av alternativa behandlingsformer

1. Register för Ackrediterade Counsellors i Sverige (RACS)
2. Näringsmedicinska Terapeutförbundet (NMTF)
3. Sveriges Auktoriserade Gestaltterapeuter (SAG)
4. Akupressurförbundet
5. Kroppsterapeuternas Yrkesförbund
6. Rosenmetodens yrkesförbund i Sverige
7. Förenade Reikiförbundet i Sverige
8. Svenska Naturmedicinska Sällskapet, SNS
9. Gestalt Akademin
10. Svenska Akademin för Klassisk Homeopati
11. Nätverket Hela Barn i Sverige
12. Svenska Akupunkturförbundet
13. Branschrådet Medicinsk Massageterapi
14. Svenska Homeopaters Riksförbund
15. Branschrådet Svensk Massage
16. Sveriges Hudterapeuters Riksorganisation (SHR)
17. Skandinaviska Förbundet för Komplementär medicin (SFKM)
18. Svenska Naturläkarförbundet (SNLF)
19. Näringsmedicinska Terapeutförbundet (NMTF)
20. KAM
21. Förbundet för Musikterapi i Sverige (FMS)
22. Psykosyntesförbundet
23. Svenska Osteopatförbundet
24. Förbundet för Antroposofisk Medicin i Sverige (SAMT)
25. Psykosyntesföreningen och Psykosyntesakademin

Förteckning över diagnostiska läkemedel

Myadrika och cykloplegika

Antikolinergika

- Cyklopentolat
 - Cyclogyl – Alcon 1 %
 - Cyclopentolat Chauvin – Novartis Ophthalmics 1 %

- Tropikamid

- Mydriacyl – Alcon 0,5 %
- Tropikamid Chauvin – Novartis Ophthalmics 0,5 %

Sympatomimetika

- Fenylefrin
 - Phenylephrine hydrochlorid Chauvin – Novartis Ophthalmics 10 %

Lokalanestesi

- Oxibuprokain
 - Oxibuprokain Chauvin – Novartis Ophthalmics 0,4 %
- Tetrakain
 - Tetrakain Chauvin – Novartis Ophthalmics 0,4 %
- Lidokain-fluorescein kombination
 - Fluress – Abigo
 - Lidokain-Fluorescein Chauvin – Novartis Ophthalmics 4 och 0,25 %

Examensordning för specialistsjuksköterskeexamen

bilaga 2 till högskoleförordningen (1993:100)

Mål

För specialistsjuksköterskeexamen skall studenten visa sådan kunskap och förmåga som krävs för att självständigt arbeta som specialist-sjuksköterska.

Kunskap och förståelse

För specialistsjuksköterskeexamen med respektive inriktning skall studenten

- visa kunskap om områdets vetenskapliga grund och insikt i aktuellt forsknings- och utvecklingsarbete samt kunskap om sambandet mellan vetenskap och beprövad erfarenhet och sambandets betydelse för yrkesutövningen, och
- visa fördjupad kunskap i planering, ledning och samordning av vård- och hälsoarbetet.

Färdighet och förmåga

För specialistsjuksköterskeexamen med respektive inriktning skall studenten

- visa fördjupad förmåga att självständigt och i samverkan med patient och närstående identifiera vårdbehov och upprätta omvårdnadsplan,
- visa förmåga att leda och utvärdera omvårdnadsåtgärder,

- visa fördjupad förmåga att initiera, genomföra och utvärdera hälsofrämjande och förebyggande arbete,
- visa förmåga att integrera kunskap samt analysera, bedöma och hantera komplexa frågeställningar och situationer,
- visa förmåga att medverka vid och självständigt utföra undersökningar och behandlingar inklusive vård i livets slutskede, och
- visa vårdpedagogisk förmåga.

Värderingsförmåga och förhållningssätt

För specialistsjuksköterskeexamen med respektive inriktning skall studenten

- visa självkännedom och empatisk förmåga,
- visa förmåga att med helhetssyn på människan göra åtgärdsbedömningar utifrån relevanta vetenskapliga, samhälleliga och etiska aspekter med särskilt beaktande av de mänskliga rättigheterna,
- visa förmåga till ett professionellt förhållningssätt gentemot patienter och deras närstående, och
- visa förmåga att identifiera sitt behov av ytterligare kunskap och att fortlöpande utveckla sin kompetens.

Inriktningar

För specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot anestesijukvård skall studenten också

- visa förmåga att ansvara för övervakning och utförande av lokal och generell anestesi, analgesi och sedering i samband med operationer, undersökningar och behandlingar av patienter, och
- visa förmåga att tillämpa sina specialistkunskaper vid stora olyckor och katastrofer.

För specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot intensivvård skall studenten också

- visa förmåga att observera och bedöma funktionen hos patienter avseende alla organsystem och patientens psykiska tillstånd samt förmåga att vid behov initiera och självständigt utföra medicinska åtgärder, och

- visa förmåga att tillämpa sina specialistkunskaper vid stora olyckor och katastrofer.

För specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot operations-sjukvård skall studenten också

- visa förmåga att ansvara för aseptik, instrumentering, infektions- och komplikationsförebyggande åtgärder i samband med operationer, behandlingar och undersökningar av patienter samt förmåga att hantera biologiska preparat, och
- visa förmåga att tillämpa sina specialistkunskaper vid stora olyckor och katastrofer.

För specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård skall studenten också

- visa förmåga att självständigt bedöma den sjukes eller skadades somatiska och psykiska status och omedelbara behov samt visa förmåga att genomföra de åtgärder som krävs för patienter under starkt varierande förhållanden, och
- visa förmåga att tillämpa sina specialistkunskaper vid stora olyckor och katastrofer.

För specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot kirurgisk vård skall studenten också

- visa förmåga att hos patienter med behov av kirurgiska insatser observera, bedöma och åtgärda komplexa vårdbehov.

För specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot medicinsk vård skall studenten också

- visa förmåga att hos patienter inom medicinsk vård observera, bedöma och åtgärda komplexa vårdbehov.

För specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot onkologisk vård skall studenten också

- visa förmåga att hos patienter med behov av onkologisk vård observera, bedöma och åtgärda komplexa vårdbehov, och
- visa sådan kunskap och färdighet som krävs för att arbeta med bland annat cytostatikaterapi och strålbehandling.

För specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar skall studenten också

- visa förmåga att självständigt bedöma, planera, genomföra och utvärdera de åtgärder som behövs för att främja den fysiska, psykiska och sociala hälsan och förebygga uppkomsten av sjukdom och sjukdomskomplikationer,
- visa förmåga att hos barn och ungdomar i olika utvecklingsstadier observera, bedöma och åtgärda komplexa vårdbehov, och
- visa sådan kunskap som krävs för att ansvara för hälsoundersökning och vaccinationsverksamhet.

För specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot psykiatrisk vård skall studenten också

- visa förmåga att observera, bedöma, åtgärda och utvärdera komplexa vårdbehov,
- visa förmåga att möta människor i kris, och
- visa sådan kunskap och färdighet som krävs för att medverka i behandling, habilitering och rehabilitering inom psykiatrisk vård och omsorg.

För specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot vård av äldre skall studenten också

- visa förmåga att självständigt bedöma, planera, genomföra och utvärdera de åtgärder som behövs för att främja den fysiska, psykiska och sociala hälsan och förebygga uppkomsten av sjukdom och sjukdomskomplikationer, och
- visa förmåga att hos äldre patienter observera och bedöma komplexa behov av vård och rehabilitering.

För specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot distriktsköterska skall studenten också

- visa förmåga att självständigt bedöma, planera, genomföra och utvärdera de åtgärder som behövs för att främja fysisk, psykisk och social hälsa hos patienter och förebygga uppkomsten av sjukdom och sjukdomskomplikationer,
- visa förmåga att observera och bedöma komplexa behov av vård, habilitering och rehabilitering hos patienter, och
- visa sådan kunskap som krävs för att ansvara för hälsoundersökning och vaccinationsverksamhet.

Självständigt arbete (examensarbete)

För specialistsjuksköterskeexamen skall studenten inom ramen för kursfordringarna ha fullgjort ett självständigt arbete (examensarbete).

Övrigt

För specialistsjuksköterskeexamen skall studenten ha fullgjort en verksamhetsförlagd del av utbildningen av en omfattning som är anpassad efter behovet för respektive inriktning.

I examensbeviset skall utbildningens inriktning anges.

För en specialistsjuksköterskeexamen med en viss inriktning skall också de preciserade krav gälla som varje högskola själv bestämmer inom ramen för kraven i denna examensbeskrivning.

Principöverenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet

PRINCIPÖVERENSKOMMELSE

om ett statligt övertagande av huvudmannaskapet för landstingens vårdhögskoleutbildningar mellan svenska staten och Landstingsförbundet

Bilaga 3 till prop. 2000/01:71

Stockholms läns landsting, Uppsala läns landsting (Landstinget i Uppsala län), Södermanlands läns landsting (Landstinget Sörmland), Östergötlands läns landsting (Landstinget i Östergötland), Jönköpings läns landsting (Landstinget i Jönköpings län), Kronobergs läns landsting (Landstinget Kronoberg), Kalmar läns landsting (Landstinget i Kalmar län), Blekinge läns landsting (Landstinget Blekinge), Skåne läns landsting (Region Skåne), Hallands läns landsting (Landstinget Halland), Västra Götalands läns landsting (Västra Götalandsregionen), Värmlands läns landsting (Landstinget i Värmland), Örebro läns landsting, Västmanlands läns landsting (Landstinget Västmanland), Dalarnas läns landsting (Landstinget Dalarna), Gävleborgs läns landsting (Landstinget Gävleborg), Västernorrlands läns landsting (Landstinget Västernorrland), Jämtlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting och Gotlands kommun

är i dag huvudmän för vårdhögskoleutbildningarna, dvs. utbildning till arbetsterapeut, audionom, barnmorska, biomedicinsk analytiker, sjukgymnast, sjuksköterska (inkl specialistutbildningar) och tandhygienist samt utbildning inom social omsorg.

Med huvudmannaskap förstås i denna överenskommelse det övergripande ansvaret för att organisera, genomföra och finansiera högskoleutbildningar inom vårdområdet. De förhållanden, som redovisas nedan, där den statliga högskolan på uppdrag av landstingen svarar för själva genomförandet av nämnda utbildningar innebär inte att staten är huvudman.

Med landsting avses i det följande samtliga landsting, inklusive Region Skåne och Västra Götalandsregionen, och Gotlands kommun.

BAKGRUND

1977 omorganiserades den svenska högskolan och högskolebegreppet vidgades. Detta som en följd av Högskoleutredningen, U68, som i sitt betänkande (SOU 1973:2) presenterade ett förslag till omstrukturering av den svenska högskolan där högskolan indelades i en statlig och en kommunal högskolesektor. Med anledning av omorganisationen föreskrevs i då gällande högskolelag, (1977:218), att huvudman för högskolan är staten samt, efter medgivande av regeringen eller myndighet som regeringen utser, kommun och landstingskommun. Enligt nu gällande högskolelag (1992:1434) får kommuner och landsting anordna högskolor endast med regeringens medgivande.

Huvudmannaskapet för vårdhögskoleutbildningarna har varit föremål för utredningar och diskussioner alltsedan reformen 1977 och riksdagen beslöt 1991 att huvudmannaskapsfrågan för de s.k. medellånga vårdutbildningarna åter skulle utredas. I enlighet med innehållet i propositionen Utbildning och forskning – Kvalitet och konkurrenskraft (prop. 1993/1994:177) beslöt regeringen att skapa utrymme för alternativa samarbetsformer i syfte att höja kvaliteten och forskningsanknytningen i vårdhögskoleutbildningarna. Därmed gavs landstingen möjlighet att genom avtal med staten överlämna utbildningsuppdrag till statliga universitet och högskolor. Under åren 1995–1999 kom samtliga landsting med undantag av Jönköpings läns landsting och Gotlands kommun att teckna sådana avtal med staten.

I juni 1998 tillsatte regeringen den s.k. Vårdkommissionen med uppgift att bland annat kartlägga rekryteringsbehovet inom vård- och omsorgssektorn, analysera villkor som påverkar rekryteringen samt ge förslag till åtgärder mot kommande bristsituation inom vården. Kommissionen redovisade sitt arbete i rapporten Den

ljusnande framtid är vård (Ds 1999:44). I rapporten föreslog kommissionen beträffande landstingens vårdhögskoleutbildningar att huvudmannskapet för dessa i sin helhet borde överföras till staten senast år 2001. Regeringen avsåg att i detta syfte snarast inleda diskussioner med landstingen. I budgetpropositionen för år 2000 (1999/2000:1) framförde regeringen också att man hade för avsikt att inleda förhandlingar med landstingen i syfte att klargöra under vilka förutsättningar det samlade huvudmannskapet för de nuvarande landstingskommunala vårdhögskoleutbildningarna kan överföras till staten. Med anledning av detta tillsatte regeringen i april 2000 en förhandlingsdelegation med representanter för Utbildningsdepartementet och Finansdepartementet. Likaså utsåg Landstingsförbundets styrelse i mars 2000 en förhandlingsdelegation inför kommande överläggningar med staten.

NULÄGE OCH GÄLLANDE AVTAL

Avtalen som 1995–1999 tecknats mellan landsting och respektive högskola omfattar ramavtal, överflyttningsavtal och utbildningsavtal. Av ramavtalen framgår de övergripande villkoren för överlämnande av uppdraget till staten, avtalens varaktighet samt former för förlängning/upsägning av avtalen, former för ersättning m.m. Överflyttningsavtalen omfattar själva överförandet till den statliga högskolan, formerna för övertagande av personal, frågor som rör de studenter som antagits till utbildning, ersättningen för lokaler, inredning och utrustning m.m. I utbildningsavtalen regleras den ekonomiska ersättningen för helårsstudenter och helårsprestationer, utbildningarnas inplacering i olika utbildningsområden, utbildningens lokalisering samt övriga individuella överenskommelser som har bedömts nödvändiga. Två typer av utbildningsavtal förekommer. Dels de som tecknades före den 1 december 1997 dels de som tecknades efter detta datum. Inom varje avtalstyp finns två modeller där den ena har en uppdragsliknande och mer preciserad utformning medan den andra endast har en generell ram med fastställt belopp. Klinisk praktik är antingen inräknad i det totala beloppet eller ”utan kostnad tillhandahållen”. Avtalens giltighet anges som tillsvidare med en ömsesidig uppsägningstid eller med ett fast datum för upphörande. Inget avtal löper ut under år 2000 och 2001.

Mot bakgrund av ovanstående har parterna denna dag träffat följande överenskommelse och enats om följande avsiktsförklaring, vilka grundar sig på en samsyn att utbildningarna i fråga bäst genomförs och utvecklas under ett statligt huvudmannaskap men i ett nära samarbete med landstingen.

FÖRÄNDRAT HUVUDMANNASKAP

§1

Parterna är överens om att huvudmannaskapet för vårdhögskoleutbildningarna skall övergå till staten den 1 januari 2002 i enlighet med vad som anförs nedan.

PARTERNAS AVSIKTSFÖRKLARING

§2

Parterna är överens om att utbildningsvolymen inom vårdhögskoleområdet skall öka. På grundval av utbildningsvolymen 1998 bedömde Vårdkommissionen, att utbildningen av sjuksköterskor borde ökas med 1000 nybörjarplatser för att tillgodose en förväntad efterfrågeökning. Denna volymökning är till betydande delar redan förverkligad genom landstingens insatser under de senaste åren. I det fall att riksdagen under våren 2001 beslutar om ett förändrat huvudmannaskap avser regeringen att föreslå riksdagen att redan under år 2001 tillföra nya utbildningsplatser till vårdhögskoleområdet. Vidare avser staten att, vid ett förändrat huvudmannaskap, under de närmaste åren verka för en fortsatt volymökning inom vårdhögskoleområdet.

§3

En utbyggd vårdhögskoleutbildning förutsätter ett effektivt utnyttjande av såväl högskolans utbildningskapacitet som landstingens vårdorganisation. Vid övertagandet av huvudmannaskapet har staten för avsikt att ta tillvara nuvarande struktur i form av de högskolor där vårdhögskoleutbildning idag bedrivs.

§4

Staten avser att erbjuda de fristående högskolorna, Röda Korsets högskola, Sophiahemmets sjuksköterskehögskola och Ersta Sköndal högskola ett utbildningsuppdrag med i huvudsak samma omfattning och inriktning som då Karolinska institutet erhöll utbildningsuppdraget beträffande vårdhögskoleutbildningarna från Stockholms läns landsting.

§5

Ett överförande av huvudmannskapet för vårdhögskoleutbildningarna till staten medför att dessa blir en del av den etablerade högskolekultur som finns vid statliga universitet och högskolor. Detta ger vårdhögskoleutbildningarna samma villkor och möjligheter som gäller för övrig högskoleutbildning.

Regeringen inleder redan år 2001 en förstärkning av forskningen inom vårdområdet vilket framgår av regeringens proposition om Forskning och förnyelse (prop. 2000/01:3) liksom av budgetproposition för 2001 (prop. 2000/01:1) om satsning på forskarskola och forskning inom vård- och omsorgsområdet.

§6

En väl fungerande klinisk praktik är av grundläggande betydelse för en bra vårdhögskoleutbildning. Vid ett statligt huvudmannskap är högskolan beroende av att landstingen även fortsättningsvis tillhandahåller praktikplatser i sin verksamhet. Inriktningen är att landstingen skall erbjuda minst det antal praktikplatser med inriktning mot landstingskommunal verksamhet som högskolan disponerar vid övertagandet och att genom ytterligare praktikplatser tillgodose framtida behov. Parterna är ense om vikten av samverkan mellan högskola och vårdgivare för att utveckla den kliniska praktiken.

§7

Det uppdrag som landstingen lagt på den statliga högskolan har lett till ett förtroendefullt samarbete. Parterna är ense om vikten av en fortsatt och utvecklad samverkan mellan landsting och högskola i utbildningsfrågor även vid ett statligt huvudmannskap för vårdhögskolorna. I denna samverkan utgör landstingens representation i berörda högskolestyrelser ett betydelsefullt inslag.

§8

De regionala frågorna har kommit alltmer i fokus för landstingen och kommunerna. Parterna är därför ense om att samverkansformerna behöver utvecklas mellan landstingen och högskolan för en gemensam strävan att förbättra förutsättningarna för tillväxt i regionen. Denna samverkan är en viktig del i högskolans fullgörande av sin s.k. tredje uppgift.

EKONOMISK REGLERING

§9

Överföring av huvudmannskapet för vårdhögskoleutbildningarna till staten medför en reducering av det generella statsbidraget till landstingen under utgiftsområde 25 från och med år 2002 med 1 420 miljoner kronor.

§10

Det statsbidrag som för närvarande utgår till landstingen för utbildning till vårddyrken upphör att gälla från och med år 2002. Detta gäller den särskilda fördelningen till landsting/kommun som finns angiven under utgiftsområde 16, anslag 25:69 avseende Enskilda och kommunala högskoleutbildningar.

§11

Landstingen omfattas av det kommunala utjämningsystemet. I utjämningsystemet ingår bl.a. utjämning för kostnadsskillnader (kostnadsutjämning) avseende landstingskommunal högskoleutbildning. Som en konsekvens av förstatligandet av vårdhögskolorna skall kostnadsutjämnningen från och med år 2002 inte omfatta högskoleutbildning. Regeringen avser därför att föreslå riksdagen att ändra i lagen (1995:1515) om utjämningsbidrag till kommuner och landsting och i lagen (1995:1516) om utjämningsavgift för kommuner och landsting i enlighet därmed.

§12

I det belopp som anges i § 9 ingår ersättning för klinisk praktik. Parterna är överens om att frågor rörande den kliniska praktiken skall regleras i avtal mellan högskola och landsting senast vid den tidpunkt då huvudmannskapet övergår till staten. Om inte annat överenskomms mellan högskola och landsting erhåller landstinget er-

sättning från högskolan för den kliniska praktik, som är förlagd till landstingets verksamheter, med 1 200 kr per student och praktikvecka.

§13

I så kallade överflyttningsavtal, som samtliga landsting med undantag för Jönköpings läns landsting och Gotlands kommun under åren 1995–1999 tecknat med staten, regleras kostnader för statens övertagande av personal, studenter, lokaler, inventarier, avtal med tredje man m.m. För Jönköpings läns landsting, som bedriver utbildning vid Hälsohögskolan i Jönköping, är ovanstående förhållanden oreglerade gentemot staten. Även vid ett statligt huvudmannaskap kommer vårdhögskoleutbildningar att bedrivas i Jönköpings län. I det fall staten avser att själv bedriva utbildningen behöver en särskild överenskommelse i form av ett överflyttningsavtal tecknas mellan staten och Jönköpings läns landsting. I den reglering som avses i 9–12 §§ ingår inte de ekonomiska konsekvenserna av ett sådant överflyttningsavtal. För Gotlands kommun där kommunen inte själv bedriver någon vårdhögskoleutbildning är tecknande av överflyttningsavtal inte aktuellt. Karolinska institutet har idag, genom avtal med Gotlands kommun och i samverkan med kommunen, viss vårdhögskoleutbildning förlagd till Visby. Regeringen avser att vid ett statligt huvudmannaskap uppdra åt Karolinska institutet att långsiktigt fortsätta sitt engagemang på Gotland. Detta behöver regleras i särskild överenskommelse mellan kommunen och institutet.

ÖVERENSKOMMELSENS IKRAFTTRÄDANDE

§14

Denna överenskommelse blir gällande när den har godkänts av

- regeringen och Landstingsförbundets styrelse,
- samtliga landsting inkl. Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Gotlands kommun
- riksdagen

samt när staten och samtliga landsting, förutom Jönköpings läns landsting och Gotlands kommun, har enats om att de ramavtal som har slutits angående överflyttning av vårdhögskoleutbildning skall

upphöra att gälla den dag som ett ändrat huvudmannaskap träder i kraft.

Undertecknat i Stockholm den 11 januari 2001 i två likalydande exemplar av vilka parterna tagit var sitt.

För svenska staten

För Landstingsförbundet

Agneta Bladh

Sören Gunnarsson

Ulf Wetterberg

Yrkesorganisationer och forskning inom alternativ- och komplementärmedicin

Inom området för alternativ- och komplementärmedicin finns ett stort antal organisationer inom olika terapier. I denna bilaga beskrivs några av dessa med utgångspunkt från uppgifter som inhämtats via Internet. Listan över organisationer är inte uttömmande utan urvalet har gjorts med utgångspunkt från deltagandet i vår hearing den 21 april 2010 och tillgängligheten till information om organisationen. Avsikten är att ge en bild av området och de organisationer som kan bli aktuella för det register vi föreslår i avsnitt 18.2.

Avslutningsvis finns även en kort beskrivning av forskning inom området.

Yrkesorganisationer

Antroposofisk medicin

Antroposofisk medicin utövas av bl.a. legitimerade läkare och sjuksköterskor och i samarbete med den etablerade hälso- och sjukvården. Bland de särskilda antroposofiska behandlingsmetoderna finns olika former av konstnärliga terapier. Det finns särskilda antroposofiska läkemedel som framställts från växter eller mineral. I Sverige ges antroposofisk vård bl.a. vid sjukhuset Vidarkliniken i Järna. Det finns en förening för läkare inom antroposofisk medicin, Läkareföreningen för antroposofiskt orienterad medicin.

Branschrådet Komplementär Medicin

Branschrådet certifierar terapeuter inom Skandinaviska Förbundet Komplementär Medicin. För att bli certifierad måste den sökande uppfylla krav på utbildning i anatomi, fysiologi och patologi om 320 studietimmar, ha diplom i en yrkesutbildning som godkänts av rådet samt bli godkänd vid ett särskilt prov. Provet omfattar 80 frågor och besvaras via Internet.

Branschrådet Medicinsk Massageterapi

Branschrådet Medicinsk Massageterapi är en ideell förening. Medlem kan vara förbund som organiserar medicinska massageterapeuter, lärosäte som utbildar medicinska massageterapeuter och medicinska massageterapeuter utbildade i enlighet med de kriterier som Branschrådet Medicinsk Massageterapi fastställer samt studerande och stödmedlemmar.

Branschrådet Svensk Massage

Branschrådet Svensk Massage består av förbund och skolor. Medlemmar i rådet är för närvarande Kroppsterapeuternas Yrkesförbund och tolv skolor. Rådet vill värna om massörers yrkesskicklighet och branschens seriositet samt representera branschen inför regering och EU. I rådets information anges att dess huvuduppgift är att inom ramen för det frivilliga samarbetet kvalitetssäkra seriös utbildning och certifiera massörer för att garantera branschen välutbildade massörer och eftersträva ökad patientsäkerhet.

Branschrådet certifierar massörer och för att bli certifierad måste den sökande bli godkänd vid teoretiska och praktiska certifieringsprov och bedömas lämplig för massöryrket av utbildaren. Det teoretiska provet är skriftligt. Provet omfattar 100 frågor av flervalskaraktär med ett stort inslag av bildfrågor. Det har sin tyngdpunkt på anatomi men tar också upp fysiologi, grundmedicin, massage och stretching. I det praktiska provet ska den som ansöker om certifiering visa att han/hon kan genomföra en helkroppsmassage. Behandlingen ska därvid anpassas till klientens önskemål och behov samtidigt som varierande grepp och tekniker ska användas. Den sökande ska vidare visa att hon/han kan palpera ett antal namngivna muskler och strukturer och också göra terapeutisk tøj av några givna

muskler och visa lämpliga egentöjar av desamma. Man tar också upp bl.a. patientmottagande, anamnestagning, tester, behandling, handlag och utförande samt patientmottagande.

Branschrådet har vidare antagit etiska regler som medlemmarna har förbundit sig att följa.

Förbundet för musikterapi i Sverige

Förbundet för musikterapi i Sverige organiserar Sveriges yrkesverksamma musikterapeuter och andra musikterapi intresserade runt om i landet.

Förenade Reikiförbundet i Sverige

Förenade Reikiförbundet i Sverige är ett riksförbund för enskilda medlemmar samt andra Reikiorganisationer. Förbundet är ideellt, partipolitiskt och religiöst obundet. Förbundet verkar för att sprida Reiki samt att utbyta erfarenheter och sprida kunskap inom området, förena alla Reikiutövare i Sverige, verka för och stödja bildandet av lokala nätverk samt verka för att kvalitetssäkra Reikiutbildningarna. Medlemskap kan var och en få som har genomgått Reiki I-utbildning, som ansluter sig till förbundets stadgar och etiska principer och som betalar fastställd avgift. I dokument om vägledande etik anges bl.a. att medlemmar ska iaktta tystnadsplikt i sin verksamhet som Reikiutövare, alltid uppmana kunden att uppsöka läkare om denne är i uppenbart behov av detta, aldrig uppmana kunden att avbryta pågående läkarvård och medicinering och känna till och respektera lagstiftningen som berör Reikihealing.

KAM

En av de större organisationerna inom alternativ- och komplementärmedicinen i Sverige är KAM (Kommittén för Alternativ Medicin). KAM bildades år 1984 i samband med att alternativmedicinkommittén tillsattes. KAM är en ideell, religiöst och partipolitiskt obunden förening och den är en branschorganisation samt ett kontrollorgan för förbund och skolor som ingår i KAM. I KAM ingår Näringsmedicinska Terapeutförbundet (NMTF), Föreningen för Medicinsk Qigong (FMQ) och Svenska Naturmedicinska Sällskapet (SNS) samt

Alternativmedicinska Skolgruppen för utbildningsanordnare inom området.

KAM har ett auktorisationsförfarande med krav på medlemskap i godkänt komplementär- och alternativmedicinskt förbund, godkänd utbildning i komplementär- och alternativmedicin och utbildning i basmedicin. Auktorisationen är uppdelad i två titlar:

- Auktoriserad Kroppsterapeut med en basmedicinsk utbildning motsvarande minst 20 studieveckor heltid på högskolenivå
- Auktoriserad Komplementär- och Alternativmedicinare med en basmedicinsk utbildning motsvarande minst 40 studieveckor heltid på högskolenivå.

Auktorisationen är öppen för alla som uppfyller KAM:s auktorisationsnorm, som innebär att personen i fråga ska

1. ha genomgått basmedicinsk utbildning i enlighet med KAM:s norm om minst motsvarande 20 respektive 40 studieveckor på högskolenivå samt
2. inneha fullvärdigt medlemskap i ett av KAM godkänt yrkesförbund inom den komplementär- och alternativmedicinska sektorn med krav på adekvat och gedigen utbildning.

Frågor om auktorisation prövas av ett auktorisationsråd inom KAM. Auktoriserade komplementär- och alternativmedicinare samt auktoriserade kroppsterapeuter erhåller bevis att de uppfyller KAM:s auktorisationskrav. De auktoriserade finns intagna i ett register. Det sker en årlig kontroll av de auktoriserade att de är medlemmar i ett av KAM godkänt förbund och att de innehar ansvarsförsäkring. De auktoriserade är vidare förpliktigade att följa KAM:s etiska regler samt för branschen tillämpliga lagar och förordningar. I de etiska reglerna som KAM tagit fram anges, utöver vad som nyss nämnts, bl.a. att terapeuten inte ska arbeta utanför sitt kompetensområde och inte underlåta att anlita annan medicinsk sakkunskap om han eller hon vid undersökningen finner sådan erforderlig. Vidare har terapeuten tystnadsplikt. Terapeuten ska avhålla sig från oseriös marknadsföring. Hos KAM finns inrättat en ansvarsnämnd som prövar disciplinära frågor. Antalet auktoriserade komplementär- och alternativmedicinare samt kroppsterapeuter 2009/2010 är 124 personer.

Kroppsterapeuternas Yrkesförbund

I Branschrådet Svensk Massage ingår som nämnts ett yrkesförbund – Kroppsterapeuternas Yrkesförbund. Förbundet, som i dess nuvarande form bildades år 2001, har cirka 4 700 medlemmar, varav merparten är massörer (3 900). Medlemmarna är ayurvedamassörer, akupressörer, aromaterapeuter, kinesioleger, massörer, shiatsu-terapeuter, spa- och kurterapeuter, zonterapeuter och taktilaterapeuter. Utbildningen inom dessa terapier omfattar mellan 200–375 timmar inom respektive terapi samt en medicinsk grundkurs motsvarande undersköterskenivå på gymnasiet. Massörer måste vara certifierade av Branschrådet Svensk Massage för att bli medlemmar i Kroppsterapeuternas yrkesförbund. För övriga terapeuter krävs, förutom medicinsk grundkurs, viss specifik terapiutbildning för medlemskap i förbundet. Tre olika kompetensnivåer registreras; medlemskapsnivå, medicinsk kvalitetscertifierad kroppsterapeut och auktorisation. Det som skiljer nivåerna åt är den basmedicinska nivån (10 hp, 30 hp, 60 hp).

Inom Kroppsterapeuternas Yrkesförbund finns ett etiskt råd.

För att kvalitetssäkra medlemmarnas kompetens har förbundet inlett arbete för att validera det icke-formella lärandet. Inlärningsresultaten fastställs genom att beskriva kunskaper, färdigheter och kompetenser. Det system som används är internationellt beprövat och kommunicerbart med den europeiska referensramen för livslångt lärande, European Qualification Framework (EQF) som kommer att implementeras i Sverige.¹

Näringsmedicinska terapeutförbundet

Näringsmedicinska Terapeutförbundet ingår i KAM. Förbundet certifierar näringsterapeuter och näringsmedicinska terapeuter. Inträdeskraven för näringsterapeut är grundutbildning motsvarande totalt minst 90 högskolepoäng där 60 poäng omfattar näringsterapi och minst 30 poäng basmedicin. För certifiering som näringsterapeut krävs vidareutbildning om totalt minst 120 högskolepoäng, varav minst 60 poäng i näringsterapi och minst 60 poäng i basmedicin samt minst ett års yrkeserfarenhet. För certifiering som näringsmedicinare krävs minst 180 högskolepoäng, varav minst 120 poäng

¹ Europaparlamentets och rådets rekommendationer av den 23 april 2008 om en europeisk referensram för kvalifikationer för livslångt lärande (2008/C 111/01).

näringsterapi och minst 60 poäng basmedicin, samt minst ett års yrkeserfarenhet. Certifierade näringssterapeuter och näringsmedicinare kan auktoriseras och kvalitetssäkras genom KAM.

Psykosyntesförbundet

Psykosyntesförbundet är ett yrkesförbund som är öppet för personer som arbetar utifrån psykosyntesens värdegrund och metoder. Psykosyntesförbundet grundades 2004. Medlemskap i förbundet sökes hos förbundsstyrelsen. Till ordinarie medlem kan den antas som har minst en 1-årig utbildning i psykosyntes med yrkesdiplom från utbildningsanstalt som är godkänd av förbundet. Psykosyntes-studerande och andra intresserade kan bli stödmedlemmar.

Psykosyntesföreningen

Föreningen är en yrkesorganisation för professionella psykosyntes-terapeuter och psykosynteskonsulter utbildade vid Psykosyntes-Akademien i Stockholm och PsykosyntesInstitutet i Göteborg (eller med likvärdig utbildning). Medlemmarna arbetar med individuell vägledning, personlig utveckling, ledarskap och grupputveckling utifrån psykosyntesens synsätt. Som fullvärdig medlem kan den antas som är diplomerad av PsykosyntesInstitutet eller Psykosyntes-Akademien och har en treårig eller längre utbildning eller annan likvärdig utbildning. Som diplomerad terapeut förbinder man sig att följa föreningens etiska riktlinjer.

Rosenmetodens Yrkesförbund

För medlemskap krävs genomgången godkänd utbildning och försäkring. Utbildningen till rosenterapeut omfattar en grundutbildning och en praktiktid där terapeuten ska ge 350 behandlingar, få 25 behandlingar och få 45 timmars handledning.

Skandinaviska Förbundet Komplementär Medicin

Förbundet organiserar terapeuter med olika yrkesinriktningar i komplementärmedicinska terapier och skolor som erbjuder utbildning i sådana terapier. För medlemskap krävs utbildning i en godkänd terapiform på en av förbundets medlemskolor eller på annan skola med motsvarande nivå. Godkända yrkesutbildningar är för närvarande akupressur, akupunktur, aromaterapi, Ayur-Veda & hälsovägledning, bowenterapi, CNM-massage, Core terapeut, Finsk klassisk massage, friskvårdsterapeut, Friskvårds- och skönhetsterapi, fyto-terapeut, genuin svensk massage, healing, healing och healingmassage, homeopati, hästmassage, hundmassage, kinesologi, kostrådgivare, näringsterapeut, reflexologi, zonterapi, shiatsu, spa-terapi, svensk klassisk massage, taktil massage, taktil terapeut, Tui Na, Massage och Akupressur samt Öronakupunktur.

Svenska Akademin för Klassisk Homeopati

Svenska Akademin för Klassisk Homeopati (SAKH) är ett förbund som består av praktiserande homeopater, studerande homeopater och stödjande medlemmar. Förbundet bildades år 1985 och har drygt 80 medlemmar, varav ungefär hälften är praktiserande medlemmar. För att bli fullvärdig medlem i SAKH, och få möjlighet att stå med i förbundets förteckning över praktiserande homeopater, krävs att man har en basmedicinsk utbildning som motsvarar minst 40 högskolepoäng samt en utbildning i homeopati omfattande minst 600 undervisningstimmar. För att erhålla den auktorisation som förbundet utfärdar krävs att man bl.a. har varit fullvärdig medlem i minst två år samt att man arbetar som specialist med klassisk homeopati.

SAKH har antagit etiska regler och ansvarsförsäkring är obligatorisk för alla som praktiserar.

Svenska Fotzonterapi-Reflexologiförbundet

Svenska Fotzonterapi-Reflexologiförbundet (SFRF) är en ideell förening, religiöst och politiskt obunden, vars medel ska användas för att främja zonterapi/reflexologin som komplementär och alternativ medicinsk behandlingsform. Förbundets ändamål är bl.a. att aktivera till utveckling och förbättring av den terapeutiska metoden,

sprida kännedom om zonterapi/reflexologi och få den fullt accepterad som behandlingsform och verka för goda yrkeskunskaper dvs. övervaka medlemmarnas utbildning och examination.

Förbundet genomför prov som efter godkänt resultat berättigar till medlemskap och man blir då auktoriserad.

Svenska Homeopaters Riksförbund

Svenska Homeopaters Riksförbund (SHR) är Sveriges största Homeopatförbund och det har funnits sedan år 1928. För att få vara medlem i förbundet krävs dels en godkänd examen i grundmedicin, vilken ska omfatta minst motsvarande 40 högskolepoäng, dels specialkompetens i homeopati som studerats vid skolor vilka är godkända av förbundet. Medlemskapet omprövas varje år. Medlemmarna kan även bli auktoriserade av förbundet. Kraven för att bli auktoriserad medlem är att man har varit aktiv som homeopat i minst två år och att man dokumenterar sin verksamhet genom att skicka in tre patientfall (en gång) och betalar en årlig avgift.

Svenska Naturläkarförbundet

Svenska Naturläkarförbundet (SNLF) organiserar yrkesutövare av naturläkekonst, vilka har adekvat basmedicinsk utbildning samt bred utbildning i alternativmedicinska terapier.

Svenska Osteopatförbundet

Svenska Osteopatförbundet grundades 1980 och organiserar idag drygt 120 medlemmar. Förbundets syfte är att aktivt verka för osteopatins utveckling och erkännande av osteopati i Sverige och stärka dess inflytande inom svensk hälsovård. Ett uttalat mål är att osteopatycket ska legitimeras av Socialstyrelsen. För att bli medlem i förbundet krävs att man genomfört en av förbundet föreskriven och godkänd utbildning, en utbildning som ger titeln D.O. Internationellt finns ett flertal sådana utbildningar och i Sverige uppfyller Skandinaviska Osteopatskolan i Göteborg och Stockholm College of Osteopathic Medicine dessa krav. Önskemålet om legitimation behandlas i avsnitt 4.5.6.

Svenska Riksförbundet för Bildterapeuter

Svenska Riksförbundet för Bildterapeuter (SRBt) är en ideell sammanslutning av bildterapeuter som bildades 2006 och vars mål är att förena bildterapeuter i Sverige, utveckla bildterapin som profession samt värna om god kvalitet och praxis.

Yrkesmedlem kan den bli som vill arbeta för förbundets målsättning, är utbildad bildterapeut och/eller yrkesmässigt bedriver bildterapi eller har påbörjat klientarbete i utbildning till bildterapeut. Den som vill anta och arbeta för förbundets målsättning kan bli intresse-/stödmedlem.

Svenska Shiatsuförbundet

Svenska Shiatsuförbundet bildades år 1994. Dess målsättning är bl.a. att sprida intresset för shiatsu (en form av massage), stödja samarbete mellan shiatsuterapeuter, se till att myndigheter, journalister och allmänhet nås av korrekt information om shiatsu, uppmuntra till forskning om shiatsu samt främja utbildningar inom shiatsu. För medlemskap krävs 325 timmars undervisning i shiatsu, 75 egna dokumenterade behandlingar, 10 erhållna professionella shiatsubehandlingar samt basmedicinsk utbildning motsvarande Axelsons steg 1,8 p. Organisationen auktoriserar även medlemmar. För att bli auktoriserad shiatsuterapeut krävs praktik i minst 2 år, minst 300 behandlingar per år efter antagning som medlem i förbundet, 30 timmar vidareutbildning i shiatsu de senaste två åren av en godkänd lärare samt basmedicinsk utbildning motsvarande minst 20 högskolepoäng.

Sveriges Auktoriserade Gestaltterapeuter (SAG)

Föreningen Sveriges auktoriserade gestaltterapeuter (SAG) har till syfte att sprida kännedom om gestaltterapi och gestaltterapeutiskt förhållningssätt, värna om god kvalitet på medlemmarnas terapimottagningar och följa upp att de etiska reglerna följs, erbjuda medlemmarna fortbildning och utveckling samt genom kontakt med andra organisationer med gestaltterapeutisk inriktning såväl nationellt som internationellt främja samordning, utbildning och utveckling.

Medlemmarna har en fyra år lång terapeututbildning från Gestalt-Akademien i Skandinavien, Gestaltinstitutet i Skandinavien eller annat

likvärdigt utbildningsinstitut som godkänts av European Association for Gestalt Therapists (EAGT). En majoritet av medlemmarna har en grundutbildning till sjuksköterska, socionom, psykolog eller dyl. Bland de övriga har de flesta skaffat sig behandlarerfarenhet från t.ex. psykiatrin under utbildningen.

Föreningen har etiska regler, som varje medlem förbundit sig att följa. Ett särskilt etiskt råd, fristående från föreningens styrelse, har till uppgift att ta emot och behandla eventuella klagomål från klienter. En medlem som uppträder oetiskt kan enligt föreningens stadgar uteslutas.

Sveriges Hudterapeuters Riksorganisation

Sveriges Hudterapeuters Riksorganisation (SHR), som bildades 1955, är en sammanslutning av auktoriserade hudterapeuter i Sverige. Det är en rikstäckande branschorganisation utan facklig eller politisk tillhörighet, som arbetar för att höja och vidmakthålla kompetensen och kvalitetsnivån inom hudvårdsyrket. För medlemskap krävs att man gått en av SHR godkänd hudvårdsutbildning.

Medlemmarna åtar sig att följa etiska regler och den som bryter mot dem kan av styrelsen uteslutas ur organisationen. Av reglerna framgår bl.a. följande. Medlem får inte utföra behandlingar eller erbjuda tjänster som är över dennes kompetensområde. Medlem som inte har en relevant medicinsk utbildning måste rekommendera klient att konsultera läkare när situationen så kräver och ska undersöka om en klient är under läkarbehandling innan behandling påbörjas. Medlem får inte under några förhållanden behandla klienter under pågående läkarbehandling utan medgivande från läkaren.

Forskning

I regleringsbrevet för 2006 fick Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) i uppdrag att ”redovisa vilka insatser som har gjorts för att främja forskning till stöd för en evidensbaserad utveckling av hälso- och sjukvården inom alternativ och komplementär medicin”. Uppdraget redovisades i rapporten *Complementary and Alternative Medicine (CAM)*. I rapporten konstateras att den omfattning användningen av alternativ och komplementär medicin har inte motsvaras av någon omfattande forskning där dessa

mediciner och behandlingsformer utsätts för vetenskaplig prövning. Endast 56 sådana studier kunde identifieras, de flesta av dem med inriktning på utvärdering av behandling av muskuloskeletal smärta. Forskning inom fältet bedrivs i huvudsak vid Göteborgs universitet, Karolinska institutet och Linköpings universitet. Finansiärer av forskning om alternativ och komplementär medicin är framför allt privata stiftelser eller landsting. Ekhagastiftelsen är den främsta finansiären av denna forskning och har finansierat ungefär lika mycket som landstingen och Vetenskapsrådet tillsammans. I rapporten påtalas behovet av att bättre kartlägga användningen av alternativ och komplementär medicin, och med tanke på dess stora och sannolikt växande utbredning är behovet av kvalificerad forskning om alternativ- och komplementärmedicinens effekter stor.

Vid Karolinska Institutets sektion för omvårdnad finns ett forskningsområde för integrativ vård. Forskningen syftar till att undersöka förklaringsmekanismer till det ökande intresset för komplementärmedicin, att utveckla och utvärdera policyriktlinjer och lagstiftning samt att utveckla och utvärdera modeller för samverkan mellan vissa typer av komplementärmedicin och skolmedicin i fattiga och rika länder. Där ges bl.a. en kurs om 7,5 högskolepoäng i komplementär, alternativ och integrativ medicin.

Vid Karolinska Institutet finns också Osher Centrum för integrativ medicin. Integrativ medicin anges syfta till att främja hälsa och motverka sjukdom genom utveckling och integration av evidensbaserad kunskap från olika discipliner och traditioner för att komplettera den etablerade medicinen. Genomgående tillämpas strikt vetenskaplig metodik för att utvärdera mekanismer, behandlingseffekter, effektivitet och användning i samhället. Verksamheten utmärks av en psykobiologisk ansats för att undersöka grunder för fysiskt och psykiskt välbefinnande. Fokus ligger på grundforskning, där mekanismer för placebo, smärtupplevelse och självskattad hälsa är viktiga områden. I viss mån är behandlingsforskning också representerad, framförallt med inriktning mot sjukdomsövergripande symptom som exempelvis smärta. Inom integrativ medicin kan konventionell medicin kombineras med behandling eller kunskap från komplementär och alternativ medicin men med höga krav på vetenskaplig evidens och utvärdering. Vid Osher centrum för integrativ medicin gäller verksamheten främst vad som brukar kallas "Mind-Body Medicine", till exempel psykologisk behandling av smärta eller insomni. Mer sällan gäller verksamheten andra huvudområden av icke-etablerad behandling.

Frågor om erfarenheter av verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära

2009 års Behörighetsutredning ska enligt direktiven bl.a. överväga om bestämmelserna om skyddad yrkestitel samt systemet med särskilt förordnande att utöva yrke inom hälso- och sjukvården enligt 3 kap. 5, 7 och 10 §§ lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, LYHS är ändamålsenliga och lämna förslag till ändringar som kan anses stärka patientsäkerheten. I uppdraget ingår också att göra en översyn av bestämmelserna om begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder i 4 kap. LYHS i syfte att stärka konsumentens/patientens skydd och lämna förslag till de författningsändringar som det kan finnas behov av. Utgångspunkten för översynen, och förslagen, är att det ska bli tydligare för allmänheten vad som räknas till hälso- och sjukvård och vad som inte räknas dit. Häri ingår att utreda behovet av samt förutsättningarna för en tillsyn även över den verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära och som av allmänheten lätt kan förväxlas med hälso- och sjukvård. Om ett behov av sådan tillsyn anses föreligga, ska utredningen lämna förslag på hur denna bör vara utformad.

En viktig uppgift för utredningen är att beskriva rådande förhållanden och tillämpning av nu gällande regler. I det sammanhanget är Socialstyrelsens erfarenheter mycket betydelsefulla. Syftet med frågorna nedan är således att fånga upp de erfarenheter som Socialstyrelsen och dess personal vid de sex regionala tillsynsenheterna har fått i arbetet med tillsyn när det gäller tjänster inom verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära. Det är här fråga om verksamheter och yrkesutövare som i många fall av allmänheten uppfattas som utövare av hälso- och sjukvård, där man av olika anledningar vänder sig till Socialstyrelsen med en anmälan eller begäran om åtgärd av något slag, men där myndigheten vanligtvis, utifrån en tolkning av gällande rätt, anser sig sakna tillsynsansvar.

Särskild utredare är Ann-Christin Tauberman som i sitt arbete biträds av ett sekretariat samt ett antal särskilt förordnade experter och sakkunniga. Mer information om utredningen och dess uppdrag finns på www.sou.se/behorighet/.

Anvisningar m.m.

Frågorna bör besvaras utifrån erfarenheterna av ärendehandläggningen vid just er regionala tillsynsenhet. För det fall att ni har kännedom om för frågeställningarna relevanta ärenden eller exempel som förekommit vid annan tillsynsenhet bör detta påpekas särskilt.

Om det finns någon anställd vid er enhet som har särskild kännedom om de i enkäten aktuella frågeställningarna, som skulle kunna fungera som en slags kontaktperson för utredningen om ytterligare frågor skulle uppkomma, är vi tacksamma för namn och telefonnummer till denna person.

Frågor

1. Hur ser ni på Socialstyrelsens tillsynsansvar när det gäller verksamhet som bedrivs av annan än hälso- och sjukvårdspersonal i enlighet med definitionen i 1 kap. 4 § LYHS?

Här vill vi gärna ta del av er uppfattning om Socialstyrelsens uppdrag att genomföra tillsyn av verksamhet inom hälso- och sjukvården. Hur långt sträcker det sig? Vilka begränsningar har ni erfarit och har frågan om tillsyn inom områden som anges i 4 kap. LYHS varit aktuell? Finns det brister i definitionen av vad som är att betrakta som hälso- och sjukvård?

2. Förekommer anmälningar som avser verksamhet som ligger utanför den hälso- och sjukvård som faller inom Socialstyrelsens tillsynsuppdrag?

Vårt uppdrag gäller bl.a. att se över och eventuellt reglera verksamhet som ligger hälso- och sjukvårdsverksamhet nära men som i många situationer inte anses utgöra någon sådan. Vi är därför intresserade av era erfarenheter av anmälningar, och även andra kontakter

med myndigheten, som berör sådan verksamhet. Vilka områden rör det sig oftast om? Vilken är anledningen till att man vänder sig till Socialstyrelsen? Vilka förväntningar finns på ert arbete?

3. Vilka erfarenheter har ni av förekomsten av olika former av skador och biverkningar inom verksamhet som ligger utanför den hälso- och sjukvård som ingår i Socialstyrelsens tillsynsuppdrag?

Har ni i er tillsyn över hälso- och sjukvården, genom anmälningar eller på annat sätt, kommit i kontakt med patienter/konsumenter som råkat ut för skador eller biverkningar efter att ha fått vård eller behandling av yrkesutövare verksamma inom områden som ligger nära hälso- och sjukvård? Om så är fallet är vi intresserade av era erfarenheter i form av omfattning och exempel.

4. Vilka erfarenheter har ni av tillämpningen av reglerna om skyddad yrkestitel i 3 kap. 5 och 7 §§ LYHS?

Vårt uppdrag i denna del är att överväga om reglerna om skyddad yrkestitel är ändamålsenliga samt lämna förslag till ändringar som kan anses stärka patientsäkerheten. Vi vill därför gärna ta del av era erfarenheter och synpunkter på tillämpningen av de aktuella reglerna. Är det vanligt med användning av titlar som kan förväxlas med skyddade yrkestitlar? Hur brukar sådan användning komma till er kännedom? Vilka åtgärder vidtar ni och myndigheten normalt i sådana fall och kan dessa enligt er uppfattning anses adekvata och tillräckliga? Anser ni att gällande regler om skyddad yrkestitel är ändamålsenliga och tillräckliga eller finns det skäl att ändra dem? Har den omständigheten att förbudet att använda skyddade yrkestitlar bara gäller inom yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område inneburit problem?

5. Är bestämmelserna i 4 kap. LYHS tillräckliga för att ge konsumenter/patienter ett godtagbart skydd?

Här är vi intresserade av omfattningen av sådana ärenden där 4 kap. LYHS aktualiserats och exempel på vad de rört. Kapitlets bestämmelser har länge sett ganska likartade ut – kan ni se några behov av förändringar? Är den katalog över vilka sjukdomar och behandlingsmetoder som är förbehållna hälso- och sjukvårdspersonalen adekvat

eller är det något sjukdomstillstånd eller någon behandlingsmetod som kan tas bort eller bör läggas till?

6. Bör Socialstyrelsen anmäla till polis eller åklagare när man fått kännedom om brott mot reglerna i 3 kap. 3 eller 7 §§ eller 4 kap. LYHS? I vilken omfattning görs sådana anmälningar?

Här är vi intresserade av er syn på Socialstyrelsens roll när det gäller misstanke om missbruk av skyddade yrkestitlar och nyttjandet av titlar som kan förväxlas med sådana samt vilka åtgärder som bör vidtas från myndighetens sida för att stävja sådant missbruk.

7. Hur ser ni på Socialstyrelsens roll när det gäller yrkesutövare som dömts för brott mot bestämmelserna i 4 kap. LYHS eller för att i sådan verksamhet ha tillfogat eller framkallat fara för skada?

I 8 kap. LYHS ges Socialstyrelsen ett särskilt uppdrag när det gäller åtgärder mot personer som dömts för brott mot bestämmelserna i 4 kap. samma lag. Enligt 8 kap. 8 § LYHS får myndigheten meddela verksamhetsförbud för kortare eller längre tid då någon genom laga-kraftvunnen dom funnits skyldig till brott mot bestämmelserna i 4 kap. samma lag. Vi vill gärna ta del av era erfarenheter av sådana ärenden, deras omfattning och vad de har rört sig om. Finns det fungerande rutiner för kontakterna med åklagare och domstolar och för uppföljningen av efterlevnaden av sådana av Socialstyrelsen meddelade förbud? Hur knyter den uppgiften an till Socialstyrelsens övriga uppgifter enligt LYHS?

8. Finns det några särskilda problem med användandet av orden terapi och terapeut inom verksamhetsområden som ligger hälso- och sjukvården nära?

I flera olika sammanhang har till utredningen framförts att orden terapi och terapeut används inom verksamhetsområden som ligger hälso- och sjukvården nära och ibland på ett sätt som kan vara vilseledande för den enskilde patienten/konsumenten. Vi vill gärna ta del av era erfarenheter av detta.

9. Vad har ni för syn på frågan om införande av någon form av tillsyn över verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära?

Utredningen ska också överväga om det finns behov av och förutsättningar för en tillsyn över den verksamhet som ligger hälso- och sjukvården nära, och som av allmänheten lätt kan förväxlas med hälso- och sjukvård, samt hur en sådan tillsyn i så fall bör ordnas. Vi är därför intresserade av hur ni mot bakgrund av era specifika erfarenheter av tillsyn ser på den frågan.

10. Statistik

Om det är möjligt skulle vi gärna vilja få uppgift om antal ärenden av vissa typer som förekommit vid er tillsynsenhet fr.o.m. år 2000 t.o.m. dagens datum enligt punkterna a)–d) nedan. Ärendena önskas indelade i antal per år. För att i ett senare skede eventuellt kunna ta fram det aktuella beslutet önskas även diarienummer på respektive ärende.

- a) Antal ärenden som avsett åtalsanmälan av Socialstyrelsen efter misstanke om brott mot bestämmelserna i 3 kap. 3, 5 eller 7 §§ LYHS.
- b) Antal ärenden som avsett åtalsanmälan av Socialstyrelsen efter misstanke om brott mot bestämmelserna i 4 kap. LYHS.
- c) Antal ärenden som avsett åtalsanmälan av Socialstyrelsen i enlighet med 6 kap. 12 eller 19 §§ LYHS.
- d) Antal ärenden som avsett beslut av Socialstyrelsen enligt 8 kap. 8 § LYHS efter att någon funnits skyldig till brott som avses i 6 § samma kapitel (dvs. brutit mot någon av bestämmelserna i 4 kap. LYHS).

Tack för Er medverkan!

Svar och kontaktuppgifter

Svar på enkäten önskas **senast den 6 november 2009**, antingen via e-post till mattias.fredricson@social.ministry.se eller med ordinarie postgång till adressen Socialdepartementet S 2009:02, Att. Mattias Fredricson, Beridarbangatan 1, 103 33 STOCKHOLM.

Information

Eventuella frågor i anledning av enkäten besvaras av huvudsekreterare Mattias Fredricson via e-post enligt ovan eller tel. 08-405 10 53 och sekreterare Cecilia Ljung via e-post cecilia.ljung@social.ministry.se eller tel. 08-405 90 17.

Examensordning för socionomexamen

bilaga 2 till högskoleförordningen (1993:100)

Mål

För socionomexamen skall studenten visa sådan kunskap och förmåga som krävs för självständigt socialt arbete på individ-, grupp- och samhällsnivå.

Kunskap och förståelse

För socionomexamen skall studenten

- visa kunskap om områdets vetenskapliga grund samt kännedom om aktuellt forsknings- och utvecklingsarbete,
- visa kunskap om och förståelse för samspelet mellan individers och grupper sociala situation, levnadsvillkor, fysiska och psykiska hälsa samt funktionsförmåga i förhållande till samhälleliga och andra bakomliggande faktorer,
- visa kunskap om ledning av socialt arbete, och
- visa kunskap om och förståelse för barns behov och sådana samhälls- och familjeförhållanden som påverkar kvinnors och mäns livsbetingelser.

Färdighet och förmåga

För socionomexamen skall studenten

- visa sådan färdighet och förmåga som krävs för att utveckla och genomföra socialt arbete på olika nivåer i samhället i samarbete med de människor som berörs,

- visa förmåga att tillämpa relevanta författningar i synnerhet inom det sociala området,
- visa förmåga att förstå, utreda och analysera sociala processer och problem, och
- visa förmåga att identifiera, strukturera, utreda och utvärdera insatser på individ-, grupp- och samhällsnivå.

Värderingsförmåga och förhållningssätt

För socionomexamen skall studenten

- visa självkännedom och empatisk förmåga,
- visa förmåga att med helhetssyn på människan göra åtgärdsbedömningar utifrån relevanta vetenskapliga, samhälleliga och etiska aspekter med särskilt beaktande av de mänskliga rättigheterna,
- visa förmåga till ett professionellt bemötande och förhållningssätt,
- visa insikt om betydelsen av lagarbete och samverkan med andra yrkesgrupper, och
- visa förmåga att identifiera sitt behov av ytterligare kunskap och att fortlöpande utveckla sin kompetens.

Självständigt arbete (examensarbete)

För socionomexamen skall studenten inom ramen för kursfordringarna ha fullgjort ett självständigt arbete (examensarbete) om minst 15 högskolepoäng.

Övrigt

För socionomexamen skall också de preciserade krav gälla som varje högskola själv bestämmer inom ramen för kraven i denna examensbeskrivning.

Statens offentliga utredningar 2010

Kronologisk förteckning

1. Lätt att göra rätt – om förmedling av brottskadestånd. Ju.
2. Ett samlat insolvensförfarande – förslag till ny lag. Ju.
3. Metria – förutsättningar för att ombilda division Metria vid Lantmäteriet till ett statligt ägt aktiebolag. M.
4. Allmänna handlingar i elektronisk form – offentlighet och integritet. Ju.
5. Skolgång för alla barn. U.
6. Kunskapslägesrapport på kärnavfallsområdet 2010 – utmaningar för slutförvarsprogrammet. M.
7. Aktiva åtgärder för att främja lika rättigheter och möjligheter – ett systematiskt målinriktat arbete på tre samhällsområden. IJ.
8. En myndighet för havs- och vattenmiljö. M.
9. Den framtida organisationen för vissa fiskefrågor. Jo.
10. Kvinnor, män och jämställdhet i läromedel i historia. En granskning på uppdrag av Delegationen för jämställdhet i skolan. U.
11. Spela samman – en ny modell för statens stöd till regional kulturverksamhet. Ku.
12. I samspel med musiklivet – en ny nationell plattform för musiken. Ku.
13. Upphandling på försvars- och säkerhetsområdet. Fi.
14. Partsinsyn enligt rättegångsbalken. Ju.
15. Kriminella grupperingar – motverka rekrytering och underlätta avhopp. Ju.
16. Sverige för nyanlända. Värden, välfärdsstat, vardagsliv. IJ.
17. Prissatt vatten? M.
18. En reformerad budgetlag. Fi.
19. Lärling – en bro mellan skola och arbetsliv. U.
20. Så enkelt som möjligt för så många som möjligt – från strategi till handling för e-förvaltning. Fi.
21. Bättre marknad för tjänstehundar. Jo.
22. Krigets Lagar – centrala dokument om folkrätten under väpnad konflikt, neutralitet, ockupation och fredsinsatser. Fö.
23. Tredje sjösäkerhetspaketet. Klassdirektivet, Klassförordningen, Olycksutredningsdirektivet, IMO:s olycksutredningskod. N.
24. Avtalad upphovsrätt. Ju.
25. Viss översyn av verksamhet och organisation på informationssäkerhetsområdet. Fö.
26. Flyttningsbidrag och unionsrätten. A.
27. Gemensamt ansvar och gränsöverstigande samarbete inom transportforskningen. N.
28. Vändpunkt Sverige – ett ökat intresse för matematik, naturvetenskap, teknik och IKT. U.
29. En ny förvaltningslag. Ju.
30. Tredje inre marknadspaketet för el och naturgas. Fortsatt europeisk harmonisering. N.
31. Första hjälpen i psykisk hälsa. S.
32. Utrikesförvaltning i världsklass. En mer flexibel utrikesrepresentation. UD.
33. Kvinnor, män och jämställdhet i läromedel i samhällskunskap. En granskning på uppdrag av Delegationen för jämställdhet i skolan. U.
34. På väg mot en ny roll – överväganden och förslag om Riksutställningar. Ku.
35. Kunskap som befrielse? En metanalys av svensk forskning om jämställdhet och skola 1969–2009. U.
36. Svensk forskning om jämställdhet och skola. En bibliografi. U.
37. Sverige för nyanlända utanför flyktingmottagandet. IJ.
38. Muttbrott. Ju.
39. Ny ordning för nationella vaccinationsprogram. S.

40. Cirkulär migration och utveckling – kartläggning av cirkulära rörelsemönster och diskussion om hur migrationens utvecklingspotential kan främjas. Ju.
41. Kompensationstillägg – om ersättning vid försenade utbetalningar. S.
42. Med fiskevård i fokus – en ny fiskevårdslag. Jo.
43. Förundersökningsbegränsning. Ju.
44. Mål och medel – särskilda åtgärder för vissa måltyper i domstol. Ju.
45. Händelseanalyser vid självmord inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Förslag till ny lag. S.
46. Utländsk näringsverksamhet i Sverige. En översyn av lagstiftningen om utländska filialer i ett EU-perspektiv. N.
47. Alkoholkonsumtion, alkoholproblem och sjukfrånvaro – vilka är sambanden? En systematisk litteraturöversikt. S.
48. Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år. En systematisk litteraturöversikt om förekomst, konsekvenser och vård. S.
49. Förbud mot köp av sexuell tjänst. En utvärdering 1999–2008. Ju.
50. Försvarmaktens helikopterresurser. Fö.
51. Könsskillnader i skolprestationer – idéer om orsaker. U.
52. Biologiska faktorer och könsskillnader i skolresultat. Ett diskussionsunderlag för Delegationen för jämställdhet i skolans arbete för analys av bakgrunden till pojkars sämre skolprestationer jämfört med flickors. U.
53. Pojkar och skolan: Ett bakgrundsdokument om "pojkkrisen". Översättning på svenska av engelsk rapport: Boys and School: A Background Paper on the "Boy Crisis". + Engelsk rapport. U.
54. Förbättrad återbetalning av studielånen. U.
55. Romers rätt – en strategi för romer i Sverige. IJ.
56. Innovationsupphandling. N.
57. Effektivare planering av vägar och järnvägar. N.
58. Rehabiliteringsrådets delbetänkande. S.
59. Underhållsskyldighet i internationella situationer – Underhållsförordningen, 2007 års Haagkonvention och 2007 års Haagprotokoll + Bilagedel. Ju.
60. Ett utvidgat skydd mot åldersdiskriminering. IJ.
61. Driftskompatibilitet och enheter som ansvarar för underhåll inom EU:s järnvägssystem. N.
62. Så enkelt som möjligt för så många som möjligt. Under konstruktion – framtidens e-förvaltning. Fi.
63. EU:s direktiv om sanktioner mot arbetsgivare. Ju.
64. "Se de tidiga tecknen" – forskare reflekterar över sju berättelser från förskola och skola. U.
65. Kompetens och ansvar. S.

Statens offentliga utredningar 2010

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

- Lätt att göra rätt
– om förmedling av brottsskadestånd. [1]
- Ett samlat insolvensförfarande – förslag till ny lag. [2]
- Allmänna handlingar i elektronisk form
– offentlighet och integritet. [4]
- Partsinsyn enligt rättegångsbalken. [14]
- Kriminella grupperingar – motverka rekrytering och underlätta avhopp. [15]
- Avtalad upphovsrätt. [24]
- En ny förvaltningslag. [29]
- Mutbrott. (38)
- Cirkulär migration och utveckling
– kartläggning av cirkulära rörelsemönster och diskussion om hur migrationens utvecklingspotential kan främjas. [40]
- Förundersökningsbegränsning. [43]
- Mål och medel – särskilda åtgärder för vissa måltyper i domstol. [44]
- Förbud mot köp av sexuell tjänst. En utvärdering 1999–2008. [49]
- Underhållsskyldighet i internationella situationer – Underhållsförordningen, 2007 års Haagkonvention och 2007 års Haagprotokoll + Bilagedel. [59]
- EU:s direktiv om sanktioner mot arbetsgivare. [63]

Utrikesdepartementet

- Utrikesförvaltning i världsklass. En mer flexibel utrikesrepresentation. [32]

Försvarsdepartementet

- Krigets Lagar – centrala dokument om folkrätten under väpnad konflikt, neutralitet, ockupation och fredsinsatser. [22]
- Viss översyn av verksamhet och organisation på informationssäkerhetsområdet. [25]
- Försvarsmaktens helikopterresurser. [50]

Socialdepartementet

- Första hjälpen i psykisk hälsa. [31]
- Ny ordning för nationella vaccinationsprogram. [39]
- Kompensationstillägg – om ersättning vid försenade utbetalningar. [41]
- Händelseanalyser vid självmord inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Förslag till ny lag. [45]
- Alkoholkonsumtion, alkoholproblem och sjukfrånvaro – vilka är sambanden? En systematisk litteraturoversikt. [47]
- Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år. En systematisk litteraturoversikt om förekomst, konsekvenser och vård. [48]
- Rehabiliteringsrådets delbetänkande. [58]
- Kompetens och ansvar. [65]

Finansdepartementet

- Upphandling på försvars- och säkerhetsområdet. [13]
- En reformerad budgetlag. [18]
- Så enkelt som möjligt för så många som möjligt – från strategi till handling för e-förvaltning. [20]
- Så enkelt som möjligt för så många som möjligt. Under konstruktion – framtidens e-förvaltning. [62]

Utbildningsdepartementet

- Skolgång för alla barn. [5]
- Kvinnor, män och jämställdhet i läromedel i historia. En granskning på uppdrag av Delegationen för jämställdhet i skolan. [10]
- Lärling – en bro mellan skola och arbetsliv. [19]
- Vändpunkt Sverige – ett ökat intresse för matematik, naturvetenskap, teknik och IKT. [28]

Kvinnor, män och jämställdhet i läromedel i samhällskunskap. En granskning på uppdrag av Delegationen för jämställdhet i skolan. [33]

Kunskap som befrielse? En metaanalys av svensk forskning om jämställdhet och skola 1969–2009. [35]

Svensk forskning om jämställdhet och skola. En bibliografi. [36]

Könsskillnader i skolprestationer – idéer om orsaker. [51]

Biologiska faktorer och könsskillnader i skolresultat. Ett diskussionsunderlag för Delegationen för jämställdhet i skolans arbete för analys av bakgrunden till pojkars sämre skolprestationer jämfört med flickors. [52]

Pojkar och skolan: Ett bakgrundsdokument om pojkkrisen. Översättning på svenska av engelsk rapport: Boys and School: A Backgroundpaper on the "Boy Crisis". + Engelsk rapport. [53]

Förbättrad återbetalning av studieskulder. [54]

"Se de tidiga tecknen"
– forskare reflekterar över sju berättelser från förskola och skola. [64]

Jordbruksdepartementet

Den framtida organisationen för vissa fiskefrågor. [9]

Bättre marknad för tjänstehundar. [21]

Med fiskevård i fokus – en ny fiskevårdslag. [42]

Miljödepartementet

Metria – förutsättningar för att ombilda division Metria vid Lantmäteriet till ett statligt ägt aktiebolag. [3]

Kunskapslägesrapport på kärnavfallsområdet 2010 – utmaningar för slutförvarsprogrammet. [6]

En myndighet för havs- och vattenmiljö. [8]

Prissatt vatten? [17]

Näringsdepartementet

Tredje sjösäkerhetspaketet. Klassdirektivet, Klassförordningen, Olycksutredningsdirektivet, IMO:s olycksutredningskod. [23]

Gemensamt ansvar och gränsöverstigande samarbete inom transportforskningen. [27]

Tredje inre marknadspaketet för el och naturgas. Fortsatt europeisk harmonisering. [30]

Utländsk näringsverksamhet i Sverige. En översyn av lagstiftningen om utländska filialer i ett EU-perspektiv. [46]

Innovationsupphandling. [56]

Effektivare planering av vägar och järnvägar. [57]

Driftskompatibilitet och enheter som ansvarar för underhåll inom EU:s järnvägssystem. [61]

Integrations- och jämställdhetsdepartementet

Aktiva åtgärder för att främja lika rättigheter och möjligheter – ett systematiskt mål-inriktat arbete på tre samhällsområden. [7]

Sverige för nyanlända. Värden, välfärdsstat, vardagsliv. [16]

Sverige för nyanlända utanför flyktingmottandet. [37]

Romers rätt – en strategi för romer i Sverige. [55]

Ett utvidgat skydd mot åldersdiskriminering. [60]

Kulturdepartementet

Spela samman – en ny modell för statens stöd till regional kulturverksamhet. [11]

I samspel med musiklivet – en ny nationell plattform för musiken. [12]

På väg mot en ny roll – överväganden och förslag om Riksställningar. [34]

Arbetsmarknadsdepartementet

Flyttningsbidrag och unionsrätten. [26]