

# Rapport

## *Läkares subspecialisering*

## Innehållsförteckning

1. Inledning
  - 1.1 Helseplans uppdrag
  - 1.2 Syfte
  - 1.3 Arbetsmetod
  - 1.4. Läsanvisningar
  
2. Bakgrund
  - 2.1 Läkartillgång
  - 2.2 Specialitetsindelning
  - 2.3 Problemområden i Dalarna
  
3. Resultat
  - 3.1. Läkartjänster
  - 3.2. Specialitetsområden
  - 3.3. Subspecialiseringens betydelse och konsekvenser
    - 3.3.1. Utveckling 2008-2009
    - 3.3.2. Subspecialiseringens ändamålsenlighet
    - 3.3.3. Subspecialiseringens konsekvenser
    - 3.3.4. Konsekvenser av brist inom grenspecialitet
  - 3.4. Möjligheter, negativa aspekter och strategier
    - 3.4.1. Möjligheter för landstinget
    - 3.4.2. Negativa aspekter
    - 3.4.3. Strategier för att utnyttja möjligheterna
    - 3.4.4. Strategier för att motverka negativa effekter
    - 3.4.5. Strategier för hantering av pensionsavgångar
  
4. Sammanfattande diskussion
  
5. Bilagor

## 0. Sammanfattning

Denna gransknings syfte är att kartlägga och beskriva subspecialisering inom läkarkåren, vilka möjligheter och konsekvenser den innebär för landstinget Dalarna samt vilka strategier som finns att hantera denna fråga. Det är i ljuset av tillgången på specialistkompetenta läkare och behovet av att tillgodose befolkningens behov av såväl bassjukvård som mer specialiserad sjukvård frågeställningarna runt subspecialisering har belysts i rapporten.

Landstinget Dalarna såväl som övriga hälso- och sjukvården i Sverige och övriga Norden står inför utmaningen att i tillräcklig utsträckning få tillgång till läkare med önskvärd kompetens. Behovet av läkare styrs till viss del av hur dessa använder sin tid i vardagsarbetet. Studier har påvisat att den medicinska/administrativa dokumentationen ökat i omfattning på bekostnad av bland annat direkt patienttid.

Behovet av specialistläkare i landstinget Dalarna är idag och under de närmaste åren större än tillgången, särskilt inom vissa verksamhetsområden. De läkare som är under specialistutbildning täcker inte behoven ens om alla stannar kvar i landstinget efter utbildningen. För att tillfredsställa behovet måste således specialister rekryteras utifrån och/eller användas på ett mer effektivt och för helheten mer rationellt sätt.

En annan utmaning för framtiden är att se till att grenspecialisterna upprätthåller sin kompetens inom basspecialiteten, för att behovet av bassjukvård inom specialitetsområdet och jourverksamheten ska kunna upprätthållas. I utredningen framkommer även att utvecklingen i form av subspecialisering huvudsakligen bedöms vara ändamålsenlig ur medicinsk synpunkt för enskild patient, men att man är mer tveksam utifrån den enskilda verksamheten eller sjukvården i stort. Subspecialisering bedöms innebära många fördelar och möjligheter, men det finns en del negativa aspekter som behöver hanteras.

Ett antal strategier att hantera såväl subspecialiseringens möjligheter som negativa aspekter anges, men få av dessa tycks i dagsläget vara använda i det praktiska arbetet. Utvecklingen mot att läkarna och verksamheterna blir allt mer specialiserade och "en-fråge-inriktade" innebär att vården inom de olika verksamheterna successivt ändras, vilket medför att sjukvårdsstrukturen och vårdutbudet behöver ändras för att följa med utvecklingen. Kravet på samverkan och samordning mellan vårdnivåer, specialister och specialiteter mellan sjukhus inom länet och i regionen ökar för att den medicinska kvaliteten inte ska försämrans.

Landstinget Dalarna står inför en stor utmaning när det gäller kompetensförsörjning. För att hantera strategier om pensionsavgångar har det framförts att varje verksamhetschef borde presentera en detaljerad och trovärdig strategi. Detta torde vara en bra utgångspunkt för hanteringen av hela frågan kring specialistförsörjning av läkare inom landstinget Dalarna samtidigt som det säkerligen behövs en sådan även på övergripande nivå för hela landstinget.

## 1. Inledning

### 1.1. Helseplans uppdrag

Revisorerna i landstinget Dalarna har initierat en granskning av Läkarnas subspecialisering. Syftet med granskningen är att få kunskap om graden av subspecialisering, dess konsekvenser och vilka strategier som används för att hantera denna samt även en analys av de möjligheter som den kan medföra för landstinget Dalarna.

Granskningen genomförs av Helseplan på uppdrag av revisionen. De olika momenten i granskningen består av en genomgång av befintliga dokument och insamling av data i form av befintlig statistik tillsammans med intervjuer av och frågeformulär till verksamhetsansvariga för läkarbaserade verksamheter samt landstingsledningen.

Från Helseplans sida har Dag Gjestebjerg och Britt Arrelöv deltagit i arbetet med förstnämnda som ansvarig.

### 1.2. Syfte

Revisionen skriver i sitt uppdragsunderlag *"Mot bakgrund av subspecialiseringens konsekvenser ser vi det som angeläget att få en bild av hur situationen ser ut i landstinget Dalarna samt också få ett underlag för att kunna bedöma de strategier som finns för att möta och hantera de krav subspecialiseringen kan ställa på såväl förändrade arbetssätt och metoder i vården som organisation och strukturell uppbyggnad.*

*Syftet med granskningen är att kartlägga och beskriva subspecialiseringen och dess konsekvenser i landstinget Dalarna samt bedöma medvetenheten om den rådande utvecklingen och ändamålsenligheten i de eventuella strategier som finns för att möta denna.*

*Inom ramen för granskningen ska utöver det grundläggande syftet också följande frågor beaktas:*

- Analys av de nya möjligheter subspecialiseringen kan innebära för landstinget Dalarna.*
- Övriga frågeställningar som är relevanta för att uppnå granskningens syfte"*

### 1.3. Arbetsmetod

Granskningsarbetet har genomförts enligt följande:

- a) Centrala ledare för närsjukvården/primärvården och specialistsjukvården har informerats om granskningen. Information om det planerade arbetet har distribuerats vidare till verksamheterna av förvaltningsledningen.
- b) Övergripande dokument som belyser ämnesområdet har efterfrågats, men några sådana finns inte.
- c) Artiklar i svenska läkartidningen och rapporter från läkarförbundet, som belyser frågeställningen, har granskats och relevant information från dessa har tagits med i rapporten.
- d) Ett frågeformulär som belyser frågeställningarna i uppdragsunderlaget har tagits fram och skickats ut till verksamhetsansvariga inom primärvård, psykiatri och somatisk specialistsjukvård inklusive medicinsk service. Förvaltningsledningarna för närsjukvård respektive specialistsjukvård fick ett särskilt frågeformulär.
- e) Svar på frågeformulären inkom från 30 verksamheter representerande alla typer av läkarbaserade verksamheter i landstinget samt från förvaltningsledningen. Data från de besvarade frågeformulären har sammanställts och analyserats.
- f) Alla deltagande verksamheter och representanter för förvaltningsledningen har fått möjlighet att granska och komplettera en sammanställning av resultaten.

- g) Kompletterande telefonintervjuer med verksamhetscheferna för respektive kirurgi och medicinklinikerna i Falun, chefläkaren för närsjukvården Västerbergslagen och chefläkaren för specialistsjukvården har genomförts.
- h) En skriftlig rapport innehållande insamlat material tillsammans med analyser och värdering av detta har sammanställts.

#### 1.4. Läsanvisningar

De resultat som presenteras i denna rapport kommer huvudsakligen från en sammanställning av information från de frågeformulär som verksamheterna besvarat kompletterat med fyra telefonintervjuer. Den genomförda granskningen ger en bild av situationen "här och nu" och ska inte ses som en samlad översyn av eller planering kring läkarbemanningen i landstinget Dalarna. Några skriftliga dokument som belyser granskningens frågeställningar och som skulle kunna verifiera inrapporterade data finns inte att tillgå.

De inrapporterade siffrorna är inte kvalitetssäkrade och kan inte användas till annat än som ett diskussionsunderlag. Dessutom saknas information från ett antal verksamheter. På frågeformulären fanns möjlighet att skriva fria kommentarer. I rapporten redovisas dessa utan att källan till respektive kommentar anges. Även om ett uttalande förefaller komma från en viss verksamhet t.ex. genom att denna nämns i kommentaren är det i flera fall inte så.

## 2. Bakgrund

### 2.1. Läkartillgång

Vid årsskiftet 2007/2008 fanns det i Sverige 34 200 yrkesverksamma läkare under 65 år (legitimerade och läkare med enbart läkarexamen). Detta kan jämföras med 1970 då det fanns ca 10 600. Sedan slutet på 1990-talet har det varit brist på läkare inom flera specialiteter. Bristen har varit särskilt stor inom allmänmedicin, psykiatri, laboratoriemedicin och geriatrik. Genom aktiva rekryteringar utomlands har en del av behoven kunnat tillgodoses. Under de närmaste 10-åren kommer i genomsnitt ca 1 100 läkare att gå i pension varje år.

Dagens läkarefterfrågan utgörs dels av tillgodosedd efterfrågan och dels av budgeterade men obesatta specialisttjänster. Till den inte tillgodosedda efterfrågan kan även politiskt fastställda mål om läkartäthet inom primärvården räknas. Någon rikstäckande statistik över antalet vakanta tjänster finns inte. Läkarbristen inom primärvården kan idag uppskattas till ca 1 500 heltidsarbetande allmänläkare. Idag finns omkring 5 300 yrkesverksamma allmänläkare vilket motsvarar 4 500 heltidsarbetande. När det gäller den övriga specialistvården finns inga bra mått på hur stor bristen är. Av en enkät riktad till landstingen 2007 framgick att det framför allt saknades psykiatriker, barnpsykiatriker, radiologer, geriatriker och laboratorieläkare.

Läkarbristen i de nordiska länderna förväntas öka. Vartannat år presenterar de nordiska läkarförbundens samnordiska arbetsgrupp för prognos- och specialistutbildningsfrågor (SNAPS) en prognos för arbetsmarknaden. Modellen utgår från ett beräknat utbud och efterfrågan på läkare i sjukvården, vilket skiljer den från andra analyser. Enligt denna kommer drygt 4 000 läkare saknas i Sverige år 2015. Behovet av specialister lär öka i alla de nordiska länderna. Prognosen bygger på att efterfrågan på läkares kunskaper alltmer ökar, det vill säga en ökad läkartäthet. I en tidigare rapport från 2006 bedömde utredarna att 3 600 läkare skulle saknas 2015. Motsvarande bedömning var 2 900 läkare i rapporten från 2002. Om ett antal sjukvårdsreformer genomförs som ger effektivare sjukvård beräknar man ett oförändrat behov av läkare och efterfrågan ökar då bara i samma takt som befolkningstillväxten och medför att det saknas 1 650 läkare 2015. Om inte detta görs kommer bristen bli ännu större.

Förutsättningen för de två prognoserna är att 600 läkare med utländsk examen per år får svensk legitimation (2005 var det cirka 1 000), och att dessa stannar i landet. I rapporten tar man också hänsyn till det faktum att allt fler läkare, både äldre och yngre, väljer att arbeta deltid. Långtidsfrånvaro på grund av sjukdom, förtidspension och deltidspension kommer troligen att öka i läkarkåren, vilket gör att yrkesverksamhetsgraden bedöms sjunka till 92,5 procent. Även bland unga läkare bedömer man att bara 92,5 procent är verksamma. En anledning är den ökande andelen kvinnliga läkare som medför ökad föräldraledighet.

Gemensamt för de nordiska länderna är de många seniora läkarna som ger mycket stora pensionsavgångar 2010. Problemet förvärras av att många äldre specialister vill hoppa av tidigare. Förväntade ålderspensioneringar inom läkarkåren i kombination med utvecklingen i demografi, teknik och patienternas ökade krav, kan leda till en situation där det är svårt att rekrytera kompetent och motiverad personal i tillräcklig omfattning. För att säkra en god sjukvård och leva upp till patienternas förväntningar blir det därför allt viktigare att utnyttja läkarresurserna på bästa sätt. I detta sammanhang har det under senare år förekommit diskussioner om läkarnas arbetstidsfördelning. Man har bland annat hävdat att läkarna tvingas ägna för mycket tid till olika former av administration vilket tar tid från värdefullt patientarbete. I en IHE- studie (IHE ARBETS RAPPORT 2000:1) konstaterades att läkarna i genomsnitt ägnade drygt två tredjedelar av sin arbetstid till olika former av patientarbete.

## 2.2. Specialitetsindelning

Läkarkåren är yrkesmässigt indelad i ett antal basspecialiteter, vilka är uppdelade i grenspecialiteter samt två tilläggspecialiteter (se bilaga 1). Specialitetsstrukturen sedan 2005 omfattar totalt 56 specialiteter varav 31 är bas-, 23 är gren- och 2 är tilläggspecialiteter. Grenspecialiteterna kräver kompetens i en specificerad basspecialitet och tilläggspecialiteterna kräver kompetens i särskilt specificerad basspecialitet fastställd av Socialstyrelsen. I samband med förändringen upphörde fem tidigare specialistkompetenser att vara offentligreglerade och åtta sammanfördes parvis till fyra nya specialistkompetenser. Den nya formen för specialiseringstjänstgöring trädde i kraft den 1 juli 2006. Övergångsbestämmelserna innebär att alla med legitimation före detta datum har rätt att få bevis enligt de gamla reglerna om kompetensansökan görs senast den 31 december 2013. Föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen kring den nya specialiseringstjänstgöringen trädde i kraft den 1 september 2008.

## 2.3. Problemområden i Dalarna

I samband med revisionens arbete med Risk- och väsentlighetsanalys 2008 har det lyfts ett antal frågor som berör läkarrekrytering i form av vakanta allmänläkartjänster, brist inom specialiteter som röntgen och psykiatri samt andra specialiteter inom länsdelssjukhusen. Betydelsen av att bredda kompetensen, hantera den snabba utvecklingen inom sjukvården som bland annat leder till subspecialisering och att satsa på AT-läkarna för att få dem att stanna inom landstinget har tydliggjorts. En annan fråga som diskuterats är att läkarnas specialitetsindelning är starkt styrande och att sjukhusen byggs upp efter denna. Bred kompetens i form av generalister behövs i större utsträckning.

## 3. Resultat

Resultaten nedan utgör huvudsakligen svar på det frågeformulär som skickades ut till verksamheterna och förvaltningsledningen. Detta innehöll frågor om läkartillgång, vakanssituation, förväntad pensionsavgång, verksamheternas specialitetsområden, uppfattningar om subspecialiseringens betydelse och konsekvenser för landstinget och verksamheterna samt om strategier för att hantera subspecialisering och pensionsavgångar. Totalt inkom 30 helt eller delvis ifyllda frågeformulär från olika verksamheter och två från förvaltningsledningen. Svar har inkommit från olika typer av verksamheter; länsövergripande kliniker, kliniker från de olika sjukhusen, verksamheter inom psykiatri och primärvård, se bilaga 3. Kommentar från verksamhetschefen, röntgenkliniken i Mora: *"Enkäten tycks för mig inte vara aktuell. Det finns ännu inga subspecialister*

*enligt nya ordningen, och inom överskådlig framtid har nog många röntgenkliniker i landet som främsta problem att lösa bemanningsproblematiken när det gäller radiologer i allmänhet (generalister). Subspecialisering är en utmärkt tanke, som är helt naturlig på universitetskliniker och liknande mycket stora enheter. Tanken kan vara bra även på mindre kliniker sett ut medicinsk synvinkel, men är inte realistisk under överskådlig framtid. Har vi tillräckligt med radiologer som helhet ska vi vara mycket glada.”*

### 3.1. Läkartjänster

Totalt finns det 291 verksamma specialistkompetenta läkare inom de inrapporterande verksamheterna, varav 16 inte har fast anställning. Antalet ST läkare anges vara 106 inom egna specialiteten och 21 är randutbildande inom annan specialitet. Den sammanlagt rapporterade vakanssituationen kring specialistkompetenta läkare är 52. Verksamheterna anger att det idag skulle behövas ytterligare 55 specialistkompetenta läkare för att de skulle klara verksamhetens uppdrag, dvs. tre fler än de vakanta tjänsterna. Inom det närmaste året kommer 33 av de fast anställda läkarna att pensioneras. Högsta andelen vakanta tjänster finns inom primärvården särskilt inom vissa delar av länet, röntgen, psykiatri, och inom geriatriken. De inrapporterade svaren från respektive verksamhet har sammanställts i bilaga 3a-c.

I en kommentar från kirurgkliniken i Falun anges att man skulle klara verksamheten med de läkare man har anställda om de som är tjänstlediga skulle vara i arbete. Angående frågan om hur många vakanser man har anges att denna inte går att besvara då man inte har ett specifikt antal tjänster utan arbetar mot en budget.

#### 3.1.1 Specialistfördelning

Antalet specialistkompetenta läkare med grenspecialitet är för de svarande verksamheterna 53, varav majoriteten finns på medicinkliniken i Falun. Det finns åtta rapporterade specialistkompetenta läkare med tilläggspecialitet. Antalet läkare med flera specialiteter inklusive vikarier är 29 stycken och tre av läkarna under specialitjänstgöring har sedan tidigare en annan specialitet. De flesta verksamheter har inga läkare med gren- eller tilläggspecialitet, medan tillgången på dubbelspecialiserade läkare är mer spridd mellan olika typer av verksamheter.

### 3.2. Specialitetsområden

För en sammanställning av klinikernas olika specialitetsområden och inom vilka man saknar specialister se bilaga 2. Drygt hälften av verksamheterna anger att de saknar specialistkompetenta läkare. Ett par kliniker bemannas av specialister från Uppsala inom något/några av sina specialitetsområden. Tolv av verksamheterna varav fyra av vårdcentralerna rapporterar att de har läkarkompetens inom annat specialitetsområde än det som ingår i deras uppdrag. Från barn- och ungdomsmedicin beskriver man ett större behov av barnkardiologisk kompetens än på andra sjukhus, eftersom det inte finns någon klinisk fysiologisk verksamhet på Falu lasarett. Det finns inte heller någon annan person än barnläkarna som kan utföra ultraljud på hjärta.

Ett antal kliniker anger att de utifrån sina behov skulle vilja ha fler gren/tilläggspecialiteter. Medicinkliniken i Falun skulle vilja ha akutmedicin, kirurgen i Mora barnkirurgi, gynekologklinikerna gynekologisk onkologi, hudkliniken könssjukdomar, ÖNH-kliniken hörsel och talrubbingar och MOH/palliativa enheten geriatrik eller annan basspecialitet med kompetens inom palliativ medicin. Från psykiatriska sektorn mellersta Dalarna önskas neuropsykiatri. Vårdcentralerna i Malung och Mora anger att geriatrisk specialistkompetens skulle vara bra att ha inom verksamheten. I Mora önskas dessutom psykiatrisk och internmedicinsk kompetens, i Orsa psykiatri, gynekologi, barnmedicin och i Säter internmedicin och ortopedi förutom den extra läkarkompetens man redan har inom hud och könssjukdomar, företagshälsovård, geriatrik, rehabiliteringsmedicin och psykiatri.

Från barn- och ungdomsmedicin upplever man ett stort behov av subspecialisering. De beskriver att det på ett länslasarett måste finnas kompetenta specialister inom flera områden än barn och ungdomsmedicinens grenspecialiteter, se bilaga 1. Dessa områden är barnendokrinologi inklusive diabetes och barnfetma, barnreumatologi, barn gastroenterologi inklusive leversjukdomar, barn nefrologi inklusive urinvägsjukdomar samt barn som far illa. Inom både grenspecialiteter och områden med subspecialisering pågår en aktiv samverkan och samarbete kring utveckling och individuella patienter inom regionen.

### 3.3. Subspecialiseringens betydelse och konsekvenser

Det var 29 verksamheter och förvaltningsledningen som besvarade frågor om subspecialiseringens utveckling och betydelse. Svaren presenteras i bilaga 4 a-c.

#### 3.3.1. Utveckling 2008 och 2009

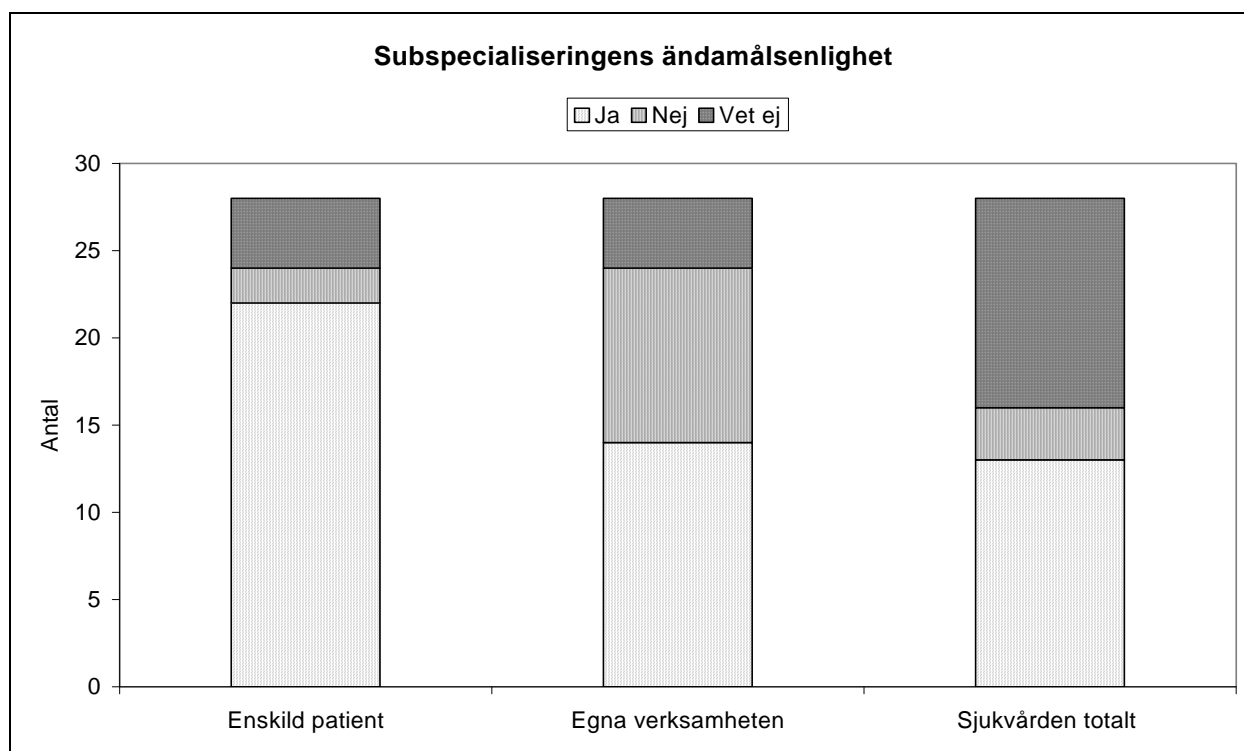
På frågan om utvecklingen av antalet grenspecialiteter under 2008 respektive förväntat för 2009 och om den aktuella utvecklingen var planerad fördelades verksamheternas svar enligt nedan:

	Ja	Nej	Vet ej	Utan svar/0
Ökning 2008	5	5	17	2
Ökning 2009	6	3	16	4
Planerad utveckling	3	1	18	7

De flesta anger att de inte känner till utvecklingen av antalet grenspecialiteter inom sjukvården i Dalarna. Två verksamheter; barn- och ungdomsmedicin och kirurgkliniken i Mora anger att en ökad subspecialisering under den aktuella perioden är planerad. Barn och ungdomsmedicin ser en ökad specialisering på grund av ett ökat antal kroniskt sjuka barn, förbättrad överlevnad och ett litet antal patienter som behöver stora läkarinsatser. Förvaltningsledningen anger att antalet subspecialiteter inte ökat under 2008 och inte heller förväntas öka under 2009.

Från ÖNH-kliniken anges att det är samma specialiteter som tidigare, från psykiatrin att det inte utvecklats någon subspecialisering och från barn och ungdomsmedicin att det ska finnas minst en barnläkare inom respektive grenspecialitet på Falu lasarett. Från primärvården kommenteras att detta i huvudsak är ett problem för sjukhusen och att utvecklingen sker på bekostnad av allmänmedicinen.

#### 3.3.2. Subspecialiseringens ändamålsenlighet



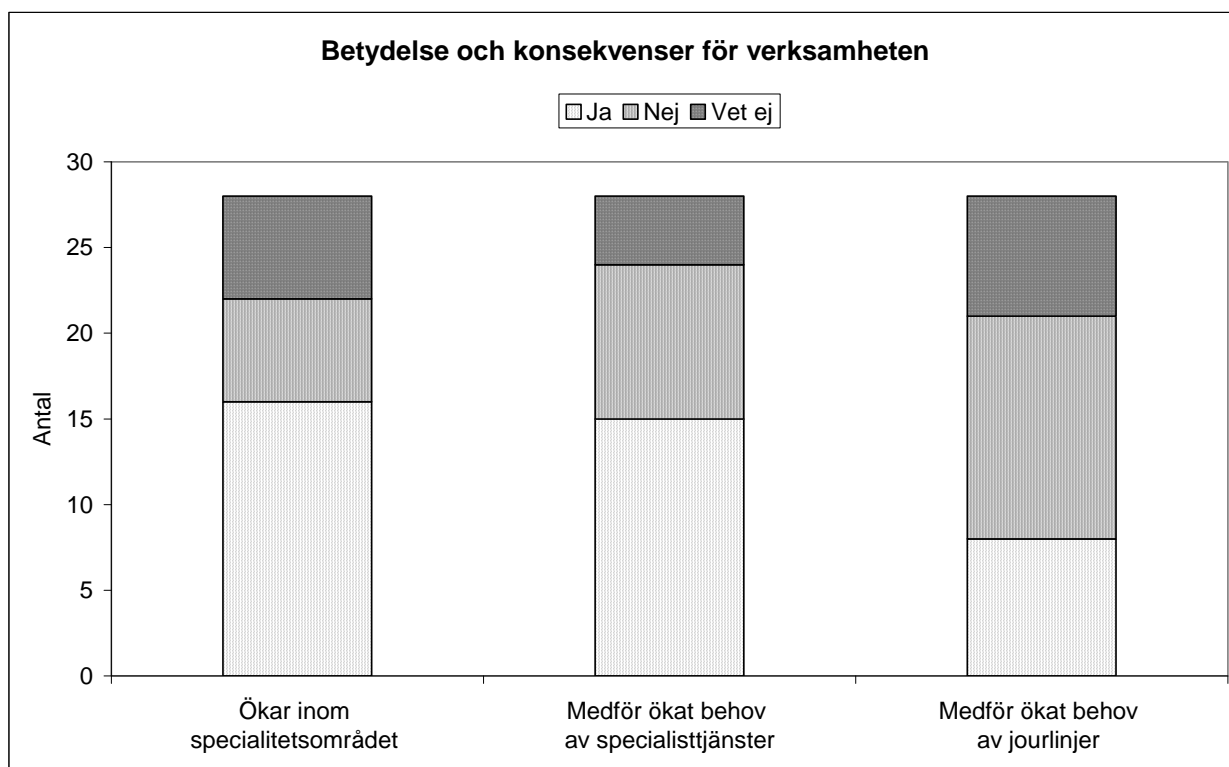
En klar majoritet av verksamheterna bedömer att subspecialisering är ändamålsenligt ur medicinsk synpunkt för enskild patient, medan när det gäller den egna verksamheten är bedömningen mer splittrad. Medicin- och kirurgklinikerna, ortopedkliniken i Falun, geriatriska kliniken i Borlänge, ÖNH-kliniken, barn- och ungdomsmedicin, hudkliniken, röntgenkliniken i Falun, kliniskt patologiska laboratoriet, psykiatri i Falun och mellersta länet samt MOH/palliativa enheten bedömer subspecialiseringen som ändamålsenlig även för den egna verksamheten. När det gäller för länet som helhet är det 13 verksamheter som gör bedömningen att subspecialiseringen är ändamålsenlig, tre som bedömer att så inte är fallet och övriga vet inte. Förvaltningsledningen är överens om ändamålsenligheten för enskild patient, men när det gäller enskilda verksamheter går åsikterna isär och när det gäller bedömning utifrån sjukvården i stort svarar bägge att de inte vet.

I en kommentar anges från medicinkliniken i Falun att subspecialiseringen ofta kräver stora vårdenheter och från ÖNH-kliniken ges kommentaren att vården till viss del kan skötas av speciellt intresserade personer även om de inte är subspecialister. Från barn och ungdomsmedicin anger man ett stort behov av subspecialisering, men att den utvecklingen kräver att primärvården har möjlighet att ta hand om "sina" barnpatienter och att det fortsatt finns öppenvårdsmottagningar utanför Falu lasarett. I och med att antalet patienter med neuropsykiatrisk störning ökar för varje år behövs särskild kunskap inom psykiatri. Från en vårdcentral ställer man frågan om alla subspecialiteter behövs på länssjukhus.

Bägge representanterna för förvaltningsledningen bedömer att vårdens kvalitet för enskilda patienter påverkas av subspecialiseringen. För enskilda verksamheter anges att kvaliteten påverkas av den ena svarande, men inte av den andra. Ingen av de två bedömer att kvaliteten för sjukvården totalt påverkas.

I samband med intervjuerna framkommer att subspecialisering kan innebära ett kvalitetsproblem för patienter med flera medicinska problem samtidigt samt för de som är i behov av specialistsjukvård på kvälls-/jourtid. Inom det medicinska respektive kirurgiska specialitetsområdet kommer det att bli svårt för enskilda läkare att upprätthålla en bred allmän kompetens och för klinikerna att organisera vården så att inte bara patienter som kommer på dagtid med en viss typ av problem får tillgång till vård med hög kvalitet.

### 3.3.3. Subspecialiseringens konsekvenser

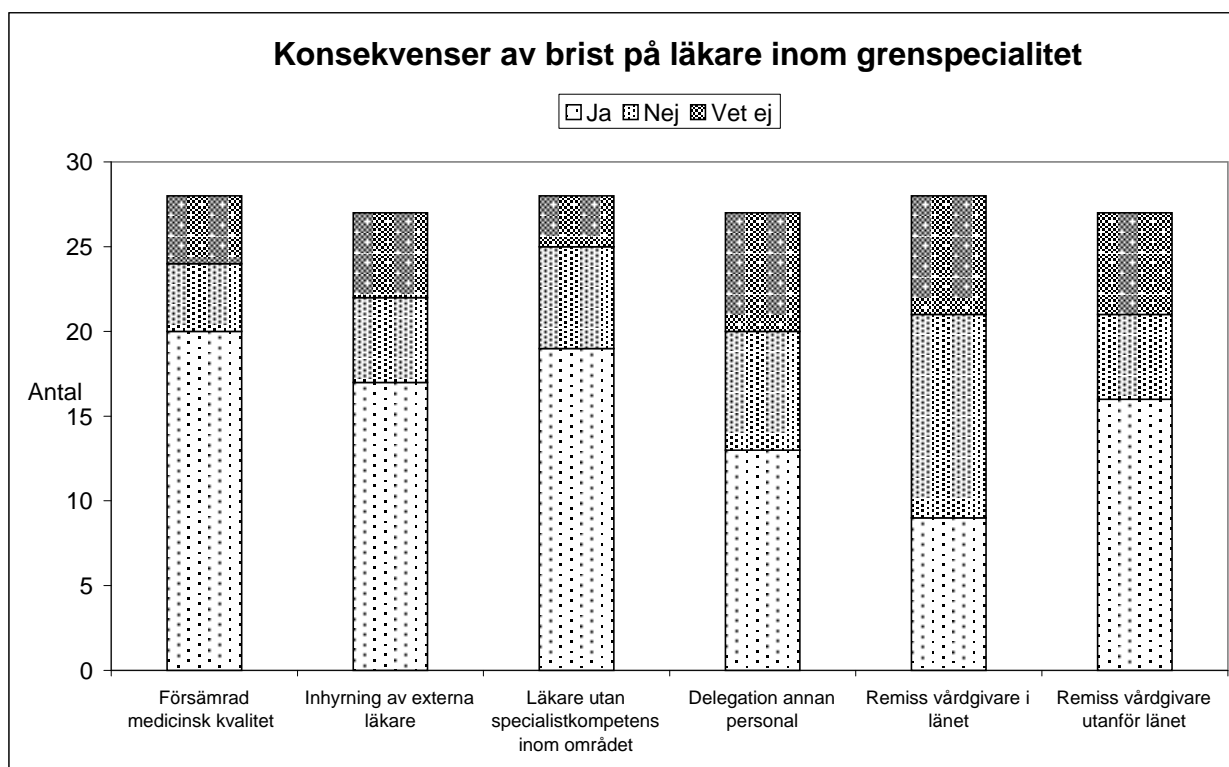


Inom specialistsjukvården är det en majoritet som svarade ja och endast röntgen i Mora, hudkliniken och klin kemiska laboratoriet som svarade nej på frågan om subspecialiseringen ökar inom specialitetsområdet. Inom psykiatrin och primärvården är bilden mer blandad. Femton verksamheter bedömer att subspecialisering innebär ökat behov av specialister, medan nio inte gör den bedömningen. Behovet av jourlinjer bedöms öka av åtta verksamheter, men inte av tretton.

Röntgenkliniken i Falun anger att det inom flera områden behövs subspecialisering. I en kommentar från medicinkliniken i Falun framförs att det inte blir fler, men andra typer av jourlinjer och från barn och ungdomsmedicin att det kan bli aktuellt med neonataljourlinje beroende på utvecklingen av neonatalvården. En kommentar från psykiatrin är att det kan behövas en viss subspecialisering i framtiden och från en vårdcentral att subspecialiseringen innebär djupare kompetens men mindre flexibilitet och större sårbarhet.

I samband med intervjuerna kom farhågor upp kring den informella utvecklingen av subspecialisering. Detta innebär stora problem och det behövs en definition vad som är grundspecialitetens innehåll. Bland annat uppkommer frågorna vem som ska ta hand om bassjukvården inom specialiteten och vem som kan vara bakjour.

### 3.3.4. Konsekvenser av brist inom grenspecialitet



Att brist på läkare inom grenspecialitet innebär försämrade medicinsk kvalitet svarar 20 av verksamheterna. Två av vårdcentralerna svarar ja på frågan, medan två av de andra svarar nej och de övriga två tar inte ställning. Högst andel menar att läkare utan aktuell specialistkompetens får ta hand om patientgrupper inom områden de saknar kompetens som konsekvens av bristen på läkare inom grenspecialitet. Fler än hälften bedömer att denna brist leder till inhyrning av externa läkare och att patienter remitteras till vårdgivare utanför länet. Förvaltningsledningen bedömer att det innebär ett ökat behov av specialistkompetenta läkare, ökat behov av inhyrda externa läkare, att läkare utan aktuell specialistkompetens får ta hand om patientgrupper inom områden de saknar kompetens och att patienter remitteras till vårdgivare utanför länet. Svaren skiljer sig åt när det gäller påståendet om att annan sjukvårdspersonal än läkare delegeras arbetsuppgifter de annars inte skulle få.

### 3.4. Möjligheter, negativa aspekter och strategier

I samband med intervjuerna ställdes frågan om det finns några centrala övergripande strategier. Några skriftliga sådana finns inte idag, men frågorna diskuteras och det kan bli aktuellt att på ledningsnivå fastställa vilken inriktning som i dagsläget är aktuell. Det finns muntliga överenskommelser om hur subspecialiseringen ska hanteras inom olika specialiteter mellan klinikerna på länets sjukhus. För frågor om läkarutbildningen finns en styrgrupp och man har tagit fram planer för AT/ST läkarutbildning. En central fråga är hur många ST läkare som sjukvården i Dalarna klarar av att hantera.

Ett problem som lyftes upp är att det finns professionella incitament för enskilda läkare att subspecialisera sig, men inga incitament att hålla en bred kompetens inom t.ex. allmänkirurgi eller allmän internmedicin. Subspecially innebär att den enskilde läkaren får en drägligare arbetssituation med möjlighet att ha kontroll över arbetsbelastningen. För distriktsläkarna innebär subspecialiseringen inom specialistsjukvården att kompetenskraven ökar, vilket är negativt ur rekryteringssynpunkt då nyutbildade läkarna upplever att de inte kommer att kunna upprätthålla den kompetens som krävs. För alla läkare med "allmänkompetens" blir det tyngre att hålla sig uppdaterad kring den medicinska utvecklingen. Detta kan leda till negativa aspekter för patienterna i form av

längre utredningstider och remittering till fel instans om man får träffa en läkare som inte har tillräcklig kompetens inom det aktuella området.

Kommentarerna nedan kommer inte nödvändigtvis från den verksamhet den berör.

### 3.4.1 Möjligheter för landstinget

Nedan följer uttalanden kring de möjligheter som subspecialisering innebär för landstinget:

- Bättre och billigare sjukvård som tillvaratar utvecklingen
- Hög kunskapsnivå på smalare område
- Bättre vård för enskild patient. Om vi följer med och leder utvecklingen kan det innebära stora fördelar och patientinflöde/inflöde av medel från andra landsting
- Spetskompetenser med konkurrenskraft gentemot länssjukhus och regionsjukhus/universiteten
- Patienter kan då få en mer specialiserad vård inom Landstinget Dalarna, och slipper remitteras till universitetssjukhus
- Medicinska utvecklingen går kraftigt framåt och ställer höga krav på läkare. För att kunna möta detta krav finns behov från läkarsynpunkt att subspecialisera sig. Högt medicinsk kompetens ger optimalt omhändertagande av patient. Gott utgångsläge för klinisk forskning.
- Djupare färdighet inom begränsat område
- Fler av specialfallen kan skötas på hemmaplan. Möjlighet att ta in patienter från andra län som inte har den subspecialiteten.
- Vi kan ta hand om dessa patienter på Falu lasarett, Det är av stor vikt för patienterna att inte behöva åka långt för alla besök. Vi har redan, och kan byggas ut ytterligare, god kontakt med UAS Barnsjukhus, Huddinge barnsjukhus, Astrid Lindgrens barnsjukhus och Drottning Silvias barnsjukhus i form av konsulter som kommer hit, utbildning hos dem och telefonkontakt. Dessutom är det bra ur rekryteringssynpunkt att doktorerna får subspecialisera sig.
- På klinisk kemi och transfusionsmedicin finns ingen möjlighet för en subspecialist att verka som enbart subspecialist. Arbetsuppgifterna kräver att man bibehåller kompetensen inom hela basspecialiteten.
- Att vi klarar patienten själva och att patienterna får bättre kontinuitet i behandlingen och stöd av oss
- Större spetskompetens
- Ökad ambitionsnivå för olika sjukdomsgrupper
- 1. Högt kompetens i länet vilket innebär stor autonomi i landstinget. 2. Rekryteringsbefrämjande när det gäller läkare i utbildning. 3. Allmänt positivt utbildnings- och forskningsklimat. 4. Stort förtroende för länssjukvården i befolkningen. 5. Närhet till avancerad specialistvård
- Ökad kvalitet för diagnostisering inom såväl radiologi som mammografiområdet
- Det vi svarar på är grenspecialiteter som finns t.ex. handkirurgi inom ortopedi. Sedan finns subspecialiseringar som inte är egentliga grenspecialiteter, eftersom de inte finns som egen specialitet. Vår klinik är uppdelad i team där de som är i teamen är subspecialiserade på t.ex. barnortopedi, ryggortopedi, höftproteser, knäproteser, ligamentskador i knän, axlar, fotkirurgi, akutortopedi. Varje team har en teamledare som huvudsakligen sysslar med sin subspecialitet, men som gör att de blir experter.

### 3.4.2 Negativa aspekter

Nedanstående kommentarer gäller subspecialiseringens negativa aspekter för landstinget:

- Kräver annan organisation och mer samverkan inom och utanför landstinget
- Möjligen skulle det göra det svårare få generalister till våra röntgenkliniker framöver
- Det kan bli kostsamt med krav på ökad bemanning. Det kan även bli kostsamt om man inte följer utvecklingen och antalet under utbildning blir med den nya gången fler. Kan bli "trångt" och försämrat utbildningsklimat. Inom basspecialitet Kirurgi sker en subspecialisering som kan ställa till problem i det att vi snart inte har någon allmänkirurg kvar som kan vara bakjour/har allmän kompetens. Det vardagliga arbetet kräver detta om vi skall kunna behålla patienterna inom länet.
- Svårare att på sikt upprätthålla tunga bakjournlinjer, t.ex. kirurgi.
- Svårare att rekrytera till dessa läkartjänster. Fler jourlinjer kan behövas, med negativa ekonomiska konsekvenser.
- Svårare att upprätthålla jourlinjer. Mer sårbart när någon subspecialist är frånvarande
- Smalare register för varje subspecialitet
- Om allt för subspecialiserat blir en liten klinik sårbar. Måste då ha fler specialister totalt för att klara jourlinjer t.ex.
- Brist på allmän pediatrik kunskap? Jag tror inte det blir aktuellt på en klinik av vår storlek, trots subspecialisering måste doktorerna delta i den allmänna primär respektive bakjouren
- Man behöver fler läkare för att klara uppdraget
- Mindre flexibilitet och större sårbarhet
- Ökad utremittering av tidigare specialistfall till primärvården. Fler jourlinjer. Längre väntetider till vissa mottagningar. Fler utomlänsremisser. Mindre benägenhet hos den enskilde läkaren/vårdteamet att sköta "hela patienten", utan man vill helst bara sköta sin sjukdom. Vilket innebär en ökad efterfrågan på vård inom närsjukvården för tunga patientgrupper och mindre tillgänglighet för patienter som tidigare lätt fick tid. Dvs. fler årskontroller sköts inom närsjukvården.
- Risk för brist på läkare med bred basal kompetens vilket kan leda till: 1. Behov av flera jourlinjer och därmed ökat antal läkartjänster. 2. Patienter med flera sjukdomar faller mellan stolarna, vilket leder till missnöje i befolkningen. ST-utbildningen inom grenspecialiteterna kräver längre utbildningstid och ökar kostnaderna för klinikerna. Ökad utbildningstid på regionsjukhus för blivande subspecialister. Alltså: Risk för sämre sjukvård och högre kostnad!

I samband med intervjuerna kom det fram att belastningen på primärvården blir större genom subspecialiseringen inom specialistsjukvården. Kraven på distriktsläkaren att ha kommit längre i diagnostiken kring en enskild patient med tydligare frågställning innan remiss ökar, vid flera åkommor även inom samma specialitet krävs flera remisser och patienter med flera medicinska problem kommer snabbare tillbaka till primärvården. Antalet besök för patienten riskerar att öka genom att fler subspecialiserade läkare inom vardera internmedicin, kirurgi och ortopedi kan behöva involveras för omhändertagande av patienten.

### 3.4.3. Strategier för att utnyttja möjligheterna

Följande kommentarer rör frågan om att utnyttja subspecialiseringens möjligheter:

- Finns inga. Vi har mera än svårt dagsläge med att bara få de generalister, som vi behöver
- Vi har ju redan de formella subspecialiseringarna/grenspecialiteterna så det blir ingen skillnad
- Samjour/länsjour.

- Se till att ha en god fungerande Primärvård! Gott fungerande kommunboende och omhändertagande av äldre. När Primärvården sviktar med bemanning (som nu råder) så får det följder för specialister. Slutenvården tvingas ta hand om allt mer "allmänna krämpor" som borde kunna tas omhand i Primärvård i första hand. Pat söker akuten för "banalare krämpor" på grund av att man inte får tag i distriktsläkare mm. Detta får till följd att specialister också går jourer. Platsbrist på vårdavdelningar leder till korta vårdtider med risk att patienten istället "kommer i retur" (ut och in) vilket inte är ett effektivt sätt att jobba på. Ger istället mer jobb. Med god fungerande Primärvård, torde subspecialiseringen kunna fungera utmärkt med gott och säkert omhändertagande av patient av personal med hög kompetens. Samarbete Primärvård/Specialist! Se till att Specialist är tillgänglig för Primärvårdsläkare med patientförfrågningar mm.
- Försöka klargöra vilka diagnoser som ska gå på Falu lasarett respektive på regionsjukhus och hur samarbetet kring dessa patienter ska se ut, förmodligen kan det fungera att gå på båda ställena.
- Samla team med särskild kunskap för att stöda alla i sitt patientarbete
- Verka för utökat teamarbete i form av bl.a. 1. Expertgrupper bestående av läkare med olika specialiteter. 2. Gemensamma utbildningsaktiviteter. 3. Öka samverkan med grannlänerna och regionen. Kanske begränsa antalet subspecialister inom vissa områden som bättre tillgodoses i närliggande län
- Bred rekrytering samt olika subspecialiseringsinriktning för ST läkare
- Fler av de yngre utbildas för att så småningom kunna ta över ett team.

#### 3.4.4. Strategier för att motverka negativa effekter

Kommentarerna nedan berör frågan om strategier som syftar till att motverka negativa effekter av subspecialiseringen:

- Ge patienter möjlighet att lista sig på sin reumatolog, gynekolog eller invärtesmedicinare för att minska behovet av flera läkarbesök.
- Kräver annan organisation och mer samverkan inom och utanför landstinget
- Rikt spektrum av subspecialiserade radiologer inom hela paletten vore önskvärt
- Kontorstid är detta inget problem då kunskapen hos enskild är lätt att nå. Jourtid blir det svårare och för att inte bränna allt krut då måste man stärka upp det primära omhändertagandet av patienter dygnet runt året om på så låg subspecialiserad vårdnivå som möjligt.
- Bakjournutbildning
- Bibehålla bred kompetensutveckling på ST-läkarna och inte "styra in" dessa i vissa subspecialiseringar för tidigt i yrkeskarriären.
- Bred basutbildning så att subspecialisten kan delta i den "vanliga" verksamheten
- Risk att endast de särskilda teamen kan något om neuropsykiatriska patienter och att övriga medarbetare inte ökar sin kunskap
- Ev. koppla någon ersättning till listningen. Detta skulle sannolikt minska trycket på primärvården och efterfrågan efter fler primärvårdsläkare. Dessutom göra det mer lättrekryterat inom primärvården.
- Ställa höga krav när det gäller att bibehålla kompetens inom baspecialiteten, mest påtagligt är att 1. Bibehålla bakjournkompetensen (inga nya jourlinjer). 2. Satsa på akutläkare (i någon form). 3. Stärka allmänläkarens roll i systemet. Allmänläkaren måste vara den patientansvarige och drivande läkaren i ett system som till stor del består av specialister och subspecialister
- Flexibilitet vid schemaläggning samt bokningsarbete
- Man kan ha fler än en subspecialisering

### 3.4.5. Strategier för hantering av pensionsavgångar

Nedanstående kommentarer berör frågan om att hantera effekterna av kommande pensionsavgångar som påverkar alternativt påverkas av subspecialiseringen:

- Kloka rekryteringar, bra samarbetsklimat, bra arbetsmiljö och bra FoUU
- Öka antalet ST läkare i länet
- Pensionsavgångar påverkas väl inte av subspecialisering?
- Fortsatt rekrytering av läkare "underifrån", d v s intresserade underläkare efter färdig läkarexamen. Bibehålla "bredden" upp på överläkarnivå.
- Se till att ha en god fungerande Primärvård! Gott fungerande kommunboende och omhändertagande av äldre.
- Försöka uppmana nya ÖNH ST-läkare att också välja en grenspecialitet fram för allt hörsel.
- Det måste finnas tillräcklig läkarbemannning så att de nya subspecialisterna/ grenspecialisterna kan åka iväg till regionsjukhus för utbildning. Det kan till viss del lösas med "pensionärer" som antingen jobbar kvar eller som kommer in extra, stafetter vid akuta behov. Utbilda så många specialister som möjligt, överskott är nog knappast aktuellt, stora delar av barnläkarna i landet går i pension framöver.
- Öka antalet platser på läkarutbildningar i landet
- Ge våra ST-läkare en så bred inblick i våra "sidouppdrag" som möjligt med förhoppning att de kan ta vid. Men pensionsavgångarna (som samtliga har sidouppdrag) är större än det förväntade tillskottet.
- Redan i dag finns subspecialister även inom gruppen som snart går i pension, men antalet ST-läkare är idag inte tillräckligt stort för att täcka pensionsavgångar inom flera områden. Enda sättet att hantera effekterna av pensionsavgångar är att anställa ST-läkare enligt långsiktig plan även om det kommer att innebära tillfälliga överanställningar som överskrider läkarbudgeten på enskilda kliniker. Varje verksamhetschef måste presentera en detaljerad och trovärdig strategi!
- Rekrytera underifrån och utbilda egna specialister, så många ST läkare som vi orkar med. Verksamheten måste vara positiv till fortsatt utbildning av läkare (kursverksamhet)
- Fler av de yngre utbildas för att så småningom kunna ta över ett team. En läkare kan ha fler än en subspecialisering

## 4. Sammanfattande diskussion

Denna gransknings syfte är att kartlägga och beskriva subspecialisering inom läkarkåren, vilka möjligheter och konsekvenser den innebär för landstinget Dalarna samt vilka strategier som finns att hantera denna fråga. Det är i ljuset av tillgången på specialistkompetenta läkare och behovet av att tillgodose befolkningens behov av såväl bassjukvård som mer specialiserad sjukvård subspecialiseringen måste belysas.

Landstinget Dalarna såväl som övriga hälso- och sjukvården i Sverige och övriga Norden står inför utmaningen att i tillräcklig utsträckning få tillgång till läkare med önskvärd kompetens. Inom ett antal basspecialiteter, t.ex. allmänmedicin, geriatrik, psykiatri och radiologi finns brist på läkare och man har stora problem att rekrytera såväl färdiga specialister som ST-läkare. Flera av verksamheterna har framfört en oro över att inte klara bassjukvården och jourverksamheten genom brist på läkare med generell kompetens. Denna brist medför konsekvenser för möjligheten att tillgodose befolkningens grundläggande sjukvårdsbehov på ett kostnadseffektivt sätt samtidigt som specialister inom vissa områden får ägna sig åt sjukvård de är "överkvalificerade" för. Subspecialisering kan innebära en minskad möjlighet att rekrytera läkare till bassjukvården genom att dessa kategorier läkare får ta på sig ett större mandat när det gäller omhändertagandet av bland annat patienter med flersjuklighet, då subspecialisterna tappar den breda baskompetensen. Den medicinska utvecklingen och dess krav på specifik kompetens medför samtidigt ett behov av ökad specialisering.

Behovet av specialistläkare i landstinget Dalarna är idag större än tillgången, särskilt inom vissa verksamhetsområden. Den medicinska och demografiska utvecklingen samt åldersstrukturen inom läkarkåren innebär att bristen de närmaste åren med stor sannolikhet kommer att öka. De läkare som är under specialistutbildning i länet täcker inte behoven ens om alla stannar kvar efter utbildningen. För att tillfredsställa behovet måste specialister rekryteras utifrån och/eller användas på ett mer effektivt och för helheten mer rationellt sätt. Ett alternativ är att hitta nya arbetsformer och strukturer för arbetet t.ex. genom att utnyttja läkare med dubbel specialistkompetens bättre och ett annat att förbättra samarbetet över länsgränserna inom bristområden. När det gäller "tillskott" av läkare bedömer de nordiska läkarförbunden att importen av utländska läkare från Europa till Norden kommer att fortsätta och att nordiska studenter som går utbildning utomlands återvänder till hemlandet för specialistutbildning. I vilken utsträckning denna fråga diskuterats och hur detta värderats i Dalarna har inte belysts i kartläggningen.

För att öka tillgången till specialistkompetenta läkare är fler specialistutbildningsplatser och att få fler seniorspecialister att jobba efter pension lösningar som föreslagits av de nordiska läkarförbunden. Vikten av att skapa tillräckligt många och goda utbildningsvillkor för ST-läkare har kommit fram bland kommentarerna i frågeformuläret. En farhåga som också lyfts är att det finns en gräns för hur många ST-läkare man orkar med att utbilda. Genom den nya specialiseringstjänstgöringen förlängs utbildningstiden för läkare inom grenspecialiteter och det tar således längre tid innan de blir färdigutbildade. Den nya ordningen med utbildning först inom basspecialiteten kirurgi och sedan grenspecialitet ifrågasätts inom specialitetsområdet och man ställer sig frågan om hur länge den kommer att gälla.

När det gäller säkerställandet av bassjukvården och omhändertagandet av de äldre multisjuka patienterna är det bristen på och samordning mellan läkare inom allmänmedicin, internmedicin och geriatrik som särskilt uppmärksammats i debatten. I framförda förslag kring utvecklingen mot en mer generalistbaserad sjukvård anges att man bör göra de läkare som arbetar som generalister löneledande samt ge dem ett ökat inflytande över läkarutbildningen. Incitament för att höja generalistens status och främja rekryteringen behövs, då subspecialisering i sig ofta innebär en bättre arbetssituation och högre status för den enskilde läkaren. En fråga är dock om högre lön räcker för att kompensera de nackdelar subspecialiseringen innebär för rekryteringen av läkare med "allmän" kompetens.

Behovet av läkare styrs till viss del av hur dessa använder sin tid i vardagsarbetet. Studier av läkares tidsanvändning har visat på att den medicinska/administrativa dokumentationen ökat i omfattning, medan direkt patienttid och tid för utbildning och forskning minskat. Läkare har påtalat att de upplever att bemanningen är för låg, att det finns stora brister i organisationen, att man saknar en klar ledning och tydliga mål samt att man får utföra arbetsuppgifter som andra personalgrupper borde hantera. Det framförs även synpunkter på att specialistkompetenta läkare ägnar sig åt arbetsuppgifter och patientgrupper som inte behöver deras specifika medicinska kompetens. Brist på läkare inom grenspecialitet verkar, i enlighet med svaren på frågeformuläret, i större utsträckning innebära att läkare utan aktuell specialistkompetens får ta hand om patientgrupper inom områden de saknar kompetens än att annan sjukvårdspersonal än läkare delegeras arbetsuppgifter som de annars inte skulle få. Troligen innebär en brist på formellt utbildade subspecialister att den informella subspecialiseringen ökar. Om detta är en planerad utveckling och om man hanterar de problem som uppstår kan en sådan utveckling vara av godo. Synpunkter har dock framförts om att den informella subspecialiseringen ställer till problem.

I vilken utsträckning subspecialisering innebär ett större behov av specialister är svårt att bedöma utifrån den kartläggning som gjorts i samband med granskningen. Majoriteten av de svarande anser att subspecialisering medför ökat behov av specialisttjänster. Dels beror utvecklingen på den formella indelningen i olika specialiteter, men det pågår samtidigt en informell subspecialisering inom ett antal specialiteter. Subspeciallyeringen har ökat särskilt inom vissa specialiteter beroende på den medicinska utvecklingen, medan det inom andra inte skett någon sådan förändring. Inom psykiatri och primärvård diskuteras av och till att det kommer att bli behov av specialister med olika inriktning.

En utmaning för framtiden är att se till att grenspecialisterna upprätthåller sin kompetens inom basspecialiteten, så att behovet av bassjukvård inom specialitetsområdet och jourverksamheten kan upprätthållas. Meningarna går isär kring frågan om behovet av jourlinjer kommer att öka och i en kommentar påpekas att det inte blir fler men andra typer av jourlinjer. Förväntade positiva effekter av subspecialiseringen är förbättrad kvalitet ur patientens synvinkel. Dock kommer det även fram farhågor om att vissa patientgrupper snarare riskerar försämrad medicinsk kvalitet.

Av svaren på kartläggningens frågor kan vi utläsa att utvecklingen i form av subspecialisering huvudsakligen bedöms vara ändamålsenlig ur medicinsk synpunkt för enskild patient, men att man är mer tveksam utifrån den enskilda verksamheten eller sjukvården i stort. Subspecialisering bedöms innebära många fördelar och möjligheter, men det finns en del negativa aspekter som behöver hanteras. Ett antal möjliga strategier att hantera såväl subspecialiseringens möjligheter som negativa aspekter anges, men få av dessa tycks i dagsläget vara använda i det praktiska arbetet. Utvecklingen mot att läkarna och verksamheterna blir allt mer specialiserade och "en-fråge-inriktade" innebär att vården inom de olika verksamheterna successivt ändras, vilket medför att sjukvårdsstrukturen och vårdutbudet behöver ändras för att följa med. Kravet på samverkan och samordning mellan vårdnivåer, specialister och specialiteter mellan sjukhus inom länet och i regionen ökar för att den medicinska kvaliteten inte ska försämrats. En fråga som går utanför denna kartläggning är i vilken utsträckning subspecialiseringen är kostnadsdrivande.

Grundläggande för att hantera utvecklingen kring subspecialisering är att man har tillgång till läkare med rätt kompetens i tillräcklig omfattning. Landstinget Dalarna står inför en stor utmaning när det gäller kompetensförsörjning! Att rätt utnyttja de kompetenser som finns t.ex. läkare med dubbelspecialitet, skapa en fungerande struktur för sjukvården som helhet och att öka samverkan inom och mellan olika verksamhetsområden såväl inom länet som regionen kommer att vara nödvändiga åtgärder för att hantera gapet mellan tillgången till och behovet av läkare med specialistkompetens i landstinget Dalarna nu och under den närmaste framtiden. På frågan om strategier för att hantera pensionsavgångar fanns en kommentar om att varje verksamhetschef måste presentera en detaljerad och trovärdig strategi. Detta torde vara en bra utgångspunkt för hanteringen av hela frågan kring specialistförsörjning av läkare inom landstinget Dalarna samtidigt som det säkerligen behövs en sådan även på övergripande nivå för hela landstinget.

## Bilaga 1.

### SFS 2005:1250

#### 4 kap.

**1 §** Den legitimerade läkare som vill uppnå specialistkompetens skall genomgå vidareutbildning under minst fem år för att förvärva de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som föreskrivits för den sökta specialistkompetensen. Specialistkompetensen skall förvärfvas genom tjänstgöring som läkare under handledning och genom deltagande i kompletterande utbildning (specialiseringstjänstgöring). Meriter från forskarutbildning får tillgodoräknas i specialiseringstjänstgöringen enligt de närmare föreskrifter som meddelas av Socialstyrelsen. De medicinska specialiteterna delas in i bas- och grenspecialiteter samt tilläggsspecialiteterna Akutsjukvård och Smärtlindring. För att få bevis om specialistkompetens i en grenspecialitet krävs innehav av bevis om specialistkompetens i en basspecialitet enligt tabellen nedan. För att få bevis om specialistkompetens i en tilläggsspecialitet krävs innehav av bevis om specialistkompetens i en basspecialitet enligt de närmare föreskrifter som meddelas av Socialstyrelsen.

De bas- och grenspecialiteter inom vilka specialistkompetens kan uppnås är följande.

#### Basspecialitet

#### Grenspecialitet

##### Kirurgiska specialiteter

Kirurgi

Urologi

Barn- och ungdomskirurgi

Plastikkirurgi

Kärlkirurgi

Thoraxkirurgi

Ortopedi

Handkirurgi

Anestesi och intensivvård

Obstetrik och gynekologi

Öron-, näs- och halssjukdomar

Hörsel- och talrubbingar

Ögonsjukdomar

##### Invärtesmedicinska specialiteter

Internmedicin

Kardiologi

Medicinsk gastroenterologi och hepatologi

Endokrinologi och diabetologi

Medicinska njursjukdomar

Lungsjukdomar

Hematologi

Allergologi

Geriatrisk

##### Barnmedicinska specialiteter

Barn- och ungdomsmedicin

Barn- och ungdomsallergologi

Barn- och ungdomsneurologi med habilitering

Neonatologi

Barnonkologi

Barnkardiologi

##### Psykiatriska specialiteter

Psykiatri

Rättspsykiatri

Barn- och ungdomspsykiatri

### **Bild- och funktionsmedicinska specialiteter**

Bild- och funktionsmedicin  
Neuroradiologi  
Nukleärmedicin  
Klinisk fysiologi

### **Laboratoriemedicinska specialiteter**

Klinisk immunologi och transfusionsmedicin  
Klinisk bakteriologi och virologi  
Klinisk kemi  
Klinisk farmakologi  
Klinisk patologi  
Rättsmedicin

### **Neurospecialiteter**

Neurologi  
Neurokirurgi  
Klinisk neurofysiologi  
Rehabiliteringsmedicin

### **Enskilda basspecialiteter**

Allmänmedicin  
Onkologi  
Infektionsmedicin  
Klinisk genetik  
Arbets- och miljömedicin  
Hud- och könssjukdomar  
Reumatologi  
Socialmedicin  
Gynekologisk onkologi

## Bilaga 2. Klinikernas specialitetsområden (us=utan svar)

Specialitetsområden	Med F	Internmedicin inkl. alla grenspecialiteter utom kardiologi, neurologi
Saknar specialistkompetenta läkare	Med F	us
Extra läkarkompetens	Med F	Geriatrisk
Önskvärda gren/tilläggspecialiteter	Med F	Akutmedicin
Specialitetsområden	Med M	Invärtesmedicin, geriatrisk rehabilitering
Saknar specialistkompetenta läkare	Med M	0
Extra läkarkompetens	Med M	Det finns neurolog, diabetolog samt kardiolog som inte har formell internmedicinsk utbildning
Önskvärda gren/tilläggspecialiteter	Med M	0
Specialitetsområden	Kir F	Kirurgi, urologi, kärlkirurgi, plastikkirurgi, onkologi
Saknar specialistkompetenta läkare	Kir F	Saknas någon/några inom varje spec. Onkologin bemannas från Uppsala och det är inte planerat någon annan lösning så jag vet inte hur jag ska svara. Urologin bemannas även den från Uppsala men här är planeringen att vi skall bemanna upp och klara oss själva.
Extra läkarkompetens	Kir F	0
Önskvärda gren/tilläggspecialiteter	Kir F	Som bemannat
Specialitetsområden	Kir M	Kirurgi, urologi
Saknar specialistkompetenta läkare	Kir M	0
Extra läkarkompetens	Kir M	0
Önskvärda gren/tilläggspecialiteter	Kir M	Barnkirurgi
Specialitetsområden	Ort F	Ortopedi, handkirurgi
Saknar specialistkompetenta läkare	Ort F	Ortopedi, handkirurgi
Extra läkarkompetens	Ort F	0
Önskvärda gren/tilläggspecialiteter	Ort F	Geriatrisk, allmänmedicin
Specialitetsområden	Gyn F,B,A,L	Obstetrik, gynekologi
Saknar specialistkompetenta läkare	Gyn F,B,A,L	Obstetrik, gynekologi
Extra läkarkompetens	Gyn F,B,A,L	Inga
Önskvärda gren/tilläggspecialiteter	Gyn F,B,A,L	Gynekologisk onkologi
Specialitetsområden	Gyn M	Obstetrik, gynekologi
Saknar specialistkompetenta läkare	Gyn M	Obstetrik, gynekologi
Extra läkarkompetens	Gyn M	inga
Önskvärda gren/tilläggspecialiteter	Gyn M	Gynekologisk onkologi
Specialitetsområden	AN/OP/IVA F	Anestesi-intensivvård och smärtbehandling
Saknar specialistkompetenta läkare	AN/OP/IVA F	0
Extra läkarkompetens	AN/OP/IVA F	0
Önskvärda gren/tilläggspecialiteter	AN/OP/IVA F	0
Specialitetsområden	Reu F	Reumatologi Samt osteoporos/bentäthetsmätningar i Dalarnas län
Saknar specialistkompetenta läkare	Reu F	0
Extra läkarkompetens	Reu F	0
Önskvärda gren/tilläggspecialiteter	Reu F	0
Specialitetsområden	Ger B	Geriatrisk och MOH (medicinskt omfattande hemsjukvård)
Saknar specialistkompetenta läkare	Ger B	Både MOH och geriatrisk
Extra läkarkompetens	Ger B	Inga
Önskvärda gren/tilläggspecialiteter	Ger B	Inga
Specialitetsområden	Med/Ger L	Invärtesmed, ger/rehab
Saknar specialistkompetenta läkare	Med/Ger L	Invärtesmedicin
Extra läkarkompetens	Med/Ger L	Kardiologi, psykiatri, allmänmedicin
Önskvärda gren/tilläggspecialiteter	Med/Ger L	us
Specialitetsområden	Hud	Hud och könssjukdomar
Saknar specialistkompetenta läkare	Hud	us
Extra läkarkompetens	Hud	Internmedicin, medicinsk gastroenterologi och hepatologi

Önskvärda gren/tilläggspecialiteter	Hud	Könssjukdomar, Ligger nu under Infektionskliniken, bemannas delvis av läkare från hudkliniken
Specialitetsområden	Ögon	Ögonspec
Saknar specialistkompetenta läkare	Ögon	Ögonspec
Extra läkarkompetens	Ögon	0
Önskvärda gren/tilläggspecialiteter	Ögon	0
Specialitetsområden	ÖNH F	ÖNH, audiologi, foniatri
Saknar specialistkompetenta läkare	ÖNH F	Foniatri-talrubbingar
Extra läkarkompetens	ÖNH F	0
Önskvärda gren/tilläggspecialiteter	ÖNH F	Hörsel och talrubbingar
Specialitetsområden	Barn	Barn och ungdomsmedicin, Neonatologi, Barnallergi, Barnonkologi, Barnneurologi, Barnkardiologi
Saknar specialistkompetenta läkare	Barn	Barn och ungdomsmedicin (öppenvård), Barnonkologi och Barnneurologi, Fr om 2009: Barnkardiologi, Neonatologi, Barnallergologi. Vi har dessutom större behov av barnkardiologisk kompetens än andra sjukhus eftersom det inte finns ngn klinisk fysiologisk verksamhet på Falu lasarett och vi inte har ngn BMA på kliniken som kan utföra ultraljud hjärta, detta medför att barnläkarna behöver tid till dessa undersökningar och behöver vara fler till antalet.
Extra läkarkompetens	Barn	Allmänläkare, Narkosläkare, Barn och ungdomspsykiater
Önskvärda gren/tilläggspecialiteter	Barn	Inom Barn och ungdomsmedicin krävs subspecialisering inom tidigare ej nämnda och egna subspecialitetsområden. På länslasarett måste det finnas kunniga subspecialister inom flera områden som inom vuxen-världen har egna kliniker. Dvs att för en förhållandevis liten del av befolkningen, kroniskt sjuka barn, behövs det lika mycket utbildning för respektive ansvarig doktor inom diagnosområdet som inom vuxen-medicin. Vi har subspecialiserade doktorer inom följande områden som också måste räknas med i den framtida kompetensförsörjningen. Barn-endokrinologi inkl diabetes och barnfetma, Barnreumatologi, Barn gastroenterologi inkl leversjukdomar, Barnnefrologi inkl urinvägsjukdomar samt Barn som far illa.
Specialitetsområden	Rtg F	Medicinsk radiologi samt nuklearmedicin
Saknar specialistkompetenta läkare	Rtg F	Medicinsk radiologi
Extra läkarkompetens	Rtg F	us
Önskvärda gren/tilläggspecialiteter	Rtg F	Se ovan
Specialitetsområden	Rtg M	Medicinsk radiologi
Saknar specialistkompetenta läkare	Rtg M	Medicinsk radiologi
Extra läkarkompetens	Rtg M	0
Önskvärda gren/tilläggspecialiteter	Rtg M	0
Specialitetsområden	Klin pat	Klinisk patologi, klinisk cytologi
Saknar specialistkompetenta läkare	Klin pat	Ingen
Extra läkarkompetens	Klin pat	Invärtesmedicin (utländsk kompetens)
Önskvärda gren/tilläggspecialiteter	Klin pat	Inom klinisk patologi och cytologi finns inga formellt definierade grenspecialiteter
Specialitetsområden	Klin mbiol	Klinisk bakteriologi, Klinisk virologi och Klinisk immunologi. Inom klinisk virologi och immunologi har vi konsultavtal med läkare från Akademiska
Saknar specialistkompetenta läkare	Klin mbiol	0
Extra läkarkompetens	Klin mbiol	Infektionsmedicin
Önskvärda gren/tilläggspecialiteter	Klin mbiol	De som utbildas idag kommer att ha kliniska bakteriologi och virologi som en specialitet vilket är bra för vår verksamhet
Specialitetsområden	Klin kemi	Klinisk kemi, Klinisk immunologi. Transfusionsmedicin
Saknar specialistkompetenta läkare	Klin kemi	Klinisk kemi, Klinisk immunologi. Transfusionsmedicin
Extra läkarkompetens	Klin kemi	0
Önskvärda gren/tilläggspecialiteter	Klin kemi	0
Specialitetsområden	APK F,S	Allmänpsykiatri

Saknar specialistkompetenta läkare	APK F,S	Vi har 6 specialister men saknar två specialister
Extra läkarkompetens	APK F,S	us
Önskvärda gren/tilläggspecialiteter	APK F,S	us
Specialitetsområden	Psyk F	Öppenvårdpsykiatri
Saknar specialistkompetenta läkare	Psyk F	Öppenvårdpsykiatri
Extra läkarkompetens	Psyk F	us
Önskvärda gren/tilläggspecialiteter	Psyk F	us
Specialitetsområden	Psyk mel	Psykiatri
Saknar specialistkompetenta läkare	Psyk mel	Psykiatri
Extra läkarkompetens	Psyk mel	us
Önskvärda gren/tilläggspecialiteter	Psyk mel	Neuropsykiatr
Specialitetsområden	MOH	Läkare med utbildning i palliativ medicin (ej eget specialitetsområde än)
Saknar specialistkompetenta läkare	MOH	us
Extra läkarkompetens	MOH	Kirurgi och anestesi och diplomerade nationellt och internationellt
Önskvärda gren/tilläggspecialiteter	MOH	Geriatriker eller annan basspecialitet med kompetens inom palliativ medicin
Specialitetsområden	Norslund	Allmänmedicinsk mott, inkl BVC, MVC, Hemsjukvård, Läkarinsats vid kommunens särskilda boende
Saknar specialistkompetenta läkare	Norslund	us
Extra läkarkompetens	Norslund	us
Önskvärda gren/tilläggspecialiteter	Norslund	us
Specialitetsområden	Tisken	Allmänmedicin
Saknar specialistkompetenta läkare	Tisken	us
Extra läkarkompetens	Tisken	Anestesi
Önskvärda gren/tilläggspecialiteter	Tisken	us
Specialitetsområden	Malung	Allmänmedicin
Saknar specialistkompetenta läkare	Malung	Allmänmedicin
Extra läkarkompetens	Malung	0
Önskvärda gren/tilläggspecialiteter	Malung	Geriatriker
Specialitetsområden	Säter	Allmänmedicin
Saknar specialistkompetenta läkare	Säter	Allmänmedicin
Extra läkarkompetens	Säter	hudkönssjukdomar, företagshälsovård, geriatrik, rehabmedicin, psykiatri
Önskvärda gren/tilläggspecialiteter	Säter	som ovan och internmedicin och ortoped
Specialitetsområden	Mora VC	Allmänmedicin, vuxenhabilitering
Saknar specialistkompetenta läkare	Mora VC	Allmänmedicin,
Extra läkarkompetens	Mora VC	Internmedicin, geriatrik
Önskvärda gren/tilläggspecialiteter	Mora VC	Psykiatri, geriatrik, internmedicin
Specialitetsområden	Orsa VC	Allmänspecialist
Saknar specialistkompetenta läkare	Orsa VC	us
Extra läkarkompetens	Orsa VC	Ryggkirurgi
Önskvärda gren/tilläggspecialiteter	Orsa VC	Psykiatri, gynekolog, barnläkare



Bilaga 3a. Beskrivning av verksamheternas läkartjänster (us=utan svar)

Klinik	Med F	Med M	Kir F	Kir M	Ort F	Gyn F,B,A,L	Gyn M	AN/OP/IVA F	Reu F	Ger B	Med/Ger L
Antal specialistkompetenta fasta läkare	34	13	21	8	19	18	5	19	7	3	4
Antal specialistkompetenta vik. läkare	0	0	1	0	0	0	0	us	0	1	2
Antal läkare med grenspecialitet fasta läkare	27	1	4	1	1	0	0	0	0	0	0
Antal läkare med grenspecialitet vik. läkare	0	0	1	0	0	0	0	us	0	0	0
Antal läkare med tilläggspecialitet fasta läkare	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Antal läkare med tilläggspecialitet vik. läkare	0	us	0	0	0	0	0	us	0	0	0
Antal läkare med flera specialiteter fasta läkare	2	us	1	0	1	0	0	0	1	3	1
Antal läkare med flera specialiteter vik. läkare	0	us	8	0	0	0	0	us	0	us	0
Antal läkare under specialisttjänstgöring (inom egna spec)	8	8	8	8	11	11	1	8	2	1	1
Antal läkare under specialisttjänstgöring (inom egna specialiteten) med annan specialistkompetens	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Antal randutbildande läkare under specialisttjänstgöring (inom annan specialitet)	5	1	2	1	1	1	0	2	1	0	0
Hur många av de anställda läkarna kommer att pensioneras inom det närmaste året	3	2	1	1	0	3	1	0	1	1	0
Hur många av de anställda läkarna kommer att pensioneras inom de närmaste 5 åren	6	us	3	us	5	us	us	0	1	us	0
Hur många ytterligare specialistkompetenta läkare behövs för att klara verksamhetens uppdrag/krav?	0	2	us*	1	3-4	4-6	4	0	0	2	3
Hur många vakanser (specialistkompetenta läkare) finns på kliniken?	0	1	us**	0	1	4	2	0	0	1	3

Kir Falun; \* Om alla som av olika skäl är tjänstlediga skulle vara i tjänst skulle vi nog klara verksamheten

\*\* Går ej att besvara då vi har en budget att arbeta mot, ej ett specifikt antal tjänster

Bilaga 3b. Forts. beskrivning av verksamheternas läkartjänster (us=utan svar)

Klinik	Hud	Ögon	ÖNH F	Barn	Rtg F	Rtg M	Klin pat	Klin mbiol	Klin kemi	APK F,S
Antal specialistkompetenta fasta läkare	5	17	11	30	12,5*	5,1	7	0,25*	2	6
Antal specialistkompetenta vik. läkare	us	us	3	0	us	2	us	us	0,25	0
Antal läkare med grenspecialitet fasta läkare	0	0	0	4	1**	0	0	us	0	6
Antal läkare med grenspecialitet vik. läkare	us	0	0	0	us	0	us	us	0	0
Antal läkare med tilläggsspecialitet fasta läkare	0	0	0	0	1***	0	4	us	0	1
Antal läkare med tilläggsspecialitet vik. läkare	us	0	0	0	us	0	us	us	0	0
Antal läkare med flera specialiteter fasta läkare	1	0	1	4	us	0	1*	0,25	0	0
Antal läkare med flera specialiteter vik. läkare	us	0	1	0	us	0	us	us	0	0
Antal läkare under specialisttjänstgöring (inom egna spec)	3	0	3	8	us	3 (2)	3	0**	0	6
Antal läkare under specialisttjänstgöring (inom egna specialiteten) med annan specialistkompetens	0	0	0	1	us	0	0	0	0	0
Antal randutbildande läkare under specialisttjänstgöring (inom annan specialitet)	1	1	2	3	us	0	0	us	0	0
Hur många av de anställda läkarna kommer att pensioneras inom det närmaste året	1	3	0	4	us	0	0	0	1	2
Hur många av de anställda läkarna kommer att pensioneras inom de närmaste 5 åren	0	us	3	6	us	0	us	us	us	0
Hur många ytterligare specialistkompetenta läkare behövs för att klara verksamhetens uppdrag/krav?	0	5	3	6	5-7	4	0	1***	1	2
Hur många vakanser (specialistkompetenta läkare) finns på kliniken?	0	2	3	4	6	3,9	0	0	0,5	2

Klin pat; \*invärtesmedicin (utländsk kompetens), Klin Mbiol; \*1,25 efter 1 nov, \*\*behövs 1-2, \*\*\*om vi räknar med situationen nu med 0,25

Bilaga 3c. Forts. beskrivning av verksamheternas läkartjänster (us=utan svar)

Klinik	Psyk F	Psyk mel	MOH	Norslund	Tisken	Malung	Säter	Mora	Orsa
Antal specialistkompetenta fasta läkare	2,5	4,25	1	10	8,5	3	2	7,55	1,9
Antal specialistkompetenta vik. läkare	0	us	1	0	0,5	us	us	5	us
Antal läkare med grenspecialitet fasta läkare	0	0	us	us	us	0	us	7,55	0
Antal läkare med grenspecialitet vik. läkare	0	0	us	us	us	us	us	us	us
Antal läkare med tilläggsspecialitet fasta läkare	0	0	us	us	us	0	0,2	0	0,5
Antal läkare med tilläggsspecialitet vik. läkare	0	0	us	us	us	us	us	us	us
Antal läkare med flera specialiteter fasta läkare	1,75	0	us	1	1	0	us	0,6	us
Antal läkare med flera specialiteter vik. läkare	0	0	us	0	us	us	us	us	us
Antal läkare under specialisttjänstgöring (inom egna spec)	2	1	0	2	us	4	0,2	5	2
Antal läkare under specialisttjänstgöring (inom egna specialiteten) med annan specialistkompetens	0	us	0	0	us	0	us	0	0
Antal randutbildande läkare under specialisttjänstgöring (inom annan specialitet)	0	us	0	0	us	0	0,4	0	us
Hur många av de anställda läkarna kommer att pensioneras inom det närmaste året	0,75	2	us	1	1	2	2,2	0	0,5
Hur många av de anställda läkarna kommer att pensioneras inom de närmaste 5 åren	0	us	1	4	4	us	us	0	us
Hur många ytterligare specialistkompetenta läkare behövs för att klara verksamhetens uppdrag/krav?	4	us	1	1	1	2	5	4,7	2,75
Hur många vakanser (specialistkompetenta läkare) finns på kliniken?	3	2	0	us	0,5	2	5	3,7	2,75

Bilaga 4a Subspecialiseringens betydelse och konsekvenser. Verksamheter. (us=utan svar)

Klinik	Med F	Med M	Kir F	Kir M	Ort F	Gyn F,B,A,L	Gyn M	AN/OP/IVA F	Reum F	Ger B	Med/Ger L	Hud	MOH Palliativa enheten	Ögon	ÖNH F
<b>Subspecialiseringens betydelse och konsekvenser för landstinget</b>															
Antalet grenspecialiteter har ökat/ökar inom sjukvården, Dalarna Nejus8	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Ja	us	Vet ej	Vet ej	Vet ej
Antalet grenspecialiteter har ökat/ökar inom sjukvården, Dalarna Nejus9	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Ja	us	Ja	Vet ej	Vet ej
Denna utveckling är planerad	Ja	us	us	Ja	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej	us	Vet ej	Vet ej	Vet ej
<b>Subspecialisering är ändamålsenligt</b>															
... ur medicinsk synpunkt (för enskild patient)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
... ur verksamhetsynpunkt (egna verksamheten)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja
... ur helhetssynpunkt för sjukvården totalt	Ja	Ja	Vet ej	Nej	Ja	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Nej	Vet ej	Ja	Ja	Vet ej	Ja
<b>Subspecialiseringen</b>															
... ökar inom specialitetsområdet	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Vet ej	Vet ej	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
... medför ökat behov av specialisttjänster	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Vet ej	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej
... medför ökat behov av jourlinjer	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Nej	Ja	Nej	Nej
<b>Brist på läkare inom grensspecialitet</b>															
... innebär försämrade medicinsk kvalitet	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Vet ej	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
... medför inhyrning av externa läkare	Nej	Vet ej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Vet ej	us	Vet ej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
... medför att läkare utan aktuell specialistkompetens får ta hand om patientgrupper inom områden de saknar kompetens	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Vet ej	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
... medför att annan sjukvårdspersonal än läkare delegeras arbetsuppgifter de annars inte skulle fått	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Ja	Vet ej	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej
... medför att patienter remitteras till annan vårdgivare i Dalarna	Nej	Vet ej	Nej	Ja	Nej	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Ja	Vet ej	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej
... medför att patienter remitteras till annan vårdgivare utanför länet	Ja	Ja	Ja	Ja	us	Ja	Ja	Vet ej	Ja	Vet ej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Bilaga 4b. Forts. subspecialiseringens betydelse och konsekvenser. Verksamheter. (us=utan svar)

Klinik	Barn	Rtg F	Rtg M	Klin pat	Klin kemi	APK F,S	Psyk F	Psyk mellersta	Norslund	Tisken	Malung	Säter	Mora	Orsa
<b>Subspecialiseringens betydelse och konsekvenser för landstinget</b>														
Antalet grenspecialiteter har ökat/ökar inom sjukvården, Dalarna Nejus8	Nej	Nej	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej	us	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Ja	Ja	Vet ej
Antalet grenspecialiteter har ökat/ökar inom sjukvården, Dalarna Nejus9	Ja	us	us	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej	us	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Ja	Vet ej	Vet ej
Denna utveckling är planerad	Ja	us	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej	Vet ej	us	us	Vet ej	us	Nej	Vet ej	Vet ej
<b>Subspecialisering är ändamålsenligt</b>														
... ur medicinsk synpunkt (för enskild patient)	Ja	Ja	Ja	Ja	Vet ej	Vet ej	Ja	Ja	us	Ja	Vet ej	Ja	Nej	Vet ej
... ur verksamhetsynpunkt (egna verksamheten)	Ja	Ja	Nej	Ja	Vet ej	Vet ej	Ja	Ja	us	Nej	Vet ej	Nej	Nej	Vet ej
... ur helhetssynpunkt för sjukvården totalt	Ja	Ja	Vet ej	Ja	Vet ej	Vet ej	Ja	Ja	us	Ja	Vet ej	Ja	Nej	Vet ej
<b>Subspecialiseringen</b>														
... ökar inom specialitetsområdet	Ja	Ja	Nej	Vet ej	Nej	Nej	Ja	us	Ja	Nej	Vet ej	Vet ej	Nej	Vet ej
... medför ökat behov av specialisttjänster	Ja	Ja	Nej	Vet ej	Nej	Ja	Nej	us	Vet ej	Nej	Vet ej	Ja	Nej	Ja
... medför ökat behov av jourlinjer	Vet ej	Nej	Nej	Vet ej	Nej	Nej	Nej	us	Nej	Nej	Vet ej	Ja	Nej	Vet ej
<b>Brist på läkare inom grensspecialitet</b>														
... innebär försämrade medicinsk kvalitet	Ja	Ja	Nej	Vet ej	Vet ej	Ja	Ja	Ja	us	Nej	Nej	Vet ej	Ja	Ja
... medför inhyring av externa läkare	Ja	Ja	Nej	Vet ej	Vet ej	Ja	Ja	Ja	us	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja
... medför att läkare utan aktuell specialistkompetens får ta hand om patientgrupper inom områden de saknar kompetens	Ja	Nej	Nej	Vet ej	Vet ej	Ja	Ja	Ja	us	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja
... medför att annan sjukvårdspersonal än läkare delegeras arbetsuppgifter de annars inte skulle fått	Ja	Ja	Nej	Vet ej	Vet ej	Ja	Ja	us	us	Nej	Nej	Vet ej	Ja	Ja
... medför att patienter remitteras till annan vårdgivare i Dalarna	Nej	Nej	Nej	Vet ej	Vet ej	Nej	Nej	Ja	us	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
... medför att patienter remitteras till annan vårdgivare utanför länet	Vet ej	Nej	Nej	Vet ej	Vet ej	Nej	Ja	Ja	us	Nej	Nej	Ja	Ja	Vet ej

Bilaga 4c Subspecialiseringens betydelse och konsekvenser. Förvaltningsledning.

Förvaltningsledning	När-sjukvård	Specialist-sjukvård
<b>Subspecialiseringens betydelse och konsekvenser för landstinget</b>		
Antalet grenspecialiteter har ökat/ökar inom sjukvården, Dalarna 2008	Nej	Nej
Antalet grenspecialiteter förväntas öka inom sjukvården, Dalarna 2009	Nej	Nej
Denna utveckling är planerad	Ja	Nej
<b>Subspecialisering är ändamålsenligt</b>		
... för enskild patient	Ja	Ja
... för enskilda verksamheter	Ja	Nej
... för sjukvården totalt	Vet ej	Vet ej
<b>Subspecialiseringen påverkar vårdens kvalitet</b>		
... för enskilda patienter	Ja	Ja
... för enskilda verksamheter	Ja	Nej
... för sjukvården totalt	Vet ej	Nej
<b>Brist på läkare inom grenspecialitet</b>		
... ökat behov av specialistkompetenta läkare	Ja	Ja
... medför ökat behov av inhyrda externa läkare	Ja	Ja
... medför att läkare utan aktuell specialistkompetens får ta hand om patientgrupper inom områden de saknar kompetens	Ja	Ja
... medför att annan sjukvårdspersonal än läkare delegeras arbetsuppgifter de annars inte skulle fått	Ja	Nej
... medför att patienter remitteras till vårdgivare utanför länet	Ja	Ja