



Läkares livslånga lärande – privata vårdgivare kan och vill bidra

Förslag för utvecklad samverkan
kring utbildning och fortbildning

Innehållsförteckning

Inledning	3
Det finns många exempel på samverkan	4
Fler vägar för dagens och framtidens kollegor	6
Fortbildning och volymträning för specialister	7
För att fler ST-läkare ska bli färdiga specialister	11
Vad krävs för att gå från idé till resultat?	14

Läkares livslånga lärande – privata vårdgivare
kan och vill bidra

Layout: Elin Oskarsson

Kontakt: info@vadforetagarna.se

|  | **Vårdföretagarna**

Inledning

För att arbeta inom hälso- och sjukvården räcker det inte att ha en omfattande utbildning. Hela yrkeslivet behöver präglas av ett kontinuerligt lärande – och övande. Sjukvårdens kompetensförsörjningsutmaning handlar om – att långsiktigt attrahera och rekrytera tillräckligt många medarbetare – men också om att vårdens medarbetare behöver ha och utveckla rätt kompetens.

Vården utanför de traditionella sjukhusen har många fördelar. Den är kostnadseffektiv, frigör tid på akutsjukhusen, minskar väntetiderna och ökar friheten för de yrkesverksamma. Ibland påstås skiftet mot ökad andel vård utanför de stora sjukhusen påverka möjligheterna till fortbildning. Sjukhusens specialister inom opererande verksamheter behöver exempelvis regelmässigt genomföra en viss volym av sådana ingrepp som nu i allt större omfattning utförs utanför sjukhusen. Tidigare etablerade traditioner kring utbildning behöver förändras, vilket inte har skett i tillräckligt hög takt. Vårdföretagarna menar att det går att hitta lösningar.

Utökad samverkan för volymträning.

Utökat samarbete för ST-placeringar.

Insatser som gör att fler kan bli färdiga specialister i allmänmedicin.

Avskaffa vårdmomsen.

Regelverk som främjar och inte begränsar möjligheter till kompetensutveckling.

Fortbildning och utbildning har olika karaktär, och behoven varierar mellan olika områden. Lösningarna kan därför behöva se olika ut. Redan idag finns många goda exempel på samverkan.

Om fler kan bidra mer blir vägen till en hållbar kompetensförsörjning kortare. Vårdföretagarnas medlemmar vill ta ansvar, både för att fler patienter ska få vård i tid och för framtidens medarbetare.

I denna rapport presenteras förslag som alla, var för sig eller i kombination, kan förbättra möjligheterna till fortbildning och utbildning inom opererande specialiteter och allmänmedicin.

Vårdföretagarnas ambition är att inspirera till etablering av fler långsiktigt hållbara samarbeten. Utöver stärkt kompetensförsörjning kan sådana samarbeten också gynna vår gemensamma beredskapsförmåga.

Det finns många exempel på samverkan

Vårdföretagarnas medlemmar är aktiva i de flesta av landets regioner och det finns många olika exempel på samverkan kring fort- och vidareutbildning. Det saknas dock en struktur, nationellt och regionalt. Fortbildning tycks i många fall inte ses som en nödvändig investering – utan något som kan väljas bort eller prioriteras ned.

"Att privata aktörer inte bidrar till utbildning och fortbildning är en myt som kan avfärdas."

Runt om i landet finns många exempel på samverkan mellan privat och offentlig organiserade vårdgivare kring utbildning och fortbildning. Att samverkan inte sker i än större skala kan ha många förklaringar. Det kan finnas en ovana att förändra upparbetade arbetssätt. Avtal och förfrågningsunderlag kan vara otydliga. Vissa samarbeten kan förändras när nyckelpersoner byter tjänster. Det finns också många exempel på att tolkningar av arbetsrätten begränsar möjligheter och att sjukhusens behov av bemanning inte ger personalen utrymme för sammanhängande fortbildning för att upprätthålla nödvändig kompetens. Några av många exempel på samverkan kring fortbildning och utbildning beskrivs nedan, och är modeller som kan fungera i fler delar av landet.

För att specialister på Akademiska sjukhuset i **Uppsala** ska erhålla tillräcklig volymträning samarbetar de med Aleris och Elisabethsjukhuset. Patienter opereras av Akademiskas specialister i Elisabethsjukhusets bemannade lokaler. År 2023 genomfördes på så sätt över 1000 operationer inom bland annat ortopedi och obesitaskirurgi.

Elisabethsjukhuset ersätts för ingreppet och ersätter i sin tur Akademiska för läkarnas lönekostnad under operationsdagen.

I **Västra Götalandsregionen** har Carlanderska sjukhuset och Sahlgrenska upprättat ett avtal där Sahlgrenskas kirurgkliniker opererar "sina" patienter i Carlanderskas bemannade salar. Även om avsikten är att avlasta Sahlgrenskas operationssalar ges läkarna samtidigt volymträning då de under kortare tid kan genomföra fler operationer.

En överenskommen ersättning utgår per dag – oavsett hur många ingrepp som genomförs.

Varje år tar Ryggkirurgiskt centrum på Sophiahemmet i **Region Stockholm** emot omkring 4 ST-läkare från akutsjukhusen. Dit kommer även specialister för volymträning. Ingen ersättning utgår för ST-placeringar, vars löner täcks av hemmakliniken. För specialisternas volymträning utgår en mindre månatlig ersättning.

Ett fortbildningsutbyte med Karolinska Universitetssjukhuset för specialister har inletts.

I **Västra Götaland** etablerades en utbildningsmottagning i Praktikertjänsts regi för att öka möjligheterna för ST-läkare i allmänmedicin att få nödvändig erfarenhet av gynekologi. ST-läkarna verkade på mottagningen 3 dagar i veckan under 3 månader, resterande arbetstid på vårdcentralen. Tillgången till gynekologisk vård och utbildning förbättrades – utan att patienter drabbas av bristande kontinuitet. Avtalet avslutades av regionen under 2024.

På Öron- näs- och halskliniken på Sophiahemmet i **Region Stockholm** har specialister och ST-läkare från hela landet erbjudits utbildning inom sällan förekommande ingrepp som patienter väntar på i hemregionen. Med planering koncentreras ingreppen och under ett begränsat antal dagar kan flera operationer utföras under handledning av Sophiahemmets specialister. Då läkarna därefter kan utföra ingreppen på egen hand på hemmaplan kan vården därmed tillgängliggöras i fler delar av landet.

Under pandemin etablerades ett samarbete mellan Karolinska Universitetssjukhuset och Sophiahemmet i **Region Stockholm** gällande postoperativ vård. Medarbetare hos den privata vårdgivaren utbildades för att ta hand om patienter efter kolorektal- och gyncancerkirurgi. På så sätt frigjordes vårdplatser på akutsjukhuset.

Samarbetet avslutades efter pandemin.

Hos Capios verksamheter på Artro Clinic samt Ortopediska huset i **Region Stockholm** välkomnas ST-placeringar och där erbjuds också flera kurser.

Hos Capio Ortho Center Löwenströmska i **Region Stockholm** erbjuds årligen en specialist i ortopedi från Danderyds sjukhus fellowship under ett år för subspecialisering inom höft/knäkirurgi. Ortho Center står för lön samt vissa utbildningar och kurser.

Under en sådan period kan ortopeden erhålla ungefär 8 gånger större volym än på hemmakliniken.

Hos Capio Lundby Sjukhus i **Västra Götalandsregionen** genomför 5 ST-läkare i allmänmedicin sin utbildningsplacering i psykiatri på 50% i 6 månader. Tjänstgöringen finansieras med så kallade ryggsäcksmedel.

På Capios verksamheter inom Barn- och ungdomsmedicin i **Region Stockholm** finns kontinuerligt 3 ST-läkare placerade inom BUP, allmänmedicin och pediatrik för 2–6 månaders sidotjänstgöring. Capios verksamheter får ersättning för de besök som görs hos respektive ST-läkare, men får ingen ytterligare ersättning.

Hos Aleris Sabbatsberg i **Region Stockholm** tas ST-läkare emot för placeringar på 6 veckor till 6 månader bland annat för att få tillräcklig volym av artroskopier för att uppnå studiemålen inom ortopedi. Under de första tre månaderna täcks ST-läkarens lön av sjukhusen, men ingen ersättning utgår för handledning eller produktionsfall. För perioder längre än tre månader har Aleris anställt ST-läkaren som konsult.

Om Specialisttjänstgöring (ST) och fortbildning inom opererande specialiteter

ST-tjänster utlyses oftast av akutsjukhusen och finansieras av respektive verksamhet med ett tillskott motsvarande en del av lönen. De så kallade sidoutbildningarna som ingår i en specialisttjänstgöring finansieras ofta de första tre månaderna av hemmakliniken, och efterföljande tid av sidoutbildningskliniken. Där sidoutbildningen inte gör ST-läkaren mer självständig, eller i områden med stor jourbörda kan detta ibland vara utmanande.

Det finns inget tydligt regelverk avseende fortbildning av färdiga specialister, men många har möjlighet att i omkring 10 dagar per år delta i olika kortare utbildningar, vetenskapliga möten och kongresser. Inom opererande specialiteter behöver fortbildning också inkludera praktisk inläring. Det kan handla om att ta del av och öva på nya metoder eller att utföra en stor mängd av ett specifikt ingrepp. Här kan fortbildningsbehovet förutsätta längre perioder, men med glesare intervall. Eftersom nya metoder ibland först etableras utanför akutsjukhusen och det i allt större omfattning är där rutiningrepp genomförs, kan fortbildningen inte enbart ske på akutsjukhusen.

Fler vägar för dagens och framtidens kollegor

Det finns ingen generell lösning för sjukvårdens kompetensförsörjning. Tvärtom krävs en rad olika förändringar. Även om förslag på förändringar behövs för sjuksköterskor, bio-medicinare, undersköterskor och många andra professioner omfattar denna rapport endast läkare. Förslagen rör fortbildning för specialister inom kirurgiska specialiteter, sidutbildning för ST-läkare inom kirurgiska specialiteter samt åtgärder som kan bidra till att fler blir färdiga specialister i allmänmedicin.

Fortbildning innebär en investering där alla behöver bidra

Utbildning och fortbildning är långsiktiga investeringar som tar tid i anspråk. De är inte alltid enkelt att förena med produktionsbaserade finansieringsmodeller och hög arbetsbelastning – men det går, om alla bidrar och ser det stora mervärdet på sikt. Priset för fortbildning bör dock inte belasta de enskilda medarbetarna. Förändrade resvägar till arbetet, nya rutiner och att lämna kollegor med ökad arbetsbelastning kan vara nog ansträngande.

Det saknas både stödjande struktur och incitament som kan stimulera mer samverkan. De flesta samarbeten kring fortbildning innebär för de privata vårdgivarna en förlust av produktion och därmed inkomst. För akutsjukhusen kan bemanningsutmaningar göra att medarbetares kapacitet är svår att avvara – även om det på sikt innebär en vinst i form av ökad kompetens och inte minst förbättrad arbetsmiljö. **Huvudmännen behöver därför säkerställa dels att bemanningen anpassas så att medarbetare har tid att fortbildas, dels att enskilda kliniker kan kompenseras för fortbildningskostnader.**

Vårdföretagarnas förslag innebär sammanfattningsvis tre förslag för fortbildning - främst i form av volymträning för specialister inom opererande verksamheter - och tre förslag för att utveckla samverkan inom ST-utbildningen med fokus på att korta tiden till dess att specialistkompetens uppnås.

För fortbildning och volymträning

1. Låt akutsjukhusens patienter opereras av akutsjukhusens specialister hos privata aktörer
2. Etablera fler fellowships för fortbildning av specialister
3. Skapa fler möjligheter till delade tjänster eller konsultuppdrag

För att fler ska bli färdiga specialister

1. Skapa utbildningsnoder
2. Inrätta fler snabbspår
3. Skapa fler ST-placeringar inom opererande verksamheter

Fortbildning och volymträning för specialister

Vårdföretagarna menar att organisationen i fler fall bör utgå från patienternas behov. Fler patienter kan vårdas utanför akutsjukhusen för att minska vårdköer, vårdskador och kostnader. Utbildningen behöver då i större omfattning än idag följa patienterna. De privata verksamheternas högflödeskaraktär gör att en stor erfarenhet kan erhållas på jämförelsevis kort tid, vilket gör att kompetens uppnås på kortare tid.

Operera akutsjukhusens patienter hos de privata aktörerna

Sjukhusen kan planera patienter i ASA klass 1–3 för operation hos en privat vårdgivare, i sin egen eller en angränsande region. Den privata vårdgivaren står för bemannade operationssalar, medan sjukhusets specialister opererar patienterna. **Fortbildningen** stimuleras dels genom att specialisterna koncentrerat kan utföra fler operationer än om de hade tjänstgjort på sjukhuset, dels genom att de tar del av andra, ofta mycket mer effektiva, operationsflöden och arbetssätt. Modellen är **villkorsneutral för**

personalen, då anställningsförhållanden för läkare och ST-läkare inte påverkas även om det kan innebära förändrad restid och påverkad "ställtid" under operationsdagarna. En förutsättning är en **gemensam överenskommelse** för kvalitetsuppföljning, information till patienterna och planering av operationsdagarna.

Kostnadsjämförelse, exempel

Kostnad för 3 höftoperationer hos en privat vårdgivare uppgår till omkring 210 000 kronor.

Kostnad för 3 höftoperationer i offentlig regi uppgår till omkring 300 000 kr.

Lönekostnader för två dagar för en specialist uppgår till omkring 10 000.

Lönekostnader för två dagar för en ST-läkare uppgår till omkring 7 000.

Ersättning utgår till den

privata vårdgivaren enligt samma villkor som om åtgärden hade utförts enligt avtal inom LOV eller LOU. Den privata vårdgivaren har förvisso inte någon kostnad för den opererande läkaren, däremot merkostnader för planering och minskad produktion. Då motsvarande operation hos privata vårdgivare över lag kostar mindre än om de utförs på sjukhusen är modellen i stort kostnadsneutral, förutsatt att sjukhuset förmår använda den frigjorda tiden i sina egna operationssalar.

Om ersättningen till den privata vårdgivaren belastar enskilda kliniker finns risk för begränsningar på grund av kortsiktiga besparingsambitioner. Regioner som vill stimulera fortbildning bör därför se till att täcka klinikernas kostnader, där en enkel modell är att ersätta klinikerna på sjukhusen motsvarande den avgift de erlägger till den privata vårdgivaren.

En alternativ modell är att sjukhuset och den privata vårdgivaren avtalar om tillgång till bemannade operationssalar under vissa dagar, där sjukhuset planerar vilka operationer som ska utföras. Även då ökar möjligheten till volymträning samtidigt som patienten vårdas på det mest effektiva sättet. En risk med en sådan lösning är dock ett underutnyttjande av de bemannade salarna.

Denna lösning är attraktiv eftersom den främjar ett samarbete som gör att den gemensamma beredskapen inom sjukvårdens stärks. Att i ett krisläge kunna bygga vidare utifrån upparbetade samarbetskanaler gynnar snabb omställning. En annan viktig sidoeffekt är att nätverken inom en specialitet stärks.

Finansiera fler fellowships

Specialister anställda på sjukhuset kan delta i den privata vårdgivarens verksamhet under en överenskommen tidsperiod på 1–6 månader genom så kallade fellowships.

Fortbildningen erhålls i form av mängdträning inom de ingrepp som görs hos den privata vårdgivaren, där volymen av vissa specifika ingrepp i specialiserade verksamheter är mycket hög. Även fortbildning inom ett till anställningen kompletterande område, eller kring nya operationsmetoder, kan ingå.

Fellowships erbjuder en flexibel möjlighet att möta individuella behov av volymträning eller erfarenhet av specifik metodutveckling. **Det finns skäl att utveckla en tydligare struktur för hur dessa löses praktiskt, så att trösklarna för att ingå samarbeten sänks.**

Finansieringen av exempelvis fellowships ser idag olika ut och baseras ofta på individuella lösningar. Det är ansträngande för individen och gör att möjligheterna varierar över landet. Om läkaren är tjänstledig från sin ordinarie anställning kan pensionsavsättningar påverkas och regelverk för bisysslor kan begränsa möjligheterna.

Kostnadseffektivt och patientorienterat

Under ett fellowship inom höft/käkkirurgi kan operationsvolymen för ett visst ingrepp hos en privat vårdgivare vara upp till 8 gånger högre än på ett akutsjukhus.

Eftersträvansvärt är villkorsneutralitet för medarbetaren, vilket kan åstadkommas om anställning och lön fortsatt utgår från den verksamhet där specialisten har sin ordinarie anställning – och att individens anställningsförhållanden alltså inte ändras. Om sådana kostnader belastar en enskild klinik, som dessutom behöver finansiera kompletterande bemanning, finns dock risk att möjligheterna begränsas. Om regionerna kompenserar klinikerna kan denna tröskel för utbildningssamverkan sänkas.

För den privata vårdgivaren innebär samarbetet en investering i tid för initial inskolning samt löpande handledning. Även om många kan arbeta självständigt efterhand är produktionen lägre. För fellowships som varar längre än 3 månader och där läkaren i mycket stor omfattning kan bidra till den privata vårdgivarens verksamhet, kan kostnadstäckning för läkarens lön dock utgå från den privata vårdgivaren till klinikerna. Här behöver avtal träffas utifrån lokala förutsättningar.

För att underlätta individuella lösningar finns också skäl att ta fram riktlinjer för att tydliggöra vad som gäller avseende arbetsgivar-, vårdgivar- och försäkringsansvar där både hemmaklinik och den privata vårdgivaren har ett arbetsmiljöansvar. Hos vissa av Vårdföretagarnas medlemmar utförs även åtgärder som finansieras inom exempelvis företagshälsovård och sjukvårdsförsäkringar. Vid de avtal som behöver träffas mellan vårdgivaren och läkarnas arbetsgivare kan inkluderas överenskommelser om att läkaren enbart deltar vid sådan verksamhet som utförs på uppdrag av det offentliga inom LOU eller LOV. Vårdföretagarnas förhoppning är också att öka möjligheterna för medarbetare med anställning hos en privat vårdgivare att genomföra ett fellowship hos en offentlig vårdgivare.

Kombinera anställning med uppdrag hos privata vårdgivarna

Fler läkare verksamma på akutsjukhusen kan kombinera sitt uppdrag med ett parallellt uppdrag hos en privat vårdgivare. Sådana uppdrag kan utgå från två parallella anställningar, genom att den privata vårdgivaren och huvudarbetsgivaren ingår ett

Regelverk för bisysslor bör inte begränsa möjligheten till samverkan som stimulerar fortbildningen.

Effekter av vårdmomsen måste neutraliseras.

Negativa effekter på till exempel pension behöver ses över.

avtal kring köp av tjänster – eller genom att läkaren verkar hos den privata vårdgivaren som konsult. Samtliga modeller möjliggör kontinuerlig fortbildning och volymträning.

Delade tjänster

En delad tjänst innebär att specialisten har två arbetsgivare och fördelar sin arbetstid mellan dessa – hos den privata aktören och på sjukhuset. Den delade tjänsten kan också åstadkommas genom att den andre arbetsgivaren köper en tjänst via avtal med huvudarbetsgivaren. Specialisterna kan upprätthålla specialiserad kompetens för akutsjukhusens verksamhet parallellt med tillräcklig volymträning. Det kan också innebära ökade möjligheter till kontinuitet, även om en patient bedömd på ett akutsjukhus remitteras för operation hos en privat vårdgivare.

Att vara anställd hos två olika arbetsgivare ställer krav på individen att hantera den totala arbetsbelastningen, även om bägge arbetsgivare har ett arbetsmiljöansvar. Det finns idag också flera andra hinder i form av bristande villkorsneutralitet för medarbetaren om denna under en period arbetar mindre än heltid. Regelverk för bisysslor på akutsjukhusen kan också begränsa arbetstagarnas möjligheter att ha parallella anställningar. Här kan en gemensam riktlinje om nödvändiga justeringar för medarbetare med delade tjänster underlätta.

Konsultuppdrag

Specialister anställda på akutsjukhusen kan arbeta på konsultuppdrag hos privata vårdgivare. Med sådana möjligheter kan väntetiderna dessutom påverkas positivt, fler kan exempelvis delta i insatser för att korta köer medan de erhåller volymträning.

Denna modell för volymträning ställer inte något krav på ett avtalsförhållande mellan sjukhuset och den privata vårdgivaren. Den innebär heller inga kostnader för varken region eller sjukhus. Medarbetaren får dock ett stort eget ansvar att säkerställa en hållbar arbetsbelastning.

Idag hämmas potentialen i konsultuppdrag av den så kallade vårdmomsen. Det finns också exempel på sjukhusinterna regelverk för bisysslor som begränsar de anställdas möjligheter att arbeta utöver sin ordinarie anställning (även när detta alltså är till förmån för arbetsgivaren). Då det finns stora vinster för patienterna och då det är en för sjukhusen kostnadseffektiv modell för volymträning anser Vårdföretagarna att dessa begränsande regelverk måste ses över.

För att fler ST-läkare ska bli färdiga specialister

Att erhålla specialistkompetens förutsätter tid, erfarenhet och dedikerad handledning men vägen till att bli specialist varierar mellan olika specialistområden. För de opererande specialiteterna är den faktiska tiden inte alltid avgörande – utan kompetensen kräver att ST-läkaren fått möjlighet att utföra en viss mängd ingrepp. Inom sådana områden kan tiden till färdig specialist kortas genom samverkan. Det finns också ett stort behov i hela landet av fler specialister inom allmänmedicin och goda skäl att hitta fler modeller som kortar tiden för fler att bli färdig allmänspecialist.

ST inom opererande specialiteter

Allt fler operationer kan utföras utanför akutsjukhusen. Förändringen av patientunderlaget innebär att specialistutbildningen behöver utvecklas. För många arbetsgivare kan det till exempel vara svårt att täcka jourlinjer under en sidoplacering. Samtidigt kortas dock tiden till det att ST-läkaren kan verka än mer självständigt på hemmakliniken och därför bör detta utrymme skapas av huvudmännen. Även om det innebär en minskad produktion och därmed intäkt är intresset att bidra stort bland Vårdföretagarnas medlemmar.

Ryggsäckpengarna kan underlätta mottagande

För ST-läkare finns möjlighet till en sidotjänstgöring på upp till tre månader, under vilken anställningen kvarstår och arbetsvillkoren således inte påverkas. Sådana perioder kan med fördel förläggas hos en privat vårdgivare i större omfattning än idag. Att så inte sker idag i högre utsträckning kan i viss mån förklaras av att utbildningsbehovet kan tillgodoses på akutsjukhuset. Nackdelen är den mindre omfattningen av volymträning, vilket gör att tiden till dess att ST-läkaren blir självständig blir längre. En annan förklaring är att ST-läkare behöver finnas med i jourlinjen. Sidoutbildningar hos andra aktörer kan alltså innebära fördelar – men medföra behov av ökad samordning av schemaläggning mellan hemmaklinik och sidoutbildningsklinik.

Underlätta kompletterande sidoplaceringar

För många ST-läkare kan ytterligare sidoplaceringar vara relevanta. Men om lönen under sidoplaceringen fortsatt ska utgå från hemmakliniken kan kortsiktiga budgetprioriteringar begränsa de möjligheterna. Ett alternativ är då att ST-läkaren är tjänstledig. Lönekostnaderna behöver då täckas av den privata vårdgivaren, vilket kan bli ekonomiskt ohållbart. ST-läkaren kan dessutom få förändrade arbetsrättsliga villkor. Om fler ST-läkare ges möjlighet att inom ramen för sin anställning genomföra fler sidoplaceringar kan

fler uppnå specialistkompetens inom minimitiden fem år. Regionerna bör se över och ta ett utökat ansvar för att fler ska få en attraktiv och bred utbildning, exempelvis genom att kompensera hemmakliniken med en ersättning motsvarande ST-läkarens lön.

ST-läkare bör kunna genomföra fler sidotjänstgöringar om detta innebär att relevant erfarenhet uppnås på kortare tid. Regionerna bör öka stödet och kompensera hemmakliniken.

De regionala Vårdkompetensråden, Specialistföreningar, Sveriges Yngre Läkares Förening är aktörer som kan samlas kring konkreta förslag för samverkan.

ST i allmänmedicin

Allmänmedicin är sedan decennier en bristspecialitet i Sverige. För att snabbare nå målen om fler allmänspecialister kan privata vårdgivare vara en del av lösningen. Då skulle man också enklare kunna skapa snabbspår för specialistläkare inom andra specialiteter att byta bana och bli specialister i allmänmedicin.

Utbildningsnoder inom t.ex. gynekologi tar emot ST-läkare samt allmänspecialister 3 dagar i veckan under 1–3 månader. Verksamheten på vårdcentralen kan fortsätta.

Styr mot utvecklingen av primärvården då fler kan bli färdiga allmänspecialister.

Utbildningsnoder för att öka flödet för specialister inom allmänmedicin

Specialistläkare i allmänmedicin behöver en mycket bred erfarenhet av vård som inte alltid är frekvent förekommande på en vårdcentral. Förstärkta sidoutbildningsmöjligheter inom obligatoriska specialiteter kan minska väntan på att bli färdig specialist. Genom att koncentrera utbildningen kan stor erfarenhet uppnås på kortare tid.

En specialistmottagning med öppenvårdsuppdrag kan organiseras för att bedriva en mer omfattande utbildningsverksamhet. I en sådan utbildningsnod kan en specialist parallellt med den ordinarie verksamheten ta emot 1–3 ST-läkare i allmänmedicin under perioder på 1–3 månader. Under placeringen kan ST-läkaren under 1–2 dagar i veckan fortsatt vara verksam på hemmakliniken, vilket är positivt för möjligheten till kontinuitet för patienterna.

Ett omfattande utbildningsuppdrag är tidskrävande, innebär en minskad produktion och ersättningen för sådana verksamheter behöver därför anpassas. En enkel utgångs-

punkt, där ST-läkarens lön utgår från dennes huvudanställning, är att ersättningen för varje vårdtillfälle är högre. Ett annat alternativ är att sådana utbildningsuppdrag ersätts separat. För vård som bedrivs inom LOV är möjligheterna att utveckla avtalen goda, exempelvis kan utbildning läggas in som ett tilläggsuppdrag. Det är också möjligt att upphandla dylika utbildningsnoder, till exempel i samarbeten inom sjukvårdsregionerna.

De nationella och regionala målen för att få fler allmänspecialister och därmed kunna begränsa antalet listade patienter per läkare innebär omfattande investeringar. Insatser som kan styra mot dessa mål bör därför initialt kunna finansieras exempelvis inom ramen för de statsbidrag som utgår inom detta område.

Öka möjligheten till kompletterande utbildning av andra specialister för att uppnå kompetens som allmänspecialist

För läkare som efter avslutad specialisering vill komplettera denna och blir ST-läkare i allmänmedicin behövs ytterligare 2,5 års tjänstgöring inom primärvården. För många innebär den perioden en negativ påverkan på lönen. Då behovet av allmänspecialister är stort bör detta hinder undanröjas genom en kompensation till de arbetsgivare som tar emot en specialistläkare för ST-tjänstgöring inom allmänmedicin så att lönenivåerna kan hållas likvärdiga. Det finns också ett behov av att hålla tiden för den kompletterande utbildningen kort, genom att effektivisera. Även här kan utbildningsnoder vara en metod som gör utbildningsperioden kortare.

Vad krävs för att gå från idé till resultat?

Det finns inte någon enskild lösning för en tryggad kompetensförsörjning, men fler möjligheter bör tas tillvara. Med tre konkreta åtgärder kan regeringen och varje enskild region på relativt kort sikt åstadkomma förbättra framtidens kompetensförsörjning.

Regeringen bör

- Ge ett utökat uppdrag till Socialstyrelsen och Vårdkompetensrådet att sammanställa grundläggande riktlinjer för utbildningssamverkan med fokus på volymträning.
- Ge Socialstyrelsen och Vårdkompetensrådet ett uppdrag att i samverkan med 1–3 specialistföreningar samt representanter för universitetssjukhus och privata vårdgivare ta fram ett förslag för ackreditering kring utbildningsplaceringar för ST-tjänster.
- Rikta dedikerade resurser till utförarneutrala initiativ, såsom utbildningsnoder, som möjliggör utbildning av allmänspecialister.
- Avskaffa vårdmomsen.

Regionerna bör

- Ta initiativ till att dialog initieras mellan de regionala akutsjukhusen och andra utförare.
- Se över villkor kring bland annat bisysslor för att säkerställa att dessa inte hämmar utbildningssamverkan.
- Säkerställa finansiering av sjukhusens kostnader för fortbildningssamverkan för volymträning hos privata vårdgivare för specialister samt för ST-läkare.
- I dialog med de regionala Vårdkompetensråden utforma utbildningsnoder för att fler ska bli färdiga allmänspecialister.
- Inom arbetet i SKR initiera en dialog med privata vårdgivare som med verksamheter i flera av landets regioner kan öka möjligheterna till spridning av fungerande modeller för samverkan kring fortbildning och utbildning.