

Skrivelse till vårdansvarskommittén

Sveriges yngre läkares förening (SYLF) - September 2024

Bakgrund

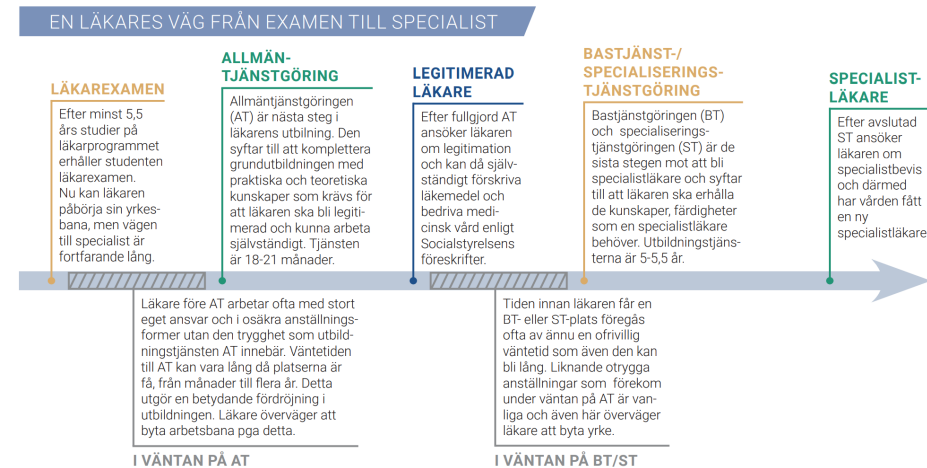
Mot bakgrund av kommitténs uppdrag att se över att *analysera och föreslå hur utbildningsansvaret ska fördelas vid ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap*. Vi vill med denna skrivelse beskriva ett antal lösningar vi kan tänka oss se för detta.

I korthet

Vi delar direktivets analys att samtliga regioner redovisar en specialistbrist och menar att kompetensförsörjningsproblemet innefattar en brist på tjänster för specialisttjänstgöring (ST) inklusive bastjänstgöring (BT) samt allmäntjänstgöring (AT). Det måste i hela landet finnas specialisläkare inom samtliga specialiteter.

I den här skrivelsen beskriver SYLF bakgrunden för AT och ST samt ger förslag på två scenarier för hur utbildningsansvaret kan hanteras vid ett helt eller delvis förstatligande av hälso- och sjukvården. Slutsatsen blir att en statlig dimensionering av utbildningstjänster kan föreslås av kommittén oavsett vad som föreslås gällande ett statligt huvudmannaskap över vården.

Beskrivning av läkarutbildning och praktisk tjänstgöring idag



Figur 1 Beskrivning av läkares väg från examen till specialist.

Läkarutbildningen är under reformering och den nya läkarutbildningen startade höstterminen 2021, de första studenterna från den nya utbildningen kommer ut i arbetslivet sommaren 2026. I nuläget finns det bara läkare ute i arbetslivet som kommer från den gamla utbildningen men snart kommer vi ha en blandning för att successivt övergå till den nya. Beroende på vilken utbildning du går finns olika vägar efter studentlivet.

1. Student på "gamla" läkarutbildningen. Efter 11 terminer erhålls läkarexamen men ingen legitimation. När dessa studenter kommer ut från sin utbildning behöver de genomgå AT (Allmäntjänstgöring), den här tjänsten är legitimationsgrundande och är oftast 18 månader lång men kan i vissa regioner vara längre. Efter att AT:n är fullgjord är det dags att specialisera sig till kirurg, hjärtläkare, distriktsläkare, psykiater eller annat. Då ska man genomgå en så kallad ST (Specialiseringstjänstgöring), den här är fem år lång och efteråt kan du titulera dig specialistläkare inom ditt område.
2. Student på nya läkarutbildningen. Efter 12 terminer erhålls både läkarexamen och läkarlegitimation. De behöver därför inte göra AT eftersom denna tjänst är till för olegitimerade läkare. De kan därför då vidare direkt till ST men enligt nya ST-förordningen som gäller från 2021 ska den inkluderas med något som kallas BT (Bastjänstgöring), där man erhåller baskompetens. ST inkluderande BT tar minst 5,5 år men ska anpassas individuellt och för vissa kan det behöva ta längre tid.

Utbildningsansvaret idag

Staten dimensionerar utbildningsplatserna på de sju universitet som erbjuder läkarprogrammet utifrån ett behov. Staten ansvarar alltså för grundutbildningen. Till det kommer utlandsutbildade läkare. 2022 utfärdade Socialstyrelsen 2244 legitimationer varav 1350 eller 60 procent var från svensk utbildning. Innan legitimation genomför en läkare på det gamla läkarprogrammet praktisk tjänstgöring kallad allmäntjänstgöring (AT). 2027 kommer den första kullen läkare som inte behöver genomföra AT examineras. Läkare som genomför den nya läkarutbildningen får legitimation vid examen och påbörjar i stället sin specialisttjänstgöring (ST) med den inledande bastjänstgöringen (BT) innan de blir färdiga specialister.

Utbildningsansvaret består alltså av två delar, det statliga utbildningsansvaret i form av läkarprogrammet och det regionala ansvaret för utbildningstjänster. Samtliga regioner redovisar en specialistbrist och det innefattar en brist på tjänster för specialittjänstgöring samt bastjänstgöring.

Om statligt huvudmannaskap

Begreppet huvudman definieras idag i HSL 2 kap. §2 som den region eller kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Huvudmannaskap ska enligt SYLF:s förståelse då inte likställas med systemansvar som är något som staten genom lagstiftning och tillsyn ska ta. SYLF uppfattar att det förs en dialog om olika typer av ansvar där systemansvar är ett typ av ansvar och utföransvar är något annat. Om vi ser nivåer av detta ansvar är det viktigt att definiera var ett ansvar ska ligga och vem som blir huvudman. Om ett delvis statligt huvudmannaskap förverkligas genom förstatligande av slutenvård men inte primärvård behöver effekterna på specialittjänstgöringen analyseras.

Idag är regionen huvudman och därmed har regionen utbildningsansvaret. SYLF frågar sig vad som gäller vid privata vårdgivare, är dessa huvudmän? Följer utbildningsansvaret automatiskt? Vem säkerställer att det inte glöms bort? Vilka sanktioner finns för att se till att utbildningsansvaret uppfylls? Vi uppfattar idag att om inte regionen krävställer på utbildningsansvar levereras det heller inte. Utbildning inom privat vård kan dessutom ha brister, mer om det nedan.

Problem med utbildningsansvaret idag

Inget övergripande ansvar för helheten

Det finns 44 basspecialiteter och 21 regioner. Behovet borde gå att beräkna. Specialitetsföreningarna kartlägger i vissa fall behovet utifrån specialitetens behov men ingen part ansvarar för att sammanställa det totala behovet. Varje enskild region har heller inte en långsiktig plan för sin kompetensförsörjning avseende antal specialitetsläkare och inom vilka specialiteter. Framtidens specialistläkare kräver utbildning av ST-läkare. Idag sker dimensioneringen av ST-läkare av de enskilda klinikerna/regionerna och tvingas anpassas efter budgetutrymme i stället för den framtida kompetensförsörjningen. Dimensioneringen har på så sätt inte möjlighet att följa behovet utan blir reaktivt mot angivna budgetramar.

Idag råder det brist på specialistläkare inom samtliga regioner och en särskild brist på allmänläkare och psykiatriker. Det nationella riktvärdet för fast läkarkontakt i primärvården är ett steg i rätt riktning¹. Vi ser att det saknas ett nationellt register över antal specialistläkare och utbildningsläkare som finns i varje region idag samt en uppskattning av hur många ST-läkare som behövs framåt.

SYLF har länge sett tendenser till friåkning (free-rider problem)

När 21 regioner gemensamt ska utbilda det framtida behovet av specialistläkare finns en risk för att vissa regioner åker snålskjuts. Vi ser idag att storstadsregionerna tar ett mindre ansvar för AT-platserna än de borde². Samma fenomen kan finnas risk för med ST inklusive BT. I det tillstånd vi befinner oss överutbildar mindre regioner för att ha det bästa utgångsläget för rekrytering av specialistläkare. Det finns en risk att storstadsregioner inte anstränger

¹ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-4-7896.pdf>

² <https://www.dagensmedicin.se/opinion/debatt/storstaderna-maste-ta-sitt-ansvar-for-lakarnas-at/>

sig att utbilda läkare mot bakgrund av att läkarna söker sig till storstäderna efter sin genomförda utbildning. Incitamentsstrukturen gynnar inte de mindre regionerna eller läkare som vill ta ansvar där vårdens största behov finns. Det skulle kunna övervägas en fördelningsnyckel här.

Staten har systemansvaret men saknar verktyg

Ett av problemen är den osäkerhet rörande inflödet till utbildningstjänster som utbildning utomlands skapar. Samtidigt kan det ses som positivt att Sverige får ta del av läkare utbildade utanför Sverige ur ett strikt ekonomiskt perspektiv – om kvaliteten på utbildningen matchar den svenska utbildningen. Staten saknar däremot möjlighet att dimensionera antalet utbildningstjänster efter inflödet när det är så osäkert. Idag sammanställs dessa siffror för AT av SYLF i vår AT-rapport. Utan kontroll över antalet utbildningstjänster kan staten inte öka genomströmningen till färdiga specialister. Regionerna tar självständigt beslut om antalet utbildningstjänster. Regionerna baserar sina beslut på begränsande faktorer som sin politiskt beslutade budget.

Under de senaste tio åren har en ny yrkesgrupp vikarierande underläkare växt fram. Dessa läkare arbetar ofta jour på akuten och möter patienten först, men har inte rätt till någon reglerad utbildning. När dessa inte anställs i en utbildningstjänst, på grund av kortsiktig resursbrist är det en stor förlust både för individen, patienterna och sjukvårdssystemet. SYLF ser mycket positivt på den nya förordning om handledning även för vikariat vilket ökar incitamentet att anställa läkare i reglerad utbildningstjänst.

Väntetider

På grund av ett underskott av AT-platser, BT-platser och ST-platser uppstår en väntetid för läkare under utbildning. Detta ger en fördröjning av individer med specialistläkarkompetens som är en bristvara i samtliga regioner. Samhället går miste om ovärderlig kompetens och tid som hade kunnat användas bättre. Enligt våra beräkningar tappar Sverige 1240 specialistår under 2024 när samtliga svarande på AT-rapporten väntetid innan AT aggregeras. Detta är en onödig flaskhals.

Arbetsgivarens marknad

Arbetsgivaren vill ofta prova en ST-läkare innan fast anställning. I många fall sker detta via vikariat i stället för att använda möjligheten till provanställning. Dessa tjänster kallas gråblockande eller ST-likande former. ST-tjänsten utlyses inte offentligt i många fall. Vi ser att benägenheten att rapportera fel eller avvikelser är låg i gruppen. 86 procent av legitimerade läkare som undviker att lyfta problem på arbetsplatsen gör det för att de är rädda att inte få anställning som ST-läkare³

Givet att man som läkare är beroende av att kunna få AT för legitimation och ST för vidare specialisering är den enskilde läkaren i händerna på arbetsgivaren. När dimensioneringen är mindre än behovet leder det till att arbetsmarknaden för läkare innan specialisering är helt och hållet arbetsgivarens arbetsmarknad. Inofficiella kontakter uppges ofta vara orsak till att man fått arbete vid kliniken i fråga.

Särskilda förutsättningar var gäller privata utförare

SYLF vill passa på att beskriva hur det ser ut idag med utbildningsansvaret och privata vårdgivare. Det finns ett antal privata vårdgivare som utbildar egna ST-läkare. Detta sker inom vissa fält till exempel psykiatri, primärvård och hud. Här finns det behov av att specificera ansvaret för dimensionering och kvalitetssäkring.

³ <https://sif.se/syfl/app/uploads/2021/02/tyst-lakarkar-en-rapport-om-tystnadskultur-bland-underlakarna.pdf>

En effekt av att privata vårdgivare utför alltmer lågspecialiserad vård samtidigt som den högspecialiserade vården koncentreras till universitetssjukhusen är att utbildningen dras isär geografiskt. Hos vissa privata vårdgivare på uppdrag av region genomförs viss typ av vård som inte är förenlig att utbilda egna ST (kirurgi, ortopedi, ögon). De enklare ingreppen som behövs för en ny ST finns inte hos den som idag innehar utbildningsansvaret. Det utarmar möjligheten för regioner att tillhandahålla hela utbildningsbehovet för ST-läkare.

Scenarier för ett framtida utbildningsansvar under statligt huvudmannaskap

SYLF anser att regionernas misslyckande över sin egen kompetensförsörjning av specialistläkare behöver få ett slut. Behovet av läkare är inte en regional fråga, utan nationell. Vi kommer inte klara att upprätthålla ett starkt civilförsvar ens i fredstid om vi inte har en stabil kompetensförsörjning av specialistläkare. Vi anser därför att ansvaret för dimensioneringen av utbildningstjänsterna ska övergå till statlig aktör – som ser till hela Sveriges behov av såväl AT som ST, inkluderat BT. Ett liknande förfarande som staten har vid dimensioneringen av grundutbildningen skulle kunna användas för utbildningstjänster.

Vi listar här två scenarier där vi förordar det senare scenario 2. Vi beskriver också ett scenario 3 som det uttryckts tankar kring med råder er att inte gå den vägen.

Scenario 1:

Socialstyrelsen styr med kunskapsstöd. Påvisar behov och brist av specialistläkare som delges regionerna. Likheter med idag men fokus på att förbättra informationstillgången i systemet. En viktig åtgärd är ett statligt register över antalet utbildningsläkare och specialistläkare per region och specialitet. Därutöver behövs statistik över ST-läkares och specialistläkares åldersfördelning och sysselsättningsgrad för att kunna prognostisera behovet och återväxten.

Det nationella riktvärdet för fast läkarkontakt i primärvården är ett steg i rätt riktning⁴. Här dimensionerar staten indirekt antalet allmänläkare och ST-tjänster i allmänmedicin genom att önska en täckningsgrad per antalet invånare. Det som krävs är förmåga att förmå regionerna att dels erbjuda rätt antal tjänster och utbilda för att täcka det behovet. För att leva upp till Socialstyrelsens riktlinje och för att alla invånare ska kunna ha en fast läkare måste omkring dubbelt så många läkare anställas i primärvården⁵.

Scenario 2:

Socialstyrelsen tar ett dimensioneringsansvar genom nationella vårdkompetensrådet. En viktig åtgärd är ett statligt register över antalet utbildningsläkare och specialistläkare per region och specialitet. Därutöver behövs statistik över ST-läkares och specialistläkares åldersfördelning och sysselsättningsgrad. En statlig aktör exempelvis Socialstyrelsen får möjlighet att teckna avtal om utbildningstjänster hos regioner och regionerna ersätts helt eller delvis för dessa kostnader.

Detta scenario skulle kunna genomföras oavsett förstatligande av sjukvården. SYLF skulle se detta som ett lämpligt första steg oavsett politisk vilja till huvudmannaskap för hälso- och sjukvården.

⁴ <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-4-7896.pdf> Hämtad 2024-07-09

⁵ <https://www.dn.se/debatt/svikna-loften-om-fast-lakare-trots-att-alla-ar-overens/> Hämtad 2024-07-10

Scenario 3:

Universiteten tar över ansvaret för utbildningsdimensioneringen. Grundutbildning och utbildningstjänster hamnar hos samma huvudman vilket i detta fall blir statliga universitetssjukhus och blir således garanten för utbildningskvalitet och dimensionering. Universiteten tecknar avtal om utbildningstjänster hos vårdgivare och säkerställer kvalitet och jämnt flöde från grundutbildning till specialistbevis.

SYLF ser risker i att ta in universiteten i specialisttjänstgöringen. Risken består i att läkarna skulle kunna ses som studenter vilket riskerar att få stora effekter på ställningen på arbetsmarknaden. En förändring som på inga sätt motsvarar den roll som ST-läkare fyller i hälso- och sjukvården idag. Ytterligare en risk är att utlandsutbildade läkare kan få en svårare ingång i ST-tjänster som erbjuds på universiteten. Vi ser också en tredje risk i svårigheten för universiteten att garantera kvaliteten på utbildningen som till största delen är baserad på klinisk tjänstgöring. SYLF tror att bedömningarna bör ligga kvar hos handledare och chef i verksamheterna som också kan påverka förutsättningarna för ST:n. Mot denna bakgrund och med den stora förändring det skulle innebära att universiteten skulle tas in i ekvationen ser SYLF det som oönskat att så sker.

För frågor hänvisas till Albin Arleskär - Intressepolitisk utredare, Sveriges yngre läkares förning
albin.arleskar@sif.se.

Robert Holmqvist,
Ordförande, Sveriges yngre läkares förening

Sofia Warne,
Andre vice ordförande, Sveriges yngre läkares förening