

Socialmedicinens väg till specialitet

Urban Janlert

Professor, Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå Universitet. Kontakt: urban.janlert@epiph.umu.se

Specialistbegreppet och specialistkompetensen var ursprungligen en facklig fråga som reglerades av Svenska läkarförbundet. I takt med att behörighetskraven för läkare successivt skärptes kom även kompetensen i fokus. Relativt sent kom denna behörighet att formaliseras i termer av "specialitet". Den första mer genomgripande regleringen av medicinska specialiteter inom den offentlighetsrättsliga sfären ägde rum 1960. År 1974 kom socialmedicinerna att inkluderas i behörighetsämnen, sedermera specialiteterna. Vid en utredning i början av 2003 föreslogs att socialmedicinerna skulle avföras från specialitetsförteckningen. Efter ett väl genomfört utredningsarbete av Bernhard Grewin, där det klart fastslogs att socialmedicinerna var en viktig del av hälso- och sjukvården beslöt regeringen att behålla socialmedicinerna som medicinsk specialitet, och ge den status av baspecialitet.

The concept of a medical speciality was from the beginning a trade union matter which was handled by the Swedish Medical Association. As competence requirements gradually were increased, the medical qualification also came into focus. The formalisation of this authority was made into terms of "specialities". The more thorough regulation of the medical specialities within the public sphere came about in 1960. In 1974 social medicine was included in the medical specialities. In a report in 2003 there was a proposal to remove social medicine from the list of medical specialities. After a thorough work by Bernhard Grewin, where it was brought about that social medicine was an important part of public health and medical care, the government decided to keep social medicine as a medical speciality and also gave it the standing of a base medical speciality.

Hur det hela började

Läkaryrket var länge sparsamt reglerat från statens sida. Under lång tid räckte det att ha medicine doktorsexamen och kirurgie magisterexamen för att få rätten att verka som läkare i Sverige. Först 1915, i och med att vi fick en lag om behörighet att utöva läkekonsten [1] fick vi ett klarare regelverk. Där fastslogs att behörigheten att utöva läkarkonsten tillkom den som inom riket avlagt medicine licentiatexamen och därefter vunnit legitimation som läkare. Att efter examen få sin legitimation var en rent administrativ process: man skulle styrka att man avlagt medicine licentiatexamen och därmed var legitimationen klar. För att kunna säga nej till legitimation krävdes att den sökande dömts för brottslig verksamhet av något slag. Lagen kompletterades med en kungörelse som mer i detalj redovisade behörighetskraven för att få läkartjänster inom den slutna kroppssjukvården [2].

Trots att lagstiftaren inte gjorde någon större åtskillnad mellan olika arter av medicinskt vetande så växte en specialisering ändå fram under senare halvan av 1800-talet. Det medicinska kunskapsområdet växte och det blev snart ogörligt att hålla sig à jour med de medicinska nyheterna inom alla områden. Därtill kom att vissa tjänsteläkare hade av staten ålagda uppgifter, som krävde kunskap – vanligen av teknisk och administrativ art – som inte lärdes ut vid utbildningen av läkare. Mer eller mindre spontant kom därför olika medicinska verksamheter att utvecklas till olika slags specialiteter. Vid sekelskiftet 1900 fanns tio

specialiteter med särskilda sjukhusavdelningar inom den slutna kroppssjukvården: invärtes medicin, kirurgi, medicinsk pediatrik, kirurgisk pediatrik, neurologi, oftalmiatrik, könsjukdomar, lungtuberkulos, epidemiska sjukdomar samt gynekologi och obstetrik. Sammanlagt tjänstgjorde vid dessa avdelningar 34 överläkare i Sverige vid sekelskiftet 1900 [3]. Kungörelsen från 1915 kom att reglera behörighetskraven för tjänsteläkarbefattningarna och överläkartjänsterna under lång tid framåt. Beträffande specialistverksamheten inom den öppna vården fanns det inga officiella behörighetsvillkor (dvs. specialistbestämmelser) förrän 1960. Vem som hade rätt att kalla sig specialist var en facklig fråga, som sköttes av Sveriges läkarförbund. Redan på 1940-talet fastställde Läkarförbundet regler för vilken kompetens som krävdes för rätten att annonsera specialitet. År 1953 fastställdes 25 olika specialiteter med krav på femårig tjänstgöring efter legitimation. Det var en viktig trovärdighetsfråga när läkare annonserade sin verksamhet, att man faktiskt besatt kompetens inom det område man utgav sig för att behärska. I praktiken var därför specialitetsfrågan en fråga för privatpraktiker och för den fackliga organisationen [4].

Från behörighet till specialitet

Även om socialmedicinen var ett begrepp redan på 1920-talet skulle det dröja fram till 1950-talet innan socialmedicinen fick status som akademisk disciplin. 1948 års läkarutbild-

ningskommitté [5] föreslog att ämnet socialmedicin skulle introduceras i läkarutbildningen och 1958 inrättades de två första lärostolarna i socialmedicin, i Göteborg respektive Lund. I samband med detta startades också socialmedicinska kliniker, och man kan därigenom säga att något slags informell socialmedicinsk medicinsk specialitet hade etablerats.

Först i och med lagen om behörighet att utöva läkaryrket från 1960 kom villkoren för rätt att tillkännage specialitet att officiellt fastställas [6]. Lagen ersatte den tidigare lagen om behörighet att utöva läkarkonsten från 1915 [1], som saknade bestämmelser om läkares rätt att beteckna sig som specialist. I de tillämpningsföreskrifter av lagen som utfärdades 1960 förtecknades 28 olika specialiteter [7]. Där fastställdes även utbildningens art och längd inom respektive specialitet. I en kungörelsen fastställdes dessutom att ärenden angående specialistkompetens skulle handläggas av en särskild nämnd – Medicinalstyrelsens nämnd för specialistbehörighet.

Med tanke på nordiskt samarbete i specialistfrågan tillsattes en särskilt arbetsgrupp – Specialist- och Läkarutbildningssakkunniga. År 1967 kom arbetsgruppens betänkande ”Läkares grundutbildning och vidareutbildning” [8]. Betänkandet ledde efter en del bearbetning till riksdagsbeslut om vidareutbildning av läkare [9]. Riksdagsbeslutet fastställde att särskilda läkartjänster för läkare under vidareutbildning skulle inrättas (FV-tjänster), att tjänstgöringen i vården

skulle kombineras med systematisk undervisning i form av veckolånga heltidskurser med avslutande kunskapskontroll samt att en ny myndighet – Nämnden för läkares vidareutbildning (NLV) – skulle inrättas med ansvar för planeringen och genomförandet av undervisningen och kunskapsproven. Den kungörelsen som kom i anslutning till lagen innehöll en förteckning över 44 specialiteter med angivande av tidsbestämd huvud- och sidoutbildning [10].

Svensk socialmedicinsk förening ägnade mycket tid i slutet av 1960- och början av 1970-talet åt frågan om socialmedicinen som medicinsk specialitet. En särskilt kommitté tillsattes 1969, bestående av professorn Ragnar Berfenstam, provinsialläkaren Gustav Haglund och socialläkaren Sune Nyström. Sune Nyström, föreningens ordförande 1970-72, sammanfattar i en artikel föreningens argumentering för en specialitet på följande sätt: ”Genom specialistbestämmelser styres vidareutbildningen mot tjänstgöringar som är av speciell betydelse för lösandet av de arbetsuppgifter man vill låta verksamhetsområdet omfatta. För den utbildningssökande innebär förekomsten av specialitetsbestämmelser att verksamheten är erkänd vilket har en rekryteringsstimulerande effekt. För de huvudmän som önskar introducera socialmedicinen i sjukvården, torde specialistbestämmelserna kunna tjäna som en varudeklaration på den arbetskraft som utbjuds” [11].

År 1970 beslöt styrelsen för Svensk socialmedicinsk förening att föreslå Nämnden för läkares vidareutbildning att inrätta en socialmedicinsk specialitet till vilken vidareutbildningen skulle omfatta i princip 2 år socialmedicin, 1½ år psykiatri och 1 år invärtesmedicin, totalt 4½ år. Ungefär samtidigt lämnade professorn i socialmedicin i Göteborg, Bengt Linddegård, in ett eget förslag till utbildning av socialläkare vilket innebar 2 år socialmedicin, 2 år psykiatri och 1 år invärtesmedicin och övrig somatik, tillsammans 5 år [12].

År 1971 presenterade Läkartjänstutredningen sitt betänkande där man föreslog 41 olika medicinska specialiteter [13]. Här fanns dock inte socialmedicinen med som specialitet varför frågan om socialmedicinen som medicinsk specialitet återigen togs upp av styrelsen 1972 då en ny arbetsgrupp tillsattes. Denna gång bestod den av socialläkaren Gunilla Landergren (sammankallande), professorn Per Bjurulf och chefsläkaren Bengt Berg. Dessutom tjänstgjorde docenterna Erik Allander och Sune Nyström som adjungerade ledamöter [11].

Nu riktade man sin skrivelse till Socialstyrelsens kommitté för klinisk socialmedicin – som vi skall se senare var detta troligen ett viktigt strategiskt grepp. Man citerade betänkandet om läkares grundutbildning och vidareutbildning där det klargjordes att socialmedicinen var ett av de fem huvudämnen i den kliniska grundutbildningen av läkare (de övriga var medicin, kirurgi, pediatrik och psykiatri) [8]. Se-

dan beskrev man socialmedicinens fyra huvudområde: epidemiologi med vitalstatistik, preventiv medicin, praktisk klinisk socialmedicin (socialmedicinsk rehabilitering) och sjukvårdsorganisation och författningskunskap.

Det förslag till innehåll i en tänkt specialistutbildning kom att ligga nära det allmänmedicinska verksamhetsområdet. För specialister i socialmedicin skulle krävas 18 månaders tjänstgöring i medicin, 12 månader i socialmedicin, 12 månader i psykiatri, 6 månader i öppenvård eller socialmedicin, 3 månader i pediatrik och 3 månader i valfri somatisk disciplin, sammanlagt 54 månader eller 4½ år. Tanken var att man på de stora vårdcentralerna skulle ha en specialist i socialmedicin, och till denna grupp fördes också de socialläkartjänsterna som redan fanns (20 stycken). På centralasarett behövdes också socialmedicinare, både i överordnad ställning och som läkare under utbildning. I varje region behövdes dessutom två överordnade läkartjänster i socialmedicin. Tillhoppa innebar detta ett behov av mellan 160 och 170 läkartjänster i socialmedicin, varav 34 föreslogs som utbildningstjänster [14].

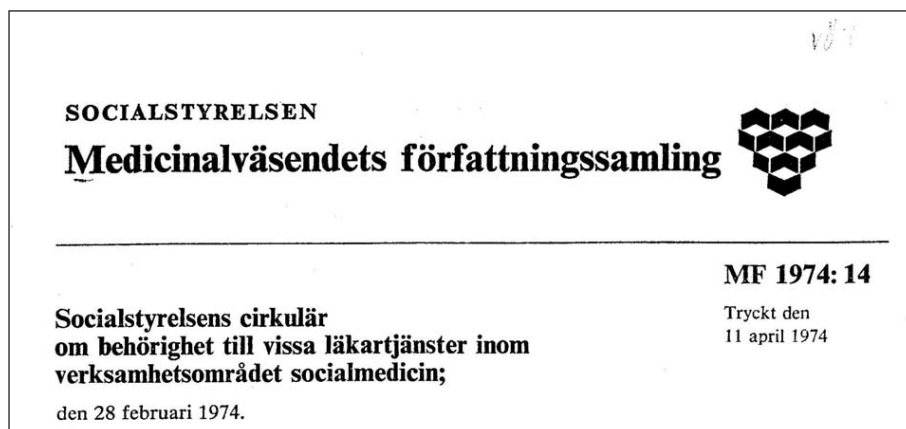
Utöver detta konstaterade man att det fanns verksamhetsområden med ett omfattande socialmedicinskt innehåll, t.ex. läkare vid länsarbetsnämnden och arbetsvårdsinrättningar, läkare inom kriminalvården och företagsläkare. De skulle få särskild utbildning i socialmedicin (ibid.).

Socialmedicinen som specialitet

År 1972 gavs Socialstyrelsen – genom en reglering i sjukvårdskungörelsen – möjlighet att fastställa särskilda behörighetsvillkor för läkartjänster vars verksamhetsområde inte föll inom området för fastställda specialiteter enligt specialitetsförteckningen [15]. Under perioden 1974–1980 utfärdade Socialstyrelsen sådana föreskrifter för 15 behörighetsämnen. En av dessa föreskrifter gällde socialmedicin, som därigenom i praktiken kom att få status av specialitet, även om det till en början betecknades som behörighetsämne [16]. Det är troligt att Socialstyrelsens kommitté för klinisk socialmedicin, till vilken föreningens skrivelse riktades, kan ha haft betydelse för att denna föreskrift kom till stånd. Om man skall ange något födelsedatum för specialiteten socialmedicinen så torde det vara datum för när denna föreskrift antogs, 28 februari 1974.

De behörighetskrav som ställdes för socialmedicinen var dels att man hade uppnått allmänläkarkompetens, dels att man kompletterade denna utbildning med tjänstgöring inom verksamhetsområdet socialmedicin (2 år) och allmän psykiatri (1 år och 6 månader).

I januari 1985 beslutade regeringen att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att föreslå bl.a. hur vidareutbildningen efter läkarexamen skulle utformas i framtiden. Utredningen antog namnet ”Utredningen om läkarnas specialistutbildning m.m., LSU85” [17]. De tidigare NLV-kurserna skulle ersättas av specialistkompetenskurser – SK-kurser. Utredningen föreslog också en utökning av antalet specialiteter från 44 till 60. Utökningen bestod i princip av att de tidigare behörighetsämnena (inklusive socialmedicin) upphöjdes till specialiteter. Förslag till målbeskrivningar för de 60 specialiteterna presenterades i en huvudbilaga [18]. Betänkandet remissbehandlades och resulterade 1989 i en



Figur 1: Den socialmedicinska specialitetens födelseattest: 28 februari 1974.

proposition som i huvudsak gick på utredningens förslag vad gäller specialistutbildningen [19].

Målbeskrivningar för respektive specialitet fastställdes 1992 för 60 specialiteter [20]. En revision genomfördes 1995–1996 [21], och den nya versionen innehöll ytterligare två specialiteter (smärtlindring och nukleärmedicin). Därigenom kom listan på specialiteter att omfatta 62 olika områden.

Socialmedicinen ifrågasatt

På regeringens uppdrag gjorde Socialstyrelsen år 2003 en översyn av läkarnas specialistutbildning och strukturen för medicinska specialiteter. Utredare var Gudmar Lundqvist. Bakom utredningen låg bland annat Landstingsförbundets önskan att minska antalet specialiteter, för att därigenom göra jourlinjerna färre och jourkostnaderna lägre. Utredningens förslag var att antalet specialiteter skulle minska till 53 stycken [22].

Utredningen föreslog också att de medicinska specialiteterna skulle indelas i basspecialiteter, grenspecialiteter och tilläggsspecialiteter. Som komplement till den formella specialitetsindelningen föreslogs också att några profilmråden skulle konstitueras. Socialmedicinen avfördes som medicinsk specialitet, men skulle kunna utgöra ett profilmråde. Skälet för detta var enligt utredningen ”att det regelverk som finns kring specialistutbildning och specialistkompetens endast skall reglera medicinska specialiteter ur hälso- och sjukvårdens perspektiv, vars verksamhet berör en-

skilda patienter och anhöriga. Mot bakgrund av detta ställningstagande föreslås att socialmedicin avförs från specialitetsförteckningen.”

Andra specialiteter som föreslogs försvinna var barn- och ungdoms-radiologi, skolhälsovård och klinisk näringslära. Nya specialiteter som föreslogs var akutsjukvård, kärlkirurgi och barnonkologi.

Förslaget väckte mycken debatt, och särskilt socialmedicinen kände sig missförstådd. Efter Svensk socialmedicinsk förenings uppvaktning hos Socialstyrelsen beslöts att en särskild utredning om socialmedicinen som medicinsk specialitet skulle tillsättas. Som utredningsman utsågs Bernhard Grewin, tidigare ordförande i Svenska läkarförbundet men också i Svenska läkaresällskapet.

Bernhard Grewin gick mycket noggrant tillväga och kunde i sin utredning konstatera att behovet av socialmedicinsk kompetens var stort inom hälso- och sjukvården, och att det därför var angeläget att ämnet behölls som medicinsk specialitet [23].

Sammanfattningsvis konstaterade utredningen att

- åtgärder måste vidtas för att tillförsäkra socialmedicinsk kompetens i hälso- och sjukvårdens folkhälsoarbete
- socialmedicinsk kompetens tillförsäkras bäst genom fortsatt myndighetsreglerad medicinsk specialistutbildning i ämnet

- socialmedicin bör vara basspecialitet i den medicinska specialitetsstrukturen
- socialmedicin bibehålls som specialistkompetensens namn
- den socialmedicinska specialiteten ska utmärkas av ett samhälls- och grupperspektiv varför klinisk socialmedicin inte ska vara en regelbunden del av verksamheten.

Men utredaren konstaterade också att socialmedicinen hållit en mycket låg profil, vilket kan ha varit en av orsakerna till att man hamnat lågt i prioriteringen. Regeringens beslut blev att bibehålla socialmedicin som medicinsk specialitet. I och med detta har den socialmedicinska specialiteten motstått attackerna att rusta ner ämnet. Detta är förstås en synnerligen viktig utgångspunkt i arbetet för att konsolidera och utveckla den socialmedicinska verksamheten.

Referenser

1. Lag d. 21 sept. 1915 om behörighet att utöva läkarkonsten (SFS 1915:362).
2. K. kung, d. 17 dec 1915 ang. villkor för behörighet till vissa civila läkarbefattningar (SFS 1915:559).
3. Bergstrand H. Läkarekåren och provinsialläkareväsendet. I Koch W (red.): Medicinalväsendet i Sverige 1813-1962. Stockholm: Nordiska bokhandelns förlag, 1963. sid. 107-157.
4. Läkarförbundet. Läkarförbundets specialistutbildningskommittés förslag till bestämmelser angående vidareutbildning för läkare. Stockholm: Läkarförbundet, 1960.
5. 1948 års läkarutbildningskommitté (LUK). Läkarutbildning. Stockholm, 1953. SOU 1953:7
6. Lag om behörighet att utöva läkaryrket. SFS 1960:408.
7. Kungl. Maj:ts kungörelse med tillämpningsföreskrifter till lagen om behörighet att utöva läkaryrket. SFS 1960:653.
8. Läkares grundutbildning och vidareutbildning. Betänkande av sakkunniga tillkallade av Medicinalstyrelsen och Universitetskanslersämbetet. Stockholm 1967 (SOU 1967:51)
9. Regeringens proposition 1969:35 om vidareutbildning och fördelning av läkare mm. Stockholm, Riksdagen 1969.

1915	1960	1969	1974	1992	1996	2006
Läkarbehörighet regleras i lag	Första lagregleringen av medicinska specialiteter, 28 st	NLV inrättas. Nya specialiteter, totalt 44 st	Socialmedicinen blir behörighetsämne	Ny specialistförteckning, 60 st (inkl. socialmedicin)	Utvidning med två nya specialiteter totalt 62 st	Ny specialistindelning, totalt 56 specialiteter. Socialmedicin blir basspecialitet

Figur 2: Specialiseringens kronologi

10. Kungl. Maj:ts kungörelse med tillämpningsföreskrifter om behörighet att utöva läkaryrket. SFS 1969:422.
11. Nyström, S. Frågan om socialmedicin som specialitet. Socialmedicinsk tidskrift 1973, 50 (4):216-8.
12. Lindegård B. Allmänläkaren, socialläkaren och psykiatern – tre yrkesroller. Sjukhuset, 1970, nr 5.
13. Läkartjänstutredningen. Läkartjänster – konstruktion, behörighet, tillsättning mm. Stockholm: Allmänna förlaget, 1971 (SOU 1971:68).
14. Berg B, Bjurulf P, Landergren G, Nyström S. Socialmedicinens kliniska utformning. Socialmedicinsk tidskrift 1973, 50 (4), 218-221.
15. Kungl. Maj:ts sjukvårdskungörelse, given Stockholms slott den 1 december 1972 (SFS 1972:676)
16. Socialstyrelsens cirkulär om behörighet till vissa läkartjänster inom verksamhetsområdet socialmedicin. MF 1974:14.
17. Kompetensutvecklingen efter läkarexamen. Betänkande av utredningen om läkarnas specialistutbildning, LSU 95. Stockholm 1987. (SOU 1985:53)
18. Kompetensutvecklingen efter läkarexamen. Målbeskrivningar. Huvudbilaga till betänkande av utredningen om läkarnas specialistutbildning, LSU85. Stockholm 1987 (SOU1987:54)
19. Regeringens proposition 1988/89:138 om riktlinjer för specialiseringstjänstgöring för läkare mm. Riksdagen, Stockholm.
20. Läkares specialiseringstjänstgöring. Målbeskrivningar. Stockholm, Socialstyrelsen 1992.
21. Läkarnas specialiseringstjänstgöring. Målbeskrivningar. Stockholm, Socialstyrelsen 1996. Allander E. Socialmedicinen – sin egen multiproblempatient? Socialmedicinsk tidskrift 1973, 50 (3):175-87.
22. Läkarnas specialistutbildning och strukturen för medicinska specialiteter – en översyn. Stockholm: Socialstyrelsen, 2003.
23. Säkerställd socialmedicinsk kompetens inom svensk hälso- och sjukvård. Rapport om den socialmedicinska specialistkompetensen för läkare. Stockholm: Socialstyrelsen, 2005.