Kompetensförsörjningspolicy

Förutsättningar för en kompetensförsörjning i balans

SVERIGES LÄKARFÖRBUND 2021

Sveriges läkarförbund

Den medicinska professionens organisation

För alla läkare under hela karriären

Inledning

För att nå målet om en god och jämlik vård i hela landet behöver vi säkra den framtida kompetensförsörjningen av specialistläkare.

Bristen på specialistläkare har genomsyrat svensk hälso- och sjukvård under lång tid och har bidragit till en ansträngd arbetsmiljö i såväl primärvården som i akut-, sluten- och öppenvården. Regionerna har misslyckats med sitt uppdrag att säkra kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården, då sjukvårdshuvudmännen endast sett till sitt eget behov av utbildningstjänster. Svensk hälso- och sjukvård behöver därför en nationellt ansvarig aktör för kompetensförsörjningen av läkare.

Sveriges läkarförbund anser att det är staten som ska ha det lagstadgade ansvaret för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården.

Läkares utbildning

Idag skiljer sig tillgången på specialistläkare åt såväl inom som mellan regioner samt från specialitet till specialitet. Bristen på specialistläkare beror framförallt på att regionerna tillsatt för få ST-tjänster i kombination med stora pensionsavgångar. För att lyckas nå en kompetensförsörjning i balans måste vi utbilda tillräckligt många läkare, under samtliga delar av läkares utbildning. Framförallt behöver både AT- och BT-tjänsterna bli fler för att därigenom korta tiden till att bli färdig specialistläkare.

Sveriges läkarförbund vill att staten tar ett helhetsansvar för läkares utbildning. Antalet utbildningsplatser behöver dimensioneras och samordnas nationellt. I planeringen behöver även hänsyn tas till de individer som kommer till Sverige med en utländsk läkarexamen eller läkarlegitimation.

Grundutbildningen

Från och med höstterminen 2021 gäller en ny sexårig legitimationsgrundande läkarutbildning i Sverige. Grundutbildningen måste dimensioneras och samordnas utifrån en nationell behovsanalys. Nationella Vårdkompetensrådet ska ansvara för att ta fram årliga prognoser av tillgång och efterfrågan på grundutbildningsplatser. Prognoserna behöver ta hänsyn till det faktiska inflödet av utlandsutbildade läkare. Vid dimensioneringen av läkarutbildningen behöver dessutom både lärosätenas och regionernas utbildningskapacitet beaktas, för att säkerställa en god utbildningskvalitet i såväl de prekliniska som kliniska delarna av grundutbildningen.

Läkarstudenter ska under studietiden ha möjlighet att arbeta i sjukvården. Den som har slutfört termin nio med godkända kurser ska kunna erbjudas anställning som underläkare för att erhålla klinisk erfarenhet och underlätta bemanningen under semesterperioder. Som underläkare ska man utföra läkares arbete under handledning och instruktion. Övriga läkarstudenter ska kunna erbjudas läkarassistenttjänster.

För att motverka risken för avhopp, förlängd studietid eller psykisk ohälsa på grund av ekonomisk stress ska läkarstudenter som går den nya sexåriga läkarutbildningen ha möjlighet att ansöka om studiemedel för 280 veckor i stället för 240 veckor.

Sammanfattning förslag

- Nationella Vårdkompetensrådet ska ta fram årliga prognoser som ligger till grund för beslut om antalet platser vid grundutbildningen.
- Vid dimensionering och samordning av grundutbildningen måste både lärosätenas och regionernas utbildningskapacitet beaktas.
- Efter termin nio ska läkarstudenter erbjudas tjänster som underläkare.
- Läkarstudent som arbetar som underläkare ska utföra läkares arbete under handledning och instruktion.
- Läkarassistenttjänster ska kunna erbjudas läkarstudenter fram till termin nio.
- Möjlighet till studiemedel för läkarstudenter i 280 veckor.

Allmäntjänstgöringen

I och med den nya grundutbildningen kommer AT på sikt att försvinna. De med läkarexamen från den äldre utbildningen kommer dock att behöva genomgå AT under en övergångsperiod. Regionerna har vid tillsättningen av antalet AT-tjänster inte tagit hänsyn till det nationella behovet av AT-läkare. Detta har medfört att väntetiden till AT har ökat kraftigt. Staten behöver därför ta över ansvaret för att dimensionera och samordna antalet AT-tjänster under övergångsperioden. Nationella Vårdkompetensrådet ska ansvara för att ta fram årliga prognoser av tillgång och efterfrågan på AT-tjänster.

Vid dimensioneringen av AT-tjänsterna behöver hänsyn också tas till de allt större examenskullarna från den svenska läkarutbildningen, det utökade antalet platser vid de kompletterande utbildningarna för tredjelandsläkare samt de individer som studerat i annat EU/EES-land där utbildningen ej leder till legitimation. För att korta tiden mellan grundutbildning och legitimation ska normtiden för AT vara 18 månader.

Tillväxten av forskande läkare behöver säkras och möjligheten till forskning ska premieras tidigt i karriären genom att erbjuda så kallade Forskar-AT-tjänster, vilka även ska vara tillgängliga för disputerade läkare. För att säkerställa en god utbildningskvalité i AT ska den vart femte år, i likhet med BT och ST, granskas av en extern aktör utan organisatorisk koppling till arbetsgivaren.

Sammanfattning förslag

- Staten ska ta över ansvaret för dimensioneringen och samordningen av AT-tjänster.
- Nationella Vårdkompetensrådet ska ansvara för den nationella dimensioneringen och samordningen av AT-tjänster.
- Antalet AT-tjänster behöver utökas med cirka 100 tjänster årligen fram till och med 2028[1].
- Normtiden för AT ska vara 18 månader.
- Antalet Forskar-AT ska öka.
- AT ska granskas av en extern aktör vart femte år.

1 Se bilaga 1 – Framtida behov av AT-tjänster

Bastjänstgöringen och Specialiseringstjänstgöringen

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska regionerna dimensionera ST-tjänsterna utifrån det framtida behovet av specialistläkare. Från och med 1 juli 2021 avser lagen även BT-tjänsterna. Sveriges läkarförbund vill att staten ska ta över detta lagstadgade ansvar, eftersom det idag inte finns någon nationell dimensionering eller samordning av ST-tjänsterna. Tillsättning av ST-tjänster sker lokalt ute i regionerna, utan att ta hänsyn till det nationella behovet av specialistläkare. Nationella Vårdkompetensrådet ska därför vara den samordningsfunktion som dimensionerar antalet BT- och ST-tjänster. Rådet ska även ansvara för att ta fram underlag för att kunna göra årliga prognoser av tillgång och efterfrågan på specialistläkare. Prognoserna behöver innehålla aktuella uppgifter om antal verksamma specialister och antal ST-läkare inom respektive specialitet samt åldersfördelning och sysselsättningsgrad.

Samtliga regioner ska tillsammans med staten genom Nationella Vårdkompetensrådet ha ett generellt utbildningsuppdrag. Men för att säkra kompetensförsörjningen av specialistläkare inom specialiteter där det råder en tydlig brist eller inom specialiteter som står inför stora pensionsavgångar ska regioner av Nationella Vårdkompetensrådet kunna få ett särskilt utbildningsuppdrag. En sådan lösning innebär i praktiken att en eller flera regioner får ett gemensamt nationellt ansvar för att säkra kompetensförsörjningen i en specialitet. Till exempel skulle Region Stockholm och Västra Götalandsregionen kunna få ett gemensamt ansvar för att garantera att tillräckligt många allergologer utbildas, utifrån det nationella behovet. För att täcka kostnaderna för de utökade utbildningsvolymerna uppdragen medför ska regionerna med ett särskilt utbildningsuppdrag ersättas av staten och övriga regioner. Förslaget behöver utredas vidare, men skulle kunna fungera genom riktade anslag liknande ALF-avtalet (avtal om läkarutbildning och forskning).

Det är viktigt att arbetsgivare säkerställer kunskapsöverföringen mellan seniora och juniora specialistläkare.

Placeringar inom psykiatri ska prioriteras inom ramen för BT, utöver placeringarna i akut sjukvård och primärvård, för att säkra kompetensförsörjningen inom psykiatrin.

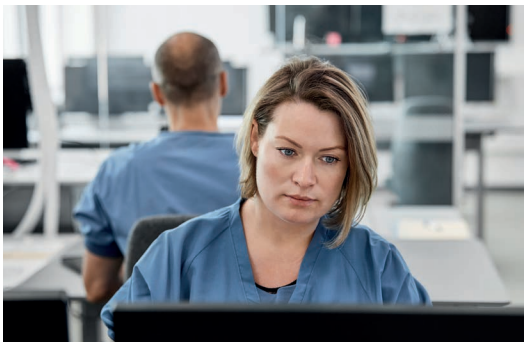
Det är positivt för hälso- och sjukvården att läkare breddar sin kompetens. Därför ska möjligheten att kombinera ST-tjänstgöringen med fördjupande utbildning inom andra områden såsom forskning, innovation, ledarskap eller teknik premieras för att möjliggöra en karriär som till exempel chef eller forskare. Så kallade Forskar-ST-tjänster ska gå att söka även efter disputation.

För att säkerställa den långsiktiga tillgången av handledare som ska utbilda och handleda AT-, BT- och ST-läkare behöver samtliga

ST-läkare erbjudas en formell handledarutbildning under sin tjänstgöring.

Socialstyrelsen behöver upphandla fler specialistkompetenskurser (SK-kurser) samt utöka upphandlingen till att även omfatta kurser för a- och b-delmål för att kursutbudet inte ska bli en flaskhals för ST-läkare.

Kursutbudet för läkare behöver hålla en hög och jämn kvalitet. Därför bör samtliga kurser för utbildningsläkare certifieras genom en oberoende extern aktör.



Sammanfattning förslag

- Staten ska ta över ansvaret för dimensioneringen och samordningen av BT-och ST-tjänster.
- Nationella Vårdkompetensrådet ska ansvara för den nationella dimensioneringen och samordningen av BT- och ST-tjänster.
- Utreda ett system med regioner som har ett särskilt utbildningsuppdrag inom specialiteter där det råder en tydlig brist eller inom specialiteter som står inför stora pensionsavgångar.
- Kunskapsöverföringen mellan seniora och juniora specialistläkare behöver säkerställas.
- Vid planering av BT-tjänster ska placering inom psykiatri prioriteras, utöver placeringarna i akut sjukvård och primärvård.
- Införa en nationell modell för så kallad Ledarskaps-ST.
- Var femte ST-tjänst ska vara en så kallad Forskar-ST.
- Handledarutbildning ska erbjudas alla ST-läkare.
- Socialstyrelsen behöver upphandla fler SK-kurser samt även upphandla kurser för a- och b-delmål.
- Kursutbudet för läkare ska certifieras genom en oberoende extern aktör.

Fortbildningen

Kontinuerlig kompetensutveckling för specialistläkare är helt avgörande för att kunna kvalitetsutveckla hälso- och sjukvården. För att tydliggöra både arbetsgivares och arbetstagares ansvar för läkares fortbildning krävs en föreskrift som tydligt reglerar en systematiserad fortbildning samt en individuell fortbildningsplan. Det ska finnas tillräckliga budgeterade resurser till medicinska utbildningar och konferenser för samtliga specialistläkare inom respektive verksamhet som motsvarar minst tio dagars extern fortbildning per läkare och år samt en halv dag i veckan för internutbildning och egen fortbildning. Fortbildningen ska därför redovisas i verksamhetsberättelsen för att underlätta granskning. En arbetsgivare som visar att de satsar på läkares fortbildning blir också en attraktiv arbetsgivare[2].

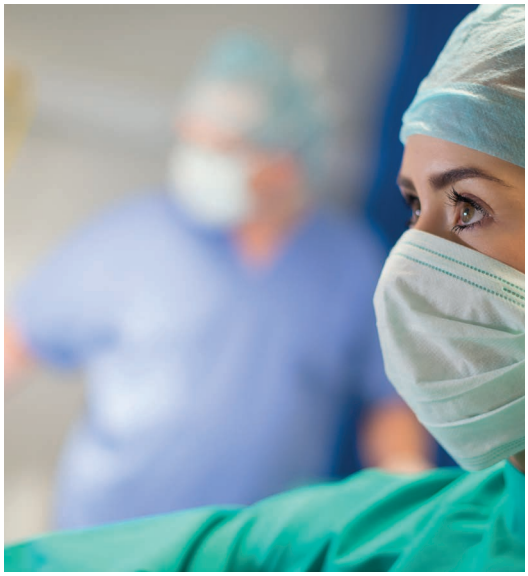
2 *Åtgärder för en bättre fortbildning*, Sveriges läkarförbund, 2017.

Sammanfattning förslag

- Staten måste reglera fortbildningen i en föreskrift.
- Alla specialistläkare ska ha en individuell fortbildningsplan.
- Fortbildningen ska ha en egen budget inom respektive verksamhet.
- Fortbildningen ska redovisas i verksamhetsberättelsen för att möjliggöra extern granskning och uppföljning.
- Specialistläkare ska ha möjlighet till minst tio dagars extern fortbildning per läkare och år samt en halv dag i veckan för internutbildning och egen fortbildning.

Prioriterade områden

Det finns områden som har särskilt stora utmaningar med kompetensförsörjningen. Ofta beror det på att det råder en brist på specialistläkare, vilket blir särskilt tydligt på glesbygden eller inom vissa specialiteter.



Bristspecialiteter

Bristen på specialister leder till en ansträngd arbetsmiljö och ett osunt beroende av inhyrda läkare. Det behöver därför bli enklare för vissa specialistläkare att erhålla dubbelkompetens. Specialistläkaren ska erbjudas bibehållen specialistlön under den ytterligare ST-tjänstgöringen. Därutöver måste urvalet av vilka kurser som behöver genomföras anpassas till tidigare erfarenheter och kunskaper.

Därtill behövs riktade årliga satsningar inom specialiteter där det finns en tydlig brist[3] på specialistläkare och inom specialiteter som står inför stora pensionsavgångar[4]. Det kan till exempel handla om utökade utbildningsvolymer inom respektive bristspecialitet, vilket skulle kunna ombesörjas av de regioner som har ett särskilt utbildningsuppdrag.

Sammanfattning förslag

- Premiera dubbelspecialisering särskilt inom specialiteter där det råder en tydlig brist eller inom specialiteter som står inför stora pensionsavgångar.
- Specialistlön vid dubbelspecialisering.
- Riktade årliga satsningar inom specialiteter där det råder en tydlig brist och inom specialiteter som står inför stora pensionsavgångar.

3 Specialiteter där flest ST-tjänster behövs nationellt – allmänmedicin och psykiatri, Bedömning av tillgång och efterfrågan på personal inom hälso- och sjukvård samt tandvård, Socialstyrelsen, 2020.

4 Specialiteter där 50 procent eller fler av specialistläkarna är 55 år eller äldre – allergologi, allmänmedicin, barn- och ungdomsallergologi, barn- och ungdomshematologi och onkologi, barn- och ungdomskardiologi, barn- och ungdomsradiologi, arbets- och miljömedicin, geriatrik, gynekologisk onkologi, hörsel- och balansrubbningar, klinisk mikrobiologi, klinisk patologi, klinisk immunologi och transfusionsmedicin, klinisk neurofysiologi, neuroradiologi, nuklearmedicin, psykiatri, rehabiliteringsmedicin, rättspsykiatri, skolhälsovård, smärtlindring, socialmedicin, thoraxkirurgi. Statistik från medlemsregistret, 2020 och Socialstyrelsens statistikdatabas, 2017.

Glesbygd

Det krävs ekonomiska incitament för att säkra bemanningen av läkare i glesbygden[5] och minska beroendet av inhyrda läkare. Läkare som bosätter sig och arbetar i glesbygd ska av staten kunna få sitt studielån nedskrivet. För att stimulera etablering av små och medelstora vårdgivare ska staten införa en särskild taxa vid nyetablering i glesbygd.

Läkare som arbetar i glesbygd och är bosatt minst fem kilometer från sitt arbete ska ges möjlighet att inkludera hela eller delar av restiden inom ramen för sin arbetstid.

5 Med glesbygd avses kommuner där hela befolkningen bor i rurala områden och har minst 90 minuters genomsnittlig resväg med bil till en tätort med minst 50 000 invånare, samt kommuner där mer än 50 procent av befolkningen bor i rurala områden och där mindre än hälften av befolkningen har mindre än 45 minuters resväg med bil till en tätort med minst 50 000 invånare. Totalt omfattas 61 kommuner av definitionen, fördelade över hela Sverige. Tillväxtverket, 2019.

Sammanfattning förslag

- Nedskrivning av studielån vid arbete som legitimerad läkare i glesbygd.
- Införa en taxa vid nyetablering i glesbygd.
- Möjlighet att inkludera resa till och från arbetet inom ramen för arbetstiden.
- Riktade årliga satsningar inom specialiteter där det råder en tydlig brist och inom specialiteter som står inför stora pensionsavgångar.
- Fler ST-tjänster i allmänmedicin med inriktning glesbygdsmedicin.

Särskilda satsningar behöver göras för att stärka kompetensen och läkarbemanningen i glesbygden genom att inrätta fler ST-tjänster inom specialiteter där det råder en tydlig brist och inom specialiteter som står inför stora pensionsavgångar.

Kompetens inom glesbygdsmedicin behöver stärkas genom att inrätta fler ST-tjänster i allmänmedicin med inriktning glesbygdsmedicin. Specialistläkare som har genomgått ST i allmänmedicin med inriktning glesbygdsmedicin tenderar att i stor utsträckning bosätta sig och arbeta på tjänstgöringsorten efter avslutad specialiseringstjänstgöring. Detta bidrar till en stärkt kompetensförsörjning i glesbygd[6].

Arbetsmiljö och villkor

Arbetsgivarna inom hälso- och sjukvården behöver förbättra arbetsmiljön för att fler läkare ska vilja och orka arbeta heltid. Det skulle även inverka positivt på kompetensförsörjningen om fler läkare arbetade heltid. Detta gäller särskilt inom primärvården där den genomsnittliga tjänstgöringsgraden är 85 procent jämfört med 93 procent för övriga specialistläkare[7]. Läkare ägnar dessutom en betydande del av sin arbetstid åt administration, inte sällan upp mot en tredjedel av den totala arbetstiden[8]. Det är en följd av ökade krav på mätning, redovisning och uppföljning. Den tid som läkare lägger på administrativa

6 Svensk Förening för glesbygdsmedicin, 2020.
7 Allmän tillgång, Myndigheten för vårdanalys, 2018.
8 Ur led är tiden, Myndigheten för vårdanalys, 2013.

uppgifter är tid som de i stället ska ägna åt att diagnostisera och behandla patienter. Läkare måste därför ges möjlighet att påverka sin egen arbetssituation samt få avlastning med de administrativa uppgifterna som inte behöver utföras av en läkare.

Sammanfattning förslag

- Fler vårdnära funktioner som avlastar läkarnas administration.
- Läkare ska inte utföra arbetsuppgifter som normalt utförs av annan vårdpersonal.
- Forsknings- eller utbildningsuppdrag ska kunna utföras under ordinarie arbetstid med lönetillägg och vara lika meriterande.
- Läkare måste kunna kombinera olika deltidsanställningar, utan negativa konsekvenser för pensionen.
- Läkare som i sin anställning utför arbete på mer än en arbetsplats ska kunna inkludera restid i arbetstiden.
- Läkare ska vara representerade på samtliga chefsnivåer i hälso- och sjukvårdssystemet.
- Läkare ska vara delaktiga i ledningen och organisationen av verksamheterna.
- Vid upphandling av nya IT-system måste användarvänlighet i det vardagliga läkararbetet prioriteras.

Läkare måste även kunna kombinera det kliniska arbetet med särskilda forsknings- eller utbildningsuppdrag under ordinarie arbetstid. Uppdragen ska ses som lika meriterande och läkaren ska erhålla ett rimligt lönetillägg för respektive uppdrag.

Läkares kompetens ska tillvaratas även inom andra samhällssektorer. Det kan vara inom akademin, industrin eller vid myndigheter. Därför måste läkare kunna kombinera deltidsanställningar inom och mellan olika samhällssektorer, utan att det för med sig negativa konsekvenser för pensionen. Om man i sin anställning utför arbete på mer än en arbetsplats ska resor till och från arbetet på annan plats än ordinarie tjänstgöringsställe inkluderas i arbetstiden. Verksamhetskvaliteten ökar när läkarkårens kompetens representeras i ledning och organisation. Fler läkare ska vara chefer och man ska ha möjlighet att kombinera chefskap med kliniskt arbete.

IT-system ska underlätta arbetet för läkare. Vid upphandling av nya IT-system till hälso- och sjukvården ska användarvänlighet specificeras även ur ett läkarperspektiv. Nya IT-system i hälso- och sjukvården ska underlätta administration och det vardagliga läkararbetet.

Utlandsutbildade

Individer som varaktigt kommer till Sverige med en utländsk läkarutbildning är en resurs för den inhemska kompetensförsörjningen. Därför måste processen till svensk läkarlegitimation, oaktat utbildningsland, vara effektiv och säkra relevant kompetens. För att förbättra förutsättningarna för tredjelandsläkare att klara kunskapsprovet, oberoende av bostadsort, behöver universiteten erbjuda nationella preparandkurser.

Socialstyrelsen behöver vidare utöka antalet provtillfällen på kunskapsprovets teoretiska del från tre till fem. Detta för att tredjelandsläkare ska få liknande villkor som de som råder för läkarstudenter och AT-läkare. En student vid ett svenskt lärosäte får i princip göra ett prov eller genomföra en praktik ett obegränsat antal gånger. Lärosäten kan dock själva begränsa antal provtillfällen, vilket då bör framgå i kursplanen. Antal provtillfällen kan dock endast begränsas till som minst fem respektive två försök vid prov respektive praktik. Även AT-provet får skrivas ett obegränsat antal gånger.

Tredjelandsläkare ska kunna erbjudas läkarassistenttjänster för att komma in på arbetsmarknaden samt för att bibehålla den kliniska kompetensen.

För att läkare som utbildar sig i annat EU/EES-land lättare ska komma in på den svenska arbetsmarknaden bör både läkarassistent- och underläkartjänster annonseras genom en nationell portal. En sådan tjänst skulle även vara till gagn för inhemska läkarstudenter och tredjelandsläkare.

Sammanfattning förslag

- Nationella preparandkurser inför kunskapsprovet.
- Fem försök att klara kunskapsprovets teoretiska del.
- Läkarassistenttjänster ska erbjudas tredjelandsläkare i väntan på svensk läkarlegitimation.
- Nationell portal för annonsering av läkarassistent- och underläkartjänster.

Bilaga 1 - Framtida behov av AT-tjänster

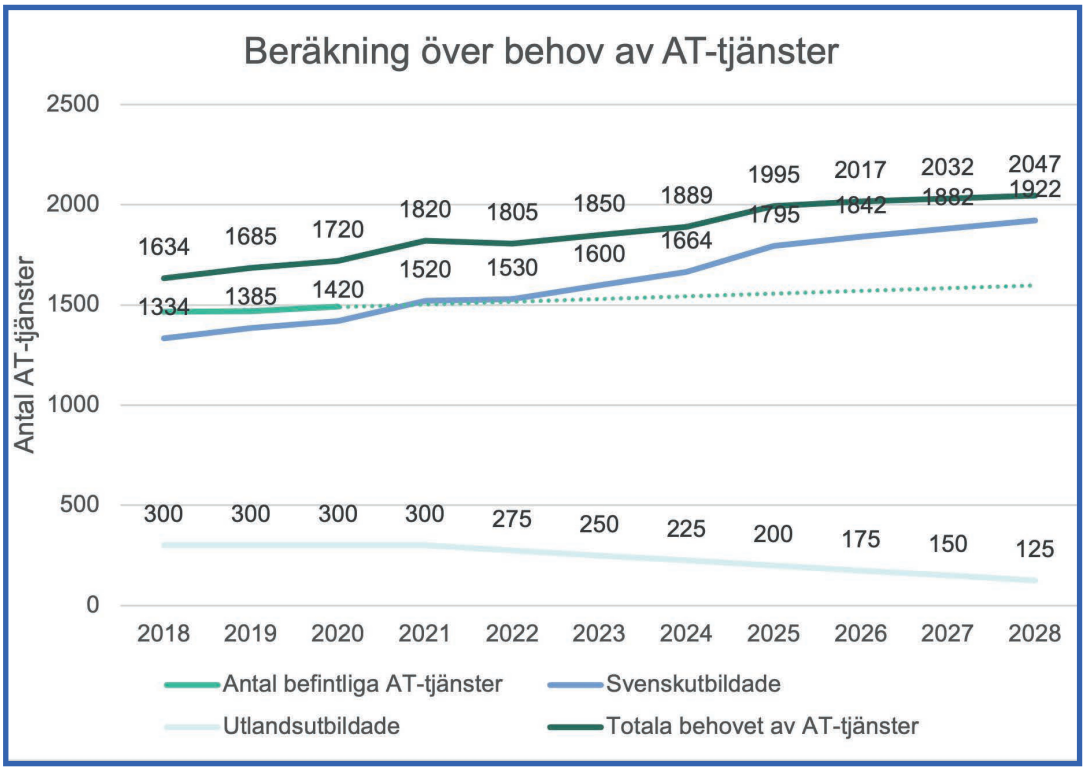
2019 erbjöds totalt 1469 AT-tjänster i Sverige, vilket var ett underskott på cirka 370 tjänster[1]. Mellan 2018–2020 ökade antalet AT-tjänster med endast 27 tjänster nationellt[2]. För att möta dagens och framtidens behov behöver antalet AT-tjänster kraftigt utökas.

Nedanstående diagram visar en prognos över behovet av AT-tjänster. Framtidens examenskullar kommer bli allt större i och med utbyggnaden av läkarutbildningen. Utbyggnaden avser 440 nya platser fram till och med år 2023. Andelen utlandsutbildade som flyttar till Sverige för att göra AT förväntas avta över tid då det råder osäkerheter kring utbildningen i Polen parallellt med införandet av BT och borttagandet av AT i Sverige.

Prognosen baseras på det förväntade antalet examinerade läkarstudenter respektive år. Statistiken har inhämtats från lärosätena. I beräkningen har även hänsyn tagits till de som studerar till läkare i annat EU/EES-land och som efter examen avser flytta till Sverige för att göra AT samt de läkare som genomför den kompletterande utbildningen för tredjelandsläkare i Sverige.

1 *I väntan på AT*, WSP 2019.

2 *AT-rapporten*, Sveriges yngre läkares förening, 2020.



Sveriges läkarförbund

Den medicinska professionens organisation

lakarforbundet.se
Växel **08-790 33 00**

Medlemsrådgivningen
- när du behöver råd och stöd kring din anställning
medlemsradgivningen@slf.se
08-790 35 10

Medlemsadministrationen
- när du har frågor om ditt medlemskap
medlem@slf.se
08-790 35 70

#vitaransvar #tryggvard