

ST i en föränderlig sjukvård

*Nya förutsättningar för läkares
specialiseringstjänstgöring*



Sveriges läkarförbund 2014

Anna-Clara Olsson, *utredare*

Thomas Parker, *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

Förord	5
Inledning	6
Metod och material	6
Bakgrund	7
Förändringar i sjukvårdens organisation	7
Olika drifts- och upphandlingsformer för sjukvård	10
Nationell överblick.....	11
Förekomsten av vårdval.....	11
Vårdvalens påverkan på ST.....	13
Faktorer som påverkat besluten om vårdval	14
Region Skåne	16
Vårdval i Region Skåne.....	16
Organisation och ansvar för ST.....	17
Finansiering av ST	19
Vårdval i ögonsjukvård och hudsjukvård.....	19
Konsekvenser för ST.....	21
Stockholms läns landsting	22
Vårdval i Stockholms läns landsting.....	22
Organisation och ansvar för ST.....	23
Finansiering av ST	24
Specialiteten öron-, näs- och halssjukdomar	25
Specialiteten ortopedi.....	26

Specialiteten anesthesi och intensivvård	27
Konsekvenser för ST	28
Västra Götalandsregionen	30
Regiongemensam produktionsstyrning	30
Specialiteten anesthesi och intensivvård	31
Utbildnings- och forskningsfrågor	32
Västra Götaland som jämförelseobjekt	33
Allmänmedicin som jämförelseobjekt	33
Resultat och nyckelfaktorer	36
Dimensionering och finansiering	37
Organisation och samordning	38
Kvalitetssäkring	40
Avslutande rekommendationer	41
Bilaga enkäter	44
Källförteckning	53

Förord

Denna rapport är resultatet av ett utredningsarbete som Läkarförbundet initierade hösten 2013 och genomfört under 2014. Förbundet har kartlagt hur förutsättningarna för läkares ST-tjänstgöring påverkas av pågående förändringar i sjukvårdsstrukturen. Särskild uppmärksamhet har ägnats åt införandet av vårdval i den somatiska specialistvården. I projektet har också ingått att fånga upp tankar och idéer om utvecklingsmöjligheter och att belysa hur förutsättningarna för ST och annan utbildning kan förbättras i samband med strukturomvandlingar i sjukvården.

Arbetet har delvis finansierats av statliga medel som Socialdepartementet har lyst ut för att stimulera utvecklingen av vårdval inom specialiserad vård. Den externa finansieringen har gjort det möjligt att projektanställa en utredare som har genomfört projektet tillsammans med Läkarförbundets ordinarie utredare.

Inledning

Hälso- och sjukvården har ett stort och brett utbildningsuppdrag. Landstingen och regionerna ansvarar själva för att anordna läkares allmäntjänstgöring (AT) och specialiseringstjänstgöring (ST) för att säkra den framtida tillgången till specialistläkare. Utan en långtgående samverkan med sjukvården skulle det inte heller vara möjligt för universitet och högskolor att utbilda hälso- och sjukvårdspersonal och att bedriva klinisk forskning. Förutsättningarna för denna kliniska utbildning och forskning påverkas naturligtvis av förändringar i hälso- och sjukvårdens organisation.

I dag ser vi en utveckling där den öppna specialistvården i allt större utsträckning separeras från den slutna vården, och flyttar ut från sjukhusen, samtidigt som delar av den slutna vården koncentreras och samlas på färre platser.

Under det senaste decenniet har det också funnits en tydlig politisk önskan om att utöka patienternas valfrihet och att öppna upp sjukvården för en mångfald av aktörer. Genom lagen om valfrihetssystem (LOV) har en ny driftsform för skattefinansierad sjukvård introducerats, vid sidan av upphandlad vård och den nationella taxan.

Sveriges läkarförbund har välkomnat denna utveckling, och ser många fördelar med en mångfald av driftsformer och vårdgivare inom hälso- och sjukvården. Jämfört med andra former av upphandling ger vårdval goda förutsättningar för småskaliga professionsdrivna verksamheter.

Patientunderlaget på de sjukhus som traditionellt har haft huvudansvar för ST-läkarnas utbildning förändras när vårdval införs eller den öppna och den slutna vården i övrigt separeras och läggs i olika organisationer. Detta innebär i många fall att samverkan måste ske mellan fler vårdgivare för att ST-utbildning ska kunna bedrivas. Om inte regelverk, avtal och ersättningssystem stödjer en sådan samverkan finns stor risk att ST-tjänstgöringen, liksom annan utbildning och klinisk forskning, påverkas negativt av förändringarna.

Svårigheterna med att lösa läkares specialiseringstjänstgöring inom ramen för vårdval har ibland framhållits som skäl för att inte införa vårdval. Det är därför angeläget att förutsättningarna för ST-tjänstgöringen och andra utbildningsfrågor tas i beaktande i planeringen och införandet av vårdval, och i andra förändringar av sjukvårdens organisation och arbetssätt.

Metod och material

Denna studie har avgränsats till att undersöka hur förutsättningarna för läkares specialiseringstjänstgöring har påverkats av införandet av vårdval och andra strukturförändringar inom den somatiska specialistvården. Eftersom vårdval i primärvården är genomfört i hela landet har förutsättningarna för specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin utgjort ett intressant jämförelseobjekt.

Studien bygger till stor del på ett 30-tal intervjuer med studierektorer, verksamhetschefer, tjänstemän, ST-läkare och fackliga företrädare.

Dialogen med företrädare för professionen har varit central för att fånga de områden som behöver belysas. Ett antal frågeställningar har presenterats och diskuterats på Specialitetsföreningarnas representantskap (mars 2014), på Läkarförbundets studierektorsdag (mars 2014), på ett studierektorskollegium på Karolinska universitetssjukhuset (maj 2014), vid en vårdvalskonferens arrangerad av Läkarförbundet i Lund (juni 2014) samt på konferensen Framtidens specialistläkare i Malmö (september 2014). Vi har också haft ett antal kontakter med styrelsen för Svensk förening för Otorhinolaryngologi, huvud och halskirurgi.

För att få överblick och bredd i materialet har tre enkäter genomförts som ett komplement till intervjuerna och de muntliga diskussionerna. En enkät riktades till de företrädare för specialitetsföreningarna som deltog på specialitetsföreningarnas representantskap och en till de ST-studierektorer som deltog på Läkarförbundets studierektorsdag i mars. Ytterligare en enkät har skickats till de tjänstemän (en från varje landsting/region) som ingår i Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) vårdvalsnätverk.

SKL:s rapport *Vårdval i specialistvården – utveckling och utmaningar* från 2013 har utgjort ett viktigt bakgrundsmaterial till studien.¹ Vidare har rapporten *Utredning av förutsättningar för vårdval inom specialiserad vård i Landstinget Gävleborg*² gett en värdefull beskrivning av förutsättningarna för vårdval i ett mindre tätbefolkat landsting medan rapporterna *Konsekvensutredning av utskifte av vård från akutsjukhusen och införande av vårdval*³ och *Slutrapport för projekt inom huvudområdet Kompetensförsörjning och utbildning*⁴ från Stockholms läns landsting har belyst storstadsregionens förhållanden.

Bakgrund

Förändringar i sjukvårdens organisation

Införandet av vårdvalssystem i primärvården och specialiserad öppenvård är tydliga exempel på strukturförändringar som påverkar förutsättningarna när det gäller att bedriva utbildning och forskning i sjukvården. Det pågår även andra reformer och förändringsprocesser på både nationell och lokal nivå som påverkar möjligheterna att bedriva FoU-verksamhet – och som vårdvalet också kan vara ett uttryck för eller en konsekvens av. Drivkraften är ofta att åstadkomma en mer kostnadseffektiv sjukvård i ljuset av resursbrist och stora eller växande

¹ Anell. *Vårdval i specialistvården – utveckling och utmaningar*.

² HealthNavigator. *Utredning av förutsättningar för vårdval inom specialiserad vård i Landstinget Gävleborg*.

³ Stockholms läns landsting. *Konsekvensutredning – Utskifte av vård från akutsjukhusen och införande av vårdval*.

⁴ Stockholms läns landsting. *Slutrapport för projekt inom huvudområdet Kompetensförsörjning och utbildning*.

vårdbehov. Politiska målsättningar kan också vara en motor i förändringarna, exempelvis att stärka patientinflytandet eller tillgängligheten i vården.

Nivåstrukturering är processer där man fördelar vårdinsatser till mest lämpliga nivå ur ett kvalitets- och effektivitetsperspektiv. Syftet är i regel att åstadkomma bättre resursutnyttjande och en bättre och mer jämlik vård för patienten. Den här typen av processer sker i dag på lokal eller regional nivå men även staten tar initiativ för att stimulera strukturförändringar.

En pågående nivåstrukturering i den svenska sjukvården är försöken att öka koncentrationen av högspecialiserad vård. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har konstaterat att det finns ett evidensbaserat samband mellan vårdvolym och vårdens kvalitet inom flera diagnosgrupper.⁵ Nya Karolinska sjukhuset är exempel på en process i syfte att samordna den högspecialiserade vården inom en region. Utvecklingen av regionala cancercentra (RCC), inom ramen för den nationella cancerstrategin, är ett annat exempel där initiativet kommer från staten och samordningen sker ur ett mer nationellt perspektiv. Sedan ett antal år finns den så kallade Rikssjukvårdsnämnden på Socialstyrelsen med uppdrag att fatta beslut om sjukvårdsverksamhet med hela landet som upptagningsområde. En särskild utredare har också fått i uppdrag av regeringen att se över hur den högspecialiserade vården kan koncentreras i högre grad än i dag.⁶

I Sverige har det länge också funnits en ambition att bygga ut öppenvården. Skälet är att behovet av att behandla patienter i slutenvården minskar i takt med den medicintekniska utvecklingen och att det utvecklas bättre metoder. Kortare medelvårdtider i slutenvården och ökad andel öppenvårdsbehandlingar innebär att fler patienter kan behandlas till samma kostnad.

De senaste decennierna har också präglats av en förändrad arbetsfördelning där den öppna vården utanför sjukhusen har fått allt större ansvar för patienter med tyngre vårdbehov. Men strukturuomvandlingen är inte fullgån. Överföringen av arbetsuppgifter har skett utan att den öppna vården fått motsvarande kapacitetsförstärkning. En nyligen publicerad rapport av Läkarförbundet visar att primärvårdens andel av de samlade resurserna till hälso- och sjukvården i Sverige har legat konstant under 2000-talet.⁷ Det obligatoriska vårdvalet i primärvården och den statliga satsningen på att stimulera vårdval i den specialiserade sjukvården ska ses i ljuset av detta. Dessa initiativ syftar inte enbart till ökad valfrihet och mångfald utan även till att stimulera landstingen att allokera om sina resurser från slutna till öppna vårdformer.

Naturligtvis pågår även regionala initiativ och processer för att bygga ut primärvården och/eller flytta ut verksamheter från sjukhusen till öppenvården.

⁵ Statens beredning för medicinsk utvärdering. *Volym och kvalitet – en förstudie*.

⁶ Dir. 2014:56. *Utveckling av den högspecialiserade vården*.

⁷ Pettersson. *Kostnader och produktion i primärvårdens vårdval – Uppföljning av vårdvalets primärvård som del av den samlade hälso- och sjukvården*.

Patienternas inflytande över den egna vården har kommit starkt i fokus under senare tid. Bland annat har flera statliga utredningar haft i uppdrag att hantera frågor om patientens makt och inflytande. Det gäller inte minst Patientmaktutredningen, som resulterat i en ny patientlag som träder i kraft den 1 januari 2015. Med den nya lagen ska det bli möjligt att välja primärvård och öppen specialistvård i hela landet oavsett var man bor. Landstingen får samma skyldighet att erbjuda vård till sina egna invånare som till dem som bor i andra landsting.⁸ Vårdvalet inom primärvården och även inom specialistvården i vissa landsting är ett annat uttryck för strävan mot ökad patientmakt.⁹ En ökad rörlighet bland patienter kommer naturligtvis att få stora konsekvenser när det gäller vårdens organisation och styrning.

Tillgängligheten har varit en utmaning för den svenska hälso- och sjukvården under många år. Det gäller inte minst de långa väntetiderna till vissa typer av planerade behandlingar där det även ofta finns stora regionala skillnader. Problemet har man bland annat försökt att hantera med ett vårdgarantisystem som reglerar väntetider inom primärvård och specialiserad vård. Sedan 2010 är vårdgarantin lagstadgad. En kömiljard har införts och utvecklats som incitament för att öka efterlevnaden av vårdgarantin i specialistvården. En central målsättning med vårdvalsreformen har också varit att stärka tillgängligheten i primärvården, dels genom att stimulera etableringen av fler vårdcentraler, dels genom att patienten ges möjlighet att välja vårdgivare med kortare väntetider.¹⁰

Den är här typen av initiativ med starka signaler och drivkrafter för vårdproducenter att förbättra tillgängligheten bidrar till ett fokus på produktion i sjukvården.

Ersättningsystemens utformning är en viktig komponent i sjukvårdens styrning och organisation. Utvecklingstrenden är att i högre utsträckning styra sjukvården med ekonomiska incitament. Det har blivit vanligare att koppla betalning till faktorer som verksamhetens prestationer och måluppfyllelse¹¹ vilket också bidrar till ökade produktionskrav i vården.

Det är sjukvårdshuvudmännen som avgör hur ersättningarna i sjukvården ska utformas – och det finns stora regionala skillnader i val av modeller inom både primärvård och specialiserad vård. I samtliga landsting är kapitation huvudmodellen inom primärvården men den justeras på olika sätt. De flesta landsting kompletterar kapitationsmodellen med åtgärdsbaserade ersättningar i olika grad. Inom specialistvården används anslagsfinansiering i samtliga landsting, men graden och förekomsten av kompletteringar med rörliga ersättningar varierar stort.¹²

⁸ Proposition 2013/14:106. *Patientlag*.

⁹ Myndigheten för vårdanalys. *Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?*

¹⁰ Ibid.

¹¹ Lindgren. *Ersättning i sjukvården – Modeller, effekter, rekommendationer*.

¹² Ibid.

I vårdvalssystemen inom specialistvården i Stockholm liksom andra landsting baseras ersättningen i regel på vårdkontakter och åtgärder, det vill säga ersättning för enskilda prestationer. Det finns även några exempel på ersättningsprinciper baserade på vårdepisoder. Då ingår alla åtgärder inklusive kostnader för komplikationer och eventuella behov av nya operationer inom viss tid. En liten del av ersättningen baseras även på uppföljning av hur stor andel av patienterna som upplever smärtlindring ett år efter operationen och förbättrad livskvalitet med mera.¹³

Att få ökad mångfald av vårdproducenter inom den offentligt finansierade sjukvården har varit en politisk målsättning under senare år. Det obligatoriska vårdvalet inom primärvården och de statliga stimulanserna till vårdval inom specialistvården är tydliga uttryck för detta. Flera landsting konkurransutsätter också delar av sjukvården på eget initiativ. Läkarförbundet är liksom de flesta organisationer som företräder medarbetare i sjukvården positivt inställd till mångfald i producentledet. Det finns en utbredd uppfattning att mångfald och konkurrens stimulerar utvecklingen av kostnadseffektiva lösningar, förbättrar tillgängligheten och ökar valfriheten för medborgarna. För medarbetarna i vården innebär mångfalden en mer dynamisk arbetsmarknad med flera potentiella arbetsgivare att välja på.

Samtidigt innebär fler aktörer inom sjukvårdssystemet ökade krav på att definiera och tydliggöra ansvaret för olika verksamheter.

Olika drifts- och upphandlingsformer för sjukvård

Det finns i dag främst tre lagar som på olika sätt reglerar avtalsförhållanden mellan landstingen och den privata utföraren.

Lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU) reglerar köp som görs av myndigheter och vissa andra organisationer som är finansierade med allmänna medel. LOU trädde i kraft den 1 januari 2008 och ersatte tidigare lag (1992:1528). Lagen tillämpas bland annat då landstingen upphandlar vårdtjänster och tecknar vårdavtal. Ersättningen till utföraren uppräknas i enlighet med vad som anges i respektive avtal.

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) reglerar vad som ska gälla för upphandlande myndigheter som inför ett valfrihetssystem. LOV är ett alternativ till upphandling enligt LOU och kan tillämpas på bland annat hälso- och sjukvårdstjänster. Alla vårdgivare som uppfyller kraven i ett vårdvalssystem ska ha rätt att etablera sig med offentlig finansiering. Den enskilde ska sedan själv kunna välja utförare av de tjänster som omfattas av valfrihetssystemet. Ersättningen från landstinget ska följa den enskildes val av utförare. Landstingen författar själva villkoren i vårdvalet – i regelböcker, auktorisationsvillkor, förfrågningsunderlag etcetera – som gäller lika för alla vårdgivare som etablerar sig.

¹³ Anell. *Vårdval i specialistvården – utveckling och utmaningar.*

Det är sedan 2010 obligatoriskt för landstingen att införa valfrihetssystem inom primärvården. Bestämmelsen återfinns i 5 § Hälso- och sjukvårdslagen. Landstinget ska organisera primärvården på sådant sätt att alla bosatta inom landstinget har möjlighet att välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster.

Lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) reglerar ersättning till läkare som går på den så kallade nationella taxan. Ersättningarna bestäms på nationell nivå och landstingen har begränsade möjligheter att ställa krav på och följa upp verksamheten. Det tillkommer inga nya etableringar vilket innebär att volymen läkare som är verksamma enligt LOL inte kan öka. Taxeläkare har dock möjlighet att sälja sin etablering genom så kallad ersättningsetablering.

När det gäller strategi för köp av vård har således varje enskilt landsting två förfarande att välja på – upphandla enligt LOU eller utforma vårdvals-system enligt LOV. Undantaget är just primärvården där vårdvalet är obligatoriskt. Fördelen med LOV är att det främjar valfrihet för individer och konkurrens mellan vårdgivare utifrån skillnader i kvalitet. LOU är att föredra om priskonkurrens är efterfrågad, om valmöjligheter för individer inte är lika viktigt eller om man inte vill att många vårdgivare ska etablera sig.

Nationell överblick

Förekomsten av vårdval

Medan vårdval i primärvård är obligatoriskt och förekommer i hela landet är det upp till varje landsting att besluta om införandet av ytterligare vårdval. Ett vårdval kan i princip vara hur brett eller hur smalt som helst, och innehålla mycket stora eller mycket små vårdvolymmer. Förhållandet mellan antalet vårdval i ett landsting och volymen på vårdvalen är därför inte självklart.

Många landsting har infört vårdval i en eller flera verksamheter som traditionellt har bedrivits i eller i nära samverkan med primärvården, så som barnhälsovård, mödrahälsovård, vissa former av rehabilitering och medicinsk fotvård. Dessa verksamheter kan ingå i primärvårdens vårdval, utgöra tilläggsuppdrag till det eller vara separata vårdval. Även inom sjukgymnastik/fysioterapi, kognitiv beteendeterapi, psykoterapi och andra former av öppen psykiatrisk vård, barn- och ungdomsvård och specialistvård är vårdval relativt vanliga.

När det gäller den somatiska specialistvården är vårdvalen mindre utbredda. Stockholms läns landsting står för en mycket stor del av vårdvalen i den specialiserade vården, både sett till antal och till volym. Bland annat finns vårdval inom allergologi, barn- och ungdomsmedicin, förlossning, gynekologi, hudsjukvård, palliativ slutenvård, ögonsjukvård (inklusive kataraktoperationer) och öron, näsa och halssjukvård. Inom ortopedin finns flera olika vårdval, bland annat ortopedi, handkirurgi, höft- och knäprotesoperationer och ryggkirurgi.

Som en fingervisning om skillnaden mellan Stockholms läns landsting och resten av landet kan nämnas att Stockholms läns landsting stod för 48 procent av landets samlade kostnader för

skattefinansierad vård i privat regi år 2013.¹⁴ I Stockholm har införandet av privat vård delvis varit en strategi med syfte att bemöta befolkningsökningen. I Framtidens hälso- och sjukvård, som är den övergripande projektbeteckningen för hur vården i Stockholms läns landsting ska organiseras, har man valt att skifta ut öppenvården från akutsjukhusen för att frigöra utrymme inom slutenvården. Öppenvårdsmottagningarna har öppnats upp för etablering av privata vårdgivare. Inom ramen för Framtidens hälso- och sjukvård pågår också en process där en viss typ av vård koncentreras till specifika platser för att på så sätt skapa högspecialiserade enheter.

Region Skåne har, utöver ett antal vårdval inom primärvården och några olika terapiformer¹⁵, infört vårdval för ögonsjukvård, kataraktoperationer och hudsjukvård. I likhet med Stockholm pågår det parallellt med vårdval en utveckling där man separerar öppenvård från slutenvård samt att viss typ av vård koncentreras till specifika sjukhus och vårdinrättningar.

Landstinget i Uppsala län har infört ett ganska stort antal vårdval, både inom och utanför primärvården. Flera av vårdvalen är dock smala och omfattar små vårdvolym, exempelvis ögonbottenfotografering, ljusbehandling av psoriasis och influensa- och pneumokockvaccinationer för riskgrupper. Under 2013 och 2014 har dock några bredare vårdval inom den somatiska specialistvården införts: gynekologi, ögonsjukvård och öron-, näs- och halssjukvård.

Region Halland var tidigt ute med vårdval i primärvården och har varit uttalat positiva till vårdval även inom den specialiserade vården. Efter en utdragen berednings- och beslutsprocess har vårdval till slut införts inom hudsjukvården och delar av den öppna vuxenpsykiatrin.

Därutöver har vårdval införts inom ögonsjukvård i Landstinget i Jönköpings län, inom hudsjukvård i Landstinget Kronoberg samt inom obesitaskirurgi och primär hörsel rehabilitering i Landstinget i Östergötland.

Landstinget Gävleborg har utrett förutsättningarna för vårdval inom specialiserad vård. Slutsatsen blev att ”tröskeln att införa vårdval i specialiserad vård är hög för ett landsting med liknande förutsättningar som Landstinget i Gävleborg”¹⁶. De skäl som framförs är att det ofta saknas tillräckligt befolkningsunderlag för att vårdval ska stimulera verklig kvalitetskonkurrens, att det är resurskrävande att införa och upprätthålla vårdval samt att införande av vårdval innebär ett långsiktigt åtagande.

Exemplen från Halland och Gävleborg visar att det utanför storstadsregionerna är betydligt svårare att införa vårdval i den specialiserade vården även när den politiska viljan finns.

I Västra Götalandsregionen har inga vårdval införts utanför primärvården. Den politiska majoriteten i Västra Götaland har under perioden 2010-2014 varit ointresserad av att införa

¹⁴ Då inkluderas dock samtliga driftsformer och såväl primärvård som specialiserad vård. Se Anell. *Vårdval i specialistvården – utveckling och utmaningar*, s 34.

¹⁵ Till exempel psykoterapi, kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell psykoterapi (IPT).

¹⁶ HealthNavigator. *Utredning av förutsättningar för vårdval inom specialiserad vård i Landstinget Gävleborg*, s 1.

ytterligare vårdval. En process för att se över sjukvårdens struktur och geografiska fördelning över regionen pågår dock under beteckningarna Produktionsplanering och Produktionsstyrning.

Vårdvalens påverkan på ST

Vi har ställt frågor till ST-studierektorer samt företrädare för Läkarförbundets specialitetsföreningar om hur införandet av vårdval och andra strukturförändringar i sjukvården har påverkat förutsättningarna för specialiseringstjänstgöringen.

Föreliggande projekt presenterades och diskuterades på Läkarförbundets studierektorskonferens den 26 mars 2014 och en kort enkät skickades sedan ut till de som var anmälda till konferensen. Studierektorerna ombads i enkäten att svara på om och hur förutsättningarna för ST påverkats av införandet av vårdval inom det landsting och den specialitet/de specialiteter som de verkar inom, samt om och hur förutsättningarna för ST påverkats av separationen av slutenvård och öppenvård. Vi har fått in 48 observationer, fördelade på 15 landsting. Enkäten ger ingen heltäckande bild, men väl en indikation på hur studierektorerna uppfattar situationen. Av de inkomna svaren rör 38 observationer, fördelade på 14 landsting, den specialiserade vården. Tio observationer, fördelade på åtta landsting rör allmänmedicin.

De företrädare för specialitetsföreningarna som har tillfrågats är de som var närvarande vid Specialitetsföreningarnas representantskap den 18 mars 2014. Även här har frågeställningarna diskuterats på mötet, följt av en kort skriftlig enkät till de närvarande. Liksom enkäten till studierektorerna ger detta inte en heltäckande bild men en god indikation på hur specialitetsföreningarna uppfattar situationen. I svaren finns 20 olika specialitetsföreningar samt en intresseförening (palliativ medicin) representerade.

På frågan om huruvida vårdvalet eller andra privata driftsformer har haft en påverkan på ST-tjänstgöringens förutsättningar inom den specialiserade vården svarade ett antal studierektorer verksamma i Stockholms läns landsting jakande, bland annat inom ortopedi, ögonsjukvård, akutsjukvård, gastroenterologi och kärkirurgi. Ingen av de tillfrågade studierektorerna från andra landsting svarade ja på frågan.

Representanter från nio olika specialiteter har svarat att införandet av vårdval eller andra privata driftsformer har påverkat förutsättningarna för att bedriva ST inom deras specialitet. Det är framför allt i Stockholms läns landsting man anger att förutsättningarna har påverkats, men även i Region Skåne anges här en påverkan.

Det bör dock noteras att flera av de vårdval som nämns i föregående avsnitt införts först under det första halvåret 2014. Eventuell påverkan på ST-tjänstgöringens förutsättningar har därmed inte hunnit visa sig när enkäten genomfördes.

På frågan om huruvida förutsättningarna för ST-tjänstgöringen inom den specialiserade vården har påverkats av att öppen- och slutenvård har separerats och/eller att vården har koncentrerats till olika platser svarade studierektorer verksamma i Stockholms läns landsting, Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Landstinget i Östergötland jakande.

Från specialitetsföreningarna angav nio representanter att separationen av öppen- och slutenvård och/eller koncentrationen av vård har haft en påverkan på ST-tjänstgöringen. Stockholm läns

landsting, Region Skåne och Västerbottens läns landsting angavs som de landsting som har påverkats.

När det gäller typen av påverkan som vårdval har haft på ST-tjänstgöringen kretsar både svaren från studierektorerna och representanterna för specialitetsföreningarna kring nedanstående områden.

- Behov av fler sidotjänstgöringar när vissa ingrepp och/eller patientgrupper flyttas ut från sjukhusen/mottagningarna;
- Färre tillgängliga platser för sidotjänstgöringar;
- Sämre möjligheter att kontrollera utbildningskvaliteten när ST-tjänstgöringen är uppdelad på fler enheter och med olika huvudmän;
- Sämre möjligheter att följa upp ST-läkarens kompetensutveckling när ST-tjänstgöringen sker på fler enheter.

När det gäller hur ST har påverkats av att vården separeras och koncentreras, anger studierektorer och specialitetsföreningsrepresentanter i stort samma typ av påverkansfaktorer som när vårdval införs.

Studierektorer och representanter för specialitetsföreningarna tillfrågades också om vad som behövs för att säkra förutsättningarna för ST-tjänstgöringen när vårdval införs. I svaren återkommer följande teman:

- Tydliga avtal, riktlinjer och krav från beställaren för vad som gäller för ST, både ekonomiskt, utbildningsmässigt och arbetsmiljömässigt;
- Tydliga och rimliga ersättningar (under huvudtjänstgöring och sidotjänstgöring) från landstinget centralt;
- Central samordning (planering av framtida behov, logistik sidotjänstgöring, studierektorsfunktion med resurser och mandat att stötta och värdera utbildningskvaliteten);
- Att privata vårdgivare/enheter ska ha ett utbildningsansvar för ST-läkare. Utbildningsansvaret ska ingå i uppdraget;
- Kontinuerlig kontroll av utbildningskvaliteten på enheterna.

Beträffande hur kvaliteten på ST-tjänstgöringen ska säkras när vården separeras och/eller koncentreras, är det i stort sett samma typ av åtgärder som föreslås som vid införandet av vårdval. Några svar har större fokus på att avtal måste upprättas när vårdval införs, jämfört med de svar som avser separationen/koncentrationen av vård.

Faktorer som påverkat besluten om vårdval

Vi ställde även några skriftliga frågor till den tjänsteman som representerar respektive landsting och region i SKL:s vårdvalsnätverk. Detta för att klargöra i vilken utsträckning förutsättningarna för ST och andra utbildnings- och forskningsfrågor har beaktats i beslutsprocesserna kring införandet av vårdval. Vi frågade om utbildning och forskning påverkade beslutet om att införa vårdval inom den specialiserade vården samt vilka krav och förväntningar det finns på att vårdvalsaktörerna ska medverka i läkares specialiseringstjänstgöring.

Svar har inkommit från 16 av totalt 21 landsting/regioner,¹⁷ varav 7 infört vårdval i specialiserad vård.

I tre landsting/regioner (Halland, Uppsala och Jönköping) uppger tjänstemännen att utbildning och forskning har påverkat beslutet om att införa vårdval i den specialiserade vården. I Halland anges utbildnings- och forskningsfrågorna ha haft en avgörande betydelse och i Jönköping och Uppsala anges de ha varit en viktig faktor.

I de två landstingen Kronoberg och Örebro uppger tjänstemännen att utbildning och forskning inte har påverkat besluten om införande av vårdval. I resterande två landsting, Östergötland och Stockholm, framgår det inte om eller i vilken omfattning utbildning och forskning har påverkat besluten om vårdval.

Utbildnings- och forskningsfrågorna är inte en faktor som har påverkat besluten i något av de landsting som avstått från att införa vårdval inom specialistvården. Vi bad landstingen att nämna andra eventuella påverkande faktorer. Samtliga tre landsting som angett andra faktorer (Jämtland, Västerbotten och Västmanland) framhåller att beslutet att inte införa vårdval har varit politiskt betingat. Jämtland uppger att förutom politiska överväganden har även storleken på det egna landstinget påverkat beslutet.

Vi frågade också landstingen vilka krav och förväntningar som finns på att vårdvalsaktörerna ska medverka i läkares specialiseringstjänstgöring. Vi har här kompletterat informationen från enkätsvaren med vad som står skrivet i landstingens/regionernas förfrågningsunderlag/regelböcker.

Av de sju landsting som har angivit att de har vårdval i specialiserad vård har fem (Jönköping, Kronoberg, Stockholm, Uppsala och Östergötland) skall-krav på att vårdvalsaktörer inom specialiserad vård ska tillhandahålla utrymme för ST-tjänstgöring för läkare, dock inte nödvändigtvis inom alla vårdvalsområden inom den specialiserade vården. I Östergötland finns exempelvis krav på ST-utbildning i vårdvalet i primär hörselrehabilitering men inte i vårdvalet i obesitaskirurgi.¹⁸

I Halland har ST-läkare i hud och psykiatri inte beretts plats hos vårdvalsaktörer under 2014 men detta ska ske under 2015.¹⁹ I Örebro, där psykoterapi ligger i vårdval, nämns inget krav i förfrågningsunderlaget på att tillhandahålla utrymme för ST-tjänstgöring eller annan typ av utbildning.²⁰

¹⁷ Blekinge, Gävleborg, Halland, Jämtland, Jönköping, Kronoberg, Norrbotten, Stockholm, Sörmland, Uppsala, Värmland, Västerbotten, Västmanland, Västra Götaland, Örebro och Östergötland.

¹⁸ Landstinget i Östergötland. *Regelbok Vårdval obesitaskirurgi*; och Landstinget i Östergötland. *Vårdval Primär hörselrehabilitering i Östergötland, Regelbok för auktorisation*.

¹⁹ Däremot står det i förfrågningsunderlaget att vårdvalsaktörerna ska ta emot andra läkare under utbildning, såsom ST-läkare inom allmänmedicin. Region Halland. *Modellbeskrivning och förfrågningsunderlag för vårdval i delar av den specialiserade öppna hälso- och sjukvården*.

²⁰ Örebro läns landsting. *Psykoterapi inom LOV (lag om valfrihetssystem) Örebro län – Förfrågningsunderlag med förutsättningar för att bedriva psykoterapi inom Örebro läns landsting*.

Landstinget i Uppsala län utmärker sig då flera, men inte alla, förfrågningsunderlag har skarpare och mer utförliga formuleringar när det gäller kraven på medverkan i ST-utbildning och andra typer av vårdutbildning.

I regel finns skrivningar om att vårdvalsenheten är ansvarig för kvaliteten på utbildningen i förfrågningsunderlagen/regelböckerna, men längd, omfattning eller antal ST-läkare som vårdvalsenheterna ska tillhandahålla utrymme för framgår sällan. För samtliga sju landsting saknas också tydliga skrivningar om vad som gäller ifall en vårdvalsaktör inte lever upp till kraven att tillhandahålla utrymme för ST-tjänstgöring.

Vi har tittat närmare på Uppsala då man här kommit längst i införandet av vårdval vid sidan av Stockholm och Region Skåne. En fördjupning av hur man i Stockholm och Skåne har hanterat utbildning när vårdval infördes presenteras i nästkommande kapitel.

Som vi nämnt utmärker sig Uppsala genom förfrågningsunderlagens skrivningar om kraven på vårdvalsenheter att delta i ST-utbildning. Utbildningsfrågan har också varit en viktig faktor i besluten om att införa eller inte införa vårdval. I tjänstemännens analyser inför vilka vårdområden som är lämpliga för vårdval har man tittat på utbildningsfrågan och kommit fram till att det finns risk att forsknings- och utbildningsuppdraget försvåras om de landstingsägda sjukhusen drabbas av stora volymminskningar när vårdval införs. Även fackliga representanter har i intervjuer pekat på dessa risker. Från fackligt håll framhåller man också frågan om ST-läkarnas finansiering, där man bland annat befarar att privata enheter i vårdval är mindre benägna att ta emot ST-läkare eftersom de inte producerar lika mycket vård som färdiga specialister.

Tjänstemännens rekommendation till politikerna har varit att man särskilt ska beakta och säkra utbildningsuppdraget om vårdval införs. Detta har bland annat framförts i analyserna inför beslut om vårdval i gynekologi, ögonsjukdomar, öron-, näs-, halssjukdomar och neurologi i öppenvård.²¹ Vårdval har införts i samtliga dessa områden utom neurologi. Anledningen till det sistnämnda var främst befarade kostnadsökningar.

Region Skåne

Vårdval i Region Skåne

Region Skåne har infört vårdval, eller hälsoval som det också kallas, för bland annat kataraktoperationer, ögonsjukvård och hudsjukvård. Det finns också ett antal hälsoval inom

²¹ Landstinget i Uppsala län. *Analysrapport avseende vårdval inom ögonsjukdomar i öppenvård och öron-, näs- och halssjukdomar i öppenvård*; och Landstinget i Uppsala län. *Rapport angående förutsättningar för vårdval inom specialistvården i Uppsala län*.

primärvården och för ett antal terapiformer²². Hälsovalet för kataraktoperationer infördes våren 2012. Hälsoval i övrig öppen ögonsjukvård samt i öppen hudsjukvård infördes den 1 april 2014.

I Skåne regleras hälsovalsavtalen enligt så kallade ackrediteringsvillkor.²³ Hälsovalsenheternas utbildningsåtagande för ST framgår av ackrediteringsvillkoren för öppen ögonsjukvård och öppen hudsjukvård. Det understryks i villkoren att Socialstyrelsens regelverk SOSFS 2008:17²⁴ och Region Skånes lokala riktlinjer för ST ska efterföljas. Regler för finansiering av sidotjänstgöring framgår också. I villkoren för operation av grå starr nämns dock inte specifikt hälsovalsenheternas medverkan i ST.²⁵ Till skillnad från i Stockholm kan sjukhusen delta i hälsovalen.

Alla vårdgivare i hälsoval måste vara beredda att ta emot bland annat ST-läkare, dock endast om verksamheten är bemannad med de nödvändiga personalkategorierna som krävs för att en sidotjänstgöring i ST ska kunna genomföras. Enligt ackrediteringsvillkoren ska uppföljning av hälsovalet ske. Det ska bland annat följas upp om vårdgivaren har uppfyllt ingångna avtal och överenskomna volymer av studenter, AT-läkare och ST-läkare.

Det finns en bestämmelse i ackrediteringsvillkoren som säger att enheter som godkänts att bedriva vård i hälsoval, så kallade ackrediterade enheter, inte får anställa ST-läkare. De är därför anställda av Region Skåne. Regionen kan uppdra åt vårdenheter i hälsovalssystemet att fullgöra utbildningsuppdraget för en eller flera ST-läkare. Detta gäller såväl ST-läkare inom den egna specialiteten som ST-läkare inom andra specialiteter. I uppdraget ingår ett handlednings- och bedömningsansvar. Inför en placering ska hälsovalsenheten stämma av, med ST-studierektor eller motsvarande, vad som krävs för att utbildningskraven ska uppnås.

Organisation och ansvar för ST

Sedan ett antal år tillbaka har Region Skåne en central AT/ST-organisation, dess uppkomst beror inte på införandet av hälsovalet. Det beslutsfattande politiska organet Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) finansierar en majoritet av ST-tjänsterna i Region Skåne, med ett utbildningsbidrag på halva beloppet, återstoden står förvaltningarna för.²⁶ Förvaltningarna fördelar själva sin budget lokalt. Undantagna är ett mindre antal ST-tjänster som fördelas direkt av HSN till bristområden som man har lokaliserat (33 stycken ST-ersättningar år 2014).

²² Bland annat psykoterapi, KBT och IPT.

²³ På andra håll motsvaras detta av förfrågningsunderlag eller regelböcker.

²⁴ SOSFS 2008:17. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring.*

²⁵ Region Skåne. *Förutsättningar för Ackreditering och Avtal för Enhet för öppen ögonsjukvård i Skåne gällande år 2014*; Region Skåne. *Förutsättningar för Ackreditering och Avtal för Enhet för öppen hudsjukvård i Skåne gällande år 2014*; och Region Skåne. *Förutsättningar för Ackreditering och Avtal avseende verksamhet för operation av grå starr i Skåne gällande år fr o m 2014-04-01.*

²⁶ I Skåne finns fyra sjukvårdsförvaltningar: de tre geografiskt baserade förvaltningarna SUS, SUND och KRYH samt Medicinsk service.

I den centrala AT/ST-organisationen finns HSN, en AT/ST styrgrupp, ett regionalt studierektorsnätverk. Det finns också, sedan två år, en arbetsgrupp kallad DIALOGEN till vilken förvaltningarna utser representanter. Gruppen ska bistå styrgruppen med att ta fram fördelningsförslag till HSN.

Den centrala styrningen innefattar bland annat dimensionering och fördelning samt finansiering av regionens ST-tjänster, som nämnts utgår det ett utbildningsbidrag på halva beloppet av ST-läkarnas lön. Det totala antalet ST-tjänster i regionen är 1037 stycken och 744 av dessa finansieras centralt, övriga 307 stycken finansieras fullt ut av respektive förvaltning. Årligen fördelas centralt cirka 125 ST-tjänster²⁷; styrgruppen lämnar beslutsunderlag för en majoritet av dessa.

Den centrala fördelningen av ST-tjänster baseras på underlag från förvaltningarna. Efter att tjänsterna har fördelats på förvaltningarna ansvarar dessa i sin tur för att fördela ut ST-tjänsterna på sjukhus och vårdgivare. De ansvarar också för den löpande administrationen av tjänsterna.

I AT/ST-styrgruppen ingår bland annat personaldirektör, hälso- och sjukvårdsdirektör, regionöverläkare och utbildningsansvarig för AT/ST, representant från privat vårdgivare, representant från SYLF, representanter från sjukvårdsförvaltningarna samt representant från medicinska fakulteten.

På uppdrag av regiondirektören, och i samråd med berörda funktioner, ska AT/ST-styrgruppen årligen ta fram ett beslutsunderlag som redogör för specialiteternas bemanningsutveckling. Man ska fokusera på bristområden, strategiskt viktiga områden och framtida behovsområden. Tillgången på utbildningsplatser ska säkras, AT/ST-budget ska följas upp. Dimensioneringsfrågor är en viktig del av styrgruppens arbete.

AT/ST-styrgruppen ska också följa upp att de utbildande enheterna håller god kvalitet och att de regionala riktlinjerna för AT/ST efterlevs, vilket ska ske minst vart 5:e år genom regelbundna externa kvalitetsinspektioner (SPUR). Vartannat år ska det också ske regelbundna interna kvalitetsinspektioner (STINS).²⁸ En diskussion har förts om vilka åtgärder som kan eller bör vidtas för att åtgärda eventuella brister som uppdagas i utbildningskvaliteten hos enheterna. Om detta finns det en viss osäkerhet.

I regionen finns det ett nätverk för övergripande AT/ST-studierektorer (ÖSR), som är tänkt att fungera som en resurs för regionen i utbildningsfrågor. Nätverket ska bland annat stimulera till SPUR-inspektioner samt verka för och underlätta ST-utbytet mellan sjukhus i regionen. Nätverkets arbete ska kunna förankras i AT/ST-rådet och det är kopplat till rådet genom att nätverkets ordförande också är ledamot av AT/ST-rådet. I nätverket finns ST-studierektorer från alla förvaltningar, det ingår också AT-studierektorer och AT-chefer och de träffas en handfull gånger per år.²⁹

²⁷ Siffrorna gäller för år 2014.

²⁸ Region Skåne. *Uppdrag till styrgrupp för AT/ST i Region Skåne*.

²⁹ Region Skåne. *Övergripande AT/ST studierektorer (ÖSR Skåne)*. vardgivare.skane.se.

Sammantaget har det i Region Skåne byggts upp en central organisation, med ett omfattande ansvar över regionens ST-utbildning som ska vara förankrad i lokala verksamheter och förvaltningar.

Finansiering av ST

I Region Skåne finansieras ST-tjänsterna antingen genom ett regionbidrag som motsvarar 50 procent av ST-läkarens genomsnittliga lönekostnad och där vårdgivaren står för resterande 50 procent, eller genom att förvaltningen själv finansierar hela ST.³⁰

Enligt Region Skånes riktlinjer för ST³¹ har hemmakliniken, under ST-läkarens sidoplacering, rätt att fakturera mottagande klinik från första tjänstgöringsdag. Fakturabeloppet motsvarar innevarande års regionbidrag för ST-läkare, lönekostnaden för den mottagande kliniken är alltså en halv genomsnittlig ST-läkarlön. Förutsatt att ST-läkarens lön inte är högre än genomsnittslönen för ST-läkare, uppstår inga lönekostnader för hemmakliniken under sidotjänstgöring.

Flera av de vi har intervjuat anser att det finns brister med finansieringssystemet för sidoplaceringar, som beror på en obalans mellan den produktion som ST-läkarna tillför mottagande klinik och mottagande kliniks kostnad för att ta emot ST-läkare. Det förekommer olika tolkningar av regelverket och mottagande klinik och hemmaklinik har svårt att komma överens om en prislapp, vilket riskerar att begränsa utbudet av kliniker som är öppna för sidotjänstgöringar. Problemet är inte nytt, det fanns redan före hälsovalets införande, men det har accentuerats och ställts på sin spets i och med hälsovalet.

Vårdval i ögonsjukvård och hudsjukvård

Hälsovalen för öppen ögonsjukvård och öppen hudsjukvård infördes den 1 april 2014, de har sålunda varit i drift under en ganska kort tidsperiod, därmed är det svårt att studera hälsovalets eventuella effekter på ST då dessa ännu inte har hunnit visa sig.³²

Efter införandet visade det sig dock att ST-läkarna inom ögonsjukdomar och hud- och könssjukdomar fick problem med var de skulle ha sin anställning. Sjukhus och utbildningsenheter med ett huvudansvar för ST-utbildningen som ackrediterat sig fick inte längre ha ST-läkare anställda hos sig, eftersom regelverket inte tillåter det. Detta drabbade bland annat ögonkliniken på Centralsjukhuset i Kristianstad, som ingår i hälsovalet. Lösningen på problemet blev att flytta ST-läkarnas anställningar till en annan del av Region Skånes organisation. Det inträffade skapade oro samt förvirring bland de berörda, men löstes

³⁰ Regionbidraget ligger år 2014 på 340 000 kr/år (28 000 kr/månad). ST-tjänsterna i allmänmedicin har en annan finansieringsmodell.

³¹ Region Skåne. *Region Skånes riktlinjer för ST-utbildning*. Bilaga 6.

³² Merparten av intervjuerna om hälsovalets eventuella påverkan på ST-utbildningen i Skåne genomfördes i början av juni 2014.

sedermera. Det finns många aspekter att ta hänsyn till när vårdval/hälsoval införs, och exemplet visar att grundläggande aspekter inte får tillräcklig uppmärksamhet eller glöms bort.

De intervjuade är oroliga över hur den framtida ST-utbildningen kommer att se ut; bland annat när det gäller utbildningskvalitet, framtida rekrytering, och hur det ska gå att ordna med sidotjänstgöringar, vilket krävs inom många specialiteter för att uppfylla utbildningskraven.

Att sjukhus och kliniker som har huvudansvaret för ST kan komma att drabbas av kompetensstapp, på grund av införandet av hälsoval, är något som oroar flera som vi har talat med. Exempelvis riskerar antalet ST-handledare att bli färre om specialistläkare lämnar sjukhusen för att arbeta i öppenvården och hälsovalet.³³ Kvaliteten på ST-utbildningen kan därmed påverkas negativt. På Skånes universitetssjukhus (SUS) har flera specialister i hud- och könssjuksjukdomar slutat, kompetens och kunskaper har därmed förlorats som tar tid att ersätta, säger verksamma på SUS hudklinik. Förutom att utbildningskvaliteten inom den egna specialiteten påverkas negativt kan även andra specialiteter påverkas. I det aktuella fallet med SUS hudklinik tar man emot ST-läkare i allmänmedicin för sidotjänstgöring, men på grund av kompetensbortfallet på hudkliniken tar man nu emot färre ST-läkare i allmänmedicin än tidigare. Här går det således att se spridningseffekter som går utöver den egna specialiteten.

Det finns också en oro för att hälsovalsenheterna inte prioriterar utbildning eftersom hälsovalet baseras på ersättning för produktion. Inom exempelvis vårdvalsområdet grå starr (katarakt) tar det upp till sex månader innan en ST-läkare kan operera grå starr. På grund av att ersättningen baseras på antal genomförda operationer och att ST-läkarens produktionstakt, av förklarliga skäl, inte är i nivå med en erfaren specialist blir det en investering/kostnad för hälsovalsenheten att ha en eller flera ST-läkare verksamma. Om de dessutom tjänstgör på hälsovalsenheten en kortare tid (sidotjänstgöring) ses det inte heller som en investering för den framtida bemanningen. Hälsovalsenheternas incitament att knyta till sig ST-läkare för sidotjänstgöring förefaller därmed vara bristfälligt.

Utbildningssituation för ST-läkare inom ögonsjukdomar beskrivs av flera av de vi har talat med som osäker. Som nämnts kan det handla om svårigheter att ordna med sidotjänstgöringar som krävs för att uppfylla utbildningens krav, eller att det saknas handledare med erforderlig specialistkompetens. Rekryteringen av ST-läkare till specialiteten kan på grund av detta försvåras. Är utbildningssituationen oklar kan det leda till att läkare väljer bort specialiteten till förmån för andra specialiteter med en bättre utbildningssituation. På sikt kan det ha negativa konsekvenser i regionen för antalet verksamma specialister inom ögonsjukdomar. Redan idag har regionen brist på specialister i ögonsjukdomar.

Flertalet av dem vi har intervjuat anser att politiker och beslutsfattare i samband med införandet av hälsoval i öppen ögonsjukvård och hudsjukvård inte i tillräcklig utsträckning har beaktat vilken effekt det har på läkarnas ST. Det saknas ett långsiktigt tänkande när det gäller utbildningsfrågorna. Det finns en otydlighet i hela genomförandet sett till utbildningsfrågorna och frågan om vem som ansvarar för ST i sin helhet och i dess delar är inte helt löst.

³³ En anledning som nämns är att privata enheter i hälsovalet inte har tunga kostnadsposter såsom utbildning samt att de inte får de "svåra" patienterna samt kan erbjuda högre lön.

Konsekvenser för ST

ST-utbildningen kan inte längre, i samma utsträckning som tidigare, ske samlat på landstingsdrivna sjukhus på grund av införandet av hälsovalet. ST fragmenteras; den sprids ut på fler utbildande enheter, säger de vi har talat med.

Men fragmenteringen har också andra orsaker. I Region Skåne, liksom i övriga landet, pågår sedan några år tillbaka ett arbete med så kallad nivåstrukturering. Kortfattat innebär det att det sker en viss koncentration av den högspecialiserade vården till färre enheter/vårdgivare. Ett exempel är beslutet från 2012 att strålbehandlingsverksamheten ska koncentreras till Lund. Fördelarna som lyfts fram är exempelvis att det leder till ett bättre utnyttjande av behandlingskapaciteten, effektivare patientflöden, jämnare kapacitetsutnyttjande.³⁴ Cancersjukdomar är ett annat område där detta sker, exempelvis centraliseras behandlingen av ovarialcancerpatienter.³⁵

Utvecklingen att flytta ut delar av den öppna specialiserade vården till primärvården, som exempelvis skett med katarakter, är en tredje process. Således går det, med detta perspektiv, att säga att det finns tre parallella processer som också går in i varandra och som är beroende av varandra, och som påverkar läkarnas ST och kan resultera i att utbildningen fragmenteras.

Frågan hur man ska kunna hålla ihop ST-utbildningarna när vården fragmenteras är avgörande. Det finns en oro hos flera av dem som vi har intervjuat över att ingen aktör kommer att ta, eller ha möjlighet att ta, huvudansvaret för ST-utbildningen, och det finns risk för att ST-utbildningen kvalitetsmässigt blir mer ojämn.

Det kan bli mer komplicerat att säkerställa utbildningens kvalitet och kontinuitet när ST-läkaren ska rotera mellan fler utbildningsenheter än tidigare – både privata och offentliga. Troligen kan det krävas att Region Skåne tar ett större ansvar för att säkra ST-utbildningens kvalitet, säger flera av de vi har intervjuat. ST-läkaren själv kan i än högre utsträckning, än vad som är fallet, behöva ansvara för sin ST. Samtidigt riskerar samordningen av utbildningen att försvåras när den fragmenteras. En rad viktiga frågor såsom hur man ska hålla ihop ST-utbildningen, hur man ska säkerställa utbildningskvaliteten och kunna följa ST-läkarens kompetensutveckling är inte lösta.

Den pågående nivåstruktureringen att koncentrera vissa vårdområden och diagnoser till vissa sjukhus och kliniker kan också innebära att ST fragmenteras, och det väcker en viss oro. Nivåstruktureringen kan ha samma effekt som när delar av den öppna specialistvården flyttar ut i primärvården: sjukhusen som har kvar helhetsansvaret för ST-utbildningarna kan förlora kompetens och kunnande på grund av utflytten. Även om nivåstruktureringen resulterar i en rad förbättringar inom hälso- och sjukvården är det viktigt att poängtera att processen också kan påverka läkarnas ST negativt, och det är något beslutsfattare och ansvariga måste hantera.

³⁴ Region Skåne. *Nivåstrukturering*, www.skane.se.

³⁵ Region Skåne. *Frågor och svar*, www.skane.se.

Den regionala AT/ST-styrgruppen lyfts fram i positiva ordalag under intervjuerna, vilket torde vara ett erkännande till centraliserandet av ST-utbildningsverksamheten. Man är emellertid tveksam över vilken påverkan gruppen har på politiker och beslutsfattare samt styrningen av ST. De intervjuade är i det närmaste samstämmiga om att utbildningsfrågan inte förefaller att ha varit prioriterad när det beslutades om hälsoval i den öppna specialiserade vården, detta trots AT/ST-styrgruppens arbete. Någon konsekvensanalys av hälsovalet och dess eventuella påverkan på ST har man inte fått ta del av.

Det råder olika åsikter om att sjukhusen får delta i hälsoval. En fördel som nämns är att det kan underlätta en mer sammanhållen ST-utbildning; flera av de kliniska tjänstgöringar ST-läkaren behöver för att uppfylla målbeskrivningens krav kan göras på sjukhusen. Samtidigt finns det farhågor om att det leder till ojämlika konkurrensvillkor därför att de privata hälsovalsensheterna behandlar de ”lätta” patienterna medan de tunga utgiftsposterna som utbildning och komplicerade diagnoser blir kvar på sjukhusen. I ett prestationsbaserat ersättningssystem som inte räknar med kostnader för ST kan sjukhusen på sikt få svårt att hävda sig i konkurrensen. På sikt ser man en risk att sjukhuskliniker kan tvingas att lägga ner på grund av att de inte är ekonomiskt lönsamma.

För att tillhandahålla goda utbildningsmöjligheter för ST-läkare har det under många år funnits ett kollegialt samarbete inom läkarprofessionen. Erfarna specialister, utbildningsansvariga med mera har samarbetet inom och mellan specialiteter för att möjliggöra kunskapsöverföring; man har informerat och utbildat ST-läkare, kanske deltagit i kursverksamhet. Allt detta som en del i ST-läkarnas förvärvande av kunskaper, färdigheter och förhållningssätt. Denna i någon mån informella utbildningsverksamhet har inte, vad vi har förstått, ekonomiserats, den har inte haft full kostnadstäckning under de år den funnits. I hälsovalet med prestationsbaserade ersättningssystem förefaller det svårare att upprätthålla det kollegiala samarbetet som inte framför allt drivs av ekonomiska incitament. Privata hälsovalsaktörer kan ha svårare att delta då de styrs av ekonomiska krav. Att det kollegiala samarbetet riskerar att minska har uppmärksammats under våra intervjuer.

Stockholms läns landsting

Vårdval i Stockholms läns landsting

Stockholms läns landsting har ett trettiotal vårdval, varav ett flertal har stora volymer. Bland annat finns vårdval inom allergologi, barn- och ungdomsmedicin, förlossning, gynekologi, hudsjukvård, palliativ slutenvård, ögonsjukvård (inklusive kataraktoperationer) och öron, näsa och halssjukvård. Inom ortopedin finns flera olika vårdval, bland annat ortopedi, handkirurgi, höft- och knäprotesoperationer och ryggkirurgi. Det första vårdvalet i den somatiska specialistvården infördes 2009.

Under beteckningen ”Framtidens hälso- och sjukvård” pågår sedan ett antal år en större process för att möta behoven hos en snabbt ökande befolkning i Stockholmsområdet. Att skifta ut vård från akutsjukhusen till öppenvård och till fristående aktörer är en viktig del av den övergripande strategin, och de många vårdvalen är ett sätt att uppnå detta.

Vårdvalen är av olika karaktär, där flera innehåller både basåtaganden och tilläggsuppdrag. Sjukhusen får, med undantag av vårdvalen i förlossning, katarakter och höft- och knäproteser inte delta i vårdvalen. I allmänhet är det dock bara de ”enklare” fallen, lågriskpatienter, som ingår i vårdvalen, medan de mer komplicerade fallen eller patienterna med högre risk hanteras av de större sjukhusen utanför vårdvalen.

Vårdgivare kan när som helst ansöka om att bli godkända för att bedriva vård inom ett vårdvalsområde. För att bli godkänd ska vårdgivaren leva upp till kraven i de så kallade förfrågningsunderlagen³⁶. Vårdgivarna ersätts utifrån fasta prislister för respektive vårdval. Ersättningen baseras generellt på vårdproduktionen, utan tak för hur mycket vård en vårdvalsaktör får producera.

I förfrågningsunderlagen nämns att vårdgivarna är skyldiga att delta i utbildning av läkarstudenter och sjuksköterskestudenter samt i AT och ST-utbildning. Informationen kring detta är dock mycket knapphändig och i samtal med tjänstemän på Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har det framkommit att det i realiteten inte finns någon förväntan på deltagande i utbildning.

Organisation och ansvar för ST

Stockholms läns landsting har tidigare inte haft någon central ST-organisation för den somatiska specialistvården. Det har däremot funnits en central organisation för ST i allmänmedicin, placerad vid Centrum för allmänmedicin (CeFAM) och med organisatorisk hemhörighet hos både landstinget och Karolinska Institutet.

Inom ramen för arbetet med ”Framtidens hälso- och sjukvård” har frågeställningar om ST hanterats inom delprojektet ”Kompetensförsörjning och utbildning”. Delprojektet påbörjades hösten 2012 och lämnade sin slutrapport i februari 2014.³⁷ I slutrapporten föreslås modeller för styrning, ersättning och kvalitetssäkring av ST-tjänstgöringen när vården delas upp på olika aktörer.

Vidare har det fattats beslut om att inrätta en central ST-organisation.³⁸ Denna är under uppbyggnad med placering vid Landstingsstyrelsens förvaltning, men med ett nära samarbete med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. ST-organisationen kommer att ha till uppgift att hantera prioriterings- och dimensioneringsfrågor för ST i hela Stockholms läns landsting, att samordna

³⁶ Förfrågningsunderlagen kallades tidigare för regelböcker.

³⁷ Stockholms läns landsting. *Slutrapport för projekt inom huvudområdet Kompetensförsörjning och utbildning*.

³⁸ Beslut om en ny ST-organisation fattades i juni 2013. ST-organisationen ska bestå av två funktioner: ”ST Administration Stockholm” och en regional ST-studierektor för en enskild specialitet eller grupp av specialiteter. Se Stockholms läns landsting. *Beslut om samordnande ST organisation inom Stockholms läns landsting*.

och säkra planeringen av ST-utbildning inom respektive specialitet samt att ta ett övergripande ansvar för kvalitetssäkring av ST-tjänstgöringen.

Även om en del av förslagen i slutrapporten från projektet ”Kompetensförsörjning och utbildning” har börjat implementeras, framhåller ansvariga på SLL att slutrapporten i första hand ska ses som ett inriktningsdokument och inte som en slutgiltig organisationsmodell, och det är ännu inte klart exakt hur den centrala ST-organisationen och dess uppdrag kommer att se ut.

ST-läkare inom den somatiska specialistvården är idag anställda vid Danderyds sjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset, Norrtälje sjukhus, S:t Eriks ögonsjukhus, Södertälje sjukhus, Södersjukhuset samt på de privata sjukhusen Capio S:t Görans sjukhus och Ersta Sjukhus.³⁹ Tillsättning och inrättande av nya ST-tjänster beslutas i allmänhet av respektive klinik, främst utifrån den egna verksamhetens nuvarande och framtida behov.

Koordinering av sidotjänstgöringar sköts som regel av studierektorn eller verksamhetschefen vid respektive klinik. Ibland finns ett upparbetat samarbete med andra, såväl offentligt drivna som privata, kliniker och mottagningar, ibland ordnas sidoplaceringarna mer ad hoc av studierektorer eller av ST-läkarna själva. Mycket av de samarbeten som finns baseras på personliga kontakter. Det finns olika studierektorsnätverk, både inom specialiteter och mellan specialiteter, där bland annat utbildningsinnehåll och i vissa fall sidotjänstgöringar diskuteras. Den samordning som finns sker i regel på studierektorernas eller verksamhetschefernas initiativ.

S:t Görans och Ersta Sjukhus är de enda privata aktörerna i Stockholm som har huvudansvar för ST-läkare inom den somatiska specialistvården. Det finns också enstaka exempel på att en liten mottagning på vårdavtal, i detta fall med två specialister i allergologi, har haft huvudansvar för en ST-läkare. Enheten fick som ersättning för att man tog emot ST-läkaren höja sitt produktionsstak samt att de inte betalade ST-läkarens lön. Detta var emellertid en undantagslösning, där det landstingsdrivna sjukhuset lade ner sin verksamhet samtidigt som det fanns ett stort intresse från den privata vårdgivaren att ta emot ST-läkaren. I övrigt har de privata enheternas delaktighet i ST-utbildningen bestått av att man tagit emot ST-läkare på sidotjänstgöring under kortare perioder

Finansiering av ST

Under 2013 utgick en central ersättning från landstinget för cirka hälften av ST-tjänsterna i den somatiska specialistvården (cirka 550 ST-tjänster). Ersättningen från landstinget centralt ligger på 18 500 kronor per månad och ST-tjänst, vilket motsvarar cirka en knapp tredjedel av lönekostnaden (inklusive sociala avgifter) för en ST-läkare. För de övriga ST-tjänster utgår ingen central ersättning, utan klinikerna står själva för hela lönekostnaden för ST-läkarna. Som

³⁹ Stockholms läns landsting. *Samordning och styrning av läkares specialiseringstjänstgöring.*

jämförelse kan nämnas att ST-tjänster i allmänmedicin har en central finansiering på drygt 46 600 kronor per månad och att samtliga ST-tjänster har central ersättning.

I den nämnda slutrapporten från projektet ”Kompetensförsörjning och utbildning” föreslås bland annat att den centrala ersättningen från landstinget till de enheter som har anställda ST-läkare ska öka till 31 000 kronor i månaden.⁴⁰ Ökningen föreslås finansieras genom en omfördelning av finansiella resurser inom vården, från vårdersättning till ersättning för ST-utbildning.

Under sidotjänstgöring betalar kliniken där ST-läkaren är anställd som regel full lön för ST-läkaren de första tre månaderna. Om sidoplaceringen är längre än tre månader är praxis att den mottagande enheten står för lönekostnaden för resterande tid.

Specialiteten öron-, näs- och halssjukdomar

Vårdval inom öron-, näs- och halssjukvården infördes i januari 2012 och omfattar öron-, näs och hals-sjukvård (ÖNH) som ges av ÖNH-specialistläkare i öppenvård till både vuxna och barn. Verksamheten omfattar diagnostik, behandling och uppföljning av ÖNH-sjukdomar med undantag för de patienter som behöver akutsjukhusens resurser, kompetens och utrustning för behandling. Dagkirurgi inom specialiteten ingår som ett tilläggsuppdrag, med undantag av de patienter som av någon anledning behöver akutsjukhusets resurser samt med undantag av fonokirurgi, avancerad otokirurgi, skallbas- och hypofyskirurgi och behandling av maligna tumörer.

I Stockholms läns landsting finns totalt ca 20 ST-läkare i ÖNH.⁴¹ 17 ST-läkare är anställda på Karolinska sjukhuset, som har en samlad klinik med verksamhet i både Solna och Huddinge samt minimal verksamhet på Södersjukhuset och Danderyd.

I och med vårdvalet i ÖNH har merparten av den basala kirurgin flyttat till öppenvårdsenheter utanför sjukhusen. Detta har medfört svårigheter med att ordna en tillräcklig volym av basala kirurgiska ingrepp för ST-läkarna. ST-läkarna skulle därför behöva komma på sidotjänstgöringar till dagkirurgiska enheter i vårdvalet för att få tillräcklig träning i basala kirurgiska ingrepp. Någon överenskommelse om former för detta har dock inte kunnat nås trots långvariga diskussioner mellan KS, SLL och de privata enheterna. Under hösten 2014 har dessa samtal fortsatt.⁴²

Den sidotjänstgöring inom basal kirurgi som ST-läkarna skulle behöva handlar om en placering på mellan sex månader till ett år. Eftersom basal kirurgi tillhör ST-tjänstgöringens basblock, skulle placeringen vara aktuell under ST-läkarens andra år, alltså relativt tidigt under den

⁴⁰ En ökning från 222 tkr/tjänst/år till 372 tkr/tjänst/år föreslås.

⁴¹ Uppgift från december 2014.

⁴² SLL uppgav i oktober 2014 att ingen överenskommelse hade nåtts, men att utgångspunkten är att ST-läkare i ÖNH ska kunna genomföra sidotjänstgöringen i basala kirurgiska ingrepp under våren 2015.

femåriga utbildningen. På KS har man under hösten 2014 börjat skissa på ett förslag där ST-läkarna är ute sex till nio månader, uppdelat på det andra och fjärde utbildningsåret. ÖNH-kliniken på KS skulle vilja tillsätta åtta ST-block per år, varför åtta ST-läkare per år skulle behöva göra denna sidotjänstgöring. Fyra privata kliniker har identifierats som lämpliga för dessa sidotjänstgöringar, främst utifrån sin storlek med fler fast anställda specialister och större volymer av dagkirurgi än övriga aktörer.

De privata vårdgivare som vi har talat med anser dock att den ersättning som SLL erbjuder för utbildning av ST-läkare är för låg. Man framhåller att det inte handlar om att tjäna pengar på utbildning, men att utbildningsuppdraget med dagens ersättningssystem innebär ett betydande inkomstbortfall som måste kompenseras.

Samtliga representanter ifrågasätter också kostnads- och ersättningsberäkningarna från SLL. Man anser att SLL inte har en realistisk bild av vad det kostar en privat mottagning att ta mot en ST-läkare för sidoplacering.

Bristen på sidoplaceringar för basal ÖNH-kirurgi upplevs som ett stort problem på ÖNH-kliniken på KS och man uttrycker en oro för den framtida försörjningen av specialistläkare inom ÖNH. En del beskriver situationen som akut. Även specialitetsföreningen är engagerade i frågan och uttrycker sin oro för den framtida kompetensförsörjningen.

Enligt ansvariga på ÖNH-kliniken är andra konsekvenser av vårdvalet att det blir svårare att kvalitetssäkra ST-utbildningen och att följa ST-läkarens kompetensutveckling när utbildningen är uppdelad på fler enheter.

För ÖNH-kliniken har införandet av vårdval också lyft frågan om vem som ska betala ST-utbildningen. KS är den enda vårdgivaren som bedriver ST-utbildning inom ÖNH i Stockholms län, samtidigt som det finns ett stort antal specialister verksamma hos privata vårdgivare. Historiskt sett har KS endast utbildat för det egna behovet. Om kliniken ska ha i uppdrag att utbilda specialister i större utsträckning än vad som behövs för att täcka det egna behovet av specialister krävs ett särskilt uppdrag och central finansiering för detta.

Specialiteten ortopedi

2009 infördes vårdval för höft- och knäprotesoperationer, vilket var det första vårdvalet inom ortopedi. Vårdval i ryggkirurgi infördes under sista kvartalet 2013 och vårdval i ortopedi samt handkirurgi i öppenvård infördes i januari 2014. När det gäller vårdval för höft- och knäprotesoperationer får landstingsdriven verksamhet vara med i vårdvalet. Vi har tittat närmare på hur vårdvalet har påverkat ST-tjänstgöringen i ortopedi vid ortopedklinikerna på

Södersjukhuset och på Capio S:t Görän, där nästan hälften av länets 49 ST-läkare i ortopedi är anställda.⁴³

En konsekvens av vårdvalet är att behovet av sidotjänstgöringar utanför de landstingsdrivna sjukhusen har ökat, eftersom gruppen öppenvårdspatienter har flyttat från de landstingsdrivna sjukhusen till privata vårdgivare. Även innan vårdval infördes har vissa patientgrupper och vissa diagnoser fått sin behandling hos privata vårdgivare, men vårdvalet har inneburit att större patientgrupper än tidigare har flyttat ut från sjukhusen.

Sidotjänstgöringar hos vårdvalsaktörer inom ortopedi fungerar, men de är tids- och/eller kostnadskrävande att arrangera. Det faktum att sjukhusen får vara med i vårdvalet i höft- och knäledsplastiken lyfts fram som avgörande för att man har ett system som fungerar. En annan delförklaring som anges är att kretsen av ortopedier i Stockholms län är relativt liten, varför en del löses genom att man känner varandra sedan tidigare på de olika enheterna.

På Södersjukhuset ligger de sidoplaceringar som efter vårdval behöver ske hos privata vårdgivare mot slutet av ST-tjänstgöringen. Dessa placeringar är relativt korta (ofta inte längre än tre månader). Även om man har kunnat ordna dessa sidotjänster, blir arrangemanget dyrt för hemmakliniken, eftersom man betalar ST-läkarens fulla lön under sidotjänstgöringen samtidigt som man förlorar produktionen från en nästan färdig specialist på hemmakliniken.⁴⁴

Man lyfter också frågan om vem som ska betala ST-tjänstgöringen. Traditionellt sett har man utbildat ST-läkare för det egna framtida bemanningsbehovet, vilket är en ekonomisk förlust, men en kostnad som man är beredd att ta för att säkra den framtida rekryteringen. Om man även ska utbilda för de privata enheter som etablerats blir det problematiskt kostnadsmässigt.

Liksom ansvariga för ST-tjänstgöringen i ÖNH, uttrycker representanter för ST-tjänstgöringen i ortopedi en oro för utbildningskvaliteten.⁴⁵

Specialiteten anesthesi och intensivvård

Anesthesi i Stockholms läns landsting ingår inte i vårdval, men har påverkats av att flera opererande specialistområden gör det. Vi har tittat närmare på hur vårdvalet har påverkat ST-

⁴³ Siffran gäller för juni 2014. Södersjukhuset har 15 ST-läkare i ortopedi och Capio S:t Görän har 8 ST-läkare i ortopedi.

⁴⁴ Enligt SLL:s förslag till ersättningsmodell kommer hemmakliniken att fakturera den mottagande kliniken på ett schablonbelopp som beräknas motsvara ST-läkarens produktion. Därmed antas hemmakliniken inte få ett inkomstbortfall på grund av den produktion som ST-läkaren skulle ha genererat. Mottagande klinik får däremot betala ett schablonbelopp till hemmakliniken, men eftersom denna summa antas motsvara den produktion som ST-läkaren inbringar antas inte heller några kostnader uppstå för den mottagande kliniken. Se Stockholms läns landsting. *Slutrapport för projekt inom huvudområdet Kompetensförsörjning och utbildning.*

⁴⁵ Information från intervjuer och se Lönn med flera. *Universitetssjukhusen behöver vanliga patienter.*

tjänstgöringen vid Anestesi-, Operations- och Intensivvårdskliniken på Karolinska sjukhuset i Solna, där ca 35-40 procent av länets totalt ca 100 ST-läkare inom anestesi är anställda.⁴⁶

Under sidoplacering betalar man lön för sina ST-läkare de första tre månaderna. De områden som i första hand har påverkats av vårdval är ST-läkarnas sidotjänstgöring inom barnanestesi och ekokardiografi.⁴⁷

När det gäller barnanestesi kan en del ST-läkare göra den på Astrid Lindgrens Barnsjukhus, men platserna där räcker inte för samtliga ST-läkare. För att ordna ett tillräckligt antal sidoplaceringar skulle ST-läkarna – såväl på KS i Solna som i hela SLL – behöva söva barn som finns hos privata vårdvalsaktörer. Studierektorsgruppen för anestesi i SLL har urskilt att de vårdvalsaktörer som uppfyller behoven är de som bedriver vård inom basal kirurgi i ÖNH, vilket är samma aktörer där ST-läkarna i ÖNH skulle behöva göra sin sidotjänstgöring. För ST-läkarna i anestesi rör det sig om 2-3 månaders sidotjänstgöring för totalt 4-5 ST-läkare per år.

Representanter från studierektorer inom anestesi och intensivvård inom SLL har varit i kontakt med de aktuella vårdvalsaktörerna, men har inte kunnat ordna sidoplaceringar med anledning av att ersättningsnivåerna inte är klara i avtalen mellan vårdvalsaktörerna och SLL. Enligt en ansvarig för ST-läkarna på KS i Solna har situationen när det gäller svårigheten att ordna dessa sidotjänstgöringar hunnit bli kritisk.

Anestesikliniken på KS i Solna skulle också behöva fler sidotjänstgöringsplatser i ekokardiografi. Man har ett gott samarbete med en privat vårdgivare, men det täcker inte klinikens behov. Behovet för anestesikliniken är att skicka ytterligare ca tre till fyra ST-läkare på tre månaders sidotjänstgöring per år.

En annan aspekt som förs fram är att det blir svårare för anestesikliniken i Solna att kvalitetssäkra ST-utbildningen när fler aktörer involveras.

Konsekvenser för ST

Det är i första hand inom ÖNH och anestesi i Stockholm som det har varit svårt att få till sidotjänstgöringar hos privata vårdvalsaktörer. Inom andra specialiteter finns det exempel på där man har anordnat sidoplaceringar hos privata vårdvalsaktörer. Till exempel har ortopedkliniken på S:t Görans haft ST-läkare på sidoplaceringar på Ortopediska huset, som är en vårdvalsenhet tillhörande Capio. Enligt studierektorn för ortopedi utformades detta samarbete ursprungligen mellan Ortopediska huset och Danderyds sjukhus. S:t Görans kunde sedan använda sig av samma modell.

⁴⁶ Siffran gäller för april 2014. I SLL är det, förutom Karolinska sjukhuset i Solna, Karolinska sjukhuset i Huddinge, Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och S:t Görans sjukhus som utbildar ST-läkare i anestesi.

⁴⁷ Ekokardiografi är ultraljud av hjärtat.

Samtliga privata vårdgivare och representanter för privata vårdgivare som vi har talat med säger att de vill bidra till utbildning. Man tycker att det är kul och stimulerande att utbilda, man är intresserad av den egna specialitetens fortlevnad, man vill vara en stöttande hand för de yngre kollegorna och man ser det som en möjlighet till framtida rekrytering. Det finns också en medvetenhet hos privata vårdgivare om att ST-läkarna måste få komma ut till de patientgrupper som ligger i vårdvalen.

Det finns också en samstämmighet kring att det ofta innebär ett produktionsbortfall att ta emot en ST-läkare på kortare sidotjänstgöringar. Hur stort detta blir varierar mellan olika placeringar och beroende på var i utbildningen ST-läkaren befinner sig, men när ST-läkaren befinner sig tidigt i utbildning är ett produktionsbortfall att vänta. Inom ÖNH-kirurgin tycks problemet vara större än inom många andra områden. Det kan i sammanhanget nämnas att inom dermatologi i Stockholm, som också har vårdval, är situationen den motsatta. ST-läkare i dermatologi kan redan tidigt i utbildningen ta egna patienter, vilket innebär att enheter som tar emot sidotjänstgörande ST-läkare får ett tillskott till produktionen och till enhetens intäkter.

Utöver produktionsbortfallet krävs också i många fall investeringar i extra utrustning för att ta emot ST-läkare, vilket också är en kostnad för vårdvalsaktören. Privata vårdgivare framhåller också att det är viktigt att det finns långsiktighet i avtalen för att de ska kunna ta emot ST-läkare. Om en privat vårdgivare investerar utrustning för att ha plats för en ST-läkare är det viktigt att kunna förutsätta att man inom en viss framtid kontinuerligt kommer att ta emot ST-läkare.

En förståelse för att utbildning kostar pengar finns hos tjänstemännen på landstingen och även hos de studierektorer som vi har talat med, men det råder olika uppfattning om storleken på de minskade intäkter som produktionsbortfall och investeringar i extra utrustning resulterar i.

Det finns en stor irritation hos studierektorer, verksamhetschefer, fackliga representanter och privata vårdgivare kring hur SLL har behandlat frågan om utbildning när vårdval införs. Man opponerar sig mot att ingen konsekvensanalys genomfördes innan vårdval och ibland upplevs besluten till och med som slumpmässiga. Man anser att man under lång tid har påtalat frågan om utbildning för SLL, men man upplever att man inte har blivit lyssnad på och att utbildningsaspekten tycks glömmas bort – trots att man suttit med i arbetsgrupper, utredningar och möten.

Upplevelsen är att utbildning inte är en prioriterad fråga hos varken tjänstemän eller politiker, vilket man bland annat tror beror på en bristande kunskap om ST-utbildningens förutsättningar och förhållanden. Samtidigt som man framhåller att kostnadsdiskussioner och prioriteringar inom vården inte är lätta frågor, upplever en del som vi har pratat med att ”politikerna bara är intresserade av att korta köerna – inte av att säkra den framtida tillgången till specialistläkare, eftersom man inte vinner några val på det”.

När det gäller SLL:s slutrapport för området Kompetensförsörjning och utbildning i framtidens hälso- och sjukvård, finns det hos studierektorer, verksamhetschefer, fackliga representanter och privata vårdgivare en osäkerhet kring vilka förslag i rapporten som ska införas och vilka som ska betraktas som inriktningsförslag. Även slutrapportens förslag på ersättningsmodell får kritik. Man tycker att det är bra att den centrala ersättningen för ST höjs, men det finns farhågor om att någon reell omfördelning av medel inte kommer att ske.

Förutom att informationen om den nya ersättningsmodellen har setts som svårtillgänglig och svårförståelig, finns oro för att omfördelningen i praktiken endast kommer att innebära en omfördelning inom de utbildande enheternas budgetar – att de sjukhus och kliniker som har anställda ST-läkare inte kommer att tilldelas ytterligare resurser. Ersättningsförslaget kritiserades också av både privata och offentligt drivna vårdgivare för att det inte tar hänsyn till det produktionsbortfall som uppstår när mottagande kliniker i vårdval tar emot sidotjänstgörande ST-läkare.

Man menar vidare att nyckeln till att lösa problemet ligger i att hitta en ersättningsmodell för ST-utbildningen, men att varken landstinget, sjukhusen eller de privata vårdgivarna är beredda att tillföra ytterligare pengar. Att frågan om ersättning för ST i avtalen med vårdvalsaktörerna, inte fanns med från början, anser man har gjort förhandlingsläget svårare.

Västra Götalandsregionen

I Västra Götaland har man infört vårdval inom primärvården och viss rehabiliteringsverksamhet, men inte i den specialiserade vården. Vissa vårdområden har dock koncentrerats till särskilda sjukhus. Detta innebär att ST-läkarna inom dessa specialiteter i större utsträckning än tidigare behöver rotera mellan sjukhus och utbildande enheter för att lära sig olika ingrepp och för att möta olika patientgrupper.

Ur denna aspekt är det intressant att studera Västra Götaland, eftersom vi här får ett exempel på hur ST-tjänstgöringen påverkas när vården omorganiseras och separeras men regionen ändå kvarstår som beställare och utförare⁴⁸ av sjukvården. Inom till exempel anestesi och intensivvård får ST-läkarna ganska tidigt i sin tjänstgöring, och under relativt lång tid, tjänstgöra på andra sjukhus än det där de har sin huvudplacering.

När det gäller vårdvalet inom primärvården inkluderades utbildningsuppdraget tydligt redan när vårdvalet infördes. I samband med vårdvalets införande tillsattes en tjänst med ansvar för ST-frågor på beställarsidan, och tillsattes med en specialist i allmänmedicin med erfarenhet av studierektorsuppdrag. Efter initiativ från studierektorsgruppen ”dammsögs alla förvaltningar och vårdcentraler på ST-pengar” och de resurser som fanns kopplade till ST plockades upp centralt för att inte försvinna ut i vårdvalet.

Regiongemensam produktionsstyrning

Våren 2010 fattade hälso- och sjukvårdsutskottet beslut om att tillsätta en utredning för regionens framtida hälso- och sjukvård. I oktober 2012 beslutade regionstyrelsen att fortsätta arbetet. Detta har mynnat ut i begreppet ”Regiongemensam produktionsstyrning”, vilket innebär en koncentration av viss typ av vård till vissa platser/sjukhus. Begreppet produktionsplanering används ibland mer eller mindre synonymt med produktionsstyrning.

⁴⁸ Det finns privata vårdgivare även i Västra Götaland.

Redan innan arbetet med produktionsstyrning påbörjades har viss sjukvård koncentrerats till vissa platser i VGR. Till exempel beslutades det vid årsskiftet 2004-2005 att huvuddelen av den ortopediska vården skulle lokaliseras till Mölndals sjukhus.⁴⁹

Enligt tjänstemän inom VGR var det den nya regiondirektören som tog initiativ till den regiongemensamma produktionsstyrningen. Motivet till regiongemensam produktionsstyrning var att ta ett helhetsgrepp om hela regionens sjukvårdsresurser för att använda dessa på bästa sätt och därigenom leverera en mer jämlik och kvalitetsmässigt bättre vård till regionens invånare.

I intervjuer med fackliga representanter och tjänstemän på VGR framgår att initiativet till regiongemensam produktionsstyrning till stor del har legat inom tjänstemannaorganisationen, och det har inte varit ett politiskt drivet beslut. Man har varit mån om att få med sjukhusledningarna och sjukvårdsförvaltningarna i arbetet med produktionsstyrning. Exempelvis har rapporten ”Regiongemensam produktionsstyrning” tagits fram av en arbetsgrupp bestående av representanter från ledningarna för de större och mindre sjukhusen i regionen, primärvården, hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli och regionkansliet. I rapporten föreslås att vissa typer av vård/vissa diagnoser ska koncentreras till vissa sjukhus. Några exempel är att obesitasoperationer koncentreras till Sahlgrenska sjukhuset och Skaraborgs sjukhus Skövde, axelprotesoperationer koncentreras till Mölndals sjukhus, ventrikeltumöroperationer koncentreras till Sahlgrenska sjukhuset och att kataraktoperationer koncentreras till Skaraborgs sjukhus Skövde, Uddevalla sjukhus och Södra Älvsborgs sjukhus Borås samt till en högvolymsenhet i Göteborg (som ska vara skild från Mölndals sjukhus).

De flesta förändringar planeras påbörjas under 2016. Regionkansliet framhåller att arbetet med regiongemensam produktionsstyrning fortfarande pågår och att man fortfarande har frågor att lösa. Fackliga företrädare i VGR vittnar om att man i regionen har gått långsammare fram i arbetet med att omorganisera vården än vad man har gjort i Stockholm.

Specialiteten anestesi och intensivvård

Sahlgrenska universitetssjukhuset i VGR består av tre sjukhus, Sahlgrenska sjukhuset, Mölndals sjukhus och Östra sjukhuset, där varje sjukhus har sin egen ANOPIVA-klinik. Från början var varje sjukhus ett komplett sjukhus, men de har omorganiserats och hanterar idag delvis olika diagnoser. De som vi har talat med säger att denna utveckling började redan för 10-15 år sedan men har intensifierats de senaste åren. För att ST-läkarna i anestesi ska kunna inhämta de moment som krävs för att bli färdig specialist har man utvecklat ett roteringssystem mellan de tre sjukhusen. Man tar även emot ST-läkare i anestesi från andra sjukhus i regionen och från andra delar av landet.

Varje sjukhus rekryterar sina egna ST-läkare i anestesi, men anställningen ligger formellt hos Sahlgrenska universitetssjukhuset. ST-läkarna börjar med ett basblock på cirka 12-15 månader på det egna sjukhuset. Därefter har ST-läkarna sidotjänstgöring på de andra sjukhusen. Exempelvis tar man på Sahlgrenska sjukhuset emot ST-läkarna från Mölndals sjukhus och Östra sjukhuset på en cirka 18 månader lång sidotjänstgöring. Vidare har ST-läkarna från Sahlgrenska

⁴⁹ Socialstyrelsen. *Verksamhetsinsyn av ortopedisk verksamhet vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Mölndal.*

och Östra sidotjänstgöring inom ortopedi på Mölndals sjukhus, eftersom ortopedin i regionen är koncentrerad till Mölndal. De tre sjukhusen har ett gemensamt rotationsschema för dessa sidotjänstgöringar.

Rotationsschema sköts på studierektorsnivå. Studierektorerna i anesthesi på Sahlgrenska, Östra och Mölndal träffas ibland för att se över sina scheman. Man uppger att det i första hand har varit besvärligt att få till sidotjänstgöringar inom thorax och barnanestesi. I VGR har man också en studierektorsgrupp, ST Väst, med studierektorer från alla sjukhus i VGR och även från sjukhus i Halland. Syftet med ST Väst är inte att diskutera rotationsschema och sidotjänstgöringar, utan att hålla föreläsningar för ST-läkarna i anesthesi och fungera som ett forum för att underlätta samarbetet mellan de olika sjukhusen.

På anestesikliniken på Sahlgrenska sjukhuset har man i första hand märkt av processen där vården koncentreras genom att fler ST-läkare vill komma till Sahlgrenska sjukhuset samt att man förut inte behövde sidotjänstgöringen i ortopedi, eftersom ortopedi fanns på Sahlgrenska sjukhuset. Man säger också att jourbördan inom specialiteten har ökat. Man anser inte att regionledningen i har tagit med utbildningsaspekten när vården har omorganiserats.

I VGR betalar hemmakliniken ST-läkarens lön under de tre första månaderna av en sidotjänstgöring. De nästkommande tre månaderna är halva lönen finansierad av hemmakliniken och halva av den mottagande kliniken. Resterande tid av en sidotjänstgöring betalar den mottagande kliniken lönen.

Utbildnings- och forskningsfrågor

Tjänstemän på regionkansliet framhåller att forsknings- och utbildningsfrågorna är viktiga, men att det inte är klart hur detta ska ordnas i en förändrad organisation – man ser framför sig att den framtida organisationen kommer att ställa ökade krav på att vårdpersonal, till exempel ST-läkare, i högre utsträckning än tidigare kommer att behöva flytta runt. Forskning och utbildning nämns på ett flertal platser i slutrapporten för Regiongemensam produktionsstyrning. Det står bland annat att utbildningsuppdraget, däribland utbildning av ST-läkare, behöver säkerställas för var och en av de åtgärder/diagnoser som förslaget omfattar.⁵⁰ Hur detta blir i praktiken återstår att se.

När det gäller ST säger regionkansliet att man har haft med sig utbildningsfrågan från början i arbetet med produktionsstyrning, och att man inser att denna fråga är central. Man säger också att det i nuläget (november 2014) inte finns någon lösning på hur utbildningen ska integreras i produktionsstyrningen. I regionen pågår en utredning om ST-styrning och finansiering på uppdrag av koncernledningen för hälso- och sjukvård, som bland annat har till syfte att utarbeta principer för finansiering och styrning av ST samt förslag på struktur för den framtida studierektorsorganisationen.

⁵⁰ Västra Götalandsregionen. *Regiongemensam produktionsstyrning – mer och bättre vård med mer gemensam styrning*, s 20.

Övergripande studierektorer inom VGR anser att man i dagsläget (november 2014) primärt inte har tagit hänsyn till utbildningsfrågorna vid koncentration av vård.

På Sahlgrenska Universitetssjukhuset menar ansvariga för ST-utbildningen att det ännu inte finns en fullt utarbetad struktur för att möta effekterna av koncentrerad vård. Man framhåller att man har fått problem inom flera specialiteter, framförallt de kirurgiska, där möjlighet till praktisk kunskapsinhämtning inom vanliga diagnoser har försvårats eller saknas nästan helt. En del specialiteter har börjat förlägga tjänstgöringsperioder på öppenvårdsplaceringar utanför sjukhuset och andra sjukhus i regionen där måluppfyllnaden kan tillgodoses.

Bland övergripande studierektorer på övriga sjukhus i VGR är den allmänna uppfattningen att man har kunnat anpassa tjänsternas planering efter var olika moment i utbildningen tillgodoses. Ett problem är dock att det bildas kö till en del placeringar.

Fackliga företrädare pekar på att vårdens omstrukturering/produktionsstyrning kommer att innebära ett ökat resande för vårdpersonal, däribland ST-läkare, för tjänstgöring på olika sjukhus. Man framhåller också att ST-läkares tjänstgöring på flera olika sjukhus ställer krav på struktur, samordning, handledarskap och en tydlig målbeskrivning, med mera.

Västra Götaland som jämförelseobjekt

VGR skiljer sig alltså från Skåne och Stockholm genom att man inte har infört vårdval i den specialiserade vården. I VGR genomgår sjukvården däremot, liksom i Skåne och Stockholm, en omstrukturering där den fragmenteras och koncentreras till vissa platser.

Vi ser att i såväl VGR, Skåne som Stockholm ställs krav på ökad samordning kring ST-utbildningen när vården fragmenteras. Det behövs samordning kring att säkerställa att ST-läkaren får del av alla utbildningsmoment som krävs för att bli färdig specialist, vilket bland annat ställer krav på koordinering av sidotjänstgöring. När ST-utbildningen är uppdelad på olika vårdenheter väcks också frågor om system för att säkerställa utbildningskvaliteten på de olika enheterna och att ST-läkarens kompetensutveckling ska kunna följas.

I VGR har man lyckats ordna ett fungerande system för utbildning av ST-läkare i specialiteten anesthesi och intensivvård mellan Sahlgrenska sjukhuset, Mölndals sjukhus och Östra sjukhuset, där ST-läkarna för att få en komplett utbildning roterar mellan de tre sjukhusen. I Stockholm och Skåne har vi inte sett liknande exempel på samarbete kring ST-utbildningen. Ett par tänkbara förklaringar till att man inom anesthesi i VGR har lyckats få till ett fungerande system är att Sahlgrenska, Mölndal och Östra – även om de är individuella sjukhus – tillhör Sahlgrenska universitetssjukhuset. Att ha samma uppdragsgivare bidrar troligtvis till en strävan att ta gemensamt ansvar. En annan tänkbar förklaring är att VGR tycks ha gått långsammare fram än Stockholm och Skåne när det gäller att separera vården, varför man har hunnit anpassa utbildningen och bygga upp system för samordning.

Allmänmedicin som jämförelseobjekt

Vårdval i primärvården blev obligatoriskt i hela landet år 2010. Vissa landsting införde vårdval tidigare, till exempel har Stockholms läns landsting haft vårdval sedan 2008.

Vår samlade tolkning är att man inte stöter på samma typer av problem för ST i allmänmedicin som man har gjort inom andra specialiteter när vårdval har införts. Därmed inte sagt att allmänmedicin är problemfritt, specialiteten har en stor bemanningsbrist och tidigare rapporter från Läkarförbundet visar att det utbildas för få ST-läkare i allmänmedicin.⁵¹

Studierektorer i allmänmedicin vittnar om att ST-utbildningen i vårdval har utmaningar, vilka till största delen tycks handla om att ordna ett tillräckligt antal sidotjänstgöringar. En del sidotjänstgöringar har alltid varit svåra att ordna, men man upplever att dessa har blivit svårare att få till både som en konsekvens av att vården har separerats/koncentrerats och som en konsekvens av att vårdval har införts i andra specialiteter.⁵² Risken finns också att det i framtiden blir svårare att ordna sidotjänstgöringar för ST-läkarna i allmänmedicin.⁵³

En faktor som har underlättat för allmänmedicin jämfört med de somatiska specialiteterna är att allmänmedicin som regel har en högre central finansiering från landstinget/regionen och att finansieringsreglerna är tydligare. I SLL ligger det centrala bidraget på 46 667 kr/månad⁵⁴ (gäller för 2013) och i Skåne på 39 583 kr/månad⁵⁵ (siffran beräknas motsvara 75 procent av en genomsnittlig ST-läkarlön). Den centrala ersättningen är både i Stockholm och Skåne densamma under tjänstgöring på hemmaenheten och under sidotjänstgöringar. Ersättningsreglerna är också lika för privata och landstingsdrivna vårdcentraler. I SLL hade ST-läkarna en hög central lönefinansiering redan innan vårdval.⁵⁶

I Stockholm ligger det centrala utbildningsbidraget per ST-tjänst inom den specialiserade vården på 18 500 kr/månad och i Skåne på 28 000 kr/månad.⁵⁷

⁵¹ Se Pettersson och Reinbrand. *System och strategier för att öka antalet ST-läkare i allmänmedicin*; och Pettersson, *Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning*.

⁵² Detta framgår av svaren från den enkät som skickades till de studierektorer som var anmälda till Läkarförbundets studierektorskonferens den 26 mars 2014. Enligt enkätsvaren från studierektorerna i allmänmedicin framhålls även synpunkten att privata enheter inom primärvården i mindre utsträckning än landstingsdrivna deltar i utbildningen av ST-läkare. En annan synpunkt som framförs är att det är tack vare privata enheter som man kan ta emot ST-läkare i allmänmedicin på vissa platser.

⁵³ I sammanhanget kan nämnas att en vårdvalsaktör i allergologi i Stockholm vittnar om att de inte tar emot ST-läkare i allmänmedicin för sidoplacering i samma utsträckning som innan vårdval, eftersom det innebär minskad produktion och därmed minskad intäkt. På hudkliniken på SUS i Skåne säger man att man på grund av ett kompetenstapp som beror på vårdval inte kan ta emot lika många ST-läkare i allmänmedicin på sidotjänstgöring.

⁵⁴ Pettersson och Reinbrand. *System och strategier för att öka antalet ST-läkare i allmänmedicin*, s 21.

⁵⁵ 475 000 kr/år. Uppgift från 2014. Koncernkontoret, Region Skåne.

⁵⁶ Intervju med studierektor för ST-läkare i Stockholms läns landsting, 2014.

⁵⁷ Det kan i sammanhanget påpekas att löneersättning i Stockholm utgick till cirka hälften av ST-tjänsterna i den somatiska specialistvården. Se Stockholms läns landsting. *Samordning och styrning av läkares specialiseringstjänstgöring*.

Skillnaden i bidragsstorlek motiveras i Skåne av att en stor del av tjänstgöringen för ST-läkaren i allmänmedicin sker utanför vårdcentralen.⁵⁸ I ett par landsting har införandet av vårdvalet gjort att man tagit beslut om att höja det centrala utbildningsbidraget för ST-läkare i allmänmedicin, eftersom detta antagits öka incitamenten för vårdcentraler oavsett driftsform att ta emot ST.⁵⁹

Inom allmänmedicin deltar de privata vårdcentralerna i ST-utbildningen på likvärdiga villkor som de landstingsdrivna vårdcentralerna. Förutom att utbildningsbidraget är detsamma gäller också samma villkor beträffande att både privata och landstingsdrivna vårdcentraler ser ST-läkaren som ett sätt att säkra sitt framtida rekryteringsbehov. Detta är en skillnad jämfört med den somatiska vården, där de landstingsdrivna klinikerna vittnar om att de i dagens system i praktiken inte bara utbildar för sitt eget framtida behov, utan även utbildar specialister som sen börjar arbeta på privata vårdvalsenheter.

Det höga centrala utbildningsbidraget för ST-läkare i allmänmedicin har sannolikt bidragit till att både privata och landstingsdrivna vårdvalsenheter i primärvården kunnat anställa och ta huvudansvaret för ST-läkare i allmänmedicin. Den höga ersättningen förklarar dock inte fullt ut varför svårigheten att ordna sidotjänstgöringar har blivit i större i andra specialiteter än i allmänmedicin. I dagens ersättningssystem i Stockholm betalar hemmakliniken full lön för ST-läkaren under sidotjänstgöringens tre första månader. Detta gäller även allmänmedicin. Trots detta tycks problemet att ordna sidoplaceringar ha blivit större inom vissa av de somatiska specialiteterna.

En annan faktor som gjort det lättare att lösa utbildningsfrågan inom allmänmedicin är att primärvårdens vårdstruktur är densamma före som efter vårdval. En vårdcentral har samma typ av verksamhet innan vårdvalet infördes som efter. Detta står i kontrast till exempelvis ÖNH-kliniker och ortopedikliniker, där vårdstrukturen har förändrats genom att verksamheten har delats upp i öppen- och slutenvård. I vissa fall utför klinikerna inte längre öppenvård (till exempel ÖNH-kliniken på KS), vilket har gjort att det har uppstått ett behov av att skicka ST-läkarna på sidotjänstgöringar på öppenvårdsenheter. Inom allmänmedicin har denna typ av behov inte uppstått.

Ytterligare en faktor som kan ha bidragit till att sidotjänstgöringsfrågan inte har blivit ett lika stort problem inom allmänmedicin är att allmänmedicin inte är en opererande specialitet. En ST-läkare i allmänmedicin kan i större utsträckning vara med under den färdiga specialistens undersökning utan att denna behöver gå ner i produktionstakt. Skillnaden är stor mot när exempelvis en ST-läkare i ÖNH gör en sidoplacering för att lära sig basala kirurgiska ingrepp.

En annan aspekt som har nämnts är att man inom allmänmedicin schemalägger och planerar sin ST på annat sätt än inom sjukhusspecialiteter. Även om det också inom allmänmedicin till stora delar saknas strukturerade former för planering, dimensionering och analys av behovet av ST-tjänster, är samordningen större än inom den somatiska specialistvården. Det finns till exempel centralt finansierade studierektorer med överblick och samordningsuppdrag.

⁵⁸ Region Skåne. *Region Skånes riktlinjer för ST-utbildning*. Bilaga 6.

⁵⁹ Enkät som skickades till de studierektorer som deltog på/var anmälda till Läkarförbundets studierektorskonferens den 26 mars 2014.

Vår slutsats är att det inte per automatik går att överföra lösningarna från allmänmedicin till ST-utbildningarna inom de somatiska specialiteterna. Allmänmedicin skiljer sig från de somatiska specialiteterna på flera punkter. Uppdraget för vårdgivare inom primärvård är detsamma före som efter vårdval, medan vården har delats upp i vissa av de somatiska specialiteterna. Vidare är allmänmedicin inte en opererande specialitet och man har en annan tradition av samordning kring sina sidoplaceringar. Varje specialitet har alltså sina unika förutsättningar och bör i planerandet av ST-utbildningen behandlas därefter.

Resultat och nyckelfaktorer

I Stockholms läns landsting och Region Skåne är det tydligt att förutsättningarna för ST har påverkats av vårdvalet liksom av andra pågående processer där olika verksamheter separeras eller koncentreras. Det är däremot för tidigt att säga om och i så fall hur de vårdval som har införts under 2014 i Landstinget i Uppsala län, Region Halland, Landstinget i Jönköpings län och Landstinget Kronoberg kan komma att påverka förutsättningarna för ST. I Västra Götalandsregionen påverkas förutsättningarna för ST tydligt av att olika verksamheter separeras och koncentreras till olika enheter.

Vår undersökning visar att den tydligaste effekten av dessa förändringar är att behovet av sidotjänstgöringar ökar och att en minskande del av specialiseringstjänstgöringen kan göras på huvudansvarig enhet. Specialiseringstjänstgöringen riskerar därmed att bli kostsam för den ansvariga enheten, som ofta står för en stor del av ST-läkarens lön under sidotjänstgöringarna. Om sidotjänstgöringarna sker på olika orter riskerar också ST-läkaren att drabbas av ökade kostnader.

Flertalet vi intervjuat eller som svarat på enkäterna anser att finansieringen av ST-utbildningen är en viktig fråga att beakta när vårdval införs eller olika verksamheter separeras eller koncentreras. Med det finns stora diskrepanser i synen på hur kostnaderna för ST-tjänstgöringen ser ut och vad som är en rimlig ersättningsnivå för deltagande enheter. Vår undersökning visar dock på en stor samsyn kring det ökade behovet av sidotjänstgöringar och kring behovet av tydliga samarbetsformer mellan olika aktörer och nivåer i ST-frågorna. En försvårande omständighet är att vårdvalens ersättningssystem i huvudsak baseras på ersättning för enskilda prestationer i form av besök eller åtgärder. Vårdgivare kan uppfatta det som olönsamt att emot sidotjänstgörande ST-läkare om det resulterar i produktionsbortfall och därmed bortfall av intäkt.

Undersökningen visar att det krävs ett aktivt arbete för att följa ST-läkarens kompetensutveckling och att säkra utbildningskvaliteten hos de deltagande enheterna. Frågan om ansvar för kompetensförsörjning och dimensionering av ST-utbildning aktualiseras också när antalet enheter som bedriver sjukvård utan att delta i ST-utbildningen ökar.

Utifrån dessa resultat har vi identifierat tre nyckelfaktorer för att säkra förutsättningarna för specialiseringstjänstgöring av hög kvalitet i de förändringsprocesser som pågår. Det är ansvaret för dimensionering och finansiering, behovet av organisation och samordning samt system för kvalitetssäkring.

Dimensionering och finansiering

Traditionellt har dimensionering av läkares specialiseringstjänstgöring skett lokalt, på sjukhusnivå eller till och med på kliniknivå. Man har på de flesta håll anställt ST-läkare i den utsträckning som krävts för att försörja den egna enheten med specialister.

De förändringar vi beskriver innebär i många fall att de enheter som traditionellt har haft huvudansvaret för utbildning av ST-läkare nu ansvarar för en mindre andel av sjukvården inom sin specialitet. I Stockholm har till exempel mycket av öppenvården och dagkirurgin i ett antal specialiteter flyttat från akutsjukhusen till mindre aktörer, ofta i privat regi, och i Västra Götalandsregionen och i Region Skåne pågår förändringsprocesser där sjukhusens uppdrag smalnar av och många typer av utredningar och behandlingar koncentreras till ett eller några få sjukhus i regionen.

Att sjukvårdsuppdraget smalnas av gör att färre kliniker kan erbjuda merparten av innehållet i en specialiseringstjänstgöring vid den egna kliniken och det egna sjukhuset. Det väcker också frågan om på vilken nivå ansvaret för dimensionering av ST-utbildningen bör ligga.

I vissa fall är det ganska tydligt att det även fortsatt är de större sjukhusen som är den naturligaste utgångspunkten för ST-tjänstgöringen, trots att delar av vårduppdraget flyttar ut till mindre aktörer. Detta kan innebära att sjukhusen bör utbilda specialister för att täcka även de andra vårdgivarnas framtida behov av specialister, och att sjukhusen och de mindre vårdgivarna behöver samverka kring sidotjänstgöringar och andra utbildningsmoment för att skapa en heltäckande ST-tjänstgöring. I andra fall handlar förändringarna snarare om att vissa typer av utredningar och behandlingar koncentreras till ett eller ett fåtal sjukhus i en region, medan andra typer av sjukvård inom specialiteten finns på flera sjukhus. Frågan om ansvarsfördelning mellan olika enheter är då mindre självklar.

Oavsett om de större sjukhusen ges ett tydligare ansvar för hela regionens eller landstingets kompetensförsörjning eller om de mindre sjukhusen fortsätter att ansvara för rekrytering och anställning av egna ST-läkare behövs dock en samsyn i frågan om dimensionering och finansiering av ST-utbildningen och ett ökat samarbete mellan de olika enheterna/sjukhusen och centrala nivåer.

Vi har svårt att se någon annan lösning än att det övergripande och långsiktiga ansvaret för sjukvårdens kompetensförsörjning måste hanteras på central nivå i varje landsting eller region. För mindre specialiteter behövs ofta samordning även över landstingsgränserna.

Det är på landstingens centrala nivåer som man har möjlighet att utveckla prognoser för framtida behov och få en helhetsbild av tillgången på specialister och ST-läkare. Därför bör det övergripande ansvaret för dimensioneringen av ST-utbildningen inom olika specialiteter i högre grad än tidigare ligga på centrala förvaltningar. Arbetet bör emellertid alltid ske i nära dialog med mer verksamhetsnära företrädare. Det är också på dessa nivåer som besluten om sjukvårdsuppdrag och resursallokering fattas. Vi ser ett tydligt behov av att utbildningsuppdraget och dess nära koppling till sjukvårdsuppdraget synliggörs i de beställningar som görs från de centrala förvaltningarna. Eventuella kostnader som utbildningsuppdrag kan medföra måste inkluderas i budgetprocesserna.

I de flesta landsting förekommer någon form av centralt bidrag till de kliniker som har ST-läkare anställda, men det täcker som regel endast en del av klinikens lönekostnader för ST-

läkarna. Å andra sidan utgör ST-läkarna i allmänhet en värdefull arbetskraft på kliniken, och det har därför på många håll ansetts rimligt att merparten av ST-läkarens lön bekostas med ordinarie löne-medel. När ST-läkarna måste ut på sidotjänstgöringar i större utsträckning än tidigare ökar dock kostnaden för hemmakliniken, som oftast betalar stora delar av ST-läkarens lön även under sidotjänstgöring. Hemmakliniken måste också täcka upp för den förlorade arbetsinsats som ST-läkarens tillfälliga frånvaro innebär. De schablonmodeller som finns för vilken klinik som ska betala lönekostnaderna vid sidotjänstgöringar ifrågasätts av många aktörer som inte anser att de motsvarar kostnaden eller förtjänsten för den mottagande enheten.

Vår undersökning visar att kostnaden för ST, framför allt i form av lönekostnader under sidotjänstgöringar, i ökande grad uppfattas som ett problem för hemmakliniken. Den synbart enkla lösningen på problemet är en ökad central finansiering av ST-läkarnas löner. Inom allmänmedicin står centrala nivåer i de flesta landsting för mellan 70 och 100 procent av lönekostnaden för ST-läkarna.⁶⁰ Inom allmänmedicin har argumentet för en stor central finansiering varit just specialitetens många sidoplaceringar. Liknande lösningar diskuteras även för "sjukhusspecialiteterna" i till exempel Stockholms läns landsting.

Det som är mindre enkelt är naturligtvis varifrån dessa ökade medel ska tas. Risken är stor att man enbart gör en kosmetisk omfördelning av resurser, så att klinikerna inledningsvis får samma summa som tidigare men med en annan etikett på. På sikt bör dock en större andel öronmärkta löne-medel för ST-läkarna underlätta samarbetet kring ST.

Organisation och samordning

De förändringar som har beskrivits i denna rapport leder till ett ökat behov av organisation och samordning av ST-tjänstgöringen – på och mellan olika nivåer.

Behovet av centralt ansvarstagande för dimensionering och finansiering som pekas ut ovan innebär i sig att det behövs en organisation för att hantera ST-frågorna. Ett sådant centralt arbete måste dock ske i nära dialog med de som ansvarar för ST-utbildningens genomförande.

Olika typer av nätverk och former för samverkan mellan studierektorer och mellan verksamhetschefer finns redan, ofta både för samverkan inom specialiteten i ett större geografiskt område och för samverkan mellan specialiteterna på det egna sjukhuset eller något annat mer avgränsat område. Dessa mer eller mindre informella organisationer har dock varierande uppdrag, mandat och resurser. Förutsättningar och organisation ser olika ut i olika landsting och på olika sjukhus, men på ett eller annat sätt bör man hitta även formella kopplingar och samverkansformer mellan de olika delar och nivåerna av organisationerna som är viktiga för att skapa goda förutsättningar för specialiseringstjänstgöringen.

Vi ser att många studierektorer, handledare och ST-läkare lägger ner väldigt mycket tid på att hitta sidotjänstgöringar för enskilda ST-läkare och komma överens om datum och ersättningsnivåer för dessa. Rimligtvis skulle detta arbete underlättas av tydligare samverkansformer och uttalade uppdrag om att samverka kring ST-frågorna. I de fall där det

⁶⁰ Pettersson och Reinbrand. *System och strategier för att öka antalet ST-läkare i allmänmedicin*, s 20-21.

finns tydliga överenskommelser om samverkan mellan olika enheter och sjukhus ser vi dels att administrationen kring sidotjänstgöringar är mindre tidskrävande, dels att den till stor del kan skötas av administrativ personal istället för av specialistkompetenta läkare med ledningsuppdrag.

Det finns också goda exempel på samarbeten mellan olika aktörer kring ST-frågor. Enligt de vi har intervjuat bygger detta ofta på en kollegial gemenskap som inkluderar en känsla av gemensamt ansvar för utbildningen av specialister inom den egna specialiteten eller på det egna sjukhuset. I många fall är det tidigare kollegor som nu befinner sig i andra verksamheter eller så känner man varandra mer eller mindre väl från andra sammanhang. Många gånger upplever man även en ömsesidig nytta av samverkan kring ST-frågorna. Den kollegiala gemenskapen har dock sina begränsningar. Ibland är det ekonomiska realiteter som gör att det inte går att komma överens, ibland en mer allmän upplevelse av bristande proportionalitet eller ömsesidighet i samarbetet.

Att så mycket av samordningen kring sidotjänstgöringen bygger på informella kontakter gör det också svårare för de aktörer som befinner sig längre bort från de stora sjukhusen och dess kliniker att "komma till". Exempelvis kan det vara svårare för ST-läkare i allmänmedicin att få komma in på sjukhusen för sidotjänstgöringar då ST-läkare inom andra specialiteter på samma sjukhus går före.

Vidare upplever ofta små privata aktörer som är intresserade av att delta i utbildningssammanhang att det inte finns någon intresserad motpart inom landstinget/regionen. En privat vårdvalsaktör i Stockholm vittnar om att de upprepade gånger har försökt hitta en ansvarig på landstinget för att påbörja en diskussion kring att ta emot en ST-läkare. Trots att vårdgivaren har gått via sin avtalshandläggare hänvisas de vidare till personer som inte svarar.

Representanter för små privata vårdgivare menar också att landstingen och regionerna många gånger inte tar till vara de resurser som finns inom det egna landstinget. Små privata vårdgivare blir i regel inte tillfrågade kring deras möjligheter att bidra till utbildning, varför det är sannolikt att landstingen missar privata enheter som skulle kunna bidra. Med en samordnad struktur skulle landstingen kunna få en bättre bild av vilka resurser som finns att tillgå för utbildning. Privata vårdgivare efterfrågar även långsiktighet i avtalen för att kunna ta emot ST-läkare. Inte minst för att kunna göra nödvändiga investeringar i lokaler och utrustning men också för att långsiktigt planera verksamheten och bemanning.

Vi ser att ett mer strukturerat system kring sidotjänstgöring efterfrågas av såväl studierektorer som privata vårdgivare. Sådan samordning bör dock utformas utifrån lokala förutsättningar och i nära dialog med de som ansvarar för ST-utbildningens genomförande. Vi tror att det är viktigt att man bygger på det kollegiala samarbete som redan finns men det behövs också tydligare arenor och formella samarbetsformer mellan de aktörer och nivåer som berörs. Det krävs också att någon har det övergripande ansvaret och mandatet att säkra att förutsättningarna för läkarnas ST är tillräckligt goda.

Vi ser också att det behövs beställarkompetens för FOUU-frågor hos landstingen och regionerna. Grundläggande bör här vara att det finns en motpart inom tjänstemannaorganisationen dit vårdgivare som vill delta i ST-utbildning kan vända sig. Vi efterfrågar också såväl medicinsk som pedagogisk kompetens inom den del av landstingens förvaltning som handhar och ansvarar för ST-frågorna. Detta finns i organisationen kring ST-

utbildningen i allmänmedicin i Stockholms läns landsting och i Västra Götalandsregionen och uppfattas där som en framgångsfaktor.

Kvalitetssäkring

I en förändrad hälso- och sjukvårdsorganisation, där utbildningen fragmenteras och sprids ut på fler utbildande enheter, kan det krävas nya sätt att tänka och handla för att specialitetstjänstgöringens utbildningskvalitet ska säkras. Att tidigt i en förändringsprocess lyfta fram utbildningsfrågan är i sig en form av kvalitetssäkring – man minimerar risken att bygga in fel som senare blir svåra att åtgärda.

Specialiseringstjänstgöringen ska pågå i minst fem år om den genomförs på heltid. Det framgår av Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) och av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring (SOSFS 2008:17). Om ST-läkarna under sin tjänstgöring, i högre utsträckning än vad som har varit fallet, ska rotera mellan flera olika utbildande enheter; mellan slutenvård och öppenvård eller mellan offentliga och privata utförare riskerar det att bli otydligare vem som ansvarar för tjänstgöringen och utbildningens kvalitet kan försämrans. Det blir då ännu viktigare att förtydliga ansvarsförhållandena under ST. Det kan exempelvis röra sig om vem som ansvarar för att utbildningsmiljön under en läkares hela ST är sådan att Socialstyrelsens krav går att uppfylla. Ansvarsfördelningen mellan de olika aktörerna som är delaktiga i en läkares ST kan också behöva förtydligas. Det gäller exempelvis att klargöra ansvarsförhållandet mellan verksamhetschefen vid den klinik där ST-läkaren har sin anställning, verksamhetscheferna där ST-läkaren genomför sina sidotjänstgöringar, ST-läkarens studierektor, samt ST-läkarens handledare.

Samverkan mellan olika utbildningsaktörer och utbildningsansvariga är nödvändig för att målbeskrivningens krav för den enskilde ST-läkaren ska kunna uppfyllas. Alldeles oavsett om det gäller införandet av hälsoval som i Region Skåne, regiongemensam produktionsstyrning i Västra Götalandsregionen eller införandet av vårdval i Stockholm, för att nämna några exempel, tarvar förändringarna att samverkan ses över. Den behöver utvecklas, förbättras och eventuellt finna nya vägar. Kvaliteten för hela ST ska säkras; det är elementärt att samtliga delmål i läkarnas ST som leder fram till specialistkompetens ges en kvalitetsstämpel. Uppdragsgivare, i form av landsting eller regioner, behöver utveckla kanaler och arenor för samverkan med privata och offentliga utbildningsinrättningar, samt för att stötta dem i deras gemensamma arbete med att kvalitetssäkra ST.

Att kvaliteten på läkarnas ST kontrolleras och följs upp är väsentligt. Socialstyrelsens gällande författning (SOSFS 2008:17) ställer krav på regelbundna externa inspektioner av verksamheter med specialiseringstjänstgöring. Med stor sannolikhet kommer även en ny ST-föreskrift, som träder i kraft våren 2015, att innehålla krav på uppföljning och kontroll. Att genomföra en ST innebär att dels vara en yrkesarbetande läkare med produktionskrav på sig, dels att genomgå en specialistutbildning som syftar till att bli specialistläkare. I Socialstyrelsens föreskrifter heter det att det är en specialiseringstjänstgöring och inte en specialiseringsutbildning. Kliniska tjänstgöringar under handledning och kurser ska varvas och kombineras med att producera patientsäker hälso- och sjukvård till medborgarna.

Att relationen mellan produktion och utbildning kan vara ett konfliktområde, framhålls bland annat av Socialstyrelsen i rapporten ”ST i teori och praktik”.⁶¹ Socialstyrelsen konstaterar att kraven på vårdproduktion genomgående beskrivs som det största hindret för att möjliggöra en god kvalitet i specialiseringstjänstgöringen. Myndigheten konstaterar också att ”i en pressad arbetssituation får det långsiktiga arbetet med ST ofta en lägre prioritet”.⁶² Behovet av uppföljning och kontroll av ST lär inte vara mindre med en mer differentierad hälso- och sjukvårdsstruktur som ska rymma de femåriga sammanhållna ST-utbildningarna.

Socialstyrelsens författning reglerar hur och på vilket sätt ST ska genomföras och det betonas att det är en målstyrd utbildning. De pågående förändringsprocesserna i sjukvården, som exempelvis nivåstrukturering och vårdval, sker emellertid utan hänsyn till ST-regelverket. När utbildningen av ST-läkare fragmenteras och sprids ut på upp på fler verksamheter ställer det nya krav på exempelvis studierektorns roll och mandat, på uppföljning och kontroll av ST. Socialstyrelsens författning ger emellertid ingen närmare vägledning om hur studierektorns eller verksamhetschefens roll i praktiken bör se ut eller anpassas till förändringarna. Vi ser därför ett behov av att Socialstyrelsen utvecklar sina regelverk och allmänna råd så att de kan ge vägledning i en sjukvårdsstruktur som snabbt förändras och därmed bidra till en mer högkvalitativ, funktionell och modern ST-utbildning.

Avslutande rekommendationer

Med nyckelfaktorerna som utgångspunkt lämnas här sju rekommendationer när det gäller utbildningsuppdraget i samband med att vårdval införs eller vården i övrigt koncentreras/separeras.

1) Tydliggör utbildnings- och forskningsuppdraget i beställningarna till sjukvården. Ett återkommande huvudproblem är att hälso- och sjukvårdens utbildningsuppdrag inte finns med som en viktig faktor när beslut om förändringar av sjukvårdens organisation och genomförande fattas. Ansvariga tjänstemän och politiker är inte alltid medvetna om vilket stort utbildningsuppdrag sjukvården egentligen har och värderar ofta andra aspekter högre. Att utbildningsuppdraget tycks glömmas bort i besluten om förändringar i sjukvården skapar inte bara en osäker situation för dagens ST-läkare utan får konsekvenser även för den framtida försörjningen av speciallistläkare.

2) Öka samordningen kring organisation, dimensionering, finansiering och av ST-tjänstgöringen. Läkares utbildning och vidareutbildning har traditionellt skötts kollegialt inom professionen. När vården fragmenteras och får olika huvudmän ser vi att utbildningsfrågorna inte längre på samma sätt kan lösas kollegor emellan. En fragmenterad sjukvård ställer krav på mer formaliserade organisationsstrukturer som säkrar dels tillgången till den sjukvård som

⁶¹ Socialstyrelsen. *ST i teori och praktik – en uppföljning av kvaliteten i läkarnas specialiseringstjänstgöring SOSFS 2008:17.*

⁶² *Ibid*, s 43.

behövs för utbildningen, dels utbildningens kvalitet på de olika enheterna och möjligheten att följa ST-läkarens kompetensutveckling. Vi ser ett tydligt behov av att ansvaret för dimensionering och finansiering lyfts, och att det sker en dialog mellan de som ansvarar för ST-utbildningen och övergripande nivåer/beställarnivån. Det är också av stor vikt att det finns ett tydligt utbildningsuppdrag som följer med vårduppdraget ut till mindre/privata aktörer där det behövs för att säkra den långsiktiga kompetensförsörjningen, och att det är tydligt för alla parter att de förväntas samverka kring utbildningsfrågor. Frågor om ersättning kopplade till utbildning bör i möjligaste mån lösas samtidigt som ersättningsnivåerna kopplade till själva sjukvårdsuppdraget.

3) Utveckla tydligare partnerskap mellan olika vårdgivare kring ST-tjänstgöringen. Det är tydligt att det i många fall behövs ett bättre utvecklat samarbete och partnerskap kring utbildningsfrågorna mellan de olika förvaltningarna och vårdgivarna i en region eller ett landsting. I många fall krävs också samarbeten över landstingsgränserna. Ansvarsfördelningen mellan olika vårdgivare kan se ut på många olika sätt, men ett utökat och formaliserat samarbete där olika enheter tillsammans tar ansvar för att skapa goda förutsättningarna för ST inom respektive specialitet är avgörande för att möta de förändringar vi ser i sjukvårdens organisation.

4) Beakta att olika specialiteter och olika landsting kräver olika lösningar. Eftersom förutsättningarna för ST-tjänstgöring ser olika ut i olika specialiteter och i olika landsting går det inte att utan vidare kopiera lösningar och koncept från en specialitet eller ett landsting till ett annat. Det går inte heller att generalisera hur inkomstgenererande eller inkomstbortfalls-skapande en ST-läkare på sidotjänstgöring är. Vi har sett att det inom en del specialiteter har varit svårare att ordna sidotjänstgöringar än inom andra. Som exempel kan nämnas att det i Stockholms läns landsting tycks vara svårare att ordna sidoplaceringar inom öron-näs- och halssjukvård och gynekologi än inom ortopedi och hudsjukvård. Dessa skillnader beror bland annat på vilken typ av sjukvård som bedrivs på den de olika enheterna, målen för sidotjänstgöringen, ersättningssystem och var i ST-utbildningen som läkaren befinner sig när sidoplacering genomförs. Omständigheter såsom samarbetsklimat och personkemi mellan hemmaklinik och mottagande enhet kan också spela roll.

5) Beakta ersättningssystemens påverkan. Det är tydligt att vårdvalets utformning och villkor har konsekvenser för utbildningen. Vi har bland annat sett att ett ersättningssystem som till stor del baseras på produktion riskerar att försämra tillgången till sidotjänstgöringsplatser. Även faktorer som att de landstingsdrivna sjukhusen får vara med i vårdval eller inte, eller att de områden som läggs ut i vårdval råkar vara centrala för ST-utbildning eller inte, påverkar utbildningens förutsättningar.

6) Beakta att en fragmentiserad vård också har betydelse för ST-läkarnas arbetsvillkor. Exempel på frågor som måste hanteras när ST-tjänstgöringen är förlagd till ett flertal olika enheter är var ST-läkarna ska ha sin anställning, hur uppföljning av kompetensutveckling ska ske, vem ST-läkaren ska löneförhandla med, etcetera. Tjänstgöring på flera orter väcker också frågor om ersättning för resor, restider och eventuellt behov av dubbelt boende. Långa perioder av boende på annan ort kräver också förutsägbarhet, så att ST-läkaren vet vad man har att vänta när man påbörjar sin tjänstgöring.

7) Utveckla författningen till ett stöd i pågående förändringsprocesser. Socialstyrelsens ST-föreskrifter och allmänna råd måste vara utformade på så vis att de kan ge vägledning för centrala utbildningsfunktioner i en sjukvårdsstruktur som snabbt förändras. När utbildningen fragmenteras och sprids ut på fler utbildande enheter krävs helt andra sätt att tänka och agera för

att kvaliteten ska säkras. Det ställer nya krav på ansvarsfördelning och roller för huvudhandledare, studierektorer och verksamhetschefer med flera.

Bilaga enkäter

Enkät till ST-studierektorer

Enkäten skickades till ST-studierektorer som deltog och/eller var anmälda till Studierektorskongressen den 26 mars 2014. Enkäten skickades den 10 april 2014 med deadline den 25 april 2014.

Vi ber dig att besvara frågorna utifrån vad du PERSONLIGEN har kännedom om, du behöver alltså inte göra någon research för att besvara frågorna.

Om du anser att vi bör ställa frågorna till någon annan person eller har frågor om enkäten ber vi dig att meddela oss på jeanette.reinbrand@sif.se.

Beskriv din studierektorsroll.

Om du har ett övergripande ansvar för en eller flera specialiteter så ska du välja det alternativet även om du också själv är studierektor för en enskild specialitet

Studierektor för en specialitet

Övergripande studierektor för en specialitet

Studierektor för fler än en specialitet

Övergripande studierektor för fler än en specialitet

Vilket landsting/region är du studierektor i?

.....

För vilken specialitet är du studierektor? Ange även den enhet/geografiska område inom ditt landsting som ditt uppdrag omfattar.

.....

För vilka specialiteter är du studierektor? För var och en av dina specialiteter, ange den enhet/geografiska område inom ditt landsting som ditt uppdrag omfattar.

.....

Har förutsättningarna för ST-läkaren att uppfylla målbeskrivningens krav inom den specialitet/de specialiteter som du är studierektor för påverkats av införandet av vårdval eller av andra privata driftsformer?

Om så är fallet, på vilket sätt?

.....

Utöver vad som nämnts om måluppfyllnad, har förutsättningarna för ST inom din specialitet/dina specialiteter påverkats av införandet av vårdval eller av andra privata driftsformer?

Om så är fallet, på vilket sätt?

.....

Vad anser du behövs för att säkra förutsättningarna för ST-tjänstgöring när vårdval införs?

.....

Har förutsättningarna för ST inom din specialitet påverkats av att den öppna och slutna vården har separerats, eller genom att olika typer av vård inom specialiteten har koncentrerats till olika ställen?

Om så är fallet, på vilket sätt?

.....

Vad anser du behövs för att säkra kvaliteten i ST när den öppna och slutna vården separeras, eller när olika typer av vård koncentreras till olika ställen?

.....

Medverkar privata vårdgivare i ST i den specialitet som du är studierektor för?

Ja
Nej
Vet ej

Medverkar privata vårdgivare i ST i någon eller några av de specialiteter som du är studierektor för?

Ja
Nej
Vet ej

Tar de privata vårdgivarna emot ST-läkare för sidotjänstgöring och/eller har de huvudansvar för ST-läkaren inom den specialitet som du är studierektor för?

Sidotjänst
Huvudansvar
Vet ej

Under vilken eller vilka avtalsformer bedriver de privata vårdgivare som medverkar i ST sin verksamhet?

Vårdval (LOV)

Vårdavtal (LOU)

Nationella taxan
(LOL)

Annat

Vet ej

Hur ser ersättningsmodellen till privata vårdgivare ut när de tar emot ST-läkare?

- Ser modellen olika ut för sidotjänstgöring respektive för huvudansvar för ST-läkare? Hur?

.....

**Hur tycker du att denna ersättningsmodell fungerar för att privata vårdgivare ska kunna ta emot ST-läkare?
Motivera.**

.....

Skiljer sig denna ersättningsmodell från hur motsvarande uppdrag ersätts till vårdgivare i landstingets regi? Hur?

.....

Här följer frågor om hur de privata vårdgivarnas medverkan ser ut inom de specialiteter som du är studierektor för.

	Specialitet	Huvudansvar/sidotjänst?			Vårdavtal			Nationella	
		Huvudansvar?	Sidotjänst?	Vet ej	(oftast enl Vårdval (LOV)?	LOU)?	taxan (LOL)?	Annat	Vet ej
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Klicka i boxen för att besvara frågor om fler specialiteter.

ytterligare specialiteter

Privata vårdgivares medverkan, ytterligare specialiteter.

	Specialitet	Huvudansvar/sidotjänst?			Avtalsform				
					Vårdavtal	Nationella			
		Huvudansvar?	Sidotjänst?	Vet ej	(LOV)?	(oftast enl LOU)?	taxan (LOL)?	Annat	Vet ej
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hur ser ersättningsmodellen till privata vårdgivare ut när de tar emot ST-läkare?

- Ser modellen olika ut för sidotjänstgöring respektive för huvudansvar för ST-läkare? Hur?

- Ser modellen olika ut för olika specialiteter? Hur?

.....

Hur tycker du att ersättningsmodellen/erna fungerar för att privata vårdgivare ska kunna ta emot ST-läkare? Motivera.

.....

Skiljer sig ersättningsmodellen/erna från hur motsvarande uppdrag ersätts till vårdgivare i landstingets regi? Hur?

.....

Möjlighet att lämna kommentarer

.....

Tack för din medverkan!

Enkät till representanter för specialitetsföreningarna

Enkäten skickades till de företrädare för specialitetsföreningarna som närvarande vid Specialitetsföreningarnas representantskap den 18 mars 2014. Enkäten skickades den 24 mars 2014 med deadline den 7 april 2014.

Vi ber dig att besvara frågorna utifrån vad du PERSONLIGEN har kännedom om, du behöver alltså inte göra någon research för att besvara frågorna.

Om du anser att vi bör ställa frågorna till någon annan person eller har frågor om enkäten ber vi dig att meddela oss på jeanette.reinbrand@slf.se.

Vilken specialitet gäller dina svar?

.....

I vilket landsting/vilken region är du verksam?

.....

Medverkar privata vårdgivare i ST inom din specialitet?

Ja

Nej

Vet ej

Inom vilket/vilka landsting?

Blekinge	<input type="checkbox"/>	Skåne	<input type="checkbox"/>
Dalarna	<input type="checkbox"/>	Stockholm	<input type="checkbox"/>
Gotland	<input type="checkbox"/>	Sörmland	<input type="checkbox"/>
Gävleborg	<input type="checkbox"/>	Uppsala	<input type="checkbox"/>
Halland	<input type="checkbox"/>	Värmland	<input type="checkbox"/>
Jämtland	<input type="checkbox"/>	Västerbotten	<input type="checkbox"/>
Jönköping	<input type="checkbox"/>	Västernorrland	<input type="checkbox"/>
Kalmar	<input type="checkbox"/>	Västmanland	<input type="checkbox"/>
Kronoberg	<input type="checkbox"/>	Västra Götaland	<input type="checkbox"/>
Norrbottn	<input type="checkbox"/>	Örebro	<input type="checkbox"/>
		Östergötland	<input type="checkbox"/>

Hur ser de privata vårdgivarnas medverkan ut? Tar de emot ST-läkare för sidotjänstgöring och/eller har de huvudansvar för ST-läkaren?

	Huvudansvar för		
	Sidotjänstgöring	ST	Vet ej
Blekinge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dalarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gotland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gävleborg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jämtland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jönköping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronoberg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Norrbottn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skåne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stockholm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sörmland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uppsala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värmland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Västerbotten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Västernorrland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Västmanland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Västra Götaland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örebro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Östergötland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Under vilka former bedriver de privata vårdgivare som medverkar i ST sin verksamhet?

Vårdavtal (oftast Nationella taxan)

	Vårdval (LOV)	enl LOU	(LOL)	Annat	Vet ej
Blekinge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dalarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gotland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gävleborg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jämtland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jönköping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronoberg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Norrbottn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skåne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stockholm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sörmland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uppsala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värmland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Västerbotten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Västernorrland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Västmanland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Västra Götaland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örebro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Östergötland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har förutsättningarna för ST inom din specialitet påverkats av införandet av vårdval eller av andra privata driftsformer?

Om så är fallet, var i landet och på vilket sätt?

.....

Vad anser du behövs för att säkra förutsättningarna för ST-tjänstgöring när vårdval införs?

.....

Har förutsättningarna för ST inom din specialitet påverkats av att den öppna och slutna vården har separerats, eller genom att olika typer av vård inom specialiteten har koncentrerats till olika ställen?

Om så är fallet, var i landet och på vilket sätt?

.....

Vad anser du behövs för att säkra kvaliteten i ST när den öppna och slutna vården separeras, eller när olika typer av vård koncentreras till olika ställen?

.....

Möjlighet att lämna kommentarer

.....

Tack för din medverkan!

E-postenkät till tjänstemän på landstingen/regionerna

E-postenkäten skickades till de tjänstemän (en från varje landsting/region) som ingår i SKL:s Vårdvals nätverk. Vissa respondenter använde kollegors hjälp för att svara på frågorna. Enkäten skickades den 19 september 2014.

Vi ber dig att i vändande mejl besvara frågorna utifrån vad du PERSONLIGEN har kännedom om, du behöver alltså inte göra någon research för att besvara frågorna. Vi ber dig att svara senast fredagen den 3 oktober. Om du har några funderingar, vänligen kontakta jeanette.reinbrand@slf.se.

- 1) Har ni inom ditt landsting infört vårdval inom specialiserad vård (ej primärvård)? Inom vilka specialiteter/områden?
- 2) Har ni planer på att införa ytterligare vårdval inom specialiserad vård (ej primärvård)? Inom vilka specialiteter/områden?
- 3) Har forskning och utbildning varit en faktor som har påverkat beslutet om att införa eller inte införa vårdval inom specialiserad vård (ej primärvård)? Beskriv kortfattat på vilket sätt: Har denna faktor exempelvis haft en avgörande eller mindre betydelse för beslutet? Vilka eventuellt andra faktorer har påverkat beslutet?
- 4) Vilka krav och förväntningar finns på att vårdvalsaktörerna ska medverka i läkares specialiseringstjänstgöring (ST)?
- 5) Vilka krav och förväntningar finns på att vårdvalsaktörerna ska medverka i annan utbildning av läkare (t.ex. AT)?
- 6) Övriga kommentarer. Lämna gärna ytterligare synpunkter och kommentarer kring forsknings- och utbildningsfrågor i samband med införandet av vårdval.

Källförteckning

Anell, Anders. *Vårdval i specialistvården – utveckling och utmaningar*. Rapport/Sveriges Kommuner och Landsting. 2013.

Dir. 2014:56. *Utveckling av den högspecialiserade vården*. Stockholm: Socialdepartementet.

HealthNavigator. *Utredning av förutsättningar för vårdval inom specialiserad vård i Landstinget Gävleborg*. LS 2014/420. Landstinget Gävleborg. 2014.

Landstinget i Uppsala län. *Analysrapport avseende vårdval inom ögonsjukdomar i öppenvård och öron-, näs- och halssjukdomar i öppenvård*. Rapport/Hälso- och sjukvårdsavdelningen. 2013.

Landstinget i Uppsala län. *Rapport angående förutsättningar för vårdval inom specialistvården i Uppsala län*. Rapport/Hälso- och sjukvårdsavdelningen. 2012.

Landstinget i Östergötland. *Regelbok Vårdval obesitaskirurgi*. LiÖ 2013 – 199.

Landstinget i Östergötland. *Vårdval Primär hörselrehabilitering i Östergötland, Regelbok för auktorisation*. 2013.

Lindgren, Peter. *Ersättning i sjukvården – Modeller, effekter, rekommendationer*. Rapport/Studieförbundet Näringsliv och Samhälle. 2014.

Lönn, Katarina, med flera. *Universitetssjukhusen behöver vanliga patienter*. Dagens Nyheter. 2012-12-30. <http://www.dn.se/debatt/universitetssjukhusen-behover-vanliga-patienter> (Hämtad 2014-10-10).

Myndigheten för vårdanalys. *Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksomregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden?* Rapport. 2014.

Pettersson, Svante. *Kostnader och produktion i primärvårdens vårdval - Uppföljning av vårdvalets primärvård som del av den samlade hälso- och sjukvården*. Rapport/Sveriges läkarförbund. 2014.

Pettersson, Svante. *Läkarförbundets undersökning av primärvårdens läkarbemanning*. Rapport/Sveriges läkarförbund. 2013.

Pettersson, Svante; och Reinbrand, Jeanette. *System och strategier för att öka antalet ST-läkare i allmänmedicin*. Rapport/Sveriges läkarförbund. 2014.

Proposition 2013/14:106. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Region Halland. *Modellbeskrivning och förfrågningsunderlag för vårdval i delar av den specialiserade öppna hälso- och sjukvården*. 2014.

Region Skåne. *Frågor och svar*. 2012. <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Nyheter/Arkiv/Nyheter-2012/Utredning-om-koncentration-av-stralbehandlingsverksamheten-/Fragor-och-svar/> (Hämtad 2014-11-25).

Region Skåne. *Förutsättningar för Ackreditering och Avtal för Enhet för öppen ögonsjukvård i Skåne gällande år 2014*. Hälsa- och sjukvårdsnämnden. 2014.

Region Skåne. *Förutsättningar för Ackreditering och Avtal för Enhet för öppen hudsjukvård i Skåne gällande år 2014*. Hälsa- och sjukvårdsnämnden. 2014.

Region Skåne. *Förutsättningar för Ackreditering och Avtal avseende verksamhet för operation av grå starr i Skåne gällande år fr o m 2014-04-01*.

Region Skåne. *Nivåstrukturering*. 2014. <https://www.skane.se/sv/Webbplatser/Regionalt-Cancercentrum/Patientprocessarbete/Gyncancer/Nivastrukturering/> (Hämtad 2014-11-25).

Region Skåne. *Region Skånes riktlinjer för ST-utbildning*. Koncernkontoret. 2009.

Region Skåne. *Uppdrag till styrgrupp för AT/ST i Region Skåne*. Koncernkontoret. 2013.

Region Skåne. *Övergripande AT/ST studierektorer (ÖSR Skåne)*. 2014. <http://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/atst/overgripande-atst-studierektorer/#12680> (Hämtad 2014-12-16).

SFS 1993:1651. *Lag om läkarvårdsersättning*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2007:1091. *Lag om offentlig upphandling*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2008:962. *Lag om valfrihetssystem*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2010:1369. *Patientsäkerhetsförordning*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen. *ST i teori och praktik – en uppföljning av kvaliteten i läkarnas specialiseringstjänstgöring SOSFS 2008:17*. Rapport. 2012.

Socialstyrelsen. *Verksamhetstillsyn av ortopedisk verksamhet vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Mölndal*. Dnr 44-2616/06. Regionala tillsynsenheten i Göteborg. 2007.

SOSFS 2008:17. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Stockholms läns landsting. *Beslut om samordnande ST organisation inom Stockholms läns landsting*. LS 1306-0856. Verkställighetsbeslut/Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen. 2013.

Stockholms läns landsting. *Konsekvensutredning – Utskifte av vård från akutsjukhusen och införande av vårdval*. HSN 1309-0966. 2013.

Stockholms läns landsting. *Samordning och styrning av läkares specialiseringstjänstgöring*. HSN 1402-0216. Tjänsteutlåtande/Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen. 2014.

Stockholms läns landsting. *Slutrapport för projekt inom huvudområdet Kompetensförsörjning och utbildning*. Programkontoret Framtidens hälso- och sjukvård. 2014.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. *Volym och kvalitet - en förstudie*. Rapport. 2005.

Sveriges Kommuner och Landsting. *Nivåstrukturerad cancervård – för patienternas bästa. En rapport från uppdraget om nationell samordning av delar av den högspecialiserade cancervården. Insatser inom Cancerstrategin 2011-2013*. Rapport. 2013.

Västra Götalandsregionen. *Regiongemensam produktionsstyrning – mer och bättre vård med mer gemensam styrning*. RS 2071-2012. 2013.

Örebro läns landsting. *Psykioterapi inom LOV (lag om valfrihetssystem) Örebro län – Förfrågningsunderlag med förutsättningar för att bedriva psykioterapi inom Örebro läns landsting*. Dnr 13OLL5347. 2013.

Presentationer

Persson, Bertil. Överläkare. Verksamhetsområde Hud-Ögon, Skånes universitetssjukhus. *Vårdval – ur universitetssjukvårdens perspektiv*. Presentation på Sveriges läkarförbunds idékonferens om vårdval. Lund, den 6 juni 2014.

Intervjulist

Britt Bergström, ST-studierektor i allmänmedicin, Västra Götalandsregionen. Stockholm, 140514.

Ola Björgell, regionöverläkare. Malmö, 140129.

Tore Broström, tjänsteman/handläggare, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting. Stockholm, 140123.

Jan Carlström, medicinsk rådgivare och enhetschef Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Regionkansliet, Västra Götalandsregionen. Telefonintervju 141112.

Lotta Christofferson, HR-strateg, Koncernstab HR, Koncernkontoret, Region Skåne. Malmö, 140129 och kompletterande e-post 141202.

Bijan Darvish, biträdande överläkare, ST-studierektor Anestesi och intensivvård, Karolinska Universitetssjukhuset Solna. Stockholm, 140422.

Maria Englund, personaldirektör, och Lena Tell, avdelningschef, Landstingsstyrelsens förvaltning, Stockholms läns landsting. Stockholm, 140414. Kompletterande telefonintervju med Lena Tell, 141020.

Lolita Lekander, projektledare, Programkontoret för Framtidens hälso- och sjukvård, SLL, Stockholm, 140414.

Eva Engström, ordförande Göteborgs läkarförening och ledamot i Läkarförbundets centralstyrelse. Stockholm, 140214.

Anders Enskog, ST-studierektor Anestesi och Intensivvård, Sahlgrenska sjukhuset. Göteborg, 141002.

Inger Hagqvist, medicinsk rådgivare och regional studierektor i Västra Götalands primärvård, Hälso- och sjukvårdsavdelningen. Regionkansliet, Västra Götalandsregionen. Göteborg, 140506.

Staffan Henriksson, ordförande Svenska Privatläkarföreningen och ledamot i Läkarförbundets centralstyrelse. Eskilstuna, 140521.

Lars Hellman, chef specialistvård moderbolag/vice affärsområdeschef, Praktikertjänst. Stockholm, 140314.

Kåre Jansson, kanslichef LIPUS. Stockholm, 140527.

Marja Jurvanen, övergripande ST-studierektor Skånevård Kryh. Kristianstad, 140605.

Torbjörn Karlsson, ordförande, Upplands allmänna läkarförening, Stockholm, 140409.

Lars Kihlström, övergripande ST-studierektor, Karolinska universitetssjukhuset, och Eva Johansson, utbildningshandläggare, Karolinska Universitetssjukhuset. Stockholm, 140207.

Ulf Kvist, ordförande AT/ST-styrgrupp, Koncernkontoret, Region Skåne. Kristianstad, 140603.

Marianne Langlet, ST-studierektor ortopedi, Capio S:t Görans sjukhus. Stockholm, 140609.

Elisabeth Nelson, verksamhetschef Urologi, Kirurgdivisionen, Akademiska sjukhuset Uppsala, före detta SPESAK-ordförande i Stockholm. Uppsala 141007.

Pia Nerfeldt, ST-studierektor Öron-, näsa-, hals, Karolinska Universitetssjukhuset. Stockholm, 140310, och kompletterande e-post 141110 och 141209.

Sari Ponzer, verksamhetschef ortopedikliniken Södersjukhuset. Stockholm, 140619.

Anna Rask-Andersen, vice ordförande, Upplands allmänna läkarförening. Stockholm, 140408.

Helena Schildt-Tossman, övergripande ST-studierektor allmänmedicin, CeFam, Stockholms läns landsting. Stockholm, 140514.

Malin Siegbahn, ST-läkare öron-, näs-, halskliniken, Karolinska Universitetssjukhuset. Stockholm, 140319.

Heidi Stensmyren, ordförande Sveriges Läkarförbund (före detta ordförande Stockholms läkarförening). Stockholm, 140124.

Victoria Strand, verksamhetschef Astma och Allergimottagningen vid S:t Görans sjukhus. Stockholm, 140228.

Jonas Ålebring, ST-läkare anestesi och intensivvård, Skåne, och ledamot i styrelsen för Sveriges Yngre Läkares Förening. Stockholm, 140409.

Crister Öhlund, privatläkare öron och ordförande för Stor-Stockholms privatläkarförening. Stockholm, 140612.

E-post

Jan Andersson, tjänsteman/utredare, Landstingets ledningskontor, Landstinget i Uppsala län. 141110.

Rusana Bark, ST-läkarchef, öron-, näs-, halskliniken, Karolinska Universitetssjukhuset. 141110.

Maria Bradley, specialistläkare i hudsjukdomar, hudkliniken Karolinska Universitetssjukhuset. 141210.

Barbro Edén, överläkare Gynekologi och Obstetrik, Bitr. Övergripande Studierektor för ST på SU och Anders Johansson, Sjukhusövergripande Studierektorer för ST på SU. 141201.