

System och strategier för att öka antalet ST-läkare i allmänmedicin

*Kunskapsunderlag om hur vi kan nå balans i
primärvårdens läkarförsörjning*



Sveriges läkarförbund 2014

Svante Pettersson, *utredare*
Jeanette Reinbrand, *utredare*

Sveriges läkarförbund

Box 5610, 114 86 Stockholm
Telefon: 08-790 33 00
E-post: info@slf.se
www.lakarforbundet.se

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Förord	11
Inledning.....	12
Resultat i Läkarförbundets två studier	14
Enkät om landstingens och regionernas planering, finansiering och organisation av ST i allmänmedicin	14
Antal ST-läkare per landsting 2012 och 2013.....	28
Fokusgrupper om förutsättningar för att öka antalet ST i allmänmedicin	31
Diskussion.....	41
Bilagor. Enkäterna	45

Sammanfattning

Från ett generellt till ett regionalt problem

Allt sedan landstingen övertog ansvaret för primärvården från staten för 50 år sedan har den karakteriserats av bristen på specialistläkare. Längre hängde detta ihop med att det var en allmän brist på läkare i landet. Idag är situationen en annan. Sverige tillhör de OECD-länder som har störst antal läkare i relation till befolkningen. Sveriges läkarförbunds egen prognos och andra prognoser pekar mot att antalet läkare kommer att öka ytterligare fram till 2025. Bakgrunden är främst den kraftiga utbygganden av läkarprogrammet sedan 2010. En förutsättning är också att migrationen av läkare utbildade i annat land ligger kvar på nuvarande nivå.

Dagens förutsättningar för att åtgärda bristen på specialister i allmänmedicin är därför antagligen bättre än tidigare. Antalet som gör sin specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin (ST) är det som främst avgör hur många allmänläkare som vårdcentralerna kommer att få tillgång till. Dagens stora problem är att detta antal är helt otillräckligt med tanke på pensionsavgångarna och de vakanser som behöver täckas. Problemen är utmanande. Läkarförbundets bemanningenkät från hösten 2012 visade att var tredje ST-läkare saknas om primärvården ska nå fullbemanning 2017. Om uppdraget skulle utvidgas så att det krävs en allmänläkare per 1 500 invånare fattades hälften. Många allmänläkare lockas också att verka inom andra delar av vården eller i övriga delar av samhället - cirka 30 procent enligt aktuell statistik från Socialstyrelsen. Vidare är det att många som idag väljer att arbeta deltid, den genomsnittliga tjänstgöringen är cirka 80 procent.

Genom en enkät till studierektorerna för ST i allmänmedicin har Läkarförbundet gjort en ettårsuppföljning av bemanningenkätens resultat i de delar som handlar om antal ST-läkare i allmänmedicin. Under 2013 har antalet ST-läkare i allmänmedicin ökat med 12 procent eller 227 personer i förhållande till det antal som fanns hösten 2012. Ökningen är alltså inte obetydlig men antalet är fortfarande otillräckligt i förhållande till de behov som vårdcentralernas verksamhetschefer redovisade i bemanningenkäten. Det ökade antalet motsvarar en dryg femtedel av vad som är nödvändigt för att primärvården ska vara fullbemannad år 2017 med nuvarande uppdrag.

19 av de 21 landstingen har svarat att antalet ST-läkare är otillräckligt för att fylla vårdcentralernas framtida behov. Samtidigt är det alltså två landsting – Stockholm och Halland – som bedömer att den nuvarande dimensioneringen av ST i allmänmedicin är tillräcklig för att täcka de framtida behoven av specialister i allmänmedicin. Detta är värt att notera eftersom det så vitt Läkarförbundet kan förstå är första gången som några landsting indikerat att det är möjligt att komma tillrätta med bristen. Dessa två landsting svarar tillsammans för en dryg fjärdedel av landets befolkning och båda tillhörde föregångarna i utvecklingen av vårdvalet.

Problemet kvarstår dock för tre fjärdedelar av befolkningen. Resultaten i uppföljningen av bemanningenkäten indikerar också att det är storstadsregionerna - Göteborg och Malmö – som tillsammans med några andra landsting har en positiv utveckling samtidigt som flera andra landsting halkar efter. Även om det självfallet finns stora lokala variationer förefaller primärvårdens läkarbrist alltså vara på väg att övergå från att vara ett generellt problem i landet till att bli ett regionalt problem.

Insatser på tre nivåer för att öka antalet ST i allmänmedicin

Det är landstingen som har ansvaret för att planera och genomföra läkarnas specialiseringstjänstgöring. Läkarförbundet har kunnat konstatera att det finns stora behov av förbättringsarbete i verksamheten. Bristen på allmänläkare är ett hot både mot patientsäkerheten och arbetsmiljön vid vårdcentralerna. Konsekvenserna kan vara allvarliga särskilt i glesbygden och andra områden där befolkningen har relativt sett mindre tillgång till andra vårdalternativ. Att beroendet av bemanningsföretag fortsätter att öka trots samordnade insatser från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) är en tydlig illustration till problemens omfattning. Den ökning av antalet ST i allmänmedicin som krävs för att nå en balanserad läkarförsörjning på vårdcentralerna inom fem till tio år ställer krav på extraordinära åtgärder.

I den här rapporten redovisar Läkarförbundet kunskapsunderlag som kan bidra till och stimulera landstingens utvecklingsarbete. Läkarförbundet kommer att arbeta vidare med förslag till struktur för och planering av försörjningen av specialistläkare i landet. Som en sammanfattning av de slutsatser som dragits i det nu aktuella steget av arbetet redovisas tre nivåer för åtgärder som vi anser bör prioriteras:

1. Samordning och stimulans på nationell nivå

Landstingens arbete med att planera och följa upp primärvårdens läkarförsörjning behöver kompletteras med insatser på nationell nivå. Det måste säkerställas att det löpande tas fram uppgifter som kan användas för att bedöma hur dimensionering av ST-tjänster förhåller sig till det förväntade behovet av kliniskt verksamma specialister i allmänmedicin. Samordningen bör ske inom en brett sammansatt delegation utsedd av regeringen. Delegationen bör ha mandat och resurser att stimulera initiativ för att uppnå en balanserad försörjning av specialister i allmänmedicin i alla delar av landet.

2. Utveckling av landstingens organisation av specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin

Alla landsting behöver skapa transparenta och tydliga strukturer för hur specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin planeras, ersätts och genomförs. Studierektorsorganisationens uppdrag och ansvar måste vara tydligt. Uppföljning och analys av specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin bör utvecklas. Det bör särskilt analyseras hur ersättningarna kan vidareutvecklas så att de stimulerar utveckling på vårdcentralnivå, i sidotjänstgöringen, i förbättringsarbetet och i det vetenskapliga arbetet.

3. Utveckling av utbildningsuppdrag på vårdcentralnivå

Grundprincipen bör vara att ST-tjänster i allmänmedicin enbart fördelas till vårdcentraler som kan erbjuda en väl fungerande verksamhet och där de grundläggande kraven på en god utbildningsmiljö med lokal handledning kan uppfyllas. Tilldelning av ST-tjänster får inte användas för att bemästra verksamhetsproblem vid enskilda vårdcentraler. Det bör prövas hur vårdcentraler med särskilda tilläggsuppdrag kan fungera som resurscentra för att stödja och utveckla vårdcentralernas utbildningsuppdrag.

ST i allmänmedicin – ett obearbetat kunskapsfält

Frågorna om hur ST i allmänmedicin planeras och genomförs i landstingen inte varit föremål för några samlade nationella kartläggningar eller jämförande analyser. Detta är anmärkningsvärt med tanke på hur omfattande verksamheten med specialiseringstjänstgöring vid vårdcentralerna är och den betydelse som tillgången till allmänläkare har för primärvårdens kvalitet och kostnader.

För att öka kunskaperna och bredda landstingens beslutsunderlag har Läkarförbundet genomfört en enkät till samordnande studierektor i allmänmedicin i samtliga landsting. Syftet har varit att belysa hur specialiseringstjänstgöringen i allmänmedicin planeras, organiseras och finansieras. Vi har också sett det som viktigt att få in synpunkter och förslag på hur insatserna för att öka antalet ST-läkare kan inriktas och utformas från dem som är närmast berörda av verksamheten. För att fånga dessa frågor har vi genomfört fokusgrupper med 26 ST-läkare och studierektorer från olika håll i landet. Resultatet av undersökningarna redovisas i rapporten.

Frågorna om rekrytering av allmänläkare och hur tillgången till allmänläkare på vårdcentralerna ska kunna säkras genom en tillräcklig omfattning på specialiseringstjänstgöring har tidigare inte uppmärksammats i ett kunskapsperspektiv. Området förefaller främst ha setts som en arena för konkurrens mellan landstingen där det inte har varit aktuellt att sprida erfarenheter och kunskaper.

Läkarförbundet bejaktar självfallet att vårdcentralerna ska se frågorna om läkarförsörjningen ur ett konkurrensperspektiv där attraktiva erbjudanden är grunden för lokal utveckling. Det är dock viktigt att landstingen i sin roll som huvudmän för hälso- och sjukvården tar ett stort gemensamt ansvar för att antalet läkare motsvarar behoven i den kliniska verksamheten. Det finns mycket som talar för att just avsaknaden av gemensamma strategier för en fungerande specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin kan vara en viktig förklaring till varför det hittills inte varit möjligt att lösa primärvårdens läkarbemanning.

Viktiga lärdomar i utvecklingen av vårdval

Den kartläggning som redovisas här bör ses som ett första steg i att öka kunskaperna. Förhoppningen är att rapporten ska vara startpunkten för ett bredare utvecklings- och förändringsarbete där det skapas väl fungerande strukturer för ST i allmänmedicin och för andra specialiteter. Det finns också skäl att påpeka att primärvården är föregångare i utvecklingen av vårdval och ökad andel privat driven vård. Erfarenheterna från primärvården bör alltså kunna användas som underlag för diskussionerna om hur väl fungerande modeller för specialiseringstjänstgöringen ska kunna skapas också för andra specialiteter inom vårdvalen och även för konkurrensneutrala förutsättningar mellan offentligt och privat drivna verksamheter.

Resultatet i enkäten om planering, organisation och finansiering

Läkarförbundet har genom en enkät till landstingen inhämtat uppgifter om hur ST i allmänmedicin planeras, organiseras och finansieras. Enkäten utformades tillsammans med nätverk inom Svensk förening för allmänmedicin och har besvarats främst av

samordnande studierektor för allmänmedicin. Svar har lämnats från alla landsting och uppgifterna gäller förhållandena december 2013.

Svaren visar att det i stor utsträckning saknas tydliga och väl etablerade former för planering och dimensionering av ST-tjänster i allmänmedicin. Det är bara några få landsting som gör ingående analyser av hur många specialister i allmänmedicin som behövs för att det fastställda uppdraget ska kunna fullgöras. Att strukturer i stora delar saknas måste ses som anmärkningsvärt med tanke på den vikt som läggs i lagstiftningen vid att hälso- och sjukvården ska planeras utifrån befolkningens behov (7§ HSL). I 15§ HSL regleras också särskilt att landstingen ska erbjuda möjlighet till ST-tjänstgöring i en sådan omfattning att det motsvarar det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet.

De flesta landsting har någon typ av samordning för planering och dimensionering, men den är generellt sett svagt utvecklad. Även om det finns en viss central samordning innebär detta emellertid inte att det görs ingående analyser av det framtida behovet av ST-läkare. Variationerna i hur landstingen arbetar är stora. I några landsting finns grupper inom beställarorganisationen som har uppdraget att ta fram underlag till beslut om dimensionering av antalet ST-läkare. I andra landsting är det enskilda tjänstemän som tar fram underlag och några har svarat att det är oklart hur underlagen tas fram. Några landsting uppger att de saknar central samordning.

Av enkätsvaren framgår att man på en del håll inte ser det som meningsfullt att göra planer och analyser eftersom man har en så långvarig erfarenhet av att ändå inte kunna besätta det antal ST-tjänster i allmänmedicin som behövs. Framförallt i de tre stora landstingen/regionerna har det bara under det senaste året påbörjats förändringsarbete med att etablera planeringsfunktioner och som till delar kan bli gemensamma för alla specialiteter. De krav på utveckling som primärvårdens vårdval ställt har varit en drivande faktor bakom detta.

Huvudmodellen för hur ST-tjänsterna fördelas mellan olika vårdcentraler är att de vårdcentraler som har ett rekryterings- eller bemanningsbehov tilldelas tjänster. Att ST-läkarnas egna önskemål är av betydelse lyfts fram av ett par landsting. Några anger att det är det samlade behovet i landstinget som är styrande. Ansvaret för att rekrytera ST-läkarna ligger i över hälften av landstingen på vårdcentralerna. I ca en fjärdedel av landstingen ligger denna uppgift centralt och ett par landsting tillämpar en kombination.

Det tycks vara vanligast att ST-läkarna i allmänmedicin rekryteras bland AT-läkarna i det egna landstinget. Ett landsting nämner att de för att öka inflödet av ST-läkare i allmänmedicin har tankar på att profilera sig som utbildningslandsting. Att öppna akademiska vårdcentraler nämns också som en rekryteringsbefrämjande åtgärd. Hälften av landstingen erbjuder möjlighet till ST-tjänst inriktad mot forskning och cirka en fjärdedel har ST-tjänster med inriktning mot ledarskap. Några landsting försöker underlätta för specialister från andra områden att skola om sig och/eller komplettera med en utbildning som specialist i allmänmedicin.

Utöver att det saknas lämpliga sökanden uppger landstingen att brist på handledare, brist på lokaler och/eller att en begränsad budget är hinder för ytterligare ST-

rekryteringar. Att verksamhetscheferna inte alltid är medvetna om sitt ansvar för att rekrytera ST-läkare pekas också på som ett problem.

I mer än hälften av landstingen har ST-läkarna sin anställning på vårdcentralen. En mindre del av landstingen har svarat att ST-läkarna är anställda centralt. I de flesta fall sätts också ST-läkarens lön av ansvarig på vårdcentralen.

Inom allmänmedicin tillämpar alla landsting system där centrala ersättningar utgår för ST-läkarnas lönekostnader. I en tredjedel av landstingen motsvarar ersättningen hela lönekostnaden under tjänstgöringen i primärvården. I en annan tredjedel motsvarar ersättningarna 70 – 90 procent av lönekostnaden. I det enskilda landsting som har lägst ersättning motsvarar den 50 procent av lönekostnaden. Övriga landsting har svarat att det utgår ett schablonbelopp från landstinget centralt. Beloppet varierar mellan 31 500 – 56 667 kr i månaden. I de landsting där ersättningen inte motsvarar hela lönekostnaden är ersättningen under sidotjänstgöring i de flesta fall högre än för primärvårdstjänstgöringen. Några landsting tillämpar system där högre ersättning utgår för ST-läkare som tjänstgör i glesbygd.

Alla landsting utom två anger att ersättning för ST-läkarens kurs- och utbildningskostnader utgår från landstinget centralt. De ersättningsbelopp som nämns varierar mellan 12 000 kr och 34 000 kr per ST-läkare och år. Kostnaderna för handledning ligger generellt sett på vårdcentralen. Studierektorsorganisationen är landstingens viktigaste stödfunktion för ST. Kostnaden för denna ligger generellt hos landstinget centralt, en del landsting framhåller dock att man skulle behöva mer administrativ hjälp inom studierektorsorganisationen.

När det gäller frågan om ST-läkarnas sjukvårdsproduktion anses den i grova drag ligga mellan 50 procent och 75 procent av en heltidsarbetande specialists produktion.

Enligt de svar som lämnats finns generellt sett ingen skillnad i hur landstingens system för planering, dimensionering, rekrytering och finansiering ser ut för landstingsdrivna respektive privata vårdcentraler.

Fokusgrupper om problembild och utvecklingsidéer

Det har genomförts två fokusgrupper med ST-läkare i allmänmedicin och två med studierektorer. Grupperna rekryterades genom förfrågan till de nätverk som finns för dessa grupper. Diskussionerna skedde på webben. Totalt deltog 15 ST-läkare och 11 studierektorer. Spridning över landet var god med viss övervikt för Norrland.

Grupperna var påfallande eniga om allvaret i dagens situation. Det framkom att man på många vårdcentraler befinner sig i en slags moment 22-situation där hög arbetsbelastning på grund av låg bemanning betyder att en stor del av verksamheten måste skötas av stafettläkare vilket i sin tur gör att det inte går att bedriva en meningsfull ST-tjänstgöring. I storstäderna har man under senare år kunnat märka av en vändning men problemen att besätta ST-tjänsterna finns ofta på bara några mils avstånd från stadskärnan. Diskussionen visade att de regionala och lokala klyftorna tenderar att förstärkas. Ett centralt förändringsbehov är att de negativa spiralerna måste brytas och det skapas en tilltro till att problemen kommer att kunna lösas. Generationsväxlingen måste tas som utgångspunkt för en framtidsinriktad utveckling.

Utöver att läkararbetet på vårdcentralerna innefattar många spännande och attraktiva professionella utmaningar lyftes de goda möjligheterna att kombinera yrkesliv med ett modernt jämställt familjeliv som den idag enskilt viktigaste faktorn för unga läkares val att arbeta i primärvården. Att ha kontroll över sin vardag och kunna planera sin arbetstid liksom att ha möjlighet att arbeta deltid som förälder är alltså viktiga faktorerna vid valet av allmänmedicin som specialitet.

Ett problem med dagens modell för fördelning av ST-tjänster i allmänmedicin är att det finns en tendens att vårdcentraler som har en ansträngd verksamhetssituation med hög arbetsbelastning på grund av låg bemanning får möjlighet att anställa ST-läkare. Detta samtidigt som det stora antalet vårdcentraler som har en väl fungerande verksamhet tenderar att bli underrepresenterade eftersom dessa inte har samma rekryteringsbehov och alltså inte prioriteras i tilldelningen av ST-tjänster i många landsting. Utöver att detta kan bidra till att befästa en negativ bild av primärvårdens arbetsförutsättningar bland unga läkare innebär det också att det många ST-läkare har sin tjänstgöring vid de vårdcentraler som har sämst förutsättningar att ge specialiseringstjänstgöring med hög kvalitet.

I linje med detta lyfte fokusgrupperna fram att det behöver tydliggöras att specialiseringstjänstgöringen är en utbildningstjänst där tjänstgöring på väl fungerande vårdcentraler ger de bästa förutsättningarna. Oberoende av att ST-läkarna självfallet bidrar till sjukvårdsproduktionen måste produktionsperspektivet under specialiseringstjänstgöringen ses som en fråga som är underordnad målet om tjänstgöring med hög kvalitet. Den lojalitetskonflikt som ibland kan uppstå till följd av att verksamhetschefen både är ansvarig för tjänstgöringen och sjukvårdsproduktionen måste kunna hanteras. Det fanns en enighet bland ST-läkarna om att en stark studierektorsorganisation är avgörande för kvaliteten i tjänstgöringen och för att hantera eventuella intressekonflikter.

Utbildningsvårdcentraler där delar av utbildningsuppdraget drivs vid specialiserade vårdcentraler och/eller där vissa vårdcentraler fungerar som resurscentra diskuterades i alla grupperna. Även om det fanns en enighet om att den nuvarande grundmodellen ska behållas - det vill säga att tjänstgöringen i första hand ska ske på den vårdcentral som har ett eget behov av läkare – var det en gemensam uppfattning mellan grupperna att det finns skäl att pröva hur genomförandet av primärvårdens utbildningsuppdrag kan vidareutvecklas genom utbildningsvårdcentraler. Flera av de landsting som var representerade i grupperna har redan påbörjat en sådan utveckling. Någon enhetlig modell är inte aktuell att utveckla utan de lokala förhållandena och de lokala förutsättningarna bör vara styrande. Det centrala är att resurser sätts av och att tid reserveras för strukturerat förändringsarbete.

Ett förändringsbehov som lyftes fram av ST-läkarna handlade om att insatser för att förbättra samarbetet med både sjukhuskollegor och andra yrkesgrupper inom vårdcentralerna kan vara ett sätt att göra ST mer attraktiv och för att utveckla innehållet. Särskilt pekades på vikten av att utveckla gemensamma rutiner och förhållningssätt för de patienter som behöver insatser såväl från sjukhusen som vårdcentralerna och där allmänmedicinen och det allmänmedicinska förhållningssättet tydliggörs. En fråga som diskuterades i alla grupperna var att det skulle vara naturligt

att de sjukhusspecialiteter som närmast angränsar till allmänmedicin stimuleras att göra sidotjänstgöring vid vårdcentral.

Grupperna var eniga om att det är möjligt att öka antalet ST i enlighet med behovet utan att utbildningskvaliteten äventyras. Lokaler i form av ett tillräckligt antal mottagningsrum framfördes som den viktigaste trånga sektorn.

Förord

Läkarförbundet har uppdrag av fullmäktige att utvärdera vårdvalet i primärvården. Första steget – som var en kartläggning av vårdcentralernas läkarbemanning - rapporterades mars 2013. Det andra steget där primärvårdens kostnader och produktion analyserades redovisades april 2014.

Kartläggningen av läkarbemanningen visar på en fortsatt brist på allmänläkare i den svenska primärvården. Mest alarmerande var dock den stora bristen på ST-läkare i allmänmedicin. ST-läkare i allmänmedicin är framtidens primärvårdsläkare som gör sin femåriga tjänstgöring på vårdcentraler och sjukhus inför att de ska kunna arbeta som fasta läkare på vårdcentralerna.

Det låga antalet ST-läkare är utomordentligt utmanande. Utan en kraftfull utbyggnad av antalet ST-tjänster i allmänmedicin kan bristen på allmänläkare vid vårdcentralerna komma att förvärras.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen har landstingen ansvar för att dimensionera ST-tjänstgöringen så att behovet av kliniskt verksamma specialistläkare kan tillgodoses ((15 §, HSL). Ett ansvar som landstingen under lång tid inte kunnat fullgöra för den femtedel av hälso- och sjukvården som primärvården utgör. Läkarförbundets sjukvårdspolitiska arbetsgrupp har därför beslutat att förbundet ska prioritera insatser för att stödja och stimulera landstingens arbete med att uppfylla sina åligganden i dessa delar.

Den här rapporten redovisar resultaten från två studier som förbundet genomfört vintern 2014. Den ena är en enkätundersökning om landstingens former för planering, finansiering med mera av ST i allmänmedicin. Den andra redovisar utvecklingsidéer med mera från fokusgrupper med ST-läkare och studierektorer. Syftet är att stimulera förbättringsarbete genom lärande mellan landstingen och genom att lyfta fram tankar om hur både ST-tjänstgöringen och verksamheten kan utvecklas samt ges en inriktning mot framtiden.

Svante Pettersson och Jeanette Reinbrand vid Läkarförbundets avdelning för politik och profession har ansvaret för studierna och för att ta fram rapporten. En arbetsgrupp med Ove Andersson, Emma Spak och Rune Kaalhus har varit rådgivande i arbetet.

Arbetet har genomförts med ekonomiskt stöd genom de medel regeringen förfogar över för att utveckla vårdvalet.

Inledning

Att bidra till utveckling av primärvården och till att antalet allmänläkare kan öka är prioriterade verksamhetsmål för Sveriges läkarförbund. Som led i detta arbete följer förbundet upp den aktuella utvecklingen i primärvården. Arbetet sker inom ramen för fullmäktiges uppdrag att utvärdera reformen med det obligatoriska vårdvalet.

Det första steget i utvärderingen, som redovisades mars 2013, var en kartläggning av läkarbemanningen i primärvården. Kartläggningen - som var den första i sitt slag på femton år - visade att det är en fortsatt brist på allmänläkare i primärvården. Hösten 2012 fattades det 1 400 heltidsarbetande läkare (30 procent) för att nå det mål om en specialist per 1500 listade i befolkningen som riksdagen lagt fast för år 2008. I förhållande till vårdcentralernas uppdrag enligt vårdvalets regelböcker saknades drygt 850 heltidsarbetande specialistläkare.

Det andra huvudresultatet i kartläggningen var att antalet ST-läkare är otillräckligt för att täcka det framtida behovet av specialister i allmänmedicin. Enligt verksamhetschefernas bedömning måste antalet ST-läkare öka med 50 procent om uppdraget år 2017 skulle vara det samma som år 2012. Om uppdraget skulle utökas så att det i genomsnitt skulle krävas en specialist per 1 500 listade i befolkningen behöver antalet ST-läkare nästan fördubblas.

Hösten 2012 fanns drygt 1 850 ST-läkare vid landets vårdcentraler. Om uppdraget år 2017 kommer att vara det samma som idag behöver antalet ST-läkare öka med drygt 950 personer.

Två studier för att ge underlag till landstingens förändringsarbete

Läkarförbundet gör alltså bedömningen att det krävs kraftfulla åtgärder för att öka antalet ST-läkare i allmänmedicin om läkarbristen vid landets vårdcentraler inte ska förvärras de närmaste åren.

Det är landstingen som ansvarar för att planera och genomföra ST-tjänstgöringen. Även om problemen med primärvårdens försörjning av specialistläkare varit väl kända sedan lång tid kan vi konstatera att det inte pågår några processer vare sig nationellt eller regionalt som är av den karaktären att de tillnärmelsevis kan komma tillrätta med problemen.

Enligt vad förbundet kunnat finna är det enda pågående nationellt samordnade arbetet de insatser som genomförs för att minska landstingens beroende av bemanningsföretag. Arbetet genomförs av nätverket för landstingens personaldirektörer på uppdrag av landstingsdirektörerna och med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) som plattform.

I december 2012 presenterades en strategi där det främsta delmålet som skulle följas upp av landstingsdirektörerna handlade om att kostnaderna för inhyrd personal skulle halveras fram till 2014. Implementeringen av strategin gav allvariga verksamhetsproblem på många av de vårdcentraler som har störst problem att rekrytera. Det finns exempel på att man tvingades stänga vårdcentraler på grund av

hyrläkarstoppet där stafettläkarna tidigare fungerat som avlastning för den fasta personalen och som känt sig tvingade att söka sig till andra vårdcentraler när denna avlastning inte längre fanns att tillgå. Åtgärderna står i konflikt bland annat med landstingens uppdrag att ge befolkningen vård på lika villkor. De möjligheter som ibland fanns till att förlägga specialiseringstjänstgöring till vårdcentraler som har stora rekryteringsbehov har också försämrats av de åtgärder som gjorts för att minska beroendet av bemanningsföretag.

Arbete pågår mellan landstingen för att förändra strategin och uppföljningar visar att kostnaderna för bemanningsföretag har ökat trots den restriktiva hållningen. Juni 2014 har dock ingen ny handlingsplan eller strategi redovisats.

Läkarförbundets sjukvårdspolitiska arbetsgrupp har beslutat att insatser för att stödja landstingens arbete med att öka antalet ST-läkare i allmänmedicin ska prioriteras. Arbetet har inriktats mot att öka kunskaperna och ge möjlighet till erfarenhetsutbyte mellan landstingen.

Två studier har genomförts och som redovisas i den här rapporten. Syftet är som framgått att stödja och stimulera landstingens arbete när det gäller att öka antalet ST-tjänster och i övrigt utveckla tjänstgöringen.

Läkarförbundet har kunnat konstatera att arbetet med insamling och utbyte av kunskaper och erfarenheter mellan landstingen vad gäller struktur och strategier för att kunna öka antalet ST-läkare i allmänmedicin förefaller vara i det närmaste obefintligt. Reflektionen är att området verkar vara betraktat - inte som ett kunskapsfält - utan snarare som en arena där landstingen konkurrerar med varandra och där gemensamma kunskapsinriktade insatser inte utvecklats.

Läkarförbundet är den förste att bejaka att landstingen ska se frågorna om primärvårdens kompetensförsörjning i ett konkurrensperspektiv där attraktiva erbjudanden är grunden för utveckling. Samtidigt är det också viktigt att området betraktas som ett gemensamt ansvar. Det finns mycket som talar för att just avsaknaden av gemensamma uppföljningar och strategier är en viktig förklaring till varför det hittills inte varit möjligt att lösa primärvårdens bemanningsproblem.

Läkarförbundet gör inte anspråk på att de resultat som redovisas här ska ge de samlade och slutliga svaren på frågorna om vilka åtgärder som behöver genomföras för att det ska vara möjligt att uppnå en balanserad försörjning av allmänläkare inom primärvården i landet som helhet. Förhoppningen är istället att de resultat som redovisas här ska fungera som en startpunkt för ett bredare utvecklings- och förändringsarbete och där fler än Läkarförbundet drar sitt strå till stacken.

I dessa delar utgör de aktuella studierna en del av förbundets arbete med att utvärdera och följa upp vårdvalet i primärvården. Studierna ska här också ses som ett första steg i förbundets arbete med att skapa underlag för att bedöma hur utbildningsuppdraget kan fullföljas i en sjukvårdsstruktur som i hög grad baseras på vårdval och privata entreprenadlösningar.

Resultat i Läkarförbundets två studier

Enkät om landstingens och regionernas planering, finansiering och organisation av ST i allmänmedicin

Inledning

Som framgått har det enligt vad förbundet kunnat finna inte tidigare gjorts några ansatser för att samla och sprida kunskaper om hur systemet för ST i allmänmedicin är uppbyggt och inriktat. Läkarförbundet ser det som en viktig uppgift att kunna bidra till att den framtidsinriktade diskussionen i större utsträckning än hittills ska kunna bygga kunskap. För att påbörja detta och belysa betydelsen av detta har en enkätundersökning genomförts. Den är tänkt att ge en bild av hur verksamheten med ST i allmänmedicin planeras, finansieras och organiseras i de olika landstingen.

Det här avsnittet redovisar hur undersökningen genomförts och resultaten sammanfattas.

Metod

I och med att det saknats tidigare underökningar inom området - både för allmänmedicin och andra specialiteter – har processen med att utforma enkäten med nödvändighet fått karaktären av utvecklingsarbete. Utöver att arbetet förankrades i den projektgrupp som den sjukvårdspolitiska arbetsgruppen utsett har även aktuella ordföranden i SFAM:s nätverk för studierektorer (Stefan Persson) och för ST-läkare (Åsa Niper) deltagit i arbetet. Vidare har Britt Bergström, studierektor och styrelsemedlem DLF haft en viktig roll i att ge råd om både enkätens utformning och undersökningens uppläggning i stort.

Frågorna i enkäten gavs en bred utformning för att undvika att svaren skulle komma att bli avgränsade och där relevanta områden kunde missades.

I december 2013 skickades enkäten till en studierektor för ST i allmänmedicin i varje landsting med en uppmaning att det bör inkomma ett svar per landsting. Många av landstingen har en utsedd samordnare. I övriga landsting skickades enkäten till en person som bedömts kunna ta en samordnande funktion. I några landsting har svaren utarbetats av ett par personer.

Efter att svaren i den första frågeomgången bearbetats återstod en del oklarheter. I maj 2014 skickades en förnyad enkät med specificerade kompletteringar till varje landsting. Vissa verifieringar av hur svaren i den tidigare enkäten skulle tolkas efterfrågades också.

Samtliga landsting har lämnat svar på den grundläggande enkäten och 19 landsting på den kompletterande. Även om det finns ett viss internt bortfall eftersom alla landsting inte svarat på alla frågor är det förbundet bedömning att resultaten väl beskriver förhållande över landet som helhet vid årsskiftet 2013/14.

Se bilaga för frågeenkäten och de kompletterande frågorna till respondenterna.

Om svaren och redovisningen av resultaten

Med syfte att ge en överblick har svaren på vissa av frågorna har försök gjorts att kategorisera landstingen utifrån hur de svarat. Det bör noteras att kategoriseringarna gjorts efter hur svaren tolkats och de bör ses som indikationer snarare än fakta.

Det bör också framhållas att kategoriseringarna har gjorts utan värdering av vad som är en bra respektive dålig metod för planering och dimensionering. Syftet är att ge en översikt, vi gör inte anspråk på att presentera en fullständig bild.

Former för planering, dimensionering och analys

Enkätens inledande fråga handlade om hur landstingen arbetar med den övergripande planeringen och dimensioneringen av ST-tjänsterna i allmänmedicin, samt vilken analys, som denna planering och dimensionering baseras på.

Svaren visar att det finns en stor variation i hur man arbetar med planering, dimensionering och analys. Det generella intrycket är dock att det till stora delar saknas strukturerade former för planering, dimensionering och analys av behovet av ST-tjänster i allmänmedicin.

Förutsättningarna för att tillsätta ST-tjänster i allmänmedicin skiljer sig mellan de landsting som har haft relativt lättare att besätta tjänster (främst Stockholm, Västra Götaland, Skåne, Sörmland och Halland) och övriga. Av svaren kan utläsas att många av de landsting som har svårare att rekrytera ST-läkare anställer alla som ansöker om ST i allmänmedicin så länge de inte är klart olämpliga. I en del av dessa landsting har det inte heller varit aktuellt att utveckla en modell för dimensionering, eftersom man inte har erfarenhet av att tillgången balanserat behovet.

Inget landsting, förutom möjligtvis Kronoberg, beskriver en strukturerad samordnad planering av ST-tjänster för olika specialiteter där ST-tjänsterna dimensioneras till den framtida strukturella utvecklingen av hälso- och sjukvården eller till den demografiska utvecklingen sett till hela landstinget.¹ I t.ex. Dalarna och Jönköping finns det särskilda grupper där rekryterings- och planeringsfrågorna diskuteras. I några landsting, bland annat Kronoberg och Sörmland, anges att en dialog om dimensionering förs mellan primärvårdsledningen och en central enhet inom landstinget. Ytterligare andra landsting anger att dimensioneringen av ST tas fram av en enskild tjänsteman, men att analysen som dimensioneringen baseras på i vissa fall är oklar. Förutom i Stockholm, Kronoberg samt möjligtvis Halland och Sörmland beskrivs det heller inte att planeringen baseras på några samlade analyser av vilken dimensionering som primärvårdens aktuella uppdrag kräver.

För att skapa en överblick av hur landstingens planering och dimensionering av ST-läkare i allmänmedicin ser ut har vi, baserat på enkätsvaren, försökt dela in landstingen

¹ Detta gäller för december 2013.

i olika kategorier utifrån hur pass samordnad planering och dimensionering kan anses vara. Vi har urskilt följande kategorier i svaren:

- 1) Planering och dimensionering är centralt samordnad inom landstinget
- 2) Planering och dimensionering är till en del centralt samordnad inom landstinget
- 3) Planering och dimensionering är i begränsad utsträckning centralt samordnad inom landstinget

De landsting som har uppgett att planering och dimensionering görs av landstingsledningen, primärvårdsledningen, annan central enhet – såsom regionkontor, eller om man har inrättat en grupp som tittar på dimensioneringsfrågor, har definierats tillhöra kategorin "centralt samordnad planering". Landsting som exempelvis nämner att endast en person har insyn i hur dimensioneringen beräknas eller där aktuell dimensionering bygger på äldre data, har definierats som att viss central samordning finns. Tre landsting har uttryckligen uppgett att det inte sker någon.

Enligt den kategorisering som gjorts tillämpar lite mer än hälften av landstingen en central samordning (tabell 1). 6 landsting har en viss central samordning och 3 har en begränsad central samordning.

Tabell 1. Landstingens planering och dimensionering av ST-läkare i allmänmedicin som det såg ut i december 2013		
Kategori	Antal	Procent
Central samordning	12	57%
Delvis central samordning	6	29%
Begränsad central samordning	3	14%
<i>Totalt</i>	<i>21</i>	<i>100%</i>

Även om ett landsting har en central samordning behöver det inte betyda att man gör en ingående analys. När det gäller analysen av det framtida behovet av specialister i allmänmedicin är det färre än en handfull av landstingen som baserar sin planering och dimensionering på en analys som kan sägas vara ingående. I de flesta landsting är analysen avgränsad till en eller ett par parametrar, den vanligaste är pensionsavgångarna. Noterbart är också att fokus för landstingens analys ligger på utbudssidan (till exempel pensionsavgångar) och det finns bara ett fåtal exempel på landsting där man tar hänsyn till parametrar från efterfrågesidan (till exempel befolkningsutveckling eller förändrat uppdrag för vårdcentralerna).

Av svaren att döma görs generellt sett ingen skillnad i hur landstingsdrivna respektive privata vårdcentraler behandlas i planeringen och dimensioneringen av ST-tjänsterna. 11 landsting svarade på frågan om det fanns en skillnad i systemet för landstingsdriven och privat primärvård. Av dessa var det endast ett som uppgav att det fanns en skillnad. I sammanhanget kan det dock noteras att ansvaret för planering och dimensionering i några landsting ligger hos den landstingsdrivna primärvårdens förvaltning för produktion. Detta innebär att den landstingsdrivna primärvårdens också har ansvar för dimensionering av ST-läkare till privat primärvårdsverksamhet, vilket skulle kunna ifrågasättas ur perspektivet av konkurrensneutralitet.

En kommentar när det gäller huruvida konkurrensneutrala former tillämpas för ST i allmänmedicin är att Läkarförbundets bemanningsenkät från 2012 visade att endast 26 procent av ST-läkarna tjänstgjorde vid privata vårdcentraler samtidigt som de privat verksamma specialistläkarna utgjorde 36 procent av alla sådana läkare. De privata vårdcentralerna är alltså underanvända i ST-tjänstgöringen vilket tyder på att den lika behandlingen inte leder till lika deltagande tjänstgöring för nya specialister. Att de är underanvända understryks av att de indikationer som finns att de privata vårdcentralerna i genomsnitt har en mer stabil verksamhetssituation än de som drivs offentligt.

Ca en fjärdedel av landstingen (däribland Stockholm, Västra Götaland och Skåne) anger att det pågår ett förändringsarbete avseende hanteringen av planering, dimensionering och analys av ST-läkare i allmänmedicin. I dessa landsting innebär förändringsarbetet att man tar steg mot ökad central samordning och/eller en mer ingående analys av det framtida behovet av läkare i allmänmedicin. Det tycks alltså finnas en tendens mot att landstingen går mot en ökad samordning och analys.

Kommentar till landstingens former för planering, dimensionering och analys

De flesta landsting har alltså någon form av samordning för planering och dimensionering, men generellt sett är den svagt utvecklad. Generellt gäller också att många landsting utför någon typ av analys av det framtida behovet av läkare i allmänmedicin, men denna analys kan alltså inte anses vara ingående. Slutsatsen blir därför att det i stora delar saknas strukturerade former för planering, dimensionering och analys av behovet av ST-tjänster i allmänmedicin.

Det kan också noteras att en del landsting har berört frågan om budgettak i sina svar. Man kan hävda att om det finns ett budgettak för hur många ST-läkare som får anställas, så finns det också en form av analys av behovet samt en planering och dimensionering av antalet ST-läkare. Enkätresultatet ger dock inga svar på frågan om hur väl underbyggd denna analys, planering och dimensionering är.

Fördelning av ST-tjänster och rekrytering av ST-läkare till vårdcentralerna

Fördelning av ST-tjänster till vårdcentralerna

Även när det gäller frågan om hur vårdcentralerna erhåller sina ST-läkare finns viktiga variationer. I vissa landsting fördelas ST-tjänsterna exempelvis utifrån behovet i olika delar av länet. I andra fall är det upp till den enskilda vårdcentralen att påvisa att man har ett behov, varpå man från centralt håll tilldelas resurser för att rekrytera ST-läkare. I en del landsting finns inget samordnat system, utan det är upp till varje vårdcentral att rekrytera. I ytterligare andra landsting är det främst ST-läkarens önskemål som avgör vid vilken vårdcentral som placeringen sker. Ett landsting anger att man tillämpar en modell där fördelningen inte är kopplad till behovet på enskilda vårdcentraler, istället anställs ST-läkarna där det finns plats och handledare.

Även här har vi försökt att kategorisera landstingen för att åskådliggöra de principer som används. De kategorier som vi har använt oss av är: 1) Vårdcentralens behov styr; 2) Landstingets samlade behov styr; 3) ST-läkarens önskemål om placering styr (tabell 2).

Med fördelning menas här efter vilken princip som vårdcentralerna erhåller sina ST-läkare. Att vårdcentralernas behov styr kan alltså innebära både att det finns en aktiv

central styrning från landstinget (t.ex. att man lokaliserar ST-tjänster till de vårdcentraler som har ett bemanningsbehov) och att någon sådan styrning inte finns (t.ex. att inget samordnat system finns och det är upp till varje enhet att själv rekrytera). Det bör också noteras att det inte har gjorts någon distinktion mellan om det är ST-läkare eller om det är ekonomiska medel som ger utrymme för ST-tjänster som fördelas till vårdcentralerna.

De landsting som har uppgett att de exempelvis använder geografiska fördelningsprinciper eller att det förs en löpande dialog mellan en landstingscentral funktion och vårdcentralerna om vilja och möjlighet att ta emot ST-läkare, har vi definierat ha en fördelning som baseras på landstingets samlade behov. Landsting som använt formuleringar av typen "där behovet finns anställs ST-läkare" eller som uttryckligen uppgett att det är vårdcentralernas behov som styr, har ansetts ha en fördelning som baseras på de enskilda vårdcentralernas behov. De landsting som har uppgett att det är ST-läkarens önskemål som styr eller att ST-läkaren tar kontakt med den vårdcentral där man önskar arbeta, tillhör kategorin "ST-läkarens önskemål styr". De landsting som inte har kunnat klassificeras i en enskild kategori har förts till den kombination av alternativ som kan anses spegla det svar som lämnats.

Alla 21 landsting har berört denna fråga i sina svar. Utifrån vår kategorisering har 7 landsting en fördelning av sina ST-läkare som baseras på den enskilda vårdcentralens behov, 1 har en fördelning där man huvudsakligen ser till landstingets samlade behov och i 1 landsting är det ST-läkarens önskemål som styr. I 12 landsting är det fler än en av dessa principer som styr och det är svårt att kategorisera dessa landsting som tillhörande mer den ena eller andra kategorin. Om man slår ihop de landsting som inte har nämnt att hänsyn tas till landstingets samlade behov visar det sig att fler än hälften av landstingen, 12 stycken, tillhör dessa sammanslagna kategorier.

Tabell 2. Kategorisering av de principer som styr landstingens fördelning av ST-läkare till vårdcentralerna (som det såg ut i december 2013)		
Kategorier	Antal	Procent
Landstingets samlade behov	1	5%
Vårdcentralens behov	7	33%
ST-läkarens önskemål	1	5%
Landstingets, VC:s behov	5	24%
VC:s behov, ST-läkarens önskemål	4	19%
Landstingets, VC:s behov, ST-läkarens önskemål	3	14%
<i>Totalt</i>	<i>21</i>	<i>100%</i>

När det gäller frågan om systemet för fördelning av ST-läkare är olika för landstingsdrivna och privata vårdcentraler, uppger två landsting – Jönköping och Örebro – att det finns en skillnad. I Jönköping har vi kategoriserat det som att det är vårdcentralens behov som styr fördelningen av ST-läkare till privata vårdgivare. Medan det för landstingsdrivna vårdcentraler landstingets samlade behov som styr. I Örebro skriver man att finns skillnader, men även om det finns skillnader är principen för fördelning – både till privata och landstingsdrivna vårdcentraler – baserad på vårdcentralens behov.

Rekrytering av ST-läkare

Vi bad landstingen beskriva hur rekryteringen av ST-läkare i allmänmedicin går till. En del landsting har uppgett att det är vårdcentralerna som anställer och rekryterar ST-läkare. Andra anger att vårdcentralerna först ansöker från centralt håll om att få anställa ST-läkare och sedan beviljas centrala medel. Ytterligare andra har svarat att rekryteringen sker samlad i landstinget, exempelvis genom en rekryteringsorganisation inom primärvården.

För att kunna ge en överblick har landstingen kategoriserats utifrån om initiativet till rekrytering sker på vårdcentralnivå eller på central i landstinget. Vi har både räknat in landsting där vårdcentralerna själva rekryterar och landsting där vårdcentralerna ansöker om att få anställa ST-läkare i kategorin "initiativet till rekrytering sker på vårdcentralnivå".

Totalt berörde 19 av de 21 landstingen frågan om hur rekryteringen av ST-läkare går till. I över hälften av de svarande landstingen är det vårdcentralen som tar initiativet till nyrekryteringar. I ca en fjärdedel ligger denna uppgift på central nivå. Ett par landsting redovisar att man har två parallella modeller, där den ena baseras på att rekryteringen utgår från vårdcentralen och den andra på en central landstingsnivå.

Av de landsting där rekrytering och tillsättning huvudsakligen sker på vårdcentralnivå nämner ungefär hälften att man får stöd från landstingscentrala funktioner utöver studierektor (till exempel personalhandläggare och HR-konsulter).²

När det gäller skillnader i rekryterings- och tillsättningsprocessen mellan landstingsdrivna och privata vårdcentraler, uppger endast ett landsting – Jönköping – att det finns en skillnad. Rekryteringen av ST-läkare till de offentligt drivna vårdcentralerna sker till stor del samordnat utifrån behov och intresse, medan en privat vårdgivare själv svarar för sin rekrytering.

Kommentar till landstingens fördelning av ST-tjänster och rekrytering av ST-läkare till vårdcentralerna

Flertalet landsting beskriver att fördelningen av ST-läkare huvudsakligen styrs av den enskilda vårdcentralens behov. Endast i ett landsting ser man huvudsakligen till landstingets samlade behov. Vidare ligger också initiativet till rekrytering av ST-läkare i de flesta landsting på vårdcentralerna.

Det har tidigare konstaterats att central samordning inte behöver betyda att det görs en ingående analys. En central samordning behöver inte heller betyda att det finns en landstingsövergripande strategisk styrning av ST-tjänster eller att man ser till landstingets samlade behov när ST-tjänster fördelas/och eller tillsätts. Av de 12 landsting som definierats ha en central samordning är det ett som huvudsakligen ser till landstingets samlade behov (Uppsala). Fem ser både till landstingets samlade behov och vårdcentralens behov. Övriga sex ser huvudsakligen till ST-läkarens önskemål och/eller vårdcentralens behov.

² Det är möjligt att ytterligare landsting får stöd från landstingscentrala funktioner. Denna fråga ingick inte i frågeformuläret, men en del landsting har ändå kommenterat detta.

Dalarna, som enligt vår definition har en central samordning, är ett exempel på detta. Dalarna har ett läkarutbildningsråd - med bland andra primärvårdssamordnare, centralchefsöverläkare, personalchef och samordnande studierektorer - som diskuterar och fattar beslut om dimensionering. Dalarna uppger emellertid att det inte finns någon styrning när det gäller vilka specialiteter som prioriteras (alltså inte enbart allmänmedicin), utan den verksamhet som kan visa på pensionsavgångar och brist, kan få ST-tjänster oavsett omgivande verksamheters behov.

Finansiering, ST-läkarens sjukvårdsproduktion och anställning

I enkäten till landstingen ställdes frågor om hur finansieringen av ST-tjänstgöringen i allmänmedicin är utformad. Frågorna gällde bl.a. ersättningen för ST-läkarens lönekostnad, ersättning för kurser och utbildning samt hur handledar- och studierektorsfunktionen finansieras. Vi ställde även frågor om hur landstingen ser på ST-läkarens sjukvårdsproduktion och om var ST-läkarna är anställda. Alla landsting tillämpar system där centrala ersättningar utgår för ST-läkarnas lönekostnader. En del landsting har redovisat ersättning i ett fast belopp medan andra har redovisat en procentsats av ST-läkarnas lönekostnad. En tredjedel angav att landstinget centralt svarar för hela lönekostnaden under primärvårdstjänst och en tredjedel anger att man svarar för 70 – 90 procent av lönekostnaden. Gotland har lägst central ersättning med 50 procent av lönekostnaderna. 6 landsting har svarat i form av ett schablonbelopp som utgår från landstinget centralt. Beloppet ligger på mellan 31 500 – 56 667 kr i månaden. Av dessa landsting är det enbart Kalmar som har en ersättning under 40 000 kr.

Några landsting ger ett glesbygdstillägg. Ersättningen för sidotjänstgöring är generellt högre än för primärvårdstjänst. Utöver de 7 landsting som ger en full ersättning för båda tjänstgöringsformerna, ger 4 landsting en högre central ersättning under sidotjänstgöringen.

Tabell 3. Landstingens/regionernas centrala finansiering av ST-läkarnas lönekostnad både primärvårdstjänst och sidotjänst som det såg ut i december 2013.		
Landsting/ Region	Ersättning (kr) per månad som utgår från landstinget centralt	Procent av ST-läkarens lönekostnad som ersätts av landstinget centralt
Blekinge		100% vid alla aktuella tjänstgöringar. Anslaget täcker hela lönen inklusive sociala avgifter, semester, etc.
Dalarna		100% vid alla aktuella tjänstgöringar. (Om anställningen är på en privat VC förhandlas lönen ändå med landstinget och 100% av deras lön bekostas centralt.)
Gotland		50% vid alla aktuella tjänstgöringar
Gävleborg		80% av en normal medellön för ST-läkaren, vid alla aktuella tjänstgöringar
Halland	Primärvårdstjänst 50 200 Sidotjänst 66 300	
Jämtland		75% vid alla aktuella tjänstgöringar
Jönköping	56 000 som utbildningsbidrag (ska även täcka andra kostnader än lön, t.ex. kurser) vid alla aktuella tjänstgöringar	56 000kr beräknas täcka ca 70% av en normal ST-lön.
Kalmar	Alla aktuella tjänstgöringar 31 500 42 000 i glesbygd	
Kronoberg		100% vid alla aktuella tjänstgöringar.
Norrbottn		90 % av genomsnittlig ST-lön
Skåne		75% vid alla aktuella tjänstgöringar (ska även täcka kurskostnader samt delfinansiera av handledning och SR-organisation)
Stockholm	Alla aktuella tjänstgöringar 46 667	
Sörmland	Landstinget centralt betalar högst ett schablonbelopp på 56 667kr/mån (inklusive sociala avgifter).	75% av lönen vid primärvårdstjänst, 100% av lönen vid sidotjänst. Dock högst 56 667 kr/mån (inklusive sociala avgifter.)
Uppsala		100% alla aktuella tjänstgöringar. Lönetillägg på 2000 kr och 4000 kr för dem som har för landsbygdsplacering och jobbar heltid.
Värmland	Alla aktuella tjänstgöringar 47 738	
Västerbotten	Tillägg för glesbygd 6 000 kr per månad	70% vid pv-tjänstgöring 100% vid sidotjänstgöring
Västernorrland		75% av en genomsnittlig ST-lön
Västmanland		100% av den faktiska lönekostnaden inkl sociala avgifter vid alla aktuella tjänstgöringar. Fr.o.m. årsskiftet 2013/14 kommer vårdcentralerna få ersättning i form av en viss % av schablonlön.
Västra Götaland	Pv.tjänstgöring 40 000 Pv.tjänstgöring utanför Storgöteborg 50 000 Sidotjänstgöring 65 000 Sidotjänstgöring utanför Storgöteborg 75 000	
Örebro		100% vid alla aktuella tjänstgöringar
Östergötland		100% vid alla aktuella tjänstgöringar

När det gäller frågan ersättning för kurs- och utbildningskostnader (vid sidan av lönekostnader under kurser och utbildningar) anger alla landsting utom två att sådan ersättning utgår från landstinget centralt. Två landsting (Jämtland och Norrbotten)

redovisar att vårdcentralen betalar kurs- och utbildningskostnader. Av de landsting där ersättning utgår centralt har 15 landsting redovisat ett uppskattat belopp för kurskostnaden per ST och år. Detta belopp varierar från 12 000 kr (Östergötland) till 34 000 kr (Västra Götaland) per ST-läkare och år. Några landsting anger inget belopp, utan skriver endast att central ersättning finns (tabell 4).

Tabell 4. Kostnad för ST-läkarens kurser och utbildning som betalas av landstinget centralt som det såg ut i december 2013 (SEK/år)	
Landsting/ region	Beskrivning
Blekinge	25 000 kr (ska även täcka resa & logi)
Dalarna	Obligatoriska kurser centralt, vårdcentralen de flesta övriga kurser. Centralt bidrag: 5 500-21 500 kr/år beroende på vilken obligatorisk kurs som går. För de som inte gjort AT i Sverige bekostas ytterligare kurser centralt.
Gotland	Kurser ersätts centralt om de är obligatoriska eller ingår i målbeskrivningen för ST.
Gävleborg	Alla kurser och utbildningar betalas centralt ifrån. Riktvärde 20 000 kr/år men gäller ej som absolut gräns.
Halland	Regionen centralt finansierar 75% av kurskostnaden
Jämtland	Vårdcentralen betalar
Jönköping	Ingår i bidraget på 56 000 kr/mån. (Ett fast belopp kan inte sättas pga av att beloppet beror på vilka kurser ST går, om de t.ex. ges av landstinget eller man åker utomlans.)
Kalmar	Oblig kurser + max ca 20 000 kr
Kronoberg	20 000 kr
Norrbottnen	Vårdcentralen betalar
Skåne	Ca 20 000 kr
Stockholm	Ca 20 000 kr
Sörmland	De flesta kurser betalar vårdcentralen
Uppsala	Ca 20 000 kr
Värmland	Obligatoriska kurser centralt + 30 000 kr
Västerbotten	20 000 kr
Västernorrland	25 000 kr
Västmanland	Alla kurser centralt före 2014. (För anställda efter 140101 ersätts kurser med ett schablonbelopp, ca 20 000 kr/person. Landstinget centralt står för obligatoriska kurser.)
Västra Götaland	34 000 kr
Örebro	Startsem + landstingsgemensamma kurser centralt + 30 000 kr
Östergötland	12 000 kr

Beträffande vårdcentralernas kostnader för att fullgöra handledningsuppdraget uppger samtliga 19 landsting som har berört frågan att det inte utgår några ersättningar till vårdcentralerna för handledningskostnader. Sörmland gör noteringen att landstinget centralt emellertid ger ersättning för handledningen under ST-tjänstgöringens vetenskapliga veckor.

Vi bad också landstingen beskriva hur studierektorsfunktionen finansieras. Alla landsting som svarade på frågan (19) angav att studierektorsfunktionen finansieras centralt i landstinget. Ett landsting (Skåne) uppgav att studierektorsfunktionen delfinansieras av utbildningsbidraget (tabell 3). Ett landsting (Gotland) gjorde noteringen att den tid som studierektorn i sin roll som studierektor är borta från vårdcentralen inte ersätts från centralt håll, utan är en kostnad som drabbar den vårdcentral där studierektorn arbetar.

När det gäller ersättningar till vårdcentralerna utöver de som redan nämnts, uppger några landsting, bl.a. Västra Götaland, att de ger en högre ersättning till vårdgivare för ST-läkare i glesbygd för att stimulera till anställning i dessa områden. Västra Götaland anger också att vårdcentralerna under en begränsad tid kan få högre ersättning för läkare som inte gjort AT-tjänst i Sverige. Ett landsting anger att det finns centrala medel för att stödja vårdcentralerna vid föräldraledighet, m.m. Ytterligare ett landsting anger att man ibland ger bilersättning.

Vi bad också landstingen beröra frågan om det finns ST-tjänster i allmänmedicin där ersättningar inte utgår från landstinget. 4 landsting svarade på denna fråga, varav 2 angav att detta inte förekommer och 2 uppgav att det finns ett fåtal ST-tjänster som är ofinansierade eller inte har full ersättning.

Trots att frågan om budgettak för hur många ST-läkare i allmänmedicin som får anställas inte fanns med i frågeenkäten, berörde mer än hälften av landstingen detta ämne. Fyra angav att det inte finns något sådant tak utan man får anställa samtliga sökanden, förutsatt att de är lämpliga samt att det finns lokaler och handledare på önskad/intresserad vårdcentral. I ett av de landsting som anger att man har ett budgettak försöker primärvårdsledningen få till stånd en förändring mot att behov – snarare än budgetram – ska vara styrande. Några av landstingen med budgettak framhåller att man sällan når taket, och att man i princip anställer samtliga lämpliga kandidater som finns att tillgå.

Samtliga 13 landsting som svarade på frågan om det finns skillnader i systemet för finansiering av ST-tjänster på offentligt och privat drivna vårdcentraler, angav att skillnader beroende på driftsform inte förekommer.

ST-läkarnas sjukvårdsproduktion

8 landsting har berört frågan om hur man ser på ST-läkarnas sjukvårdsproduktion. Av dessa är det ett landsting som anger att ST-läkarna överhuvudtaget inte ingår i vårdcentralernas produktionsplanering. Av övriga 7 landsting anger 4 en siffra för ST-läkarnas sjukvårdsproduktion. Grovt räknat anser man att sjukvårdsproduktionen ligger på mellan 50-75 % av en heltidsarbetande specialists produktion. Ett landsting tydliggör att denna procentandel endast avser den tid som ST-läkaren är på plats på vårdcentralen. Övriga landsting tydliggör inte om det är 50-75 % av en heltidsarbetande specialists produktion under tiden på vårdcentral eller sett till hela ST-tjänstgöringen. Några landsting framhåller att sjukvårdsproduktionen anses vara högre under den senare delen av ST-tjänstgöringen.

ST-läkarens anställning

19 av 21 landsting svarade på frågan om var ST-läkarna har sin anställning. 12 uppgav att ST-läkaren är anställd på vårdcentralen och fem att de är anställd centralt i

landstinget. I 2 landsting kan ST-läkaren antingen vara anställd på vårdcentralen eller centralt. I samtliga tre storstadslandsting är ST-läkarna anställda på vårdcentralen.

I alla landsting utom på Gotland och i Norrbotten tillämpas samma princip för anställning både för offentliga och privata vårdcentraler. På Gotland är den som jobbar på landstingsdriven vårdcentral anställd på vårdcentralen, medan den som jobbar privat är anställd av regionen. I Norrbotten är den som jobbar på privatdriven vårdcentral anställd på vårdcentralen, medan den som jobbar på landstingsdriven vårdcentral är anställd i landstinget.

Av 19 svarande landsting uppger 12 att ST-läkarens lön sätts på vårdcentralsnivå. I 7 landsting sätts lönen centralt. Generellt gäller att om ST-läkaren är anställd på vårdcentralen är det också vårdcentralen (till exempel vårdcentralschefen) som sätter ST-läkarens lön. På liknande sätt bestäms lönen centralt i landstingen i de fall som ST-läkaren är anställd centralt i landstinget.

Två landsting uppger att det finns planer att förändra ST-läkarnas anställning. Det ena landstinget går mot en decentralisering och det andra mot en centralisering. I Västmanland går man från en central anställning till anställning på vårdcentralen. Motivet är att arbetsgivaransvaret blir otydligt när ST-läkaren är anställd centralt, medan det dagliga arbetet sker på vårdcentralen. Resonemanget lyder här att ansvarsförhållandena blir tydligare om arbetsgivaransvaret ligger på vårdcentralen. I Jämtland går diskussionen i motsatt riktning. Där ser man en centralisering som ett sätt att hantera de problem som enskilda vårdcentraler har när det gäller att rekrytera ST-läkare. Primärvården i Jämtland har präglats av turbulens och chefsbyten på vissa enheter, vilket har försvårat samordningen.

Tabell 5. ST-läkarens anställning och princip för var ST-läkarens lön sätts (som det såg ut i december 2013)		
Landsting/ region	Var är ST- läkaren anställd?	Vem sätter ST-läkarens lön?
Blekinge	Vårdcentralen	Vårdcentralen (verksamhetschefen)
Dalarna	Centralt	HR centralt
Gotland	Vårdcentralen (offentlig), centralt (privat)	Centralt (av primärvårdens läkarchef, även för privat anställda)
Gävleborg	Nämns ej	Vårdcentralen
Halland	Vårdcentralen	Vårdcentralen
Jämtland	Vårdcentralen	Den enskilda enhetschefen, som har mycket små mandat till variation. I praktiken finns ett landstingsgemensamt arbetsdokument, som styr detta. Således huvudsakligen centralt styrt.
Jönköping	Vårdcentralen	Vårdcentralen. (ST förhandlar lön med sin verksamhetschef som dock har mkt snäva ramar inom den landstingsdrivna primärvården. De privata har ofta högre löner, men får samma ersättning.
Kalmar	Vårdcentralen	Vårdcentralen. (Vårdgivaren sätter lönen. Vårdgivare ansöker om ST-medel motsvarande "normal" ST-lön. Utöver det fri lönesättning. Vad gäller offentlig primärvård så finns en gemensam lönepolicy.)
Kronoberg	Centralt	Centralt. ST-lönen sätts centralt och förhandlas inte på VC. Detta oavsett ST-läkare som arbetar i privat eller offentlig regi.
Norrbotten	Centralt (offentlig), vårdgivare (privat)	Vårdcentralen
Skåne	Vårdcentralen	Vårdcentralschefen i samråd med HR
Stockholm	Vårdcentralen	Vårdcentralen (verksamhetschefen)
Sörmland	Vårdcentralen	Vårdcentralen
Uppsala	Centralt	Centralt. ST-läkarens lön förhandlas centralt av HR-avdelningen, men synpunkter inhämtas från verksamhetschef på VC.
Värmland	Vårdcentralen	Vårdcentralen avgör lönen och ev andra förmåner.
Västerbotten	Vårdcentralen	Nämns ej
Västernorrland	Vårdcentralen	Nämns ej
Västmanland	Centralt (vårdcentralen efter 140101)	Centralt (primärvårdsschefen); (vårdcentralschefen sätter lönen för anställda efter 140101).
Västra Götaland	Vårdcentralen	Vårdcentralen
Örebro	Nämns ej	Centralt (HR-enheten)
Östergötland	Centralt	Centralt

Stöd- och ledningsfunktionen för ST i allmänmedicin

Ett frågeområde i enkäten rörde stöd- och ledningsfunktionen för ST i allmänmedicin. 19 landsting svarade på denna fråga, varav samtliga fokuserade på studierektorsorganisationen. Av de landsting där initiativet till rekrytering främst ligger på vårdcentralsnivå, nämner också några att det finns centrala stödfunktioner i landstinget när det gäller rekrytering.

9 landsting beskrev studierektorernas uppgifter och ansvar. I samtliga landsting ligger fokus för uppgiften på att ta fram ramverk, kvalitetskrav och utformning av innehållet i ST-utbildningen. Man planerar och genomför också gemensamma ST-kurser, kvalitetsgranskar utbildningen och fungerar som stöd för handledarna samt i viss mån också för verksamhetscheferna.

9 av landstingen framhöll att det finns samordning med andra specialiteter inom studierektorsfunktionen för allmänmedicin. Av svaren var det emellertid svårt att utläsa hur samordningen sker och hur väl uppbyggd den är.

Några landsting framhåller att storleken på studierektorsorganisationen beräknas på antalet ST-läkare. 13 landsting skriver att studierektorsfunktionen får administrativ hjälp. I vissa landsting innefattar den administrativa hjälpen assistans med att koordinera sidotjänstgöringarna. Hur den administrativa hjälpen i övrigt ser ut framgår inte av landstingens svar. Tre landsting skriver att man inte får någon eller nästan ingen administrativ hjälp.

Strategier för att rekrytera ST-läkare

Några landsting redovisade allmänna uppgifter om strategier för att rekrytera ST-läkare.

När det gäller var man söker kandidater är det, att döma utifrån inkomna svar, vanligast att landstingen rekryterar ST-läkare i allmänmedicin bland AT-läkarna i det egna landstinget. Ett landsting skriver att man har ett primärvårdsseminarium för AT-läkarna för att öka intresset för primärvård. Samma landsting skriver också att man fokuserar på att ge AT-läkarna bra handledning och goda villkor som strategi för rekrytering. Ett par landsting skriver att de rekryterar från gruppen utlandsutbildade samt bland EU-läkare. Ett landsting framhåller att det inte går att rekrytera färdiga specialister, vilket är anledningen till att man fokuserar på AT-grupperna.

Några landsting skriver att de ger glesbygdstillägg i form av högre löneersättning som incitament till rekrytering utanför tätorterna.

Ett landsting nämner att de för att öka inflödet av ST-läkare i allmänmedicin har tankar på att profilera sig som utbildningslandsting (Kalmar) och ett landsting planerar att öppna akademiska vårdcentraler (Sörmland).

ST-tjänster med forsknings- eller ledarskapsinriktning

Som åtgärd för att öka inflödet av ST-läkare i allmänmedicin skulle man kunna tänka sig att man kombinerar ST-tjänsten med en inriktning såsom forskning eller ledarskap. Vi bad därför landstingen svara på frågan om de har sådana tjänster.

När det gäller ST-tjänster i allmänmedicin med ledarskapsinriktning svarade en majoritet av landstingen att detta inte finns. 5 landsting skrev att man har eller att det finns möjlighet till denna typ av ST-tjänst och 1 landsting uppgav att man planerar införa denna typ av ST-tjänst.

Beträffande ST-tjänster inriktade mot forskning visar svaren att denna möjlighet finns i över hälften av landstingen. Ca en fjärdedel av landstingen svarade att de inte har sådana typer av ST-tjänster. 1 landsting planerar införa denna typ av inriktning under 2014.

Initiativ för specialister från andra områden att bli allmänläkare

En annan åtgärd som har nämnts som skulle minska bristen på specialister i allmänmedicin är att underlätta för specialister inom andra områden att utbilda sig till specialister i allmänmedicin. Vi ställde därför frågan till landstingen om denna typ av åtgärd förekommer. Av 16 svarande landsting angav 4 att de försöker underlätta för specialister från andra områden att skola om sig och/eller komplettera med en utbildning som specialist i allmänmedicin. T.ex. anger Kalmar att hälsovalsenheten bekostar "omskolningen" enligt samma principer som för ST-läkare och att personen behåller sin tidigare lön.

Vad krävs för att vårdcentralerna ska få ta emot ST?

I enkäten ingick inte någon fråga om vad som krävs för att en vårdcentral ska få ha en ST-läkare, men att antal landsting berörde ändå detta. Bland de krav som nämns är att vårdcentralerna ska ha ett visst minsta antal fast anställda specialister i allmänmedicin (ca 1-2), att man ska ha handledare som har genomgått handledarutbildning, att man ska ha ett visst minsta listningstal (två landsting nämner att vårdcentralens lista måste vara minst 3 000). Lämpliga lokaler och att vårdcentralen ska uppvisa en fungerande verksamhet och gott utbildningsklimat är andra krav som nämns. Ett landsting framhåller att vårdcentraler för att få ta emot ST-läkare måste ha en rimlig arbetsbelastning.

Faktorer som begränsar anställning av fler ST-läkare

I enkäten ställdes heller inte frågan om vad som begränsar anställningen av ytterligare ST-läkare, men några har ändå berört detta i sina svar. De områden som nämns är, förutom brist på sökande kandidater, brist på handledare, brist på lokaler och/eller att budgeten inte tillåter ytterligare anställning. Ett av de landsting där initiativet till rekrytering ligger på vårdcentralnivå framhåller att verksamhetscheferna inte alltid är medvetna om att dessa har en stor del av ansvaret för rekrytering samt att de inte alltid upplever att deras uppdrag är så långsiktigt som en ST-rekrytering kräver.

Antal ST-läkare per landsting 2012 och 2013

Bakgrund

Som beskrivits är resultaten i Läkarförbundets bemanningsenkät hösten 2012 den viktigaste bakgrunden till varför den här rapporten tagits fram. Särskilt gäller detta de delar som behandlade antalet ST-läkare i allmänmedicin och behovet av ytterligare sådana läkare för att en balanserad läkarbemanning skulle kunna uppnås vid vårdcentralerna. För att kunna följa upp denna del av bemanningsenkäten fördes några frågor om det aktuella antalet ST-läkare in i enkäten till studierektorerna. Enkäten till studierektorerna genomfördes i det närmaste år efter bemanningsenkäten och i det följande redovisas alltså en uppföljning av hur antalet ST-läkare i allmänmedicin förändrats under det dryga år som gått mellan de två olika enkäterna – i praktiken under år 2013.

Uppgifterna i bemanningsenkäten insamlades på vårdcentralsnivå och det var verksamhetscheferna som hade uppgiften att svara. För att undersöka hur de uppgifter som insamlades via verksamhetscheferna överensstämmer med studierektorernas bild av antalet ST-läkare hösten 2012 ombads de senare att kontrollera bemanningsenkätens uppgifter mot studierektorernas egna uppgifter – samt att redovisa de korrekta uppgifterna i de fall dessa inte överensstämde med de som tagits fram genom att summera svaren som vårdcentralernas verksamhetschefer lämnat.

Hög kvalitet i uppgifterna om antal ST i bemanningsenkäten

Summeringen av verksamhetschefernas svar på bemanningsenkäten redovisade att det hösten 2012 fanns totalt 1 863 ST-läkare i allmänmedicin vid landets vårdcentraler. Enligt en summering av enkätsvaren från samordnande studierektor i landstingen var antalet ST-läkare hösten 2012 1 876. Differensen i resultat mellan de två metoderna att samlas in uppgifter var alltså så låg som 0,7 procent.

Den höga graden av överensstämmelse måste anses vara anmärkningsvärd med tanke på att metoderna för datainsamlingen helt skiljer sig och att svarsfrekvensen i bemanningsenkäten var 98,5 procent. Det allmänna intrycket av att uppgifterna i bemanningsenkäten håller en utomordentligt hög kvalitet understryks av resultatet.

Även om det självfallet inte går att överföra dessa slutsatser om datakvaliteten även till de bedömningar som verksamhetscheferna gjorde när det gäller behovet av ytterligare ST-läkare anser förbundet ändå att det indikerar att även dessa uppgifter bör ha hög kvalitet och ge en god indikation på det antal ST-läkare som saknas för att uppnå en balanserad läkarförsörjning. Särskilt i den del där antalet relateras till möjligheten att fullgöra nuvarande uppdrag år 2017.

Resultaten från Stockholm i den här aktuella datainsamlingen understryker intrycket av att verksamhetscheferna förefaller ha gjort realistiska bedömningar. Resultaten i bemanningsenkäten visade att Stockholm var det enda landsting som hösten 2012 hade en dimensionering av ST som var i närheten av verksamhetschefernas bedömningar. Skillnaden mellan det befintliga antalet ST-läkare i allmänmedicin och behovet var mindre än 10 procent (40 ytterligare utöver de 450 som fanns).

Av enkätsvaret från Stockholm framgår att det hösten 2012 fanns 14 fler ST-läkare än vad bemanningsenkäten redovisat och att Stockholm under år 2013 ökat sitt antal ST i allmänmedicin med 51 personer.

Ökningen av antalet är alltså något större än vad verksamhetschefernas samlade bedömning uppgick till. Till en del kan detta ha sin bakgrund i den ökning av befolkningen som sker i Stockholm men eftersom landstinget inte har några skäl att överdimensionera specialiseringstjänstgöringen måste detta ses som tydlig indikation på att de behovsbedömningar som verksamhetscheferna gjort ligger nära de bedömningar som man också gjort på landstingsnivå i Stockholm.

Två landsting går mot balans - stora utvecklingsbehov i många av de övriga

Som framgått visade enkäten till studierektorerna att det hösten 2012 fanns 1876 ST-läkare i allmänmedicin vid landets vårdcentraler. Antalet ökade med 227 personer under 2013 till totalt 2103 personer – det vill säga en ökning med totalt 12 procent. Enligt verksamhetschefernas bedömning fanns det behov av att öka antalet ST med drygt 50 procent för att få balans i vårdcentralernas läkarförsörjning år 2017 vid oförändrat uppdrag. Resultatet av den uppföljning som redovisas här är alltså att det visserligen skett en icke obetydlig ökning av antalet ST i allmänmedicin under år 2013 men att ökningen är helt otillräcklig för att primärvården ska kunna ha en läkarbemanning i balans vid ett oförändrat uppdrag år 2017.

I enkäten till samordnande studierektor ställdes frågan om dagens antal ST-läkare är tillräckligt för att behovet av allmänläkare vid vårdcentralerna ska vara uppfyllt om fem år. Två av landstingen har angivit att de bedömer att den nuvarande dimensioneringen är tillräcklig.

Förbundet vill lämna två kommentarer till detta resultat. Den ena har positiva förtecken i den meningen att det nu är två av landets landsting - som tillsammans omfattar en dryg fjärdedel av landets befolkning - som har kunnat uppnå en situation där man förutser att det inte kommer att vara någon brist på allmänläkare i primärvården. Läkarförbundets bild är att det därmed inträtt en ny situation där man i delar av landet ser framför sig att den tidigare kroniska bristen på allmänläkare kunnat hävas.

Den andra kommentaren är att resultat visar att 19 av 21 landsting bedömer att man saknar förutsättningar att uppfylla de skyldigheter som följer av § 15 HSL inom 20 procent av den verksamhet man ansvarar för. Enligt Läkarförbundet pekar detta på behovet av gemensamma utvecklingsinsatser mellan landstingen och att det inrättas en delegation som får uppdrag att genomföra de åtgärder som krävs för att primärvårdens försörjning av allmänläkare ska kunna tryggas.

Det är stor variation mellan landstingen när det gäller förändringen av antalet ST-läkare. Från en ökning med 44 procent i Västmanland till att antalet minskat med 10 procent i Västernorrland.

Norrboten, Gävleborg och Jönköping tillhör tillsammans med Västmanland den grupp av landsting som lyckats öka antalet ST-läkare mer än andra (omkring 20 procent). Västernorrland är ensam om att ha ett minskat antal ST i allmänmedicin. Jämtland, Gotland, Uppsala, Kronoberg och Dalarna är landsting med ingen eller mycket liten ökning.

Både Västra Götaland och Skåne rapporterar en något större ökning än landet som helhet (15 procent).

Tabell 6: Antal ST-läkare i allmänmedicin 2012 och 2013							
Landsting/ region	Totalt 2012	Totalt 2013	Förändring 2012-13		Andel i privat 2012	Andel i privat 2013	Behövs fler för att uppfylla behov om 5 år?
			Antal	Andel			
Blekinge	25	29	+ 4	16%	0%	3%	Ja
Dalarna	69	72	+ 3	4%	3%	4%	Ja
Gotland	10	10	+/- 0	0%	10%	10%	Ja
Gävleborg	34	41	+7	21%	21%	15%	Ja
Halland	84	92	+ 8	10%	48%	46%	Nej
Jämtland	29	29	+/- 0	0%	3%	3%	Ja
Jönköping ³	74	88	+14	19%	18%	19%	Ja
Kalmar	39	44	+ 5	13%	5%	2%	Ja
Kronoberg	32	33	+ 1	3%	9%	6%	Ja
Norrbottnen	56	69	+ 13	23%	11%	17%	Ja
Skåne	231	266	+ 35	15%	16%	21%	Ja
Stockholm	464	515	+ 51	11%	40%	40%	Nej
Sörmland	52	60	+ 8	15%	8%	10%	Ja
Uppsala	60	61	+ 1	2%	18%	23%	Ja
Värmland	58	66	+ 8	14%	12%	12%	Vet ej
Västerbotten	58	63	+ 5	9%	3%	5%	Ja
Västernorrland	51	46	-5	-10%	33%	43%	Ja
Västmanland	27	39	+ 12	44%	41%	44%	Ja
Västra Götaland	301	346	+ 45	15%	32%	35%	Ja
Örebro	55	60	+ 5	9%	13%	10%	Ja
Östergötland	67	74	+ 7	10%	10%	9%	Ja
Totalt	1876	2103	+ 227	12%	25%	26%	

I viss mån kan det skönjas ett mönster där de landsting som hade ett lågt respektive relativt högre antal ST i relation till befolkningen år 2012 har en större respektive lägre

³ I Jönköping har man EU-läkare som går ett tvåårigt kompletteringsprogram och som räknas tekniskt som ST-läkare. Dessa läkare är inräknade i siffrorna för Jönköping både för 2012 och 2013. I 2013 års siffror har dessa ST-EU-läkare redovisats separat. Läkarbemanningsrapportens siffror för antalet ST-läkare i Jönköping senhösten 2012 har inte bekräftats i årets undersökning.

ökningstakt än landet som helhet. Västmanland hade nästan bara hälften så många ST-läkare i relation till genomsnittet i landet 2012 medan till exempel Dalarna detta år hade det näst högsta antalet i relation till befolkningen.

I stort är andelen ST-läkare som arbetar på privatdrivna vårdcentraler densamma 2012 som 2013. Andelen av ST-läkarna som är placerade på privatdrivna vårdcentraler har ökat endast marginellt, från 25% 2012 till 26% 2013. I 11 landsting ökade andelen som jobbar privat, i 6 landsting minskade den och i 4 landsting var den oförändrad. Förändringarna är dock generellt sett små.

Fokusgrupper om förutsättningar för att öka antalet ST i allmänmedicin

Inledning

I den andra studien har Läkarförbundet velat fånga idéer, utgångspunkter och förslag på hur antalet ST-läkare i allmänmedicin ska kunna öka. Syftet är att tydliggöra strategier som kan användas för att öka rekryteringen och att visa på den potential som finns i att involvera berörd personal i det förändringsarbete som förestår i landstingen. Vår förhoppning är att detta ska ge underlag till huvudmännens överväganden om vilka åtgärder som kan genomföras för att säkra att vi får ett tillräckligt antal allmänläkare vid landets vårdcentraler.

Studien har genomförts i form av fokusgrupper med ST-läkare och studierektorer från olika delar av landet.

Totalt är idag drygt 2 100 ST-läkare i allmänmedicin på väg genom sin femåriga specialistutbildning till allmänläkare. Det finns närmare 100 studierektorer som har landstingens uppdrag att stödja och övervaka specialiseringstjänstgöringen i allmänmedicin. Många av dessa har också motsvarande uppgifter för de AT-läkare som tjänstgör på vårdcentralerna.

Metod

Fokusgrupper bedömdes vara en lämplig metod för att fånga de aktuella frågeställningarna. Ambitionen har också varit att fånga upp erfarenheter i olika delar av landet. För att möjliggöra detta valdes en form för fokusgrupper online som tillhandahålls av NOVUS AB.

Gruppdiskussionen online genomförs i allt väsentligt på samma sätt som fysiska fokusgrupper. Cirka 6-8 personer anses vara en lämplig gruppstorlek. Deltagarna bjuds in till ett skräddarsytt diskussionsforum på nätet och den viktigaste skillnaden mot vanliga fokusgrupper är att deltagandet sker genom skriva inlägg.

För var och en av de 2 målgrupperna genomfördes 2 gruppdiskussioner. Deltagarna rekryterades av Läkarförbundet genom inbjudan per mail. Den riktades till ST-forum.se, som täcker ca 1000 ST-läkare i allmänmedicin, och till det nätverk som Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) har för studierektorer.

15 ST-läkare och 11 studierektorer deltog. ST-läkarna fick en bra geografisk spridning. Bland studierektorerna fanns det en viss överrepresentation från landets norra delar. Men även övriga delar av landet var representerat inklusive storstad. Av ST-läkarna tjänstgör en tredjedel vid privata vårdcentraler vilket relativt väl speglar den aktuella fördelningen i landet.

Varje grupp diskuterade under 1,5 timmar med moderator från NOVUS. Diskussionen utgick från en guide som tagits fram gemensamt mellan NOVUS och Läkarförbundet. Diskussionerna anpassades också efter vad som kom upp vid varje tillfälle.

Frågeguiden var den samma för både ST-läkarna och studierektorerna. De resultat som redovisas nedan följer i huvudsak den i förväg upprättade guiden.

Alla fyra grupperna gav spontant positiv återkoppling att man uppfattat både innehåll och form som positiv.

De som deltagit i diskussionerna kan förutsättas tillhöra den grupp av primärvårdsläkare som har särskilt intresse för frågor om utbildning och antagligen även också i övrigt ett allmänt intresse för frågor som rör allmänmedicinens utveckling. Diskussionen kan alltså inte förutsättas spegla allmänna åsikter hos primärvårdens läkare utan ska ses som synpunkter från de som har ett särskilt intresse att primärvården utvecklas.

Resultat i fokusgrupperna

Påfallande stora likheter

Ett av huvudresultaten i var att samstämmigheten mellan all fyra grupperna var påfallande stor. Den grundläggande synen på frågeställningarna skilde sig alltså inte vare sig mellan eller inom de två olika målgrupperna som undersökningen omfattade. I vissa frågor hade ST-läkarna självfallet ett något annat perspektiv än studierektorerna och i var och en av gruppdiskussionerna lyftes någon eller några frågor som inte berördes i andra grupper.

Det måste komma en vändning

- avstämning av den övergripande problembilden

Det fanns alltså en stor enighet om den grundläggande problembilden. I alla grupperna ansåg man att primärvården befinner sig i en mycket utmanande situation där tillgången till fasta specialister i allmänmedicin kan komma att minska och att det krävs en utomordentligt snabb utbyggnad av ST i allmänmedicin för att motverka detta var gemensam mellan alla grupper.

Grupperna hade också en gemensam syn på att antalet ST behöver fördubblas på många håll i landet och att dagens planer för att åstadkomma detta är otillräckliga. Det beskrevs att man på en del håll befinner sig i en slags moment 22-situation där hög arbetsbelastning till följd av låg bemanning vidmakthåller att verksamheten till stor del sköts av stafettläkare och att detta i sin tur innebär att det inte går att bedriva kvalitativ

ST-utbildning. Att man på vissa håll tappar ST-läkare till andra specialiteter och att färdiga specialister söker sig till landsting som redan har en bättre situation lyftes fram som allvarliga problem. En studierektor angav att landstinget under det senaste året förlorat i stort sett samtliga nya specialister i allmänmedicin till andra landsting relativt omgående efter att tjänstgöringen fullgjorts.

Framför allt i de större städerna har det under senare år skett en vändning där det blivit förhållandevis enklare att besätta ST-tjänsterna. Från något landsting angavs att man på vissa håll börjat få en form av växtvärk där det ökande antalet ST-läkare skapat brist på handledare och svårigheter att arrangera sidotjänstgöringarna.

Diskussionen indikerade att situationen håller på att bli alltmer tudelad där de större städerna utvecklas positivt medan mindre orter och glesbygd halkar efter. Skillnaderna förefaller finnas både inom och mellan landstingen. Någon framförde att det ibland räcker att komma någon mil utanför stadskärnorna för att möta en helt annan situation än den som gäller i de centrala delarna.

Några menade om att ansvariga nivåer på senare tid fått upp ögonen för de problem som man står inför. Olika rekryteringsåtgärder prioriteras och flera angav att de ekonomiska begränsningarna tagits bort när det gäller att öka antalet ST-tjänster. Problemet är att det saknas lämpliga kandidater att anställa.

I diskussionen framfördes att det behövs utrymme för nya kreativa lösningar där man tänker utanför de gängse ramarna. Både ST-läkarna och studierektorerna ansåg att allmänläkarkåren sammantaget har både vilja och förmåga att åstadkomma en vändning. Den viktigaste förutsättningen är att utbildningsuppdraget ges en tydligare plats i på vårdcentralerna och det lyftes att kortsiktiga produktionsfrågor inte får tillåtas tränga ut utbildningsfrågorna. Resurser behöver också ställs till förfogande. Dalarna nämndes som ett exempel där en resurssatsning gett framtidstro.

Någon menade att allmänmedicinen är ett område där det kan vara särskilt lämpligt att pröva de nygamla tankarna om att professionen bör få ett ökat inflytande över utvecklingsfrågorna än vad som allmänt varit fallet under senare år.

Av diskussionen framgick att den kanske viktigaste utmaningen är att bryta de nedåtriktade spiralerna där sådana uppstår. Det behöver skapas en tilltro till att det är möjligt att åstadkomma en vändning vid de vårdcentraler som idag har problem och som innebär att dessa kommer att kunna erbjuda rimliga arbetsvillkor och stimulerande kunskapsmässiga utmaningar inom överskådlig tid. Härvid konstaterades att det finns behov av förebilder där den nya generationen av ledare för den allmänmedicinska utvecklingen i Sverige kliver fram. Grundläggande för att trygga rekryteringen är alltså att det kommer tillstånd en nytändning där generationsväxlingen övergår från att vara ett problem till att bli en utgångspunkt för framtidsinriktad utveckling.

Någon pekade på att vi kanske är på väg in i ett nytt skede när det gäller möjligheten att rekrytera läkare till ST i allmänmedicin. De första kullarna av svenska ungdomar som läst medicin vid europeiska universitet börjar nu bli färdiga med sin grundutbildning. Det stora flertalet väntas söka sig till Sverige för att fortsätta sin medicinska karriär och det pekades på att dessa kan vara mer obundna geografiskt i förhållande till de kollegor som utbildat sig vid svenska universitetsorter. Det kan

således vara en grupp som är relativt enklare att locka till allmänmedicin under förutsättning av att attraktiva erbjudanden utvecklas där till exempel eventuella behov av kompletteringar enkelt kan lösas i samlade paket. Arbete med detta har redan påbörjats i några landsting.

Framgångsfaktorer i primärvården

Ett tema i gruppdiskussionen var att identifiera de framgångsfaktorer som utmärker läkarens arbete i primärvården. Utgångspunkten var att ge underlag till att pekas på vad som är adelsmärken för specialiseringstjänstgöringen i allmänmedicin.

Flertalet lyfte fram att möjligheterna att följa egna patienter över tid är den viktigaste unika kvaliteten i arbetet som läkare i primärvården. Verksamheten på sjukhusklinikerna är upplagd så att läkarna ofta träffar sina patienter enbart vid något eller några tillfällen även vid längre behandlingsperioder. Detta arbetssätt begränsar möjligheterna till det vardagliga lärande som ligger i att kunna följa och analysera resultaten av de åtgärder som man själv sätter in. Bredden i arbetsuppgifterna och de breda kontaktytorna med alla delar av befolkningen, där det finns möjlighet att möta personer i alla åldrar, olika sociala grupper etc., lyftes också fram som viktiga framgångsfaktorer för primärvården.

Möjligheterna att bygga en personlig relation med sina patienter lyftes också fram som en särskilt positiv faktor i primärvården. Det stora självständiga ansvaret betonades också liksom möjligheten att tidigt i den medicinska karriären få ett stort eget beslutsutrymme. Samtidigt menade någon att både den personliga relationen och det breda ansvaret kan upplevas som krävande om detta ges för stort fokus tidigt i specialiseringstjänstgöringen.

Någon beskrev att patientmötet i primärvården kan upplevas som ett spännande detektivarbete där uppgiften är att successivt söka sig fram till de olika faktorer som ligger bakom de problem som patienterna söker för. Möjligheterna att få arbeta med ett förebyggande hälsoperspektiv och att inte enbart ha ett vårdande ansvar lyftes också som en särskild möjlighet i primärvården.

De förutsättningar som primärvården ger när det gäller att utveckla sidouppdrag så som MVC, BVC och skolhälsovård, FHV angavs vara attraktiva aspekter på allmänmedicin. Att den allmänmedicinska kompetensen ofta ses som en tillgång också inom andra arbetsområden än de direkt sjukvårdande nämndes även detta som en positiv aspekt av allmänmedicin.

Den goda arbetsmarknaden med möjlighet till kvalificerade arbetsuppgifter över hela landet -- i allt från glesbygd till stadskärnan i storstäderna -- nämndes också som viktiga framgångsfaktorer. I sammanhanget nämndes också att den geografiska valfriheten kan ge goda förutsättningar för fritidsaktiviteter.

Den fråga som kanske var den tydligaste framgångsfaktorn handlade dock om de förutsättningar som arbete på vårdcentral ger för läkare att leva ett modernt jämställt familjeliv. Mindre jourbörda än på sjukhusen och större möjligheter att själv planera sina arbetstider och bl.a. arbeta deltid lyftes fram av ST-läkarna som viktiga positiva

aspekter av att arbeta som läkare i primärvården. Det faktum att man ofta är två i familjen som efterfrågar kvalificerade arbetsuppgifter lyftes som ett problem när det gäller att arbeta i glesbygd eller på mindre orter.

Löneläget i primärvården jämfört med slutenvården ses som en positiv faktor som också ger förutsättningar för ett fungerande familjeliv.

Förändringsbehov i primärvården

Med syfte att identifiera vilka berättelser om primärvården som hindrar rekrytering och för att få underlag för vad man bör undvika när ST-tjänster och AT-placeringar inrättas ställdes frågan om problem och förändringsbehov inom primärvården.

Att det är nödvändigt att utveckla primärvårdens arbetsmiljö och höja dess status var en gemensam synpunkt från både ST-läkare och studierektorer. Många av ST-läkarna menade att mottagningsarbetet ibland kan tendera att bli alltför ensidigt. Båda kategorierna pekade på att den höga arbetsbelastning och det höga tempot är något som avskräcker yngre kollegor att söka sig till primärvården. Man efterlyser ett ökat samarbete med andra läkare både inom vårdcentralerna och med sjukhusen. Likaså poängterades att samarbetet med andra personalgrupper inom vårdcentralerna behöver utvecklas.

De problem som ofta finns med att avgränsa arbete på vårdcentralen lyftes fram som en viktig svaghet. Man menade att läkarna måste ta makten över tidboken och ges förutsättningar att sätta gränserna för det egna arbetet. Någon studierektor pekade på de svårigheter som finns att enkelt definiera vad som är kärnan i att arbeta som specialist i allmänmedicin.

Utbrända kollegor på vårdcentralerna och det faktum att läkarna – framför allt på de landstingsdrivna vårdcentralerna – abdikerat från ledarrollen var ett annat tema som återkom i gruppernas diskussioner. Att det i hög grad är andra personalkategorier som tagit ledarrollen på vårdcentralerna och att det är nödvändigt att fler allmänläkare kliver fram och vill ta ledartröjan lyftes. Den offerroll som en del äldre allmänläkare tenderar att inta måste motverkas. Det vardagliga inflytandet på arbetsplatsen måste öka.

Flera menade att förbättrad kommunikation och ökat samarbete mellan primärvården och slutenvården hör till de viktigare förändringsbehoven. Formerna för remisshantering behöver utvecklas och man behöver hitta fungerande rutiner för att gemensamt hantera de patienter som skrivs ut från sjukhusen. Det nämndes också att det behöver utvecklas gemensamma synsätt inom primärvården och den specialiserade vården när det gäller vem som har huvudansvaret för olika led i vårdkedjan inklusive hur den fortsatta uppföljningen ska ske efter utskrivningen från sjukhusen.

Framför allt ST-läkarna framförde att allmänmedicinen alltför ofta beskrivs som ett lågstatusområde av kollegor som arbetar på sjukhusen. Det är viktigt med bättre kontaktytor mellan primärvården och sjukhusen. Attityder grundläggs tidigt och det är nödvändigt att hitta former för hur primärvården ska få en tydligare plats i grundutbildningen. Några menade det är en attitydförändring på gång och att den

turbulens som präglar delar av sjukhusvården snabbt ändrar förhållningssätten till primärvården.

Ökad fortbildning angavs vara ett viktigt förbättringsområde för att värna primärvårdens anseende. Likaså efterlystes användarvänliga journalsystem som är anpassade till verksamheten på vårdcentralerna.

Några menade att den inriktning mot ekonomistyrning och krav på uppföljning/registreringar som allt mer präglar primärvårdens vardag är ett växande problem. Ersättningssystem och ekonomi har enligt dessa fått en alltför framskjuten plats. Att tona ned dessa aspekter och ge ökad tillit med större utrymme för professionen att styra den egna verksamheten pekades ut som angelägna förändringsbehov. Ska primärvården utvecklas som sjukvårdens bas är det viktigt att den upplevs stå på patientens sida och att läkarna stimuleras att fullgöra rollen som deras företrädare i vårdsystemet.

Flera lyfte betydelsen av att politiker med flera är tydliga när det gäller den roll primärvården ska ha i den framtida hälso- och sjukvården. Det fokus på interna frågor som konkurrens mellan vårdcentralerna och produktion som varit förhärskande under senare år måste enligt dessa kompletteras och där uppgiften att vara hälso- och sjukvårdens bas och bland annat samordna insatserna för kroniska patienter med sammansatta behov tydliggörs. De senare årens utveckling där primärvården enbart setts i ett avgränsat perspektiv har bidragit till att den inte uppfattas som attraktiv.

Mediabiliden av arbetet inom hälso- och sjukvården berördes. Flera menade att det skulle vara angeläget om primärvårdens särskilda kvaliteter och arbetssätt fick en tydligare belysning i fler reportage och dramaserier (det vill säga mer "Skärgårdsdoktorn", för övrigt en av SVT:s verkliga succéer).

Förändringsbehov i ST-tjänstgöringen

Med syfte att ge underlag till överväganden om hur ST-tjänstgöringen kan utvecklas diskuterades förbättrings- och utvecklingsbehov i dagens tjänstgöring

Den starkaste synpunkten – och den som betonades mest av ST-läkarna - var att det måste finnas en tydlighet i att ST är en utbildningstjänst. Den tendens som idag finns på en del håll att tillåta produktionsuppdraget för vårdcentralerna (eller klinikerna där sidotjänstgöringen genomförs) ta över måste brytas. Verksamhetschefen har ansvaret för ST och man menade att det ibland kan uppstå lojalitetskonflikter. Med utgångspunkt i verksamhetschefens perspektiv kan produktionsuppdraget ibland ta över. Någon angav att det förekommer att verksamhetschefer utnyttjar ST-läkare som har en svag ställning i produktions syfte och där utbildningsinnehållet blir lidande.

Samtidigt var det flera som framhöll att det på många håll fungerade mycket bra och att det vanliga är att både verksamhetschef och handledare gör ett utmärkt arbete. Problemen med att ST-läkarna kan uppfatta att de utnyttjas förefaller vara större på de vårdcentraler som har många vakanser och som alltså har problem att fullgöra sitt produktionsuppdrag.

Ett flertal av ST-läkarna lyfte att en stark och väl utvecklad studierektorsorganisation är avgörande för en kvalitativ ST-tjänstgöring. Dessa bidrar till att effektivisera tjänstgöringen och kan fungera som företrädare för ST-läkarna till exempel i relation till verksamhetschefen.

Ett utvecklingsområde som diskuterades i en av grupperna var ökat samarbetet mellan ST i allmänmedicin och andra specialitetsområden även utanför sidotjänstgöringarna. Argumenten var att detta kan stimulera fortsatt samarbetet och förståelsen för vilka medicinska åtgärder som bör genomföras på olika nivåer i sjukvården.

En fråga som lyftes i alla fyra grupperna gällde förutsättningarna för att komplettera de breda sjukhusspecialiteternas ST-tjänstgöring med sidotjänstgöring på vårdcentral. En synpunkt var att ändringen av § 5 i HSL som öppnar för sjukhusspecialister att kunna fullgöra funktionen som fast läkare på i primärvården rimligen måste kopplas till att det blir obligatoriskt med sådan sidotjänstgöring för de sjukhusspecialister som väljer att arbeta på vårdcentral.

Diskussionen rörde dock främst huruvida även de läkare som själva kanske inte kommer att tjänstgöra vårdcentralerna bör göra sidotjänstgöring i primärvården. Av gruppdiskussionen framgick att detta redan förekommer för blivande psykiater och i begränsad omfattning även för några andra specialiteter. Några konstaterade att sådan tjänstgöring kan ge kunskap om primärvården förutsättningar och arbetsmetoder som är viktiga i arbetet med de patienter som är gemensamma mellan primärvården och sjukhusen. Någon menade att det bör vara obligatoriskt med hänsyn till målsättningarna om att primärvården ska utvecklas till att vara hälso- och sjukvårdens bas. Andra menade att det bör vara ett frivilligt moment och att det är viktigt att sådan tjänstgöring görs mycket attraktiv så att sjukhusläkare lockas att välja att göra sidotjänstgöring på vårdcentral.

Även i övrigt efterfrågades ökat samarbete mellan vårdcentraler och sjukhus både i grundutbildning och i AT. Det refereras till en utbildningsmodell för grundutbildningen av läkare som utvecklats i Kanada och som baseras på att studenterna ska utgå från att primärvården utgör första linjens sjukvård. En utveckling mot att fler sjukhusläkare skulle kunna lockas till att välja att göra sidotjänstgöring på vårdcentral bedömdes ha en stark potential att påverka attityder och förhållningssätt bland sjukhusläkare. En sådan verksamhet bedömdes alltså kunna vara en faktor som kan bidra till att de förhärskande attityderna till primärvården kan förändras.

I diskussionen berördes vidare att det kan finnas skäl för att göra del av ST-tjänstgöringen vid några olika vårdcentraler. Sammansättningen av befolkningen i olika vårdcentralers närområde varierar stort och även i andra avseenden kan olika vårdcentraler ha stora skillnader i förutsättningar. Vissa vårdcentraler har en dominerande äldre befolkning, andra har en hög andel utomnordiska invånare. Någon ligger i direkt anslutning till ett storsjukhus och andra har många mil till närmaste vårdalternativ. ST-tjänstgöringen bör i princip förbereda för arbete inom alla olika miljöer som förekommer och detta kan ses som motiv att del av tjänstgöringen sker vid vårdcentraler med olika förutsättningar. Det konstaterades i diskussionen att det kan vara särskilt motiverat för dem som tjänstgör vid vårdcentraler som i ett eller annat avseende har en särpräglad befolkning.

Detta sker redan i viss mån. Bland annat förekommer det på en del håll att ST-läkarna erbjuds att pröva arbete vid vårdcentraler i glesbygd. I diskussionen framfördes att dessa möjligheter kan byggas ut. Även ökade möjligheter till tjänstgöring i andra länder, både inom EU/EES och i låginkomstländer sågs som möjligheter att göra tjänstgöringen i allmänmedicin attraktiv. Att etablera kontakt och utbyte med systemvårdcentraler både lokalt och internationellt framfördes som en idé. Att mer allmänt kunna genomföra viss tjänstgöring vid olika centraler i närområdet bedömdes också som värdefullt för att bredda erfarenhetsbasen när det gäller vilka rutiner som används etc.

Det var emellertid stor enighet om att lejonparten av ST-tjänstgöringen måste ske vid EN vårdcentral där det finns goda möjlighet att utveckla en fast och kontinuerlig kontakt med en avgränsad grupp av patienter. När det gäller kontinuitet framförde någon att man haft goda erfarenheter av att en grupp av tre/fyra ST-läkare delat på en "egen" lista och kunnat upprätthålla en form av kontinuitet även under sidotjänstgöringsperioderna.

Ett annat område för utbyte som berördes handlade om att kunskaperna om hur specialiseringstjänstgöringen i allmänmedicin är utformad i andra jämförbara länder inom EU/EES inte är särskilt utbredd. En tanke är att inventera om det finns erfarenheter och kunskaper som kan vara värdefullt att importera för att utveckla attraktivitet och utbildningskvalitet.

Det framfördes att systemen för att enkelt kunna arbeta med kvalitets- och förbättringsarbete behöver utvecklas. Vid sidan av detta ingår som moment i målbeskrivningen, menade man att det också kan vara en viktig kanal för vardagspåverkan på vårdcentralen, där ST-läkarna kan få en roll som verksamhetsutvecklare på vårdcentralerna.

Utbildningsvårdcentraler och samordnat utvecklingsarbete

Alla grupperna diskuterade för- och nackdelar med att utbildningsuppdraget utvecklas mot att särskilda utbildningsvårdcentraler skulle få en större roll i specialiserings-tjänstgöringen. Det fanns en enighet om att den nuvarande modellen ska bibehållas, det vill säga att den vårdcentral som har behovet av fler allmänläkare ska ses som förstahands alternativ när det gäller att genomföra tjänstgöringen. Det kan ge vårdcentralerna incitament att ge en så kvalitativ tjänstgöring att ST-läkarna väljer att stanna som färdiga specialister.

Samtidigt fanns det i grupperna inte några viktigare invändningar mot en utveckling där utvalda vårdcentraler tilldelas uppgiften att svara för de ST-tjänstgöringar som behövs men där de vårdcentraler som har allmänna problem med rekrytering inte får några sökande till sina ST-tjänster. Tvärtom menade flera att det är nödvändigt att ST-tjänstgöringen sker vid väl fungerande vårdcentraler och att principen bör vara att de väl fungerande vårdcentralerna ska användas så långt möjligt för att få balans mellan försörjningen av nya specialister i allmänmedicin och avgångarna inom varje landsting.

Flera av de landsting som var representerade i grupperna har redan påbörjat en utveckling av utbildningscentraler, t.ex. i Jönköping, Gävleborg och Östergötland. På

något ställe har det riktats invändningar mot sådana lösningar från administrativt/ politiskt håll, där man menat att detta riskerar att förstärka de lokala ojämlikheterna (det uppstår "gröna öar och svarta hål"). I diskussionen konstaterades att alternativet, det vill säga att det inte kommer tillstånd ett tillräckligt antal ST-tjänster för att täcka avgångarna självfallet är sämre. Slutsatsen, som grupperna tycktes ansluta sig till, är således att en del av lösningen av primärvårdens bemanningsproblem måste vara att den lokala ojämlikheten i tillgång till väl fungerande primärvård förstärks i ett inledande skede.

Utöver att fungera som utbildningscentraler för de ST-läkare som tjänstgör där kan dessa vårdcentraler också ha en funktion i att utveckla och stödja övriga vårdcentraler i arbetet med att skapa förutsättningar för en kvalitativ specialistutbildning. Någon i grupperna framförde också att de potentiella spridningseffekterna av väl fungerande verksamheter inte ska underskattas.

Gruppdiskussionen visade att många hade uppfattningen att det finns skäl att gå mot ökad centralisering och specialisering i landstingen när det gäller att skapa förutsättningar för ST-tjänstgöringen i allmänmedicin. Frågorna om vad i ST-tjänstgöringen som bör vara centraliserat i landstingen och/eller kanske nationellt, respektive vad som lämpligast är ett lokalt ansvar på vårdcentralen diskuterades även i övrigt. Både ST-läkarna och studierektorena menade att den uppkomna situationen ställer krav på centrala åtgärder och samordning även om grunden för tjänstgöringen alltid måste ligga inom respektive vårdcentral.

Konkreta centrala initiativ och planer efterlystes både på nationell nivå och inom landstingen. Det är nödvändigt att de nedåtgående spiralerna kan brytas och här är tydliga besked om viljeinriktningen från den politiska nivån viktiga för att undvika att avhopp ytterligare förvärrar situationen på de vårdcentraler som redan har svårt att upprätthålla en fungerande verksamhet.

Flera förordade också en centralisering för att få en mer professionaliserad verksamhet. Idag är *vad-frågorna* – det vill säga vilka kunskaper och färdigheter som en ST-läkare ska ha för att bli specialist centraliserade nationellt till Socialstyrelsen - medan *hur-frågorna* är helt decentraliserade till vårdcentralerna och landstingen (bortsett från LIPUS så kallade Spur-verksamhet). Flera menade att detta inte är optimalt och att erfarenhetsöverföringen mellan både landstingen och lokalt är alltför liten. Skillnaderna i hur verksamheten planeras, ersätts med mera är som framgått av föregående avsnitt mycket stora.

Enligt ST-läkarna kan en mer professionell utformning av ST i allmänmedicin ha en viktig potential när det gäller att öka tjänstgöringens attraktivitet. En viktig möjlighet ligger också i att vidareutveckla och stärka det medicinska innehållet och utvecklingsarbetet i anslutning till tjänstgöringen. Genom en bättre och mer genomarbetad struktur kan alltså ST i allmänmedicin ges starkare förutsättningar att konkurrera med sjukhusspecialiteterna. Delvis har en sådan utveckling redan börjat ske i Västra Götaland - där några av ST-läkarna vittnade om att det på en del håll finns tendenser att sjukhusen tappar i attraktivitet eftersom situationen är kaotisk.

Det konstaterades vidare att ST-tjänstgöringen måste ses som en gemensam fråga och som handlar om att det ska finnas en tillräckligt stor kår av allmänläkare.

Avvägningen av hur antalet ST ska fördelas mellan allmänmedicin och andra specialiteter måste ske centralt. Det faktum att vårdcentralerna konkurrerar med varandra understryker också behovet av centralisering. ST-läkarna måste dock ha det avgörande inflytandet över var man placeras och det framfördes skäl både för och emot centrala antagningar i landstingen.

Kan utbildningskvaliteten upprätthållas?

Ett tema i diskussionen handlade om det är praktiskt möjligt att snabbt öka antalet och bibehålla en tillfredställande utbildningskvalitet

Det fanns en enighet mellan alla grupper att det är praktiskt möjligt att bygga ut ST-tjänstgöringen i allmänmedicin på det sätt som krävs för att balansera avgångarna. En synpunkt var att alternativet, det vill säga att bristen på allmänläkare vid vårdcentralerna kommer att bestå, är betydligt sämre och att det är nödvändigt att prioritera utbyggnad oavsett vilka målkonflikter som skulle kunna uppstå. Att problemen riskerar att kvarstå under några år oavsett vilka satsningar som görs lyftes fram också fram som ett dilemma.

Framför allt ST-läkarna menade att man bör kunna gå vidare och specialisera handledaruppdraget utifrån de erfarenheter som finns av detta på olika håll. I diskussionen menade man att detta i många fall visat sig ge en kvalitetsutveckling av handledningen. De initiativ som tagits med att integrera utbildning i handledning i specialiseringstjänstgöringen lyftes fram och det framhölls att modellen innebär att antalet läkare kan fullgöra handledningsuppdraget ökar.

Flera framförde att de äldre läkarna som lämnar verksamheten är en resurs i sammanhanget. Någon menade också att man bör skapa särskilda former där dessa kan ge utvidgad handledning till det stora antalet av ST-läkarna som har sin grundutbildning i andra länder.

Några av studierektorerna framhöll att det man bör se över rutiner och former i dagens system och pröva om tjänstgöringen kan effektiviseras. Det betonades att en sådan översyn bör vara förutsättningsfri där etablerade former måste kunna sättas i fråga. Lokala variationer behöver också kunna bejakas. Även om sidotjänstgöringen idag är ett problem på en del håll var det en gemensam uppfattning att dessa frågor kan lösas.

Den viktigaste trånga sektorn som lyftes fram var att det kan komma att saknas lokaler för mottagningsverksamhet när antalet ST-läkare ökar kraftigt.

Brist på platser för sidotjänstgöring slutenvården – främst inom barn och kvinnokliniker - har i andra sammanhang lyfts fram som ett viktigt skäl till att ST i allmänmedicin förlängts onödigtvis. Frågan lyftes i grupperna men ansågs inte vara något mer betydande problem för att öka antalet ST i allmänmedicin. Det bör dock hållas i minnet att det deltagarna i fokusgrupperna självfallet enbart speglar den lokala verklighet som gäller för de 26 personer som deltog.

Diskussion

Den här rapporten och den som redovisar undersökningen av primärvårdens läkarbemanning (mars 2012) ska ses som sammanhängande led i Läkarförbundets utvärdering och uppföljning av reformen med lagstadgat vårdval i primärvården. Rapporterna lyfter fram att frågorna om sjukvårdens kompetensförsörjning behöver uppmärksammas oberoende av vilket fokus en strukturreform inom hälso- och sjukvården har. Den specialistutbildade personalen är den grundläggande resursen inom hälso- och sjukvården – särskilt i den öppna vården – och reformernas konsekvenser för kompetensförsörjningen behöver alltid analyseras för att ett effektivt genomförande ska kunna garanteras.

Primärvården har liksom övriga delar av hälso- och sjukvården flera uppdrag som måste fullgöras samtidigt. Att den vara den svenska sjukvårdens basresurs och producera vård och annan kvalificerad service till invånarna är självfallet det centrala uppdraget. Samtidigt är *utbildningsuppdraget* – dvs. att medverka till att kompetensförsörjningen kan tryggas - och *utvecklingsuppdraget* – dvs. att ständigt utveckla och förbättra kvaliteten - andra uppdrag som måste ges tillräckligt utrymme för att det grundläggande uppdraget ska kunna upprätthållas på det sätt som befolkningen har rätt att förvänta sig.

I den här rapporten och i kartläggningen av vårdcentralernas läkarbemanning har Läkarförbundet koncentrerat sig på att skapa underlag för att värdera hur uppdraget när det gäller kompetensförsörjningen har kunnat fullgöras för primärvården utifrån de förutsättningar som det obligatoriska vårdvalet ger.

Frågan om vårdcentralernas försörjning av specialistläkare fanns med i vårdvalsreformen genom en förändring i 5 § i hälso- och sjukvårdslagens och där den tidigare regleringen om att den fasta läkaren i primärvården skulle vara specialist i allmänmedicin togs bort. Ändringen innebar alltså att kretsen av läkare som kunde fullgöra uppgiften vidgades till att omfatta också andra specialistläkare än allmänläkare. Tanken med detta var att underlätta för landstingen att åtgärda bristen på specialistläkare vid vårdcentralerna.

Läkarförbundet har kunnat konstatera att den här ändringen av lagstiftningen inte har varit föremål för någon analys i anslutning till de utrednings- och uppföljningsinsatser som gjorts med anledning av vårdvalsreformen. Läkarförbundets rapporter är de enda sammanhang där frågan berörts. Detta är anmärkningsvärt med hänsyn till att antalet utvärderingar av reformen varit så stort. Konkurrensverkets aktuella utvärderingsuppdrag där regeringen flyttat fram redovisningen till december 2014 kommer dock enligt vad Läkarförbundet kunnat erfara att beröra frågor om hur läkartillgången påverkar vårdcentralernas förutsättningar att konkurrera på lika villkor.

Läkarförbundet är kritiskt till att frågorna kompetensförsörjningen inte närmare berörts i reformens genomförandeplanering eller i det stora antalet utvärderingar som gjorts. Att bristen på allmänläkare varit en allvarlig begränsning i primärvårdens möjligheter att ge befolkningen grundläggande hälso- och sjukvård efter behov var väl känt när reformen planerades. Att den genomfördes utan att konsekvenserna för utbildningsuppdraget närmare analyserats är otillfredsställande med tanke på den betydelse som tillgången till specialistläkare och annan kvalificerad personal har i vårdcentralernas verksamhet.

Här finns skäl att jämföra med den norska reformen med fastläkare i primärvården som genomfördes för ett 10 tal år sedan och där läkartillgången stod i centrum för åtgärderna. Det finns också skäl att noteras skillnaderna i fokus mellan de två reformerna. Den svenska vårdvalsreformen tog sin utgångspunkt i befolkningens möjligheter att välja vårdcentral medan den norska lyft fram invånarnas förutsättningar att etablera en fast kontakt med en specificerad läkare.

Att kompetensförsörjningen inte närmare uppmärksammades i vårdvalets förarbeten är antagligen också ett viktigt skäl till varför frågan inte heller har fått någon tydlig plats i landstingens arbete med att införa vårdvalet. Reformens påverkan på utbildningsuppdraget har som framgått inte varit föremål för några mer samlade analyser och underförstått förefaller det som att man sett kompetensförsörjningen främst som en fråga som skulle lösas genom ökad konkurrensen mellan vårdcentralerna. I och med att vårdvalsreformen innebar att andelen privata verksamheter ökade snabbt förefaller det också ha uppstått en otydlighet i en del landsting om huruvida man som sjukvårdshuvudman har ett samlat ansvar för planering och genomförande av specialiseringstjänstgöringen så att den motsvarar behoven inom både offentliga som privata vårdcentraler. Att så kan vara fallet illustreras av skillnaderna i tilldelning av ST-läkare i allmänmedicin mellan privata och offentliga vårdcentraler som beskrivs i Läkarförbundets bemanningsenkät 2012.

Enligt Läkarförbundets mening kan det fokus som vårdvalsreformen gav på andra frågor än kompetensförsörjningen vara en del av förklaringen till varför vi nu står inför att bristen på allmänläkare vid vårdcentralerna kan komma att förvärras ytterligare om kraftfulla åtgärder inte genomförs.

Här finns viktiga paralleller till den utveckling av vårdvalet som påbörjats inom den specialiserade vården. Till skillnad från primärvårdens vårdval har frågeställningarna om utbildningsuppdraget kommit upp till diskussion redan i de inledande faserna av detta utvecklingsarbete. Ett skäl till detta är sannolikt att vårdvalet i den specialiserade vården ofta innebär att den öppna vården drivs separat från den slutna och i olika driftsformer.

Detta tydliggör självfallet att utbildningsuppdraget måste anpassas efter de nya förutsättningar som vårdvalet ger bland annat för ST-tjänstgöringen. Detta är också en fråga som Läkarförbundet särskilt lyft fram i diskussionerna om utvecklingen av vårdvalet i den specialiserade vården. Behovet av anpassningar av ST-systemet efter de förutsättningar vårdvalet ger har kanske inte varit lika tydligt inom primärvården. Enligt förbundets mening visar dock den utvärdering som presenteras här på de allvarliga konsekvenser som kan uppstå när de reformer som stat och landsting arbetar fram inte innefattar helheten i de uppdrag som sjukvården arbetar med. Både utbildnings-, utvecklings- och forskningsuppdragen måste uppmärksammas parallellt med vårduppdraget.

Läkarförbundet anser att utbildningsuppdraget behöver tydliggöras och ges en fastare ram inom vårdvalets primärvård. Framför allt måste uppdragen och ersättningarna förtydligas. Likaså behöver det göras en analys av vilka arenor som måste vara gemensamma landstingen emellan.

Balansen mellan sjukvårdsuppdraget och utbildnings- och utvecklingsuppdragen måste också diskuteras utifrån den situation som uppkommit. Att utbildningsuppdraget inte

fått en tillräcklig uppmärksamhet får inte innebära att den befintliga personalen och primärvårdens ST-läkare får en orimlig arbetsituation. En god arbetsmiljö utifrån ett rimligt uppdrag och som kan locka unga läkare att välja att bli specialister i allmänmedicin är den helt avgörande förutsättningen för en positiv utveckling av primärvården. Landstingen måste göra tydliga investeringar både för att öka antalet specialister i allmänmedicin och för att skapa ett fungerande system för ST-tjänstgöringen. Det återstår fortfarande några år innan 40-talistgenerationen når de åldrar då vårdbehoven på allvar gör sig gällande. Att hälso- och sjukvårdens bas då inte sviktar kommer att vara avgörande för att både landstingens och kommunernas sjukvård ska fungera. Förutsättningen för detta är att det relativt omgående kan skapas en tilltro till att arbete inom primärvården innebär rimliga arbetsförutsättningar. Här finns viktiga jämförelser att göra med den tydliga satsningen på fastläkare som gjordes i Norge för tio år sedan.

En viktig fråga i det kortare perspektivet är att etablera en nationell struktur för utveckling och uppföljning av utbildningsuppdraget i primärvården. Behovet av en fungerande struktur för kompetensförsörjning när det gäller specialiserad hälso- och sjukvårdspersonal och där man får en bättre överensstämmelse mellan tillgång och behov är inte någon exklusiv fråga för läkare eller för primärvården. Diskussionen om bland annat bristen på psykiatrer, specialistsjuksköterskor och barnmorskor visar att primärvårdens läkare delar sina problem med flera andra personalgrupper i vården. Såväl överskott som underskott ger både stora samhällskostnader, kvalitetsbrister och viktiga förluster i livskvalitet för den enskilde. Att få tillstånd en fungerande struktur för vårdens försörjning av specialiserad personal bör vara ett gemensamt intresse mellan olika parter och som bör prioriteras i de närmaste årens förändringsarbete inom hälso- och sjukvården.

Läkarförbundets fullmäktige biföll i maj 2014 en motion om fortsatt arbete med samordnad nationell kompetensförsörjningsplan för läkarförsörjningen i Sverige. Bakgrunden till motionen var i hög grad de frågeställningar som behandlas i den här rapporten. Förbundet kommer alltså att fortsätta att driva ett aktivt arbete för att få tillstånd en fungerande planering där läkarförsörjningen anpassas till behoven i den kliniska verksamheten. Detta arbete kommer bl.a. att innefatta de frågor om planering och dimensionering av ST i allmänmedicin som berörs i den här rapporten.

Läkarförbundet avstår därför från att här redovisa detaljerade förslag. Som rapporten visat är det samtidigt viktigt att de nödvändiga investeringarna i ST i allmänmedicin kan genomföras i ett högt tempo och att förändringsarbetet inte tappar fart.

Läkarförbundet har därför valt att lyfta fram följande tre sammanfattande slutaster/förslag inför det förestående arbetet.

1. Samordning och stimulans på nationell nivå

Landstingens arbete med att planera och följa upp primärvårdens läkarförsörjning behöver kompletteras med insatser på nationell nivå. Det måste säkerställas att det löpande tas fram uppgifter som kan användas för att bedöma hur dimensionering av ST-tjänster förhåller sig till det förväntade behovet av kliniskt verksamma specialister i allmänmedicin. Samordningen bör ske inom en brett sammansatt delegation utsedd av regeringen. Delegationen bör ha mandat och resurser att stimulera initiativ för att uppnå en balanserad försörjning av specialister i allmänmedicin i alla delar av landet.

2. Utveckling av landstingens organisation av specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin

Alla landsting behöver skapa transparenta och tydliga strukturer för hur specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin planeras, ersätts och genomförs. Studierektorsorganisationens uppdrag och ansvar måste vara tydligt. Uppföljning och analys av specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin bör utvecklas. Det bör särskilt analyseras hur formerna för att ersättningen till verksamheter kan vidareutvecklas så att den stimulerar utveckling och på vårdcentralsnivå, i sidotjänstgöring i genomförandet av förbättringsarbete och det vetenskapliga arbetet.

3. Utveckling av utbildningsuppdrag på vårdcentralsnivå

Grundprincipen bör vara att ST-tjänster i allmänmedicin enbart fördelas till vårdcentraler som kan erbjuda en väl fungerande verksamhet och där de grundläggande kraven på en god utbildningsmiljö med lokal handledning kan uppfyllas. Tilldelning av ST-tjänster får inte används för att bemästra verksamhetsproblem vid enskilda vårdcentraler. Det bör prövas hur vårdcentraler med särskilda tilläggsuppdrag kan fungera som resurscentra för att stödja och utveckla vårdcentralernas utbildningsuppdrag.

Bilagor

A- Frågeenkät om landstingens och regionernas planering, finansiering och organisation av ST i allmänmedicin, december 2013

Om enkäten har vidarebefordrats till dig från samordnande studierektor, besvara då endast den fråga som du har ombetts att svara på.

Enkäten görs i form av öppna frågor med vissa anvisningar om vad svaret bör omfatta. Svaret bör anpassas till de förhållanden som gäller i ditt landsting. Alla anvisningar är kanske inte relevanta och tveka inte att lämna de kommentarer som du tycker är viktiga även om dessa inte nämns i anvisningarna.

A. Till att börja med skulle vi vilja be dig att skriva in ditt namn, vilket landsting/region som svaren gäller för och din e-postadress och mobilnummer.

B. Planering och dimensionering på landstingsnivå

Beskriv kortfattat hur den övergripande planeringen och dimensioneringen av ST-tjänster i allmänmedicin sker i ditt landsting.

Områden att beröra är t.ex. hur ansvar och beslut är fördelat, om det görs någon analys av det framtida behovet av specialister i allmänmedicin, hur denna analys går till, om planering och dimensionering är gemensamt för flera specialiteter eller avgränsat till ST i allmänmedicin och om systemet är olika för landstingsdriven/privat driven primärvård.

C. Planering på vårdcentralnivå

Beskriv kortfattat vårdcentralernas roll i planering och dimensionering av ST-tjänster inom allmänmedicin i ditt landsting.

Områden att beröra är t.ex. vilket ansvar vårdcentralerna har i planeringen av ST-tjänster, vad som styr att vårdcentralerna får ST-läkare (är det exempelvis vårdcentralens eller landstingets samlade behov av allmänläkare som styr), vilka principer som gäller för att vårdcentralerna ska få anställa ST-läkare, hur rekryteringen av ST-läkare går till och om systemet är olika för landstingsdrivna och privata vårdcentraler.

D. Finansiering

Beskriv principer och former för finansiering av ST-tjänster i allmänmedicin.

Områden att beröra är t.ex. hur den övergripande årliga budgeten för ST-utbildningen i allmänmedicin fastställs, vilka principer som tillämpas för fördelning av kostnader (ST-läkarens lön, handledning, kurser, etc) mellan vårdcentral och landsting, i vilken grad ST-läkarens lön och förmåner är en fråga för vårdcentralen, principer för hur man ska se på ST-läkarnas sjukvårdsproduktion, om det finns ST-tjänster där ersättningar inte utgår från landstinget samt om systemet är olika för landstingsdrivna och privata vårdcentraler.

E. Finansiering (landstingsersättning per person)

Här vill vi att du ska ange ersättningar från landstinget till vårdcentraler för kostnader för ST-läkare. Ange om ersättningsbeloppet till landstingsdriva och privata vårdcentraler är olika. Ange kronor per ST-läkare och om beloppet är per månad, år eller annan tidsenhet.

- 1) Ersättning för lönekostnader (inklusive sociala avgifter). Skiljer sig ersättningen åt under primärvårdstjänst och sidotjänstgöring?
- 2) Ersättning för handledningskostnader
- 3) Om ST-läkarens kurs- och utbildningskostnader betalas av vårdcentralen, vilken ersättning utgår då?
- 4) Om ST-läkarens kurs- och utbildningskostnader betalas av landstinget, ange ungefärlig kostnad:
- 5) Vem betalar ST-läkarens lön under kurser och konferenser?
- 6) Eventuella andra ersättningar

F. Stödstruktur och ledning

Beskriv kortfattat den stöd- och ledningsstruktur som finns för ST i allmänmedicin.

Områden att beröra är t.ex. vilka samordnings- och stödfunktioner som finns inom landstinget (såsom studierektorer och dessas kanslier, etc), hur dessa är uppbyggda och vilket ansvar de har samt vem som finansierar dessa samordnings- och stödfunktioner. Ange också gärna antalet olika tjänster liksom vilka principer som tillämpas för dimensionering av stödstrukturen.

G. Utvecklingsinitiativ

Beskriv eventuella aktuella initiativ till utveckling av systemet för planering och dimensionering av ST-tjänster i allmänmedicin.

H. Antal ST-läkare i allmänmedicin i ditt landsting idag och hösten 2012

Nedan finns en tabell över antalet ST-läkare i allmänmedicin per landsting. Här ingår även de ST-läkare i allmänmedicin som för tillfället tjänstgjorde utanför vårdcentralen. Siffrorna är hämtade från Läkarförbundets kartläggning av läkarbemanningen från oktober/november 2012.

Vi vill att du gör en bedömning av om de siffror vi då fick fram från verksamhetscheferna stämmer med din bild av det antal ST-läkare som fanns hösten 2012 - om det finns skillnader (annat än på detaljnivå) är vi tacksamma om du redovisar det antal som fanns hösten 2012.

Siffran stämmer

Siffran stämmer inte

Om siffran inte stämmer:

- Vad var det totala antalet ST-läkare i allmänmedicin i okt/nov 2012 (inkludera även de ST-läkare i allmänmedicin som tjänstgjorde utanför vårdcentralen)?
- Om möjligt, ange hur många av dessa som arbetade inom landstingsdriven primärvård
- Om möjligt, ange hur många av dessa som arbetade inom privat driven primärvård

Antalet ST-läkare 2013

- Vad var det totala antalet ST-läkare i allmänmedicin i okt/nov 2013 (inkludera även de ST-läkare i allmänmedicin som tjänstgjorde utanför vårdcentralen)?
- Om möjligt, ange hur många av dessa som arbetade inom landstingsdriven primärvård
- Om möjligt, ange hur många av dessa som arbetade inom privat driven primärvård

Hur förhåller sig det nuvarande antalet ST-läkare till behovet av läkare i allmänmedicin om fem år, under förutsättning att uppdraget är det samma som idag? Ifall fler ST-läkare skulle behövas för att uppfylla behovet av antalet läkare i allmänmedicin om fem år, hur många ytterligare ST-läkare skulle behövas?

I. Övriga frågor

- 1) Är de ST-läkare som jobbar på landstingsdrivna vårdcentraler anställda på vårdcentralen eller centralt i landstinget? Är de ST-läkare som jobbar på privata vårdcentraler anställda på vårdcentralen eller inom landstinget?
- 2) Finns särskilda ST i allmänmedicin inriktade på forskning eller finns tilläggstjänst med forskningsinriktning som ST-läkarna kan söka? Ange i så fall ungefär hur många som har denna inriktning. Beskriv också kortfattat upplägget för dessa tjänster.
- 3) Finns särskilda ST i allmänmedicin inriktade på ledarskap eller finns tilläggstjänst med ledarskapsinriktning som ST-läkarna kan söka? Ange i så fall ungefär hur många som har denna inriktning. Beskriv också kortfattat upplägget för dessa tjänster.

B- Kompletterande frågor till studierektorerna, maj 2014

Finansieringen av ST-tjänsterna

I den ursprungliga enkäten frågade vi vilken ersättning som utgår från landstinget centralt för ST-läkarnas lönekostnader. Vi fråga de efter kr per månad och många svarade i procent. Av detta har vi förstått det som att det finns två huvudmodeller för hur olika landsting lämnar ersättning för ST-läkarnas lönekostnader. Vi har alltså förstått det som att det antingen utgår en schabloniserad ersättning med visst belopp per ST-läkare (A) eller att landstingets ersättning är satt som viss procent av ST-läkarnas faktiska lönekostnader (B).

I nedanstående tabell har vi försökt sammanfatta de svar vi fått vad gäller finansieringen av ST-läkarnas lönekostnader under de olika tjänstgöringar som är aktuella.

Vi vill att du kontrollerar att vi uppfattat svaret för ditt landsting på riktigt sätt och om det vi fyllt i är riktigt. Och förstås att du ändrar och kommenterar i förekommande fall. I den mån det både finns fastställt/genomsnittligt belopp och procent bör båda kolumnerna fyllas i.

För att uppgifterna ska vara jämförbara ska de spegla hur det såg ut i december 2013, alltså när enkäten skickades ut (har det genomförts ändringar efter årsskiftet bör dessa dock anges). I förekommande fall ska de belopp som redovisas innefatta sociala avgifter och avse kr per månad.

Landsting/ Region	(A) Schablonersättning per månad som utgår från landstinget centralt vid olika aktuella tjänstgöringar	(B) Procent av ST-läkarens lönekostnad som ersätts av landstinget centralt vid olika aktuella tjänstgöringar
x		

Finansiering av kurskostnader, studierektorsfunktionen och vem sätter ST-läkarnas lön

I nedanstående tabell vill vi att ni kontrollerar att vi förstått det riktigt/kompletterar vad gäller era redovisningar av landstingens bidrag till kostnaderna för kurser, principer för finansiering av studierektorsfunktionen samt att ni anger vem som sätter lönen för ST-läkarna.

Vad gäller ersättningarna för ST-läkarens kostnader för kurser ska det anges en årlig summa.

Frågan om vem som sätter ST-läkarens lön fanns inte med i den ursprungliga enkäten. Oavsett detta har fler angivit detta och för att få en fullständig redovisning vill vi att alla landsting anger detta.

Landsting/ Region	Kostnad för ST-läkarens kurser och utbildning som betalas av landstinget centralt, SEK/år	Princip för finansiering av SR-funktionen	Vem sätter ST-läkarens lön?
x			

Initiativ för andra specialister att bli allmänläkare

Finns det initiativ i ditt landsting där man underlättar och/eller uppmuntrar specialistlegitimerade läkare från andra specialiteter att bli specialister i allmänmedicin? Hur ser detta i så fall ut?