

Allmän tillgång?

Ett kunskapsunderlag för en stärkt
försörjning av läkarkompetens
i första linjens vård



Reviderad version, mars 2023

Citera gärna ur Vårdanalys publikationer,
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad
på www.vardanalys.se

Beställning av Vårdanalys tryckta publikationer:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018

Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm

Omslagsbild: Gettyimages

Tryck: ÄTTA.45 Tryckeri

ISBN 978-91-87213-87-8



Allmän tillgång?

Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning
av läkarkompetens i första linjens vård

Beslut

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys styrelse. Utredaren Eva Hagbjer har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har projektdirektör Nils Janlöv och analyschef Cecilia Stenbjörn deltagit.

Stockholm 2018-06-19

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Anders Anell
Styrelseordförande

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Håkan Ceder
Styrelseledamot

Hans Winberg
Styrelseledamot

Karin Nylén
Vikarierande generaldirektör

Eva Hagbjer
Föredragande

Förord

I dag betonas vikten av en stärkt och reformerad första linjens vård för att möta utvecklingen mot fler äldre, multisjuka och kroniskt sjuka personer i befolkningen. Regeringen, landstingen och enskilda verksamheter har tagit en rad initiativ för att stärka bemanningen i första linjens vård. Men trots det är antalet läkare som arbetar i svensk primärvård fortfarande lågt jämfört med andra länder.

Den här rapporten är ett kunskapsunderlag som vi hoppas ska bidra till att utveckla och stärka försörjningen av läkarkompetens i första linjens vård. Vi identifierar tre utvecklingsområden för en stärkt kompetensförsörjning på nationell och regional nivå.

Arbetet med rapporten har genomförts av Eva Hagbjer (projektledare), Martina Bergström, Kajsa Hanspers och Peter Nilsson. Institutet för kvalitetsindikatorer (Indikator) har bistått med externt stöd.

Vi vill rikta ett stort tack till alla som tagit sig tid att intervjuas, besvara enkäter och på andra sätt bidra till vårt arbete. Ett särskilt tack till Erik Hauer vid Arbetsförmedlingen för värdefulla synpunkter på vår analys av utbudet och efterfrågan på läkarkompetens.

Stockholm i augusti 2018

Karin Nylén
Vikarierande generaldirektör

RESULTATEN I KORTHET

Det pågår en utveckling för att stärka första linjens vård, men andelen läkare som arbetar i primärvården är låg i internationell jämförelse. Vårdanalys har därför analyserat försörjningen av läkarkompetens i primärvården.

Vi kommer fram till följande slutsatser:

- ▶ Det är brist på läkare och stora geografiska skillnader i tillgången till fast läkarbemanning i primärvården.
- ▶ Bägge utmaningarna har sin grund i avsaknaden av en långsiktig kompetensförsörjningsstrategi och att läkarförsörjningen inte samordnas i tillräcklig utsträckning på nationell nivå
- ▶ Prognoserna för kompetensförsörjningen är otillräckliga, särskilt ur ett behovs- och efterfrågeperspektiv.
- ▶ Läkarnas grund- och vidareutbildning har inte i tillräcklig utsträckning anpassats till förändrande vårdbehov och arbetssätt.
- ▶ Behovet av läkarkompetens ökar – men det är svårt att förutse vilka särskilda kunskaper läkarna kommer behöva eller hur uppgiftsväxling och ny teknik kommer att påverka patienternas vård och vårdsystemet i stort.

Vi identifierar tre utvecklingsområden för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård:

- ▶ Regeringens och landstingens styrning av kompetensförsörjningen bör stärkas och utformas efter befolkningens behov.
- ▶ Prognoserna som ligger till grund för kompetensförsörjningsarbetet bör utvecklas vidare och utgå från befolkningens behov.
- ▶ Regeringen bör stödja arbetet med utvecklade arbetssätt ur ett patient- och medborgarperspektiv.



Sammanfattning

Första linjens vård befinner sig i ett förändringsskede. Den digitala och medicinska utvecklingen skapar nya möjligheter och befolkningens vårdbehov förändras, bland annat genom att vi lever allt längre. Dessutom är det stort fokus på att stärka första linjens vård inom hälso- och sjukvårdssystemet. Men fastän Sverige totalt sett är väl försett med läkare jämfört med andra länder har vi få läkare i primärvården, trots att primärvården vid sidan av sjukhusens akutvård utgör kärnan i första linjens vård. Antalet specialister i allmänmedicin i relation till det totala antalet specialistläkare har även sjunkit under senare tid.

Den demografiska utvecklingen kommer sannolikt att öka behovet av läkare. Däremot är det osäkert vad förändringarna inom första linjens vård kommer att innebära för läkarnas framtida arbetsuppgifter och kompetensbehov. Utvecklingen ställer därmed höga krav på planering och styrning. För att möta utmaningarna, och på bästa sätt anpassa kompetensförsörjningen till vårdens framtida förutsättningar, är det avgörande att det finns fungerande strukturer för planering och styrning av första linjens kompetensförsörjning.

Kompetensförsörjning är därmed en viktig strategisk fråga, både ur ett patient- och medborgarperspektiv och för hälso- och sjukvården som organisation. Utmaningen handlar för det första om att utbilda läkare vars kunskap och kompetens motsvarar befolkningens behov. För det andra behöver vi utbilda ett ändamålsenligt antal läkare. För det tredje behöver läkarkompetensen fördelas så att hela befolkningen har en god och jämlik tillgång till läkare.

Mot denna bakgrund analyserar Vårdanalys tillgången till läkarkompetens i primärvården. Syftet är att identifiera relevanta utvecklingsområden för en



mer strategisk kompetensförsörjning på nationell och regional nivå. I studien utgår vi från följande frågor:

- Hur ser primärvårdens läkarbemanning ut i dag när det gäller kompetens, antal och fördelning?
- Hur kan försörjningen av läkarkompetens i första linjens vård förstås ur ett utbuds- och efterfrågeperspektiv?
- Vilka strategier och utmaningar finns i det nationella och regionala kompetensförsörjningsarbetet?

Vi besvarar frågorna genom följande delstudier:

- En enkätundersökning som besvarades av 51 procent av landets vårdcentraler. Vi kan inte se några systematiska skillnader mellan de vårdcentraler som besvarade respektive inte besvarade enkäten när det gäller landsting, förväntat vårdbehov, befolkningstäthet eller regiform. Däremot hade vårdcentralerna som besvarade enkäten i genomsnitt något fler personer listade på vårdcentralen.
- Intervjuer med primärvårdsdirektörer, studierektorer eller personalstrateger, där 19 av 21 landsting hade möjlighet att delta, samt representanter för fyra privata primärvårdsleverantörer, två privata digitala primärvårdsgivare och ett bemanningsföretag.
- En dokumentstudie av nationella insatser för att påverka primärvårdens kompetensförsörjning, som jämförs med en internationell översikt över hur andra OECD-länder arbetar för att stärka försörjningen av läkarkompetens.
- Orienterade intervjuer med professionsföreträdare samt tjänstemän på SKL och Socialstyrelsen. Vi har även genomfört en workshop med läkarstudenter.

RESULTAT

Studiens resultat kan sammanfattas i fyra punkter.

Primärvården är underbemannad när det gäller läkare, och det finns stora skillnader i tillgången till fast läkarbemanning

Sverige är totalt sett väl försett med läkare jämfört med andra länder, men det är ändå brist på läkare i primärvården. Även om vi ser till samtliga legitimerade läkare i primärvården, inte bara specialistläkare, visar vår

undersökning att det saknas läkare på en nationell nivå. Uppskattningsvis har 46–54 procent av vård- och hälsocentralerna (hädanefter vårdcentraler) vakanser – det vill säga både ett behov av och ekonomiska förutsättningar att anställa fler läkare.

Sammanlagt motsvarar antalet vakanser, räknat i heltider, cirka 20 procent av dagens totala läkarbemanning i primärvården. Det motsvarar totalt 1 200–1 500 vakanta heltidstjänster i landet. Representanter för både offentliga och privata primärvårdsutförare uppger även att de har svårt att rekrytera specialistläkare till primärvården. Ett tydligt tecken är att var femte läkare i primärvården är hyrläkare eller vikarie.

Om läkarna vore jämnt fördelade efter befolkningen skulle dagens bemanning motsvara ungefär en heltidsarbetande legitimerad läkare per 1 950 listade personer. Men vår undersökning visar att det finns stora skillnader i bemanningen mellan enskilda vårdcentraler. Det finns även skillnader mellan vårdcentraler i tätorter och glesbygd, där vårdcentraler i glesbygd både har något lägre bemanning och en märkbart lägre andel tillsvidareanställda läkare. Vårdcentraler i glesbygd har med andra ord brist på fast anställda läkare och klarar sin läkarförsörjning tack vare hyrläkare och vikarier.

Primärvårdens underbemanning har flera orsaker

Det tar ungefär 12–15 år att utbilda en specialistläkare. Det ställer krav på lång framförhållning i kompetensförsörjningsarbetet, både när det gäller antalet läkare som utbildas och vilken kompetens de har. Behovet av framförhållning ökar genom att hälso- och sjukvården befinner sig i förändring och att behovet av första linjens vård sannolikt kommer att fortsätta öka de närmaste årtiondena.

Trots detta ser vi att utbudet av läkarkompetens i primärvården under en längre tid understigit efterfrågan. Dagens brist på läkarkompetens kan alltså kopplas till en kombination av faktorer. Intresset för den allmänmedicinska specialiteten har historiskt sett varit lågt även om det verkar ha ökat något under senare tid. Vi ser att en bidragande orsak till det låga intresset är att läkarutbildningen har ett "sjukhusfokus". Det låga intresset har i kombination med en svag samordning av antalet ST-tjänster inom olika medicinska specialiteter lett till svårigheter att rekrytera nylegitimerade läkare till primärvården och därmed ett otillräckligt utbud av läkarkompetens.

Inte heller statens insatser för att få fler läkare att arbeta i primärvården har varit tillräckliga för att öka utbudet av läkarkompetens. De försök som



gjorts att på ett nationellt plan styra innehållet i läkarnas utbildning eller att styra tillgången till mer generalistorienterad läkarkompetens har inte haft önskad effekt.

Samtidigt framkommer i intervjuer med landstingsrepresentanter att även efterfrågan på ST-läkare i allmänmedicin periodvis varit låg från primärvårdens sida, vilket bidragit till att minska antalet specialister i allmänmedicin. Här kan det ha spelat in att det på kort sikt innebär en kostnad för de enskilda vårdcentralerna att utbilda ST-läkare.

Vi ser inte heller tecken på att verksamhetschefer i primärvården i dag är särskilt intresserade av att anställa specialistläkare inom andra medicinska specialiteter än allmänmedicin för att kompensera för bristen på läkare.

Olika strategier har använts för att lösa utmaningarna

1992 decentraliserade staten ansvaret för primärvårdens kompetensförsörjning till landstingen. Men intentionerna bakom omregleringen – exempelvis ökad effektivitet och behovsanpassning av kompetensförsörjningen – verkar inte ha infriats. Däremot gick det nationella perspektivet till stor del förlorat i samband med reformen. Regeringens försök att styra utbud och efterfrågan på läkarkompetens genom planeringsunderlag, kompetenskrav eller mål har inte fått ett tillräckligt genomslag.

Under de senaste tre åren har regeringen tagit flera initiativ för att på sikt öka den nationella samordningen av kompetensförsörjningen. Samtidigt visar vår internationella jämförelse flera exempel på hur den statliga styrningen av både läkarnas antal och fördelning skulle kunna stärkas ytterligare.

På regional nivå har landstingen vidtagit olika åtgärder för att lösa bristen på läkare i primärvården. De har tillfört resurser för att utbilda fler specialister i allmänmedicin och börjat överföra arbetsuppgifter från läkare till andra yrkesgrupper. Vissa landsting har även infört nya tekniska lösningar för att effektivisera användningen av läkarnas tid. Samtidigt ligger mycket av ansvaret för kompetensförsörjningen på landstingens primärvårdsförvaltningar och privata utförare eller till och med på de enskilda vårdcentralerna.

Tillgången till läkarkompetens kan stärkas på sikt

Resultaten från vår undersökning pekar på en viss ökning av det genomsnittliga antalet ST-läkare i allmänmedicin per vårdcentral jämfört med en liknande undersökning från 2012. En förklaring som lyfts av

landstingsrepresentanter är att statliga utredningar som *Effektiv vård* och *Samordnad utveckling för god och nära vård* har pekat på vikten av en stärkt primärvård. Regeringen har även nyligen tagit initiativ att reformera läkarnas grund- och vidareutbildning samt att undersöka hur den nationella samordningen och prognoserna på nationell nivå kan utvecklas. Initiativen kan på sikt stärka kompetensförsörjningen.

Samtidigt har vårdcentraler i glesbygden fortsatt svårt att handleda, rekrytera och behålla ST-läkare i allmänmedicin, vilket talar emot att de geografiska skillnaderna kommer att minska framöver. Det saknas även tecken på att en majoritet av landstingen förändrat sitt långsiktiga kompetensförsörjningsarbete i tillräckligt hög grad, till exempel genom att arbeta för en strategisk fördelning av läkarnas specialitetsinriktningar.

SLUTSATSER

Vår rapport visar att det är brist på läkarkompetens i primärvården och att de läkare som finns är ojämnt geografiskt fördelade. Vi kopplar bristen till bristande planering och samordning på både statlig och regional nivå.

Det är brist på läkare och stora geografiska skillnader i tillgången till fast läkarbemannning i primärvården

Vår analys visar att det på ett nationellt plan råder brist på läkare i primärvården och att det är stora skillnader i bemanning mellan vårdcentraler. Vi ser också stora geografiska skillnader i tillgången till fast läkarbemannning, där vårdcentraler i glesbygd har svårare att rekrytera fast personal och ett större antal vakanser. Däremot ser vi inte en motsvarande skillnad mellan vårdcentraler som ligger i områden med olika förväntat vårdbehov, mätt enligt Care need index (CNI). Men vi ser svaga tecken på att vårdcentraler i områden med högre CNI är mindre sannolika att ha specialistläkare bland personalen.

De geografiska olikheterna förstärks av att antalet ST-läkare i allmänmedicin är högst i tätorter. Skillnaderna kan till viss del förklaras av utbildningssystemets konstruktion, där bristande bemanning i glesbygden gör att det finns relativt sett färre handledare som kan utbilda nya specialistläkare. Verksamheter med god bemanning har i stället större möjlighet att ta emot ST-läkare. Detta innebär att de geografiska skillnaderna riskerar att bestå.



Avsaknaden av en långsiktig kompetensförsörjningsstrategi har lett till för få specialister i allmänmedicin

Den långa utbildningstiden för specialistläkare ställer krav på en långsiktig planering och prioritering av antalet ST-tjänster inom olika medicinska specialiteter, i sin tur baserat på de krav som befolkningens behov ställer på hälso- och sjukvårdens organisation. En sådan planering har hittills saknats i en majoritet av landstingen. Antalet ST-tjänster har i stället planerats på utförarnivå och med ett professions- och verksamhetsfokus. Vår studie visar att planeringen saknat helhetsperspektiv och därför konserverat den rådande sjukhusbaserade hälso- och sjukvårdsstrukturen.

Även den geografiska fördelningen av ST-läkare inom landstingen har ofta styrts av läkarens eget val. Inte heller regeringen och ansvariga myndigheter har fokuserat på att stimulera och skapa förutsättningar för geografisk rörlighet genom exempelvis föreskrifter och målbeskrivningar.

Läkarförsörjningen samordnas inte i tillräcklig utsträckning på nationell nivå, vilket förstärker de geografiska skillnaderna

I dag sker hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsarbete ur ett regionalt landstingsperspektiv, där varje landsting utbildar och rekryterar läkare utifrån sitt eget behov. Varken landstingen eller staten har därmed i tillräcklig utsträckning tagit ansvar för att samordna försörjningen av läkarkompetens på ett nationellt plan, så att den motsvarar befolkningens samlade behov. Det har gjort att de geografiska skillnaderna i förutsättningar att utbilda och rekrytera läkare till primärvården, och därmed skillnaderna i bemanning, har cementerats.

Prognoserna för kompetensförsörjningen är otillräckliga, särskilt ur ett behovs- och efterfrågeperspektiv

Den pågående förändringen av första linjens vård understryker vikten av ett ändamålsenligt prognosarbete. Men vår analys visar att prognoserna brustit både på statlig nivå och på landstingsnivå. Varken statens eller majoriteten av landstingens prognoser tar tillräcklig hänsyn till förändringar på efterfrågesidan, exempelvis när det gäller uppgiftsväxling, förändrade vårdbehov, digital utveckling eller förändringar i vårdens organisering.

Dessutom finns det behov av att följa hur antalet platser i utbildningskedjans olika steg matchar varandra respektive befolkningens behov, exempelvis hur antalet AT/BT-tjänster står i relation till antalet läkare som förväntas genomgå tjänstgöringen.

Läkarnas grund- och vidareutbildning har inte i tillräcklig utsträckning anpassats till förändrande vårdbehov och arbetssätt

Utvecklingen mot fler äldre, multisjuka och kroniskt sjuka personer i befolkningen har ökat behovet av en välfungerande första linjens vård med kompetens att diagnostisera, behandla och samordna vårderna av patienter med oselekerade och komplexa sjukdomstillstånd. Trots det tenderar grund- och vidareutbildningens utformning och målbeskrivningar (Socialstyrelsens föreskrifter om vad AT- och ST-läkare ska kunna) att styra läkarna till anställning vid sjukhusen och till mindre generalistorienterade specialitetsinriktningar. Utbildningarna har heller inte i tillräcklig utsträckning anpassats efter den ökade vikten av samverkan mellan yrkesgrupper och mellan olika delar av hälso- och sjukvården.

Även formerna för AT och ST har släpat efter när hälso- och sjukvårdssystemet förändrats mot ett ökat fokus på första linjens vård.

Behovet av läkarkompetens ökar – men det är svårt att förutse vilka särskilda kunskaper läkarna kommer behöva

I dag är 83 procent av läkarna i primärvården specialister i allmänmedicin. Utredningen *Effektiv vård* har föreslagit att primärvården bör anställa specialistläkare inom andra specialiteter än allmänmedicin för att minska läkarbristen. Men vår enkät visar att verksamhetschefernas efterfrågan på annan specialistläkarkompetens är begränsad, utifrån nuvarande patientunderlag och uppdrag.

Eftersom första linjens vård befinner sig i förändring kan vi inte i dag säga vilken specialistkompetens som bäst kommer att motsvara befolkningens behov av första linjens vård. Men det är högst sannolikt att förmågan att diagnostisera och behandla patienter med oselekerade sjukdomstillstånd – den allmänmedicinska stommen – kommer att förbli en kärnkompetens som behöver säkerställas, även om den i högre utsträckning kompletteras med annan medicinsk kompetens.

Det är för tidigt att säga hur uppgiftsväxling och ny teknik kommer att påverka patienter och vårdssystem

Den demografiska utvecklingen innebär att behovet av första linjens vård sannolikt kommer att öka i framtiden. Uppgiftsväxling och ny teknik kan skapa nya arbetssätt och göra det möjligt för vårdens olika yrkesgrupper att fokusera på de uppgifter som bäst motsvarar deras kompetens. Det kan i sin tur minska läkarbristen, särskilt i glesbygden. Bristen på läkarkompetens



kan också skynda på nödvändiga effektiviseringar och anpassningar till nya vårdbehov, exempelvis genom att andra yrkesgrupper får en större roll i första linjens vård. Men det saknas fortfarande kunskap om vilka effekter förändringarna kommer att få för patienterna och för sjukvårdssystemet i stort. Sådan kunskap är nödvändig för att kunna avgöra i vilken utsträckning och riktning arbetet bör ske.

REKOMMENDATIONER

Vi identifierar tre utvecklingsområden för försörjningen av läkarkompetens i första linjens vård.

Regeringens och landstingens styrning av kompetensförsörjningen bör stärkas och utformas efter befolkningens behov

- ▶ *Regeringen bör säkerställa att innehållet i läkarnas grund- och vidareutbildning regelbundet ses över och anpassas utifrån en bedömning av befolkningens långsiktiga behov samt hälso- och sjukvårdens organisation och arbetssätt.*
- ▶ *Regeringen bör säkerställa att fördelningen av AT- och ST-läkare samordnas, så att den motsvarar behovet i alla delar av landet, och att fördelningen av ST-tjänster mellan specialiteter är ändamålsenlig.*
- ▶ *Regeringen bör säkerställa att dimensioneringen och innehållet i samtliga steg i läkarnas utbildningskedja samordnas på ett ändamålsenligt sätt.*
- ▶ *Respektive landsting bör samordna fördelningen av ST-läkare mellan olika specialiteter på central nivå i landstinget, så att fördelningen är i linje med befolkningens behov.*

Prognoserna som ligger till grund för kompetensförsörjningsarbetet bör utvecklas vidare och utgå från befolkningens behov

- ▶ *Det nationella planeringsstödet (NPS) och landstingen bör föra in ett tydligare behovs- och efterfrågeperspektiv i sina prognoser,*

bland annat genom att ta hänsyn till hur förändrade vårdbehov och utvecklade arbetssätt kan påverka efterfrågan på läkar-kompetens.

- ▶ *Bemanningsstatistiken i NPS bör fortsätta utvecklas.*

Regeringen bör stödja arbetet med utvecklade arbetssätt ur ett patient- och medborgarperspektiv

- ▶ *Regeringen bör följa effekterna av utvecklade arbetssätt i första linjens vård och stödja en ändamålsenlig kompetensförsörjning ur ett patient- och medborgarperspektiv.*





Innehåll

1	Inledning.....	23
1.1	Tillgången till läkare påverkar möjligheten till kontinuerlig och jämlik vård	25
1.2	Förändringar i första linjens vård ställer särskilda krav på kompetensförsörjningen	27
1.3	Vårdanalys analyserar försörjningen av läkarkompetens i första linjens vård	29
1.4	Viktiga begrepp: kompetensförsörjning, brist och målavvikelse.....	31
1.5	Disposition.....	33
2	Kompetensförsörjningen beror på utbudet och efterfrågan på kompetens.....	37
2.1	Kompetensbrist är obalans mellan utbud och efterfrågan	37
2.2	Vi använder vakansgrad för att mäta bristen på läkarkompetens	41
3	Lång väg från läkarstudent till specialist	45
3.1	Det tar minst tolv år att bli specialistläkare	45
3.2	Olika vägar till svensk legitimation för utlandsutbildade läkare	49
4	Primärvårdens kompetensförsörjning har inte fungerat ändamålsenligt.....	53
4.1	Vakansgraden på vårdcentralerna är 20 procent.....	54
4.2	Vakanser och bemanning är ojämnt geografiskt fördelade	56
4.3	De flesta läkare i primärvården är specialister i allmänmedicin.....	63
4.4	Omräknat till heltider är var femte legitimerad läkare vikarie eller hyrläkare.....	65
4.5	Fler ST-läkare i allmänmedicin, men de är ojämnt fördelade.....	67



5	Utbud och efterfrågan på läkarkompetens påverkas av flera faktorer	75
5.1	Vad påverkar utbudet av läkare i primärvården?	75
5.2	Vad påverkar efterfrågan på läkare i primärvården?	93
5.3	Hylläkare är ett symptom på läkarbristen	96
6	Statens insatser för att stärka tillgången till läkarkompetens	101
6.1	Insatser för att påverka utbudet av läkarkompetens	103
6.2	Insatser för att påverka efterfrågan på läkarkompetens	113
7	Internationell utblick över statliga insatser för att stärka läkarförsörjningen	119
7.1	OECD-länderna arbetar både med utbudet och efterfrågan på läkare	120
7.2	Utbudet ökas genom att påverka in- och utflödet av läkare	121
7.3	Efterfrågan minskas genom uppgiftsväxling och nya arbetssätt	127
8	Prognoser – viktigt verktyg för att få balans mellan utbud och efterfrågan	135
8.1	Så arbetar socialstyrelsen med nationella prognoser för kompetensförsörjning i dag	136
8.2	OECD ger förslag på hur medlemsländernas prognosmodeller kan utvecklas	141
8.3	Prognoserna i NPS har både styrkor och svagheter	146
9	Huvudmäns och vårdgivares insatser för att stärka tillgången till läkarkompetens	151
9.1	Offentliga och privata utförare rapporterar brist på läkare i primärvården	151
9.2	Huvudmännens insatser för att påverka tillgången till läkarkompetens i primärvården	152
9.3	Utförarnas insatser för att påverka tillgången till läkarkompetens i primärvården	157
9.4	Regionala prognoser av utbudet och efterfrågan på läkarkompetens	167
10	Läkarförsörjningen behöver svara mot befolkningens behov	171
10.1	Slutsatser	171
10.2	Rekommendationer	175
	Referenser	183



Inledning

Att hälso- och sjukvården har tillgång till ändamålsenlig kompetens är en grundförutsättning för en vård av god kvalitet med hög tillgänglighet och kontinuitet efter behov. Tillgången till kompetens behöver även vara jämlik för att motverka omotiverade skillnader mellan geografiska områden och patientgrupper. Kompetensförsörjning är därför en viktig strategisk fråga – både ur ett patientperspektiv och för att vården ska kunna rekrytera och behålla personal.

Samtidigt står hälso- och sjukvården i dag inför flera utmaningar på kompetensförsörjningens område. Socialstyrelsen rapporterar om generell brist på sjuksköterskor, barnmorskor och specialistläkare inom allmänmedicin och psykiatri samt om geografiska skillnader i möjligheterna att rekrytera personal (Socialstyrelsen 2018a, b). Ett område där hälso- och sjukvården under lång tid brottats med utmaningar är försörjningen av läkarkompetens i primärvården, som är en central del av första linjens vård (SOU 2016:2).

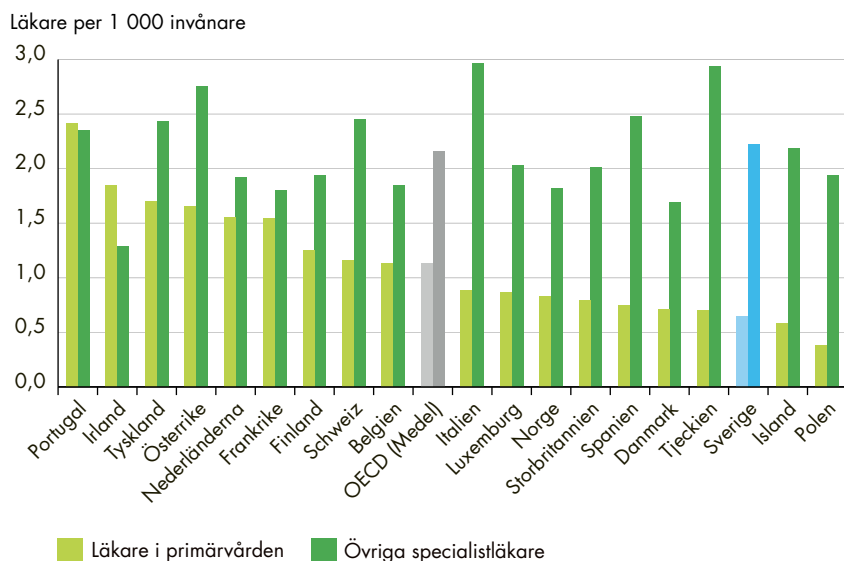
Sedan 1960-talet har läkarkompetensen i primärvården kompletterats med personal med andra kompetensområden, som sjuksköterskor, fysioterapeuter och kuratorer (Socialstyrelsen 2007). Det har främjat vårdens förmåga att ta hand om patienter med nya former av ohälsa och underlättat för vårdens olika yrkesgrupper att fokusera på de uppgifter som bäst motsvarar deras kompetens.

Trots det är läkarförsörjningen fortfarande en utmaning för primärvården. Försörjningen av läkare är särskilt utmanande eftersom utbildningstiden spänner över minst 12 år och utbildningen har flera huvudmän. Det ställer krav på både god framförhållning och planering samt fungerande samverkan mellan stat och landsting. Vi har därför undersökt hur försörjningen av läkarkompetens i första linjens vård kan bli mer ändamålsenlig.



På ett övergripande plan är svensk hälso- och sjukvård väl försedd med läkare jämfört med andra länder (OECD 2017). Däremot är andelen läkare som arbetar i primärvården låg, jämfört med övriga OECD-länder. Figur 1 visar Sverige har en god tillgång till specialistläkare i den öppna och slutna specialistvården, men antalet primärvårdsläkare per invånare ligger på en låg nivå jämfört med andra OECD-länder.

Figur 1. Läkare i primärvården och övriga specialistläkare i OECD 2015 (eller senaste år, per 1 000 invånare).

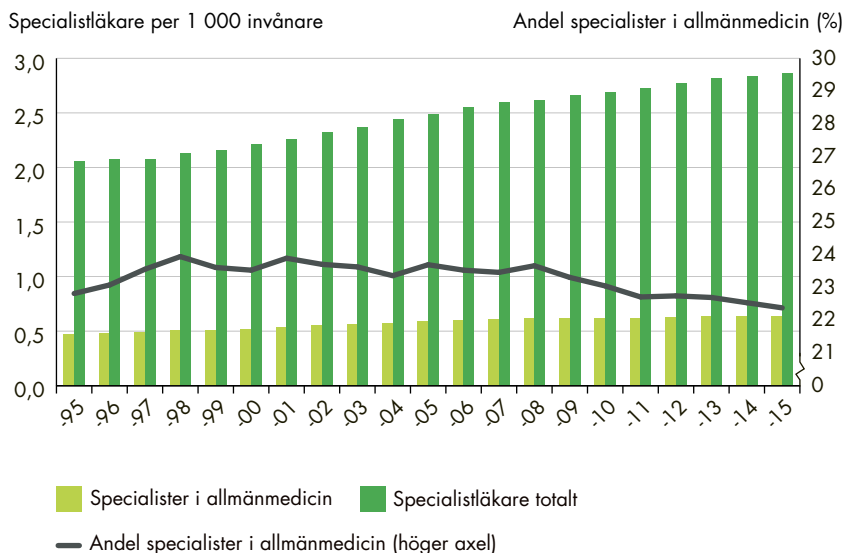


Not: OECD definierar läkare i primärvården (*general practitioners*) som läkare som arbetar med att ge "långsiktig och generell vård till individer, familjer och samhällen". Observera att även ST-läkare i allmänmedicin och läkare utan specialistkompetens kan ingå i statistiken för vissa länder. Statistiken för Sverige visar antalet specialister i allmänmedicin jämfört med antalet övriga specialistläkare.
Källa: OECD Health Statistics (OECD 2017).

Statistiken speglar en utveckling som pågått under lång tid i Sverige. Antalet verksamma specialistläkare har ökat i förhållande till befolkningen sedan slutet av 1990-talet, men uppgången har drivits av andra specialiteter än allmänmedicin. Antalet specialister i allmänmedicin har nått och jämnt följt med befolkningsökningen, vilket innebär att de har minskat som andel av det totala antalet specialistläkare över tid (se figur 2).

Läkarförsörjningen är en komplex och mångfacetterad utmaning (se exempelvis prop. 1999/2000:149). Det märks inte minst i att hälso- och sjukvården länge haft svårt att få utvecklingen av antalet läkare i den nära

Figur 2. Antalet specialistläkare och specialister i allmänmedicin per 1 000 invånare samt andelen specialister i allmänmedicin 1995–2015.



Not: Figuren visar antal specialistläkare verksamma i hälso- och sjukvården.
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas (Socialstyrelsen 2018).

vården att motsvara befolkningens behov, trots ambitioner om en stärkt primärvård. Men en ändamålsenlig försörjning av läkare är en nödvändig förutsättning för att utvecklingen mot en god och nära vård ska kunna fortsätta.

1.1 TILLGÅNGEN TILL LÄKARE PÅVERKAR MÖJLIGHETEN TILL KONTINUERLIG OCH JÄMLIK VÅRD

Primärvården och resten av första linjens vård har en viktig roll som första kontakt med vården (Vårdanalys 2017a). Primärvården besöks i dag av närmare två tredjedelar av befolkningen under ett år (Vårdanalys 2017a), och det pågår dessutom arbete med att flytta mer hälso- och sjukvård nära befolkningen (SOU 2016:2, SOU 2017:53). Det innebär att det är särskilt viktigt att säkerställa en ändamålsenlig och jämlik tillgång till läkares och andra yrkesgruppers kompetens i första linjens vård i hela landet, oavsett hur vården kommer att se ut framöver.

Om det saknas personal, riskerar vårdens tillgänglighet och kvalitet att påverkas negativt. Patienter kan exempelvis tvingas vända sig till

specialistvården eller en akutmottagning med ohälsa som hade kunnat tas om hand i primärvården. I värsta fall kan otillräcklig tillgång till läkarkompetens leda till fördröjda diagnoser och behandlingar eller uteblivna uppföljningar (IVO 2018).

Bristande tillgång till kompetens kan också skapa en ond cirkel. Med otillräcklig bemanning får personalen större ansvarsområden och en stressig arbetssituation (IVO 2016). Det kan i sin tur innebära att sjukskrivningarna ökar och intresset minskar för att arbeta i verksamheten, och i förlängningen i första linjens vård som helhet. Det leder i sin tur till en ännu mer underbemannad primärvård.

Pressad bemanning innebär dessutom att ny personal, vikarier och hyrläkare riskerar att inte få det stöd eller den introduktion som krävs för att utföra sitt arbete på ett bra sätt (IVO 2016). Det kan även innebära mindre tid för kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. I en rapport från Socialstyrelsen (2018) identifierade landstingsföreträdare kompetensförsörjningen som en av de främsta utmaningarna för hälso- och sjukvårdens patientsäkerhetsarbete.

1.1.1 Brist på fast personal ger sämre kontinuitet

På platser där tillgången till läkare är låg riskerar vårdgivarna att bli beroende av tillfälligt anställda läkare och hyrläkare för att upprätthålla en tillräcklig bemanning. För många patienter kan det spela mindre roll om läkaren som hen träffar är tillfälligt anställd och nästa besök därför kommer att ske hos någon annan, men för vissa grupper av patienter kan en sämre kontinuitet få negativa effekter (Vårdanalys 2017a eller b).

Möjligheten att träffa samma läkare vid varje kontakt med primärvården är förknippat med kortare slutenvårdsvistelser, mindre akutvård och högre patientnöjdhet för de flesta patientgrupper (Vårdanalys 2017). Det gäller särskilt patienter som besöker vårdcentralen ofta eller som är kroniskt sjuka (Vårdanalys 2017). Till exempel kan det vara besvärligt att vid upprepade tillfällen behöva berätta sin sjukdomshistoria för nya läkare.

IVO (2016) konstaterar att bristande kontinuitet kan innebära förhöjda risker för patientsäkerheten, som felbehandling, bristande informationsöverföring och fördröjda diagnoser. Ett stort antal hyrläkare eller tillfälliga vikarier kan också öka risken för bristande uppföljning av provsvar och remisser. Om läkarna stannar en begränsad tid på vårdcentralen har de exempelvis inte möjlighet att följa behandlingsförloppen och bedöma vad olika behandlingar har för effekt. (IVO 2016)

1.1.2 Läkarkompetensen är ojämnt fördelad mellan landstingen

Statistik över den geografiska fördelningen av läkare i primärvården visar på stora skillnader mellan landstingen (Socialstyrelsen 2017b). Förutsatt att skillnaderna i antal läkare inte beror på en skillnad i vårdbehov hos befolkningen, kan de leda till att patienter får vänta olika länge på vård beroende på var i landet de bor. Att detta är fallet stöds av den nationella statistiken över väntetider i olika delar av landet (Vårdanalys 2017b). Bristande tillgänglighet riskerar att drabba personer som lever i glesbygd eller i socioekonomiskt utsatta områden särskilt hårt. Skälet är att dessa grupper ofta är äldre och har mer ohälsa än genomsnittet, och därför har ett större vårdbehov (OECD 2016).

1.2 FÖRÄNDRINGAR I FÖRSTA LINJENS VÅRD STÄLLER SÄRSKILDA KRAV PÅ KOMPETENSFÖRSÖRJNINGEN

Att säkerställa en god försörjning av läkarkompetens i första linjens vård är en komplex uppgift. Det tar lång tid att anpassa läkarnas kompetens, fördelning eller antal, eftersom utbildningstiden för en specialistläkare är lång. Men det är även en utmaning att förutse vilken kompetens som läkarna kommer att behöva, eftersom första linjens vård just nu befinner sig i förändring.

1.2.1 Ett breddat uppdrag kräver fler läkare och bredare kompetens

Det har på senare år kommit en rad förslag om att föra hälso- och sjukvården närmare befolkningen, bland annat genom att utöka uppdraget för första linjens vård och göra den till en tydligare bas i hälso- och sjukvården.

Den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården drog i sitt betänkande *Effektiv vård* slutsatsen att en förstärkt och reformerad första linjens vård är en förutsättning för att möta hälso- och sjukvårdens utmaningar (SOU 2016:2). Samordnaren argumenterade för att funktionssätten i dagens primärvård behöver förändras. Den behöver för det första kunna ta ansvar för grundläggande diagnostik och behandling för hela befolkningen, för det andra förstärka sitt koordinerande, samordnande och överblickande uppdrag och för det tredje utöka sitt ansvar för akuta tillstånd som inte kräver sjukhusvård.

Utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* fick i uppgift att ta slutsatserna från *Effektiv vård* vidare och har bland annat föreslagit att hälso- och sjukvård ska ges nära befolkningen och i första hand som öppen



vård (SOU 2017:53, SOU 2018:39). Utredningen menar också att öppettiderna i primärvården kan behöva ökas jämfört med idag, utöver att primärvårdens tillgänglighet behöver öka rent geografiskt (SOU 2018:39).

I takt med att gränsen mellan primärvården och resten av hälso- och sjukvården blir allt mindre skarp och andelen vård som ges nära befolkningen ökar, växer behovet av läarkompetens i första linjens vård. Det handlar dels om att förstärka kompetensen att diagnostisera och behandla patienter med oselektade sjukdomstillstånd som redan finns i första linjens vård, dels om att bredda kompetensen att behandla ohälsa som tidigare krävde ett besök i specialistvården.

1.2.2 Teknikutveckling ger nya förutsättningar – och nya utmaningar

Vi befinner oss just nu i en period av intensiv teknisk utveckling på hälso- och sjukvårdens område (Socialdepartementet 2012, Institutet för framtidsstudier 2016). Utvecklingen kommer sannolikt att påverka behovet av olika kompetenser i hälso- och sjukvården, men det är svårt att i dag avgöra på vilket sätt.

Nya behandlingsmetoder och informationssystem ökar patienternas möjlighet att ta en större roll i både diagnostik och behandling, vilket ställer nya krav på vårdens arbetssätt (Institutet för framtidsstudier 2016, McKinsey 2016). Den tekniska utvecklingen kommer sannolikt också att påverka sammansättningen av personal i hälso- och sjukvården samt vilken kunskap och kompetens personalen kommer att behöva. Däremot är det svårt att säga i dag åt vilket håll utvecklingen kommer att gå.

I andra branscher har det visat sig att efterfrågan på högutbildade personer med jämförelsevis abstrakta arbetsuppgifter stiger i takt med den tekniska utvecklingen, medan efterfrågan på arbetskraft med lägre kvalifikationer och mer rutinmässiga arbetsuppgifter sjunker (Brynjolfsson och McAfee 2014). Det skulle å ena sidan kunna innebära att efterfrågan på läkares kompetens att tolka tvetydig information, göra komplexa eller etiska bedömningar och anpassa behandlingar efter varje persons förutsättningar ökar snarare än minskar. Å andra sidan kan andra arbetsuppgifter, som medicinska bedömningar med hjälp av beslutsstöd, bli alltmer rutinmässiga i takt med att tekniken utvecklas. Om det gör att uppgifterna kan utföras av andra yrkesgrupper än läkare, skulle det i stället kunna innebära att efterfrågan på läkares kompetens minskar (Gibbs 2017).

1.2.3 Arbetsfördelningen mellan läkare och andra yrkesgrupper behöver utvecklas vidare

Parallellt med att uppdraget för första linjens vård är under utveckling håller befolkningens behov på att förändras. Psykisk ohälsa har blivit en allt större utmaning, som första linjens vård traditionellt inte har varit byggd för att hantera (Vårdanalys 2017a). Mycket av dagens ohälsa påverkas också av levnadsvanor som kost och fysisk aktivitet, vilket har gjort förebyggande insatser till en allt viktigare del av arbetet första linjens vård (Vårdanalys 2016a). Utvecklingen tyder på att behovet av andra kompetenser som kompletterar läkarnas kommer att öka.

Det är inte heller givet att läkare kommer att fortsätta utföra alla uppgifter som de har i dag. 2018 beslutade riksdagen om en professionsneutral vårdgaranti, som innebär att patienter i första linjens vård ska tas emot av den yrkesgrupp som bäst motsvarar deras medicinska behov. Möjligheterna att renodla läkarnas roll för att frigöra tid till uppgifter som kräver deras specifika kompetens har diskuterats mycket under de senaste åren (SOU 2016:2, Vårdanalys 2013a). Till exempel bedömer utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* att det finns anledning att se över förutsättningarna för en mer professionsneutral reglering av intygsskrivande, så att den yrkesgrupp som har mest ändamålsenlig kompetens skriver intyget. Utredningen föreslår därför att regeringen ger berörda myndigheter i uppdrag att se över sina krav på intyg (SOU 2018:39).

Sammantaget innebär detta att behovet av läkarkompetens i första linjens vård kommer att påverkas av hur snabbt och i vilken riktning som uppgiftsväxlingen av arbetsuppgifter från läkare till andra yrkesgrupper fortsätter att utvecklas.

1.3 VÅRDANALYS ANALYSERAR FÖRSÖRJNINGEN AV LÄKAR-KOMPETENS I FÖRSTA LINJENS VÅRD

Det är ännu för tidigt att säga vad de utvecklingstendenser vi beskrivit kommer att innebära för behovet av läkarkompetens och läkarnas roll i första linjens vård. Däremot står det klart att utvecklingen ställer höga krav på planering och styrning av kompetensförsörjningsarbetet och att försörjningen av läkare verkar innebära särskilda utmaningar.

Försörjningen av läkarkompetens i första linjens vård är och förblir därmed en viktig strategisk fråga, både ur ett patient- och medborgarperspektiv och för att säkerställa att hälso- och sjukvården kan rekrytera och behålla personal.



Utmaningen handlar för det första om att utbilda läkare med kunskap och kompetens som motsvarar befolkningens behov, oavsett hur de utvecklas i framtiden. För det andra behöver vi utbilda ett ändamålsenligt antal läkare, utifrån befolkningens behov och den framtida rollfördelningen mellan läkare och andra yrkesgrupper. För det tredje behöver den geografiska fördelningen av läkarkompetens vara sådan att hela befolkningen har en god och jämlik tillgång till läkare.

Mot den här bakgrunden analyserar Vårdanalys tillgången till läkar-kompetens i primärvården – den vårdgren som i dag står för huvuddelen av första linjens vård. Syftet är att identifiera relevanta utvecklingsområden för en mer strategisk försörjning av läkarkompetens i första linjens vård på nationell och regional nivå.

I studien utgår vi från följande frågor:

1. Hur ser primärvårdens läkarbemannning ut i dag när det gäller kompetens, antal och fördelning?
2. Hur kan försörjningen av läkarkompetens i första linjens vård förstås ur ett utbuds- och efterfrågeperspektiv?
3. Vilka strategier och utmaningar finns i det nationella och regionala kompetensförsörjningsarbetet?

För att besvara våra huvudfrågor gör vi ett antal delstudier, som beskrivs i mer detalj i rapportens bilagor.

- Vi studerar dagens försörjning av läkarkompetens i primärvården genom en *enkät riktad till samtliga vårdcentralchefer i landet*, både offentliga och privata. Svarsfrekvensen är 51 procent i hela landet, men varierar mellan 36 och 83 procent per landsting. Vi kan inte se några systematiska skillnader mellan de vårdcentraler som besvarade respektive inte besvarade enkäten, när det gäller förväntat vårdbehov mätt enligt Care need index (CNI) eller fördelning mellan landsting, befolkningstäthet samt privat och offentlig regi. Däremot hade vårdcentralerna som besvarade enkäten i genomsnitt något fler personer listade på vårdcentralen.
- Som ett komplement till vår egen enkät sammanställer vi även *befintlig statistik* om bemanning och kompetensförsörjning från Socialstyrelsen, OECD, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Statistiska centralbyrån (SCB), Universitetskanslersämbetet (UKÄ), Sveriges läkarförbund (Läkarförbundet) och andra aktörer.

- För att studera styrningen av primärvårdens läkarförsörjning genomför vi en *dokumentstudie* av den nationella styrningen av kompetensförsörjningen från mitten av 1900-talet fram till i dag. Vi jämför även den nationella styrningen i Sverige med en *internationell översikt* över statliga åtgärder för att stärka hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning i andra OECD-länder.
- Genom en serie *strukturerade intervjuer* med primärvårdsdirektörer, studierektorer eller personalstrateger i 19 av 21 landsting och regioner studerar vi styrningen av primärvårdens kompetensförsörjning på landstingsnivå. För att även få med de privata utförarnas perspektiv intervjuar vi representanter för fyra privata primärvårdsleverantörer och två privata digitala primärvårdgivare om deras kompetensförsörjningsarbete. Vi har även intervjuat en representant för arbetsgivarorganisationen Kompetensföretagen, för att få deras bild av marknaden för hyrläkare i primärvården.
- Genom *semistrukturerade intervjuer* med tjänstemän på SKL och Socialstyrelsen samt professionsföreträdare har vi undersökt vilka faktorer som kan påverka utbudet och efterfrågan på läkarkompetens. Vi har även hållit en *workshop* med studenter på högskolornas läkarprogram.

1.4 VIKTIGA BEGREPP: KOMPETENSFÖRSÖRJNING, BRIST OCH MÅLAVVIKELSE

I det här avsnittet definierar vi tre viktiga begrepp som vi använder i rapporten.

1.4.1 Kompetensförsörjning

Trots att kompetensförsörjning är ett vanligt begrepp har vi inte hittat någon etablerad definition av ordet, utan betydelsen varierar utifrån i vilket sammanhang begreppet används och av vilken aktör som använder det. Vi har därför valt att i den här rapporten definiera kompetensförsörjning som *en process för att utbilda, rekrytera och behålla personal med rätt kompetens samt att använda personalens kompetens på bästa sätt för att tillgodose befolkningens behov av vård*. Definitionen tar hänsyn till tre aspekter som brukar ingå i diskussioner om kompetensförsörjning.

Den snävaste definitionen vi stött på är att kompetensförsörjning är en process för att öka utbudet av personer som har den kompetens som efterfrågas i hälso- och sjukvården. Efterfrågan utgår i sin tur från hälso-



och sjukvårdshuvudmännens och utförarnas bedömning av vilket behov av hälso- och sjukvård som finns bland befolkningen. Exempelvis har utbildningssystemet en viktig roll för att påverka vilken kompetens som finns tillgänglig och hur stort utbudet är.

Bristande överensstämmelse mellan hälso- och sjukvårdens (och ytterst befolkningens) behov av läkarkompetens och läkarnas faktiska utbildning och andra kunskaper kan beskrivas som en typ av friktion på arbetsmarknaden. Politiska beslutsfattare och arbetsmarknadens parter spelar en stor roll för hur stor friktionen är. Exempelvis kan anpassningen underlättas genom att staten säkerställer att utbildningssystemet är väl dimensionerat och motsvarar befolkningens behov, samt att det finns möjligheter att löpande anpassa läkarnas kompetens genom kompetensutveckling när behoven ändras.

En bredare definition av kompetensförsörjning är att även ta hänsyn till om personerna som har rätt kompetens kan och vill arbeta hos de arbetsgivare som efterfrågar kompetensen. Några möjliga hinder är till exempel att arbetsgivare och arbetssökande har svårt att komma i kontakt med varandra, att personer med rätt kompetens hellre söker sig till andra branscher eller bristande geografisk eller internationell rörlighet.

En ytterligare breddning av definitionen är att även räkna in hälso- och sjukvårdens förmåga att använda den kompetens som arbetskraften har. Det kan till exempel handla om att organisera arbetet på ett sådant sätt att den kompetens som finns tillgå används på bästa sätt för att tillgodose patienterna och befolkningens behov av vård.

1.4.2 Brist

Brist är *svårighet att rekrytera personal med rätt kompetens*. En mer utförlig definition är att det vid en given tidpunkt och plats finns en obalans mellan utbud och efterfrågan, så att efterfrågan på kompetens är större än det utbud som finns tillgängligt vid rådande lön och arbetsvillkor (Barnow m.fl. 2013). Bristen på kompetens kan gälla hela arbetsmarknaden eller en specifik delarbetsmarknad. En delarbetsmarknad kan till exempel omfatta personer inom ett visst yrke, ett geografiskt område eller med en viss utbildning.

På en arbetsmarknad med perfekt konkurrens förväntas utbudet och efterfrågan på kompetens, enligt nationalekonomisk teori, anpassa sig till varandra (se kapitel 2). Om det är brist på en viss yrkesgrupp, exempelvis läkare, ökar lönerna för den gruppen, vilket gör att fler söker sig till yrket och obalansen minskar. Obalansen kan också minska genom att arbetsgivarna

anpassar sin produktion, och därmed sin efterfrågan, till bristen på personal, exempelvis genom att ersätta läkare med andra yrkesgrupper. Men i praktiken finns det ofta en rad trögheter som gör att anpassningen inte alltid fungerar som förväntat eller att den tar lång tid. De trögheter som påverkar primärvården diskuterar vi i kapitel 2 och 5.

1.4.3 Målavvikelse

Brist är alltså kopplat till att det är svårt att rekrytera personal med rätt kompetens till de läkartjänster som hälso- och sjukvården försöker tillsätta. Men ibland kan politiker, arbetsgivare eller professionsorganisationer argumentera för att antalet personer som arbetar i ett visst yrke är färre än vad som vore önskvärt för att exempelvis motsvara befolkningens behov av vård. Ett sådant exempel är att riksdagen 2000 slog fast att antalet specialistläkare i allmänmedicin behövde öka till motsvarande en heltidsarbetande specialist per 1 500 invånare, för att primärvården skulle kunna bli den bas för hälso- och sjukvården som den var avsedd att vara (2000/01: SOU05).

Att *bemanningen inte lever upp till ett politiskt fastställt mål* har vi valt att kalla målavvikelse. En målavvikelse innebär inte nödvändigtvis att marknaden för läkarkompetens inte är i jämvikt, utifrån den rådande lönen och arbetsvillkoren. Den kan också bero på att politikerna som satt målet inte tycker att marknadsutfallet är tillfredställande, eller att arbetsgivarnas efterfrågan är för låg. Det är därför viktigt att hålla isär brist, det vill säga svårigheter att rekrytera, och målavvikelse, det vill säga skillnaden mellan de politiskt satta målen och det faktiska utfallet (se exempelvis Barnow m.fl. 2013 och Zurn m.fl. 2004).

1.5 DISPOSITION

Kapitel 1 inleder rapporten med en kort bakgrund som beskriver våra utgångspunkter och vår metod. I *kapitel 2* beskriver vi ett teoretiskt ramverk som utifrån utbud och efterfrågan på arbetskraft visar vilka faktorer som kan orsaka obalans i primärvårdens kompetensförsörjning. I *kapitel 3* redovisar vi hur vägen till att bli specialistläkare ser ut, både för svenskt utbildade läkare och för läkare med utländsk examen eller legitimation.

Vi besvarar studiens frågor i de sex följande kapitlen. I *kapitel 4* börjar vi med att redovisa hur primärvårdens läkarbemannning ser ut när det gäller läkarnas kompetens, antal och fördelning. I *kapitel 5* diskuterar vi faktorer som kan förklara dagens utbud och efterfrågan på läkarkompetens i första



linjens vård. I *kapitel 6* analyserar vi statens insatser för att påverka utbud och efterfrågan på läkarkompetens i primärvården. I *kapitel 7* beskriver vi insatser som använts av andra västländer inom OECD och diskuterar vilka av dem som skulle kunna vara intressanta i ett svenskt sammanhang. I *kapitel 8* beskriver vi hur Sverige arbetar med att prognosticera tillgången och efterfrågan på läkarkompetens. För att sätta det svenska prognosarbetet i ett sammanhang jämför vi det med prognosarbetet som pågår i andra OECD-länder. I *kapitel 9* beskriver vi hur landstingen som huvudmän och offentliga primärvårdsutförare arbetar för att påverka utbud och efterfrågan på läkarkompetens i primärvården.

I *kapitel 10* sammanfattar vi våra slutsatser och lämnar rekommendationer till regeringen och landstingen om hur en mer strategisk kompetensförsörjning av läkare i första linjens vård kan åstadkommas.



Kompetensförsörjningen beror på utbudet och efterfrågan på kompetens

Den här rapporten undersöker primärvårdens försörjning av läkarkompetens. Hur kompetensförsörjningen fungerar beror på hur utbudet och efterfrågan på arbetskraft utvecklas i förhållande till varandra. Trögheter i processen kan leda till att det uppstår obalans mellan utbud och efterfrågan, och därmed en brist eller ett överskott på kompetens. Hur stora trögheterna är kan i sin tur bero på institutionella faktorer, som utbildningssystemets utformning, eller inträdeshinder, som kompetenskrav och hinder för arbetskraftsinvandring.

I det här kapitlet redovisar vi ett teoretiskt ramverk som utifrån utbud och efterfrågan på arbetskraft visar vilka faktorer som kan orsaka obalanser i primärvårdens kompetensförsörjning.

2.1 KOMPETENSBRIST ÄR OBALANS MELLAN UTBUD OCH EFTERFRÅGAN

I den nationalekonomiska ”idealmodellen” med perfekt konkurrens anpassar sig lönen på varje delarbetsmarknad upp eller ned till dess att utbud blir lika med efterfrågan (Björklund m.fl. 2006). I verkligheten fungerar det sällan så. I stället tar det tid för arbetsgivarna och arbetstagarna att anpassa sig till exempelvis en ökad efterfrågan på arbetskraft i takt med att befolkningens behov av hälso- och sjukvård stiger. Det är sådana trögheter i anpassningen mellan utbud och efterfrågan som orsakar brist på arbetskraft.

För arbetsgivarna kan trögheten exempelvis bero på att det tar tid att ändra lönesättningen eller att strukturera om verksamheten för att kunna



erbjuda mer vård. I en offentligfinansierad sektor kan det finnas en särskild stor tröghet när det gäller att anpassa lönesättningen uppåt. Eftersom en stor del av det offentliga intäkter kommer från skatter, kan det krävas en skatthöjning eller en omprioritering mellan verksamhetsområden för att kunna höja lönerna. Båda åtgärderna kan vara svåra att genomföra av politiska orsaker, särskilt på kort sikt.

För att den ökade efterfrågan ska få genomslag i ett ökat utbud krävs att arbetsgivarna justerar incitamenten att söka sig till yrket. Men även om så sker kan det finnas trögheter för utbudet att anpassa sig. För arbetstagarna kan trögheten bero på att det tar tid att byta arbetsgivare och ännu längre tid att anpassa sina utbildningsval till den ökade efterfrågan (Barnow m.fl. 2013). Eftersom det krävs en lång utbildning för att arbeta som läkare, tar det särskilt lång tid för utbudet av läarkompetens att anpassa sig.

En obalans som leder till kompetensbrist kan uppstå för ett visst yrke, men bristen kan också vara koncentrerad till vissa regionala arbetsmarknader. Lokala bristsituationer kan exempelvis uppstå om en stor andel av dem som har rätt kompetens uppfattar vissa områden som mindre attraktiva att arbeta i, samtidigt som arbetsgivarna inte har möjlighet att kompensera för den nackdelen genom andra förmåner, som högre lön (Barnow m.fl. 2013).

Om en enskild arbetsgivare har en dominerande ställning på en delarbetsmarknad, ett så kallad *monopson*, kan det uppstå ett slags brist utan att det råder obalans mellan utbud och efterfrågan. Bristen beror i så fall på att arbetsgivaren genom sin dominerande ställning kan sätta en lägre lön än på en konkurrensutsatt marknad. Det innebär att antalet anställda kommer vara lägre än på en marknad med perfekt konkurrens (Björklund m.fl. 2006). I själva verket skulle monopsonisten vilja anställa fler personer, men avstår för att inte driva upp den rådande lönen. Eftersom arbetsgivaren skulle vilja anställa fler personer till den lön som råder, kan man därför tala om brist.

Marknaden för hälso- och sjukvård är ett exempel på ett område där arbetsgivarna kan ha en viss marknadsmakt, eftersom det vanligtvis finns ett begränsat antal arbetsgivare. Men den begränsade empiriska forskning som finns har inte kunnat visa att hälso- och sjukvårdsutförarnas marknadsmakt håller nere lönerna för läkare. Däremot finns det tecken på att sjuksköterskors löner påverkas. (Björklund m.fl. 2006, Calmfors och Richardson 2004)

2.1.1 Utbudet av arbetskraft

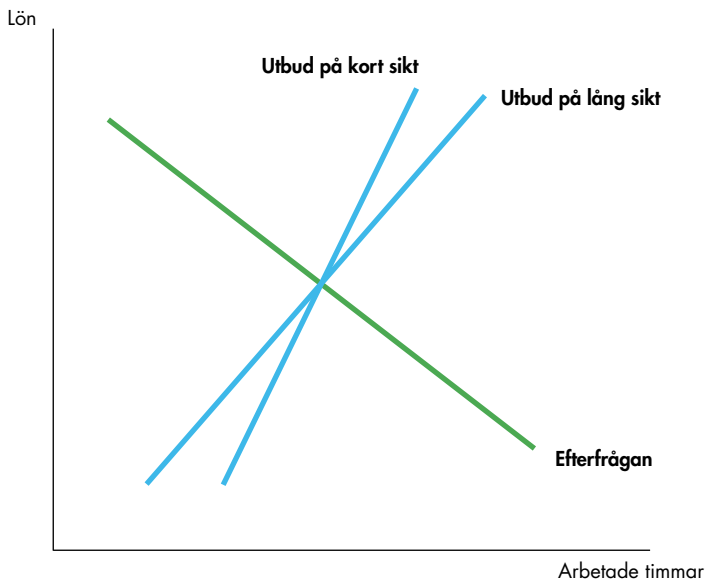
Utbudet av arbetskraft inom ett visst yrke avgörs dels av hur många som vill och kan arbeta inom yrket, dels av hur många timmar de arbetar. Valet av yrke

beror i sin tur på den relativa lönen och arbetsmiljön i förhållande till andra yrken, men också på andra faktorer som inre motivation att arbeta inom yrket eller vilken status som yrket innebär (Rosen 1986).

Figur 3 visar utbudet på kort och lång sikt vid olika relativa lönenivåer. Utbudskurvorna sluttar uppåt eftersom en högre relativlön innebär ett ökat arbetsutbud, räknat både i timmar och i antal sysselsatta. Förutom att en högre relativ lön påverkar hur många som söker sig till ett visst yrke, kan lönen även påverka hur mycket de som redan är i yrket arbetar. En högre lön innebär att det blir mer lönsamt att arbeta ytterligare timmar, under förutsättning att arbetstagaren får betalt för den extra arbetstiden. Samtidigt kan den höjda lönen skapa ekonomiskt utrymme att arbeta färre timmar. Löneökningar som syftar till att minska en brist skulle alltså kunna få motsatt effekt bland de som redan befinner sig i yrket.

På kort sikt är arbetsutbudet trögare, det vill säga det anpassar sig inte lika mycket efter lönen som på lång sikt (jämför kurvorna *Utbud på kort sikt* och *Utbud på lång sikt* i figur 3). På kort sikt kan utbudet i huvudsak variera genom att de som redan är i yrket arbetar fler timmar eller att personer som lämnat yrket återvänder. På längre sikt kan utbudet även påverkas av att fler väljer en viss utbildning eller av en ökad invandring av utbildade personer.

Figur 3. Exempel på modell som visar utbud och efterfrågan på arbetskraft vid olika relativa lönenivåer.



Trögheten för utbudet att anpassa sig på kort sikt gäller särskilt inom yrken som kräver längre utbildning, som för läkare (Nicholson och Propper 2012). Hur väl anpassningen sker påverkas därför också av institutionella faktorer, som dimensioneringen av utbildningssystemet och regler för arbetskraftsinvandring (Björklund m.fl. 2006).

2.1.2 Efterfrågan på arbetskraft

Efterfrågan på arbetskraft med en viss yrkeskompetens, det vill säga hur många arbetstimmar som arbetsgivarna efterfrågar vid en viss lönenivå, styrs av efterfrågan på de varor och tjänster som arbetskraften bidrar till att producera. Efterfrågan på hälso- och sjukvård kan i sin tur öka på grund av ett förändrat behov hos befolkningen, men också på grund av andra faktorer som medicinska framsteg eller politiska beslut som påverkar lagstiftning eller riktlinjer. Nya politiska beslut kommer i sin tur ofta som svar på att befolkningens efterfrågan på vård förändrats (Propper och Nicholson 2012).

Om efterfrågan på en vara eller tjänst ökar stiger även priset och fler kommer att vilja producera varan eller tjänsten, vilket i sin tur leder till att konkurrensen om arbetskraften ökar. Till följd av den ökade konkurrensen skapas ett tryck uppåt på lönerna på kort sikt, det vill säga tills utbudet anpassar sig (Björklund m.fl. 2006). Att efterfrågan på hälso- och sjukvård ökar skulle enligt det här resonemanget innebära att efterfrågan på läkare ökar. Men marknaden för hälso- och sjukvård och andra välfärdstjänster är speciell på så sätt att en ökad efterfrågan på de utförda tjänsterna inte automatiskt får genomslag i höjda priser, som på de flesta andra marknader (Björklund m.fl. 2006). Priset – i form av den totala ersättningen till hälso- och sjukvårdsverksamheterna – avgörs i stället av de politiska beslutsfattarna som fördelar tillgängliga offentliga medel mellan olika offentligfinansierade verksamheter. Om en ökad efterfrågan på vård inte följs av en höjd ersättning får arbetsgivarna svårt att höja lönen för att locka till sig ytterligare arbetskraft och utbudet av arbetskraft riskerar att förbli oförändrat.

Enligt nationalekonomisk teori påverkas efterfrågan på arbetskraft också av det relativa priset för olika produktionsfaktorer, till exempel arbetskraft och kapital som maskiner och tekniska hjälpmedel (Björklund m.fl. 2006). Även den relativa lönekostnaden för olika yrkesgrupper kan påverka efterfrågan på personal inom en viss yrkesgrupp. Exempelvis kan en kortsiktig brist på läkare påverka efterfrågan på sjuksköterskor.

Vilken påverkan som ett högre relativt pris på det kapital eller den teknologi som används i vården har på efterfrågan på läkare är däremot

osäkert. Ett aktuellt exempel är utvecklingen mot allt mer avancerad och lättillgänglig teknik i hälso- och sjukvården. I takt med att tekniken blir billigare i förhållande till arbetskraften blir det möjligt att producera mer hälso- och sjukvård till samma kostnad som tidigare. Därför kan utvecklingen innebära att bemanningen ökar. Samtidigt kan den tekniska utvecklingen göra det möjligt att i större utsträckning ersätta personal med teknik, vilket minskar efterfrågan på arbetskraft. Efterfrågan på olika personalgrupper kan därmed komma att påverkas på olika sätt, beroende på i vilken utsträckning deras arbetsuppgifter kan ersättas av eller är komplement till den nya tekniken (Björklund m.fl. 2006, se även kapitel 1).

2.2 VI ANVÄNDER VAKANSGRAD FÖR ATT MÄTA BRISTEN PÅ LÄKAR-KOMPETENS

Eftersom utbuds- och efterfrågekurvorna inte kan observeras i praktiken, kan bristen på läkarkompetens inte mätas med exakthet. För att göra en uppskattning av bristen på arbetskraft inom en viss bransch eller ett visst yrke används därför oftast olika typer av indikatorer.

En sådan indikator är vakansgraden, det vill säga antalet vakanta, eller lediga tjänster, i förhållande till antalet anställda. Vakanser definieras av SCB (2018) som "obemannade lediga jobb som kan tillträdas omedelbart". Vakansgraden säger något om skillnaden mellan utbud och efterfrågan, men det är svårt att veta vad som är en stor eller liten brist eftersom vakansgraden varierar mellan olika yrken. Om det exempelvis är vanligt att byta arbetsgivare kommer den genomsnittliga vakansgraden vid ett givet tillfälle att vara högre, enbart på grund av att arbetsgivarna behöver tid för att rekrytera en ersättare när en anställd säger upp sig.

För att veta om en vakansgrad är hög eller låg krävs därför någon typ av referenspunkt, till exempel ett historiskt genomsnitt, eller att vakansgraden kompletteras med ytterligare information om exempelvis arbetslösheten eller rekryteringsmöjligheterna inom en viss bransch och yrke. Om vakansgraden är hög samtidigt som arbetslösheten är låg eller en hög andel arbetsgivare rapporterar rekryteringsproblem tyder det på att det råder brist.

I den här rapporten analyserar vi bristen på läkarkompetens genom att undersöka det via indikatorn antalet vakanser på landets vårdcentraler. Vakanser definieras i undersökningen som antalet heltidstjänster som primärvårdens verksamhetschefer uppger att det *både finns behov av och ekonomiskt utrymme för att anställa*. Vakanserna divideras med det totala antalet verksamma läkare omräknat till heltider för att beräkna



vakansgraden. Vi relaterar vakansgraden till uppgifter från landsting och primärvårdsutförare om rekryteringsläget.

I kapitel 4 presenterar vi vakansgraden och antalet vakanser i primärvården baserat på resultaten från vår enkätundersökning till verksamhetscheferna vid landets vårdcentraler. Utifrån ramverket som presenterats ovan fortsätter vi sedan i kapitel 5 att diskutera vilka faktorer som påverkar utbudet och efterfrågan på läkarkompetens i primärvården. Kapitel 6–9 diskuterar statens och landstingens insatser för att påverka utbud och efterfrågan på läkarkompetens.



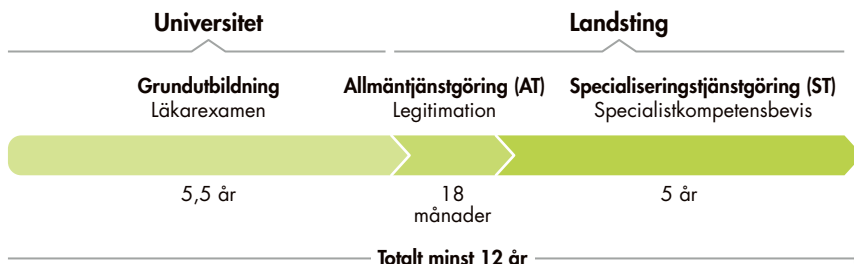
Lång väg från läkarstudent till specialist

I det här kapitlet beskriver vi hur vägen till att bli specialistläkare ser ut, både för svenskutbildade läkare och för läkare med utländsk examen eller legitimation. Vi börjar med att beskriva den svenska utbildningskedjan, för att sedan beskriva hur utlandsutbildade läkare kan få en svensk läkarlegitimation.

3.1 DET TAR MINST TOLV ÅR ATT BLI SPECIALISTLÄKARE

Vägen från att en läkarstudent börjar på läkarutbildningen till att hen är en färdig specialistläkare består av flera delar (se figur 4). Grundutbildningen är fem och ett halvt år, och följs av en minst 18 månader lång allmäntjänstgöring (AT) som leder till läkarlegitimationen (3 kap. 5 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369), PSF). För att få specialistkompetens krävs också specialiserings-tjänstgöring (ST) under minst fem år (4 kap. 1 § PSF). Totalt tar det minst 12 år att bli färdig specialistläkare.

Figur 4. Läkarnas utbildningskedja.



3.1.1 Universiteten ansvarar för grundutbildningen

Läkarutbildningen omfattar 330 högskolepoäng, vilket motsvarar 5,5 års studier (högskoleförordningen (1993:100)). Högskoleförordningen anger ett antal generella krav för att få läkarexamen (bilaga 2, högskoleförordningen). Målen ställer bland annat krav på

- fördjupad förmåga att självständigt diagnostisera och i samverkan med patienten behandla de vanligaste sjukdomstillstånden
- förmåga att samverka med andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården samt omsorgen
- självkännedom och empatisk förmåga samt ett etiskt och professionellt förhållningssätt
- kunskap om vårdens vetenskapliga grund, om ekonomi och organisation av betydelse för vården och om relevanta författningar
- förmåga att fortlöpande utveckla sin kompetens (bilaga 2, högskoleförordningen).

Som ett sätt att profilera utbildningen har lärosätena även möjlighet att besluta om lokala mål (bilaga 2, högskoleförordningen). Läkarutbildningen skiljer sig därför i viss mån åt beroende på lärosäte. 2018 hade sju lärosäten examensrätt för läkare.

Förenklat består läkarutbildningen av två delar. Utbildningen inleds med en preklinisk del, som framför allt består av teoretiska moment. Därefter följer en klinisk del, då läkarstudenterna till stor del befinner sig i sjukvården och möter patienter. Lokalt inom läkarprogrammen används olika begrepp för att beskriva de verksamhetsförlagda aktiviteterna, till exempel klinisk praktik, klinisk tjänstgöring, arbetslivsintegrerat lärande (LIA), verksamhetsintegrerat lärande (ViL) eller verksamhetsförlagd utbildning (VFU) (SOU 2013:15). VFU används ofta för att beskriva kurser och moment som bedrivs i hälso- och sjukvårdens verksamheter. Vi kommer fortsättningsvis att använda begreppet VFU på det sättet.

VFU genomförs i hälso- och sjukvården under handledning av yrkesverksamma läkare i de landsting där universiteten ligger. Universiteten kan också avtala med andra landsting om att utlokalisera de verksamhetsförlagda delarna av utbildningen dit, en så kallad regionalisering av utbildningen. Hur stor del av VFU:n som genomförs i primärvården respektive i andra delar av hälso- och sjukvården avgörs av respektive lärosäte i samråd med landstingen.

Eftersom hälso- och sjukvården medverkar i läkarstudenternas utbildning består den statliga finansieringen av läkarutbildningen av två delar. Anslaget till lärosätena baseras på antalet registrerade studenter och summan av deras avklarade kurspoäng (UKÄ 2017). Staten betalar även ersättning till de landsting som medverkar i läkarnas grundutbildning. Ersättningen grundar sig på det så kallade ALF-avtalet (Vetenskapsrådet 2018).

3.1.2 Landstingen ansvarar för att anordna AT och ST enligt Socialstyrelsens föreskrifter

Utformningen och innehållet i läkarnas AT och ST regleras nationellt genom PSF samt föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen (SOSFS 1999:5, SOSFS 2015:8). Socialstyrelsen beskriver till exempel hur handledningen av AT- och ST-läkare ska gå till och vilka kunskapskrav som ska vara uppfyllda för att få legitimation eller specialistkompetensbevis. Kunskapskraven formuleras som målbeskrivningar, det vill säga de anger vilken kunskap som ska uppnås snarare än hur den ska uppnås. Professionsföreningarna fyller därför en viktig roll genom att ta fram vägledningar om hur målen kan nås.

Socialstyrelsen bestämmer och definierar även de specialiteter som läkare kan uppnå specialistkompetens inom (17 § förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen). I dag finns det 44 reglerade basspecialiteter, där allmänmedicin är en, och ytterligare 19 gren- och tilläggsspecialiteter (5 kap. 1 § SOSFS 2015:8). Gren- och tilläggsspecialiteter kräver att läkaren även är specialist inom en basspecialitet (5 kap. 2–3 §§ SOSFS 2015:8).

Allmäntjänstgöringen leder till läkarlegitimation

Allmäntjänstgöringen (AT) innebär att AT-läkaren arbetar under handledning i hälso- och sjukvården (3 kap. 5 § PSF). Tjänstgöringen ska pågå i totalt minst 18 månader och innehålla

- 9 månader inom dels invärtesmedicinska specialiteter samt barn- och ungdomsmedicin, dels kirurgiska specialiteter, med en minimitid inom var och en av de båda grupperna på tre månader
- 3 månader inom psykiatri eller barn- och ungdomspsykiatri
- 6 månader inom allmänmedicin. (3 kap. 5 § patientsäkerhets-förordningen).

Tjänstgöringen i allmänmedicin ska alltid ligga sist, om inte landstinget fått dispens av Socialstyrelsen (1 kap. 3 § SOSFS 1999:5). Motivet är att primärvården ställer krav på en bred medicinsk kunskap (SOU 1971:68).



AT-läkaren ska dels ha en övergripande huvudhandledare, dels en personlig handledare med specialistkompetens inom respektive tjänstgöringsavsnitt (1 kap. 9 § SOSFS 1999:5). AT avslutas med ett kunskapsprov som anordnas av ett lärosäte med tillstånd att utfärda läkarexamen (3 kap. 5 § PSF). I dagsläget anordnar Karolinska institutet provet. Efter avslutad AT och godkänt prov kan AT-läkaren ansöka om legitimation hos Socialstyrelsen.

Det är landstingen som ansvarar för att inrätta AT-tjänster. Landstingen ska ordna tillräckligt många AT-tjänster för att både räcka till studenter som tar examen vid svenska lärosäten och till läkare med utbildning från länder utanför EU och EES (så kallade tredjelandsläkare) som föreskrivs AT av Socialstyrelsen för att få legitimation (10 kap. 5 § i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL). Däremot är landstingen inte skyldiga att ordna AT-platser för läkare som är utbildade i andra EU- och EES-länder (prop. 1997/98:5). Men det är ändå möjligt för denna grupp att göra AT i Sverige förutsatt att de har krav på praktisk tjänstgöring efter examen, se avsnitt 3.2.1.

Specialiseringstjänstgöringen leder till specialistkompetensbevis

Landstingen ansvarar även för läkarnas specialiseringstjänstgöring (ST). ST ska fullgöras genom tjänstgöring som läkare under handledning och genom deltagande i kompletterande utbildning (4 kap. 1 § PSF). Den kompletterande utbildningen kan bestå dels av kurser finansierade av Socialstyrelsen, så kallade specialistkompetens-kurser (SK-kurser), dels av kurser arrangerade av landsting och professionsföreningar.

Tjänstgöringen ska genomföras under minst 5 år, då ST-läkaren arbetar inom sin framtida specialitet (4 kap. 1 § PSF). Tjänstgöringen inom den egna specialiteten kan även behöva kompletteras med tjänstgöring inom angränsande specialiteter, så kallad sidotjänstgöring, tidigare känt som "randutbildning" eller "randning". Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska ST-läkaren ha en huvudansvarig handledare som dels är specialist i den specialitetsinriktning som ST-läkaren utbildar sig inom, dels har genomgått handledarutbildning (3 kap. 2 § SOSFS 2015:8). ST-läkaren ska även ha en specialistkompetent handledare under varje sidotjänstgöringsperiod (3 kap. 3 § SOSFS 2015:8). Efter fullgjord ST kan läkaren ansöka om specialistkompetensbevis hos Socialstyrelsen.

Enligt HSL ansvarar landstingen för att inrätta ST-tjänster i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet (10 kap. 5 §).

3.2 OLIKA VÄGAR TILL SVENSK LEGITIMATION FÖR UTLANDS-UTBILDADE LÄKARE

Över hälften av läkarna som legitimerades i Sverige 2016 hade en utbildning från ett annat land än Sverige (Socialstyrelsen 2018d, se även kapitel 5). Det här avsnittet beskriver de lagreglerade stegen till en svensk legitimation. Stegen ser olika ut beroende på om en läkare är utbildad inom eller utanför EU- och EES-området. Dessutom anordnar landstingen, Arbetsförmedlingen och andra aktörer kurser och utbildningar för att stötta de blivande läkarna under processen, men de insatserna beskrivs inte i den här rapporten.

3.2.1 Läkarelegitimationer från EU och EES översätts till svenska legitimationer

För läkare utbildade inom EU och EES gäller EU:s yrkeskvalifikationsdirektiv (Europaparlamentets och rådets direktiv 2005/36/EG av den 7 september 2005 om erkännande av yrkeskvalifikationer). Enligt direktivet ska behöriga myndigheter i respektive EU-land erkänna kvalifikationer som en läkare fått i ett annat EU-land. EU-läkare får därför svensk legitimation, förutsatt att de uppfyller vissa språkrav. Direktivet gäller också specialistutbildade läkare. Det innebär att läkare kan ansöka om svenskt specialistkompetensbevis förutsatt att specialitetsinriktningen omfattas av direktivet (se artiklarna 24 och 25 i direktiv 2005/36/EG).

Det finns två grupper av EU-läkare som ansöker om svensk legitimation, men samma system gäller för båda. Den första gruppen är medborgare från andra EU-länder som med läkarlegitimation och yrkeserfarenhet söker sig till Sverige för en fortsatt yrkeskarriär. Den andra gruppen består av svenskar som rest till ett annat EU- eller EES-land för att utbilda sig till läkare och sedan återvänder till Sverige.

Många EU-utbildade svenskar väljer att göra AT i Sverige i stället för att genomgå en praktisk tjänstgöringsperiod i utbildningslandet. En förutsättning för att få göra svensk AT är att utbildningslandet har en liknande utbildningsstruktur som Sverige, det vill säga en grundutbildning som leder till läkarexamen och en praktisk tjänstgöringsperiod som leder till legitimation. Om utbildningen är legitimationsgrundande får den utlandsutbildade läkaren inte göra AT i Sverige, utan hänvisas till att direkt ansöka om legitimation hos Socialstyrelsen.



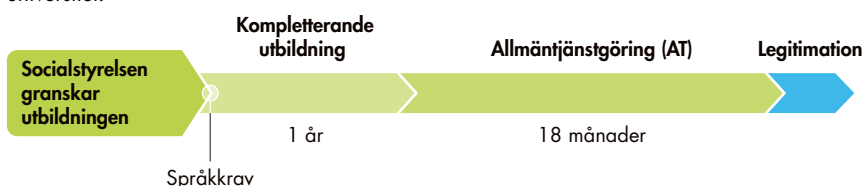
3.2.2 Läkarelegitimationer utanför EU och EES kompletteras eller valideras

För läkare som har utbildat sig utanför EU och EES, så kallade tredjelandsutbildade läkare, finns det tre vägar för att få svensk legitimation (Socialstyrelsen 2018e)

- gå om hela läkarutbildningen i Sverige
- läsa en kompletterande utbildning vid högskola eller universitet (figur 5)
- genomgå Socialstyrelsens kompletteringsprocess (figur 6).

Läkare som väljer att läsa en kompletterande utbildning på universitet eller högskola behöver göra AT för att få sin legitimation, se figur 5 (10 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården vid utbildning från tredjeland, HSLF-FS (2017:80)). De behöver även tillstånd från Socialstyrelsen och grundläggande kunskaper i svenska för att antas till utbildningen (Socialstyrelsen 2018e, 4 § UHRFS 2013:1).

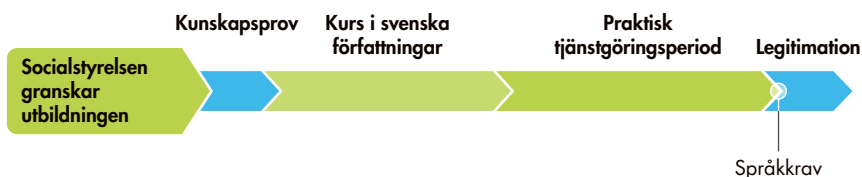
Figur 5. Vägen till svensk legitimation genom kompletterande utbildning på högskola eller universitet.



Socialstyrelsens kompletteringsprocess inleds med ett kunskapsprov som genomförs på svenska, följt av en kurs i svensk lagstiftning och en praktisk tjänstgöringsperiod, se figur 6 (Socialstyrelsen 2018e). Tidigare ingick AT i Socialstyrelsens kompletteringsprocess, men det ändrades i samband med att kompletteringsprocessen reviderades 2016.

Läkare som har påbörjat eller fullgjort en specialistutbildning utanför EU- och EES-området måste genomföra svensk ST innan de kan ansöka om bevis om specialistkompetens i Sverige. För att få påbörja ST måste de först ha svensk legitimation som läkare.

Figur 6. Vägen till svensk legitimation genom Socialstyrelsens kompletteringsprocess.





Primärvårdens kompetensförsörjning har inte fungerat ändamålsenligt

I det här kapitlet beskriver vi resultaten från den enkätundersökning som Vårdanalys låtit genomföra bland samtliga vårdcentraler i landet. Vi har frågat vårdcentralernas verksamhetschefer om läkarbemanningen på vårdcentralen den 1 november 2017, räknat i heltidsekvivalenter. Läkarbemanningen omfattar alla kompetensnivåer, specialiteter och anställningsformer, men vi analyserar också läkarnas sammansättning utifrån dessa variabler. Bemanningen ställs i relation till vårdcentralernas storlek, mätt som antalet personer som är listade på vårdcentralen. Listningen är en del av vårdvalet i primärvården och innebär att en person listar sig på den vårdcentral hen framför allt vill få vård av. I slutet av 2017 var drygt 97 procent av befolkningen listade på en vårdcentral (Sanocore 2017). För en mer detaljerad metodbeskrivning, se bilaga på www.vardanalys.se.

Sammantaget besvarade 51 procent av landets vårdcentraler enkäten. Vi kan inte se några systematiska skillnader mellan de som besvarade respektive inte besvarade enkäten när det gäller landsting, förväntat vårdbehov, befolkningstäthet eller regiform. Däremot hade vårdcentralerna som besvarade enkäten i genomsnitt något fler personer listade på vårdcentralen.

Vi har även gjort regressionsanalyser av enkätresultatet för att undersöka vilka faktorer som påverkar vakansgraden, läkartätheten sett till samtliga legitimerade läkare, tillsvidareanställda läkare samt andelen hyrläkare och vikarier. Analysen utgår från faktorerna driftsform, befolkningstäthet, vårdcentralens storlek (antal listade) och förväntat vårdbehov mätt enligt Care need index (CNI) i vårdcentralens närområde (för definitioner, se



bilaga på www.vardanalys.se). I vissa regressioner ingår även andelen hyrläkare och vikarier samt andelen specialister. Sammanfattningsvis visar resultaten från enkätundersökningen:

- Vakansgraden (det totala antalet vakanser dividerat med det totala antalet verksamma läkare i primärvården omräknat till heltider) uppgår till 21 procent på nationell nivå.
- Det är stora skillnader i vakansgrad på vårdcentralsnivå, där vårdcentraler i glesbygden har en särskilt hög vakansgrad.
- Om läkarna vore jämnt fördelade efter befolkningen skulle dagens bemanning motsvara ungefär en heltidsarbetande legitimerad läkare per 1 950 listade personer.
- Tillgången till fast bemanning är ojämnt geografiskt fördelad, där vårdcentraler i glesbygden har lägre fast bemanning och klarar sin läkarförsörjning med hjälp av hyrläkare och vikarier.
- 83 procent av de legitimerade läkarna i primärvården är specialister i allmänmedicin, 6 procent har en annan specialistkompetens än allmänmedicin och 11 procent saknar specialistkompetens.
- Utöver de legitimerade läkarna, förekommer det att icke-legitimerade läkare arbetar på vårdcentralerna, denna grupp utgör totalt 7 procent av läkarbemanningen.
- Antalet ST-läkare verkar ha ökat nationellt sedan 2012, men de är ojämnt geografiskt fördelade. Det innebär att de geografiska skillnaderna i bemanning riskerar att bestå framöver.

4.1 VAKANSGRADEN PÅ VÅRDCENTRALERNA ÄR 20 PROCENT

Ett första steg för att undersöka hur primärvårdens kompetensförsörjning fungerar är att analysera vakansgraden, som ger en grov uppskattning av bristen på läkarkompetens. Vi gör här inte skillnad på läkare med olika kompetensnivå och erfarenhet, utan undersöker det totala behovet av läkare omräknad till heltider.

Hälften av vårdcentralcheferna som besvarade enkäten angav att de hade någon vakans, vilket innebär att 46–54 procent av landets vårdcentraler har vakanser. Vakanser definierades som att vårdcentralen både hade behov av och råd att anställa fler läkare på heltid eller deltid, utifrån dagens patientunderlag och uppdrag.¹

¹ Läkarförbundet (2012) undersökte antalet vakanta specialistläkartjänster (det vill säga 93,5 % av bemanningen i vår studie). I den undersökningen uppgav 41 procent av vårdcentralerna att de hade ekonomiska förutsättningar och behov av att anställa fler specialistläkare, utifrån sitt dåvarande patientunderlag. Men resultaten från Läkarförbundets (2012) undersökning är inte helt jämförbara med våra enkätresultat, eftersom vakanserna i vår undersökning omfattar hela gruppen läkare och inte bara specialister.

På en nationell nivå uppgår vakansgraden till 21 procent. Det innebär att landets vårdcentraler den 1 november 2017 hade behov av och möjlighet att anställa totalt 1 200–1 500 heltidstjänster i primärvården i landet. Mot bakgrund av att landstingen i våra intervjuer rapporterar svårigheter att fylla vakanserna drar vi slutsatsen att det finns ett underskott av läkare i primärvården.

När vi har analyserat vakansgraden har vi tolkat svaren som att verksamhetscheferna räknat med även de vakanser som för tillfället täcks av hyrläkare eller vikarier i sina svar (se enkätfråga 4 i bilaga på www.vardanalys.se). Men det är möjligt att några verksamhetschefer bortsett från de vakanser som just nu fylls av tillfällig personal och att vi därmed underskattar antalet vakanser.

4.1.1 Det är stora skillnader mellan enskilda vårdcentraler

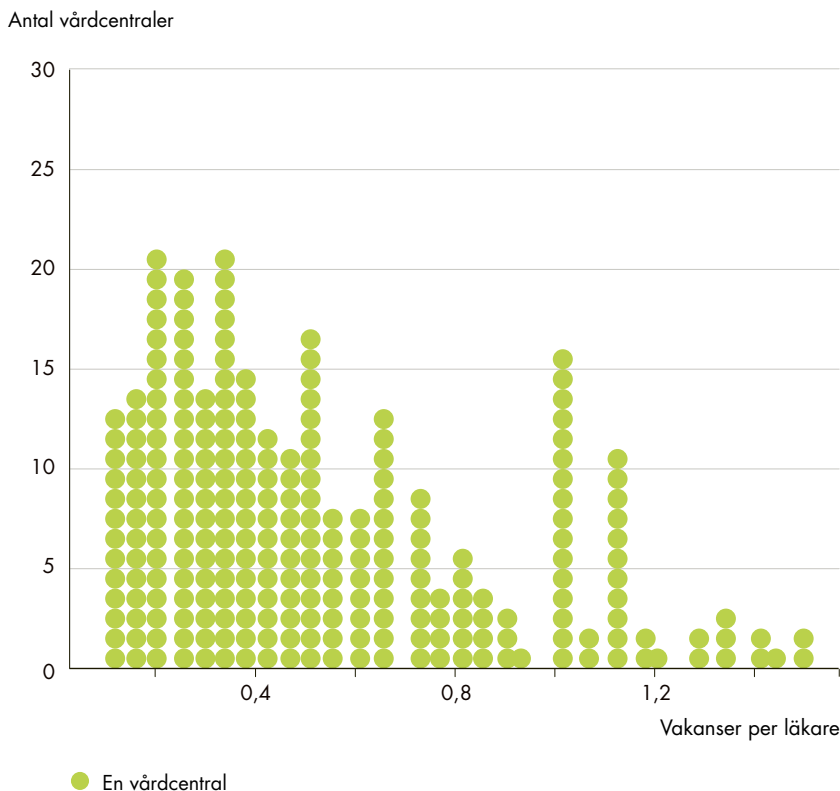
Det genomsnittliga antalet vakanser ger inte hela bilden av primärvårdens bemanning. Om vi i stället undersöker vakansgraden vid varje individuell vårdcentral ser vi att det är stora skillnader på vårdcentralsnivå (se figur 7). Den genomsnittliga vakansgraden vid landets vårdcentraler är 37 procent. Det totala antalet vakanser i förhållande till den totala bemanningen är 21 procent.

Att det är en skillnad mellan den genomsnittliga vakansgraden per vårdcentral och den totala vakansgraden tyder på att vakansgraden är högre på mindre vårdcentraler, som inte har en lika stor tyngd vid beräkningen av det totala antalet vakanser. Även det faktum att hälften av vårdcentralerna inte har några vakanser alls stärker bilden av stora variationer mellan vårdcentralerna.

Om vi bara ser till de vårdcentraler som har vakanser, visar figur 7 på en stor spridning i vakansgrad även här. Vissa vårdcentraler har fler vakanser än verksamma läkare (en vakansgrad över 1).



Figur 7. Vårdcentralerna som har vakanser, fördelade efter vakansgrad.



4.2 VAKANSER OCH BEMANNING ÄR OJÄMNT GEOGRAFISKT FÖRDELADE

Vi har även undersökt den nuvarande läkarbemanningen i primärvården. Om läkarna vore jämnt fördelade efter antalet listade skulle bemanningen motsvara ungefär en heltidsarbetande legitimerad läkare per 1 950 listade personer på vårdcentralen. Tar vi bara hänsyn till specialistläkare skulle bemanningen bli lite lägre, med ungefär en heltidsarbetande specialist per 2 190 listade personer.

Det är alltså den totala bemanningen som finns tillgänglig i landet. Men om vi analyserar hur läkarbemanningen skiljer sig åt mellan vårdcentraler som ligger i glesbygd, i städer och förorter samt i storstäder, ser vi att både bemanningen och vakanserna är ojämnt fördelade.

Analysen av den geografiska fördelningen bygger främst på beskrivande statistik, men vi har kompletterat analysen med en regressionsanalys som visar vilka egenskaper hos vårdcentralerna som är förknippade med en hög

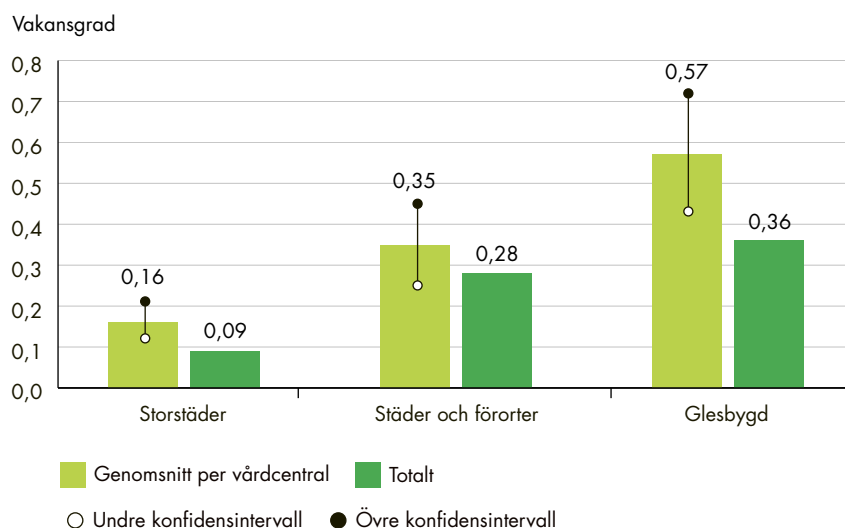
vakansgrad (se bilaga på www.vardanalys.se för en beskrivning av metoden). Vi utgår från Eurostats klassificeringssystem för regioner (DEGURBA) som delar in landets kommuner i tre kommuntyper beroende på befolkningstäthet: storstäder, städer och förorter samt glesbygd (se bilaga på www.vardanalys.se).

4.2.1 Färre vakanser i storstäder och fler i glesbygd

Vår enkät visar att vårdcentraler i glesbygd har en mer ansträngd bemannings-situation än vårdcentraler i områden med en högre befolkningstäthet. Vårdcentraler i glesbygden har i genomsnitt en vakansgrad på 0,57, det vill säga drygt en vakans per två läkare som var verksamma vid vårdcentralen. Det kan jämföras med en genomsnittlig vakansgrad på 0,35 i städer och förorter och 0,16 i storstäderna.

Om vi beräknar den totala vakansgraden i glesbygden (det totala antalet vakanser per totalt antal läkare som är verksamma i glesbygden) uppgår den till ungefär 0,35, jämfört med knappt 0,1 i storstadskommuner (se figur 8). Även i kommuner som klassas som städer och förorter är vakansgraden högre än i storstäderna. När vi analyserade vakansgraden på nationell nivå i avsnitt 4.1.1 tolkade vi skillnaden mellan den genomsnittliga vakansgraden per vårdcentral och den totala vakansgraden som att vakansgraden är högre bland mindre vårdcentraler. Samma mönster återkommer i alla tre kommuntyper (se figur 8).

Figur 8. Vakansgrad i storstäder, städer och förorter samt glesbygd.



Även andelen vårdcentraler som har vakanser skiljer sig åt beroende på geografiskt område. I glesbygden uppgår 64 procent av vårdcentralerna att de hade vakanser. Det är en större andel än i städer och förorter respektive i storstäder, där motsvarande andel är 47 respektive 38 procent.

Vår regressionsanalys visar att de geografiska skillnaderna i vakansgrad kvarstår även om vi tar hänsyn till skillnader i förväntat vårdbehov (CNI), vårdcentralens storlek och driftsform. Vi redovisar resultaten från regressionsanalysen i bilaga på www.vardanalys.se.

Analysen visar också att vakansgraden är lägre på vårdcentraler i privat regi. Det kan finnas flera förklaringar till att vakansgraden skiljer sig mellan privata och offentliga vårdcentraler. Några möjliga orsaker är att offentliga vårdcentraler oftare ligger i områden där rekryteringsproblemen är större, även inom en viss kommuntyp, att privata vårdcentraler har större rekryteringsförmåga eller att det är svårare för offentliga vårdcentraler att lägga ned verksamheten även vid stora och långvariga rekryteringssvårigheter. Men vår analys är inte tillräckligt detaljerad för att kunna förklara varför driftsformen har ett samband med vakansgraden.

Förväntat vårdbehov (CNI) och vårdcentralens storlek tycks inte vara förknippat med vakansgraden.

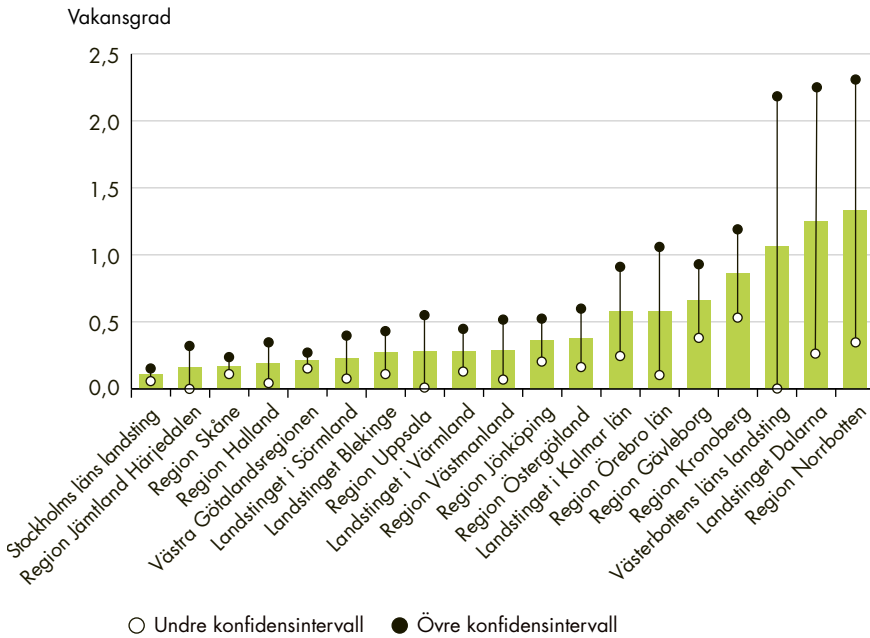
I dag saknas sammanställd statistik över vakansgraden per landsting. Vi har därför gjort en analys av våra enkätdata på landstingsnivå. Men eftersom det rör sig om små tal – en majoritet av landstingen har bara 25–40 vårdcentraler – har varje bortfall en stor påverkan på säkerheten i resultaten. Statistiken i figur 9 bör därför tolkas med stor försiktighet.

4.2.2 Tillgången till fast bemanning är ojämnt geografiskt fördelad

Även när det gäller läkarbemanningen är spridningen mellan vårdcentraler och geografiska områden stor.

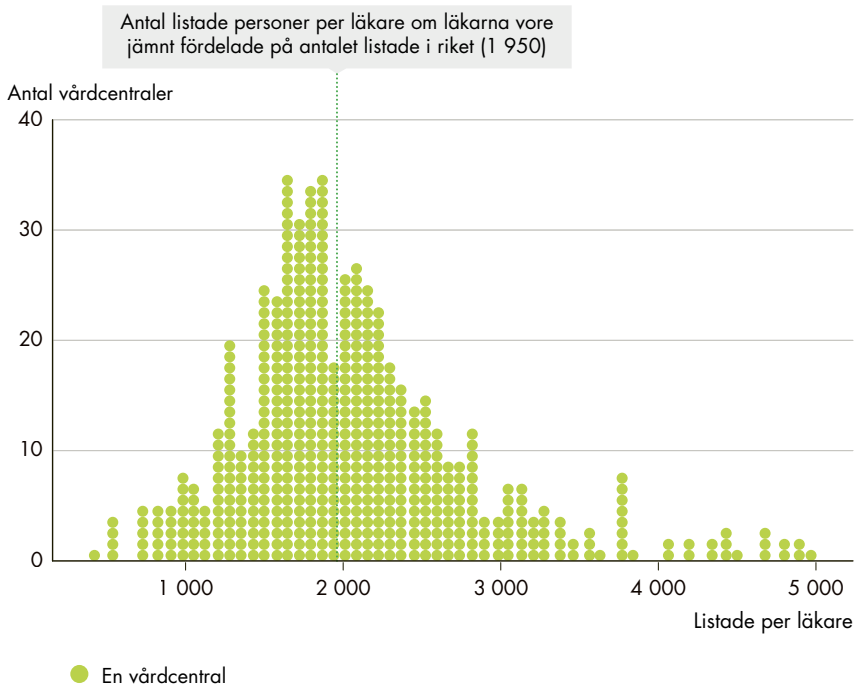
Figur 10 visar hur vårdcentralerna fördelar sig med avseende på läkartäthet. Vissa vårdcentraler har färre än 1 500 listade personer per läkare på vårdcentralen, medan andra har över 4 000 listade personer per läkare. Det är möjligt att en del av skillnaden beror på att vårdcentralerna har skillnader i sitt patientunderlag som inte fångas av CNI, men vi kan även se vissa systematiska skillnader mellan vårdcentraler i områden med olika befolkningstäthet.

Figur 9. Genomsnittlig vakansgrad per vårdcentral i respektive landsting.



Not: Statistiken för Västernorrland och Gotland är alltför osäker för att visa, och har därför uteslutits.

Figur 10. Vårdcentraler fördelade efter antal listade personer per läkare.



Bemanningen i glesbygd klaras med tillfällig personal

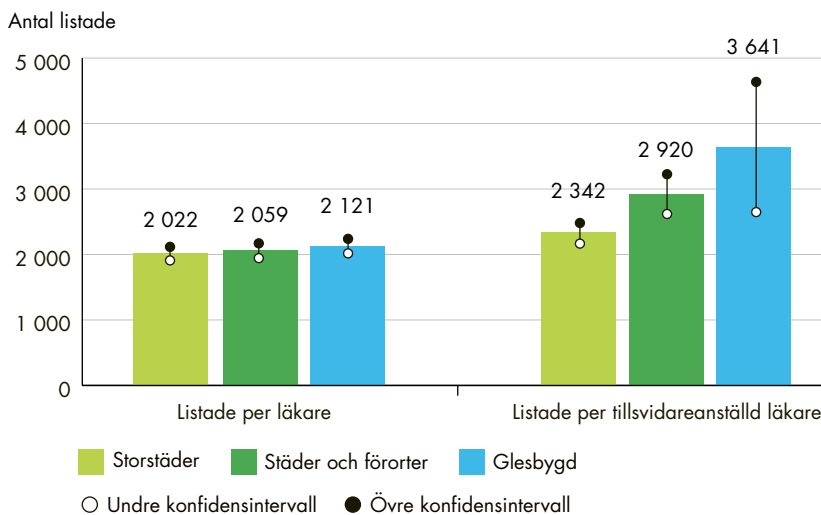
Som figur 11 visar är läkartätheten i glesbygden något lägre än i storstäder samt i städer och förorter när det gäller den totala bemanningen. Skillnaden kvarstår även om vi tar hänsyn till skillnader i förväntat vårdbehov (CNI), storlek och regiform. Däremot är skillnaden mellan storstäder respektive städer och förorter inte statistiskt signifikant, med hänsyn till faktorerna i regressionsanalysen.

Men skillnaden i antalet listade personer per läkare är förhållandevis liten. Den stora geografiska skillnaden gäller tillgången på tillsvidareanställda läkare. Vårdcentraler i glesbygden har i genomsnitt drygt 3 600 listade personer per fast anställd läkare och vårdcentral, medan motsvarande antal i storstadskommuner är drygt 2 300 (se figur 11). Sambandet kvarstår även om vi tar hänsyn till vårdcentralens storlek, förväntat vårdbehov (CNI), driftsform, andel hyrläkare och vikarier samt andel specialister.

Resultaten av regressionsanalysen visar att en vårdcentral i glesbygden med 8500 personer listade på vårdcentralen (genomsnittet för svenska vårdcentraler i slutet av 2017 enligt Sanocore (2017)) i genomsnitt har 0,9 färre tillsvidareanställda läkare än en vårdcentral med lika många listade i storstäderna. En vårdcentral i glesbygden med 8 500 listade personer har även 0,4 färre heltidsarbetande läkare än en vårdcentral i storstäderna med samma antal listade.

Det tyder på att vårdcentraler i glesbygd samt städer och förorter använder hyrläkare och vikarier för att upprätthålla en jämförbar läkarbemanning med vårdcentraler i storstäderna. Patienter utanför storstäderna har därmed nästan samma möjlighet att få träffa en läkare som en storstadsbo, men riskerar inte få träffa samma läkare vid varje besök även om de har ett sådant behov.

Figur 11. Antal listade personer per läkare i genomsnitt per vårdcentral i storstäder, städer och förorter samt glesbygd.



Vår regressionsanalys visar också ett samband mellan läkartäthet och driftsform. En privat vårdcentral med 8 500 personer listade på vårdcentralen har i genomsnitt 0,6 fler heltidsarbetande läkare och ett högre antal tillsvidareanställda läkare jämfört med en offentlig vårdcentral med samma antal listade personer. Som vi diskuterade i avsnittet om vakanser kan vi däremot inte avgöra vad skillnaden beror på utifrån vår analys. Förutom de anledningar som vi diskuterade tidigare är det även möjligt att privata vårdcentraler i högre grad satsar på en hög läkarbemanning jämfört med annan personal, medan offentliga vårdcentraler i större utsträckning överlåter uppgifter från läkare till andra yrkesgrupper. Detta stöds av att offentliga vårdcentraler i högre utsträckning svarat att de överfört arbetsuppgifter från läkare till andra yrkesgrupper, vilket vi kommer att diskutera mer i kapitel 9.

Regressionsanalysen visar även att ju större andel specialistläkare en vårdcentral har, desto lägre är läkartätheten. Det skulle både kunna bero på att specialistläkarna är mer produktiva eller att de är dyrare att anställa, vilket skulle innebära att vårdcentralen inte har råd att anställa lika många läkare. Men vi kan inte utifrån vår studie avgöra vad som är förklaringen till sambandet.

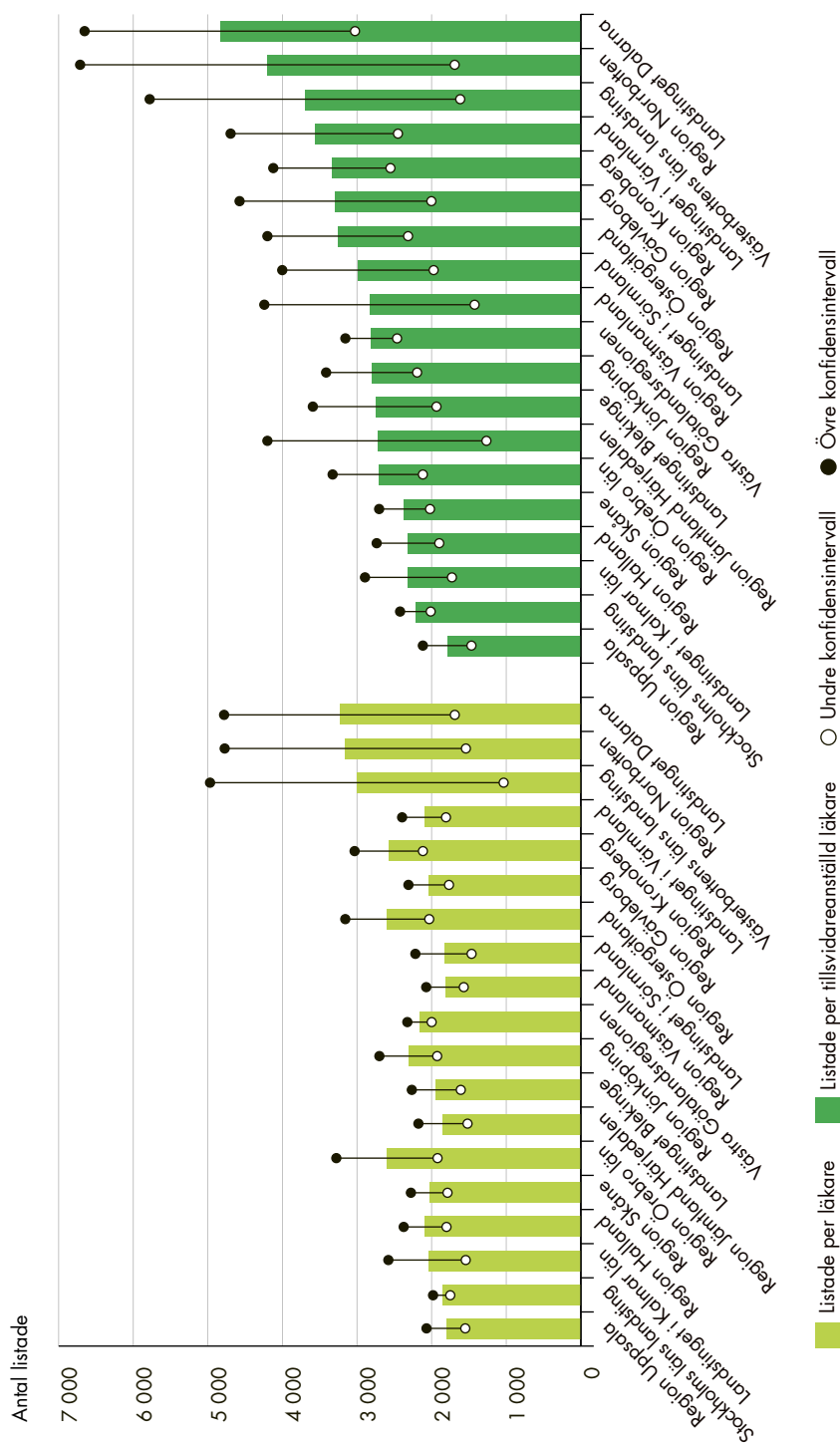
Däremot visar statistiken inget statistiskt säkerställt samband mellan läkartätheten och förväntat vårdbehov (CNI), med hänsyn till vårdcentralens storlek, driftsform och kommundyp. På så sätt skiljer vi oss från en tidigare analys av bemanningsstatistik från 2012. Analysen fann att vårdcentraler i områden där invånarna hade ett högre förväntat vårdbehov mätt enligt CNI, hade en lägre läkartäthet (Riksrevisionen 2014).

Om vi däremot bara analyserar antalet listade personer per *specialistläkare*, vilket var den läkargrupp som ingick i Riksrevisionens (2014) analys, kan vi se ett liknande samband mellan högre förväntat vårdbehov och en lägre bemanning. Men skattningen av sambandet är mindre säker än i våra övriga analyser, med bara 10 procents signifikansnivå jämfört med 1 eller 5 procents signifikans i våra övriga analyser (10 procents signifikansnivå innebär att det är 10 procents sannolikhet att sambandet inte stämmer). Om sambandet stämmer tyder det på att specialistläkare i primärvården i första hand arbetar vid vårdcentraler som ligger i områden där befolkningen har ett lägre förväntat vårdbehov. Personer med större vårdbehov riskerar därmed att få mindre kvalificerad vård. I övrigt har privata vårdcentraler en högre bemanning av specialistläkare, medan stora vårdcentraler har en lägre specialistbemanning.

Avslutningsvis visar våra enkätdata att den genomsnittliga bemanningen per vårdcentral varierar mellan landstingen, både när det gäller antalet listade personer per läkare och per fast läkare. Även här bör resultaten tolkas med stor försiktighet på grund av bortfallet (se figur 12).



Figur 12. Antal listade personer per läkare i genomsnitt per vårdcentral i respektive landsting.



Not: Statistiken för Västernorrland och Gotland är alltför osäker, och har därför uteslutits.

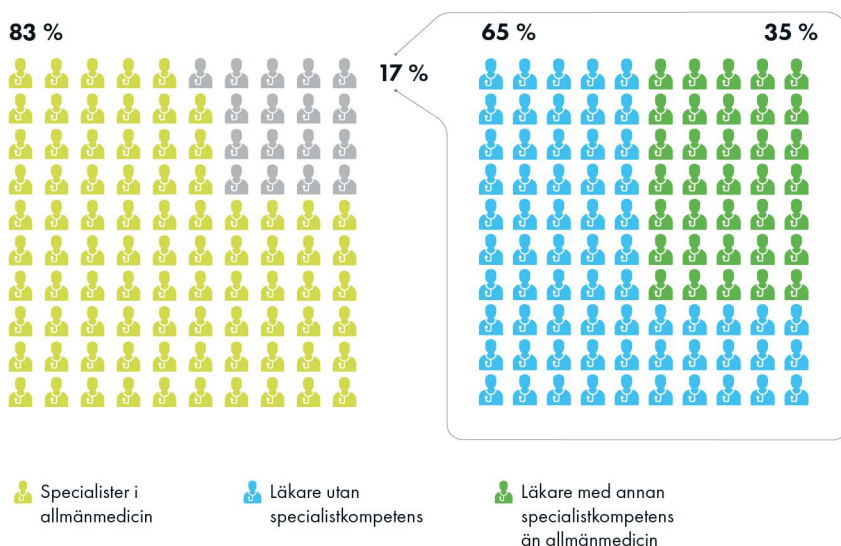
4.3 DE FLESTA LÄKARE I PRIMÄRVÅRDEN ÄR SPECIALISTER I ALLMÄN-MEDICIN

Vilken kompetens har då läkarna i primärvården? Vår enkät visar att omräknat till heltider består 83 procent av läkarkompetensen i primärvården av specialister i allmänmedicin. 6 procent har en annan specialistkompetens än allmänmedicin och 11 procent saknar specialistkompetens (se figur 13).

Av läkarna med annan specialistkompetens än allmänmedicin är 26 procent specialister inom geriatrik, 13 procent inom barn- och ungdomsmedicin och 7 procent inom psykiatri. Övriga 54 procent har en annan specialistkompetens.

Andelen specialister med en annan kompetens än allmänmedicin verkar inte ha förändrats nämnvärt sedan 2012. Enligt Läkarförbundet (2012) utgjorde de då totalt 5 procent av specialistläkarna i primärvården, att jämföra med 7 procent av specialistläkarna enligt vår undersökning.

Figur 13. Kompetensfördelningen bland legitimerade läkare i primärvården, undantaget ST-läkare.

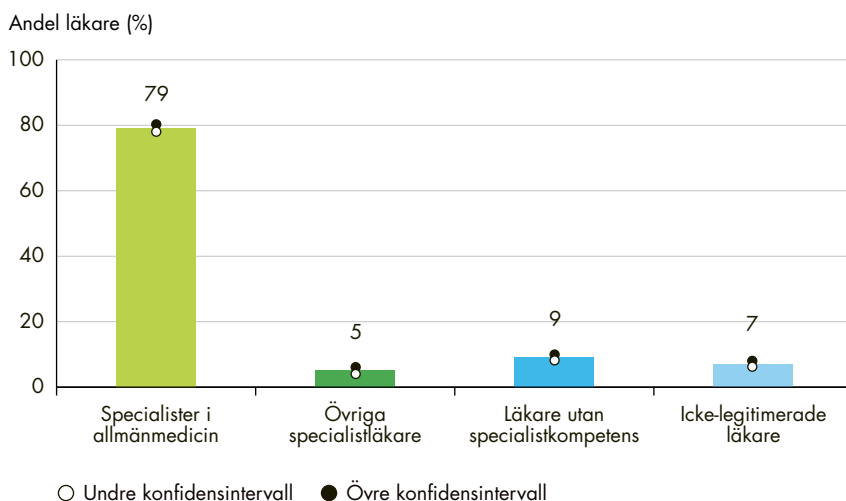


4.3.1 Många icke-legitimerade läkare som väntar på AT

Utöver de legitimerade läkarna förekommer det att icke-legitimerade läkare arbetar på vårdcentralerna. Dessa läkare brukar kallas *vikarierande underläkare* och vikarierar i väntan på en AT-tjänst (se även kapitel 5).

Figur 14 visar hur fördelningen av kompetens bland läkarna i primärvården ser ut om vi inkluderar de icke-legitimerade läkarna i den totala läkarbemanningen. Icke-legitimerade läkare utgör i så fall 7 procent av läkarbemanningen, och andelen läkare med specialistkompetens sjunker till 84 procent.

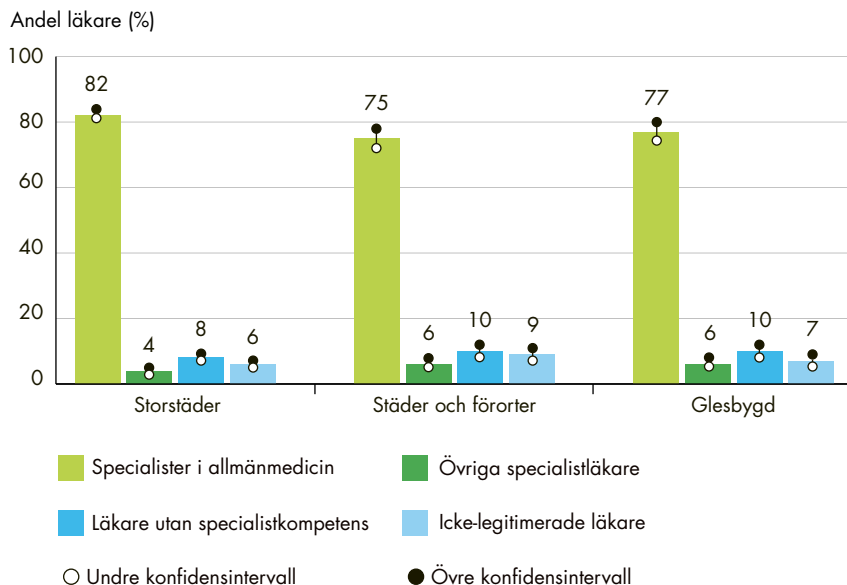
Figur 14. Kompetensfördelningen bland samtliga läkare i primärvården, undantaget AT- och ST-läkare.



4.3.2 Små skillnader i kompetens mellan stad och glesbygd

Uppdelat efter om en vårdcentral ligger i en storstad, stad och förort eller glesbygd är skillnaderna i läkarnas kompetenssammansättning över lag små (se figur 15). Vårdcentraler i städer och förorter samt glesbygd hade däremot en större andel specialister med annan specialistkompetens än allmänmedicin jämfört med storstäderna. Det kan bero på att fler patienter får vård i primärvården snarare än i den öppna specialistvården, eftersom tillgången till övrig vård inte är lika god utanför storstäder.

Figur 15. Kompetensfördelningen i storstäder, städer och förorter samt glesbygd, undantaget AT- och ST-läkare.



4.4 OMRÄKNAT TILL HELTIDER ÄR VAR FEMTE LEGITIMERAD LÄKARE VIKARIE ELLER HYRLÄKARE

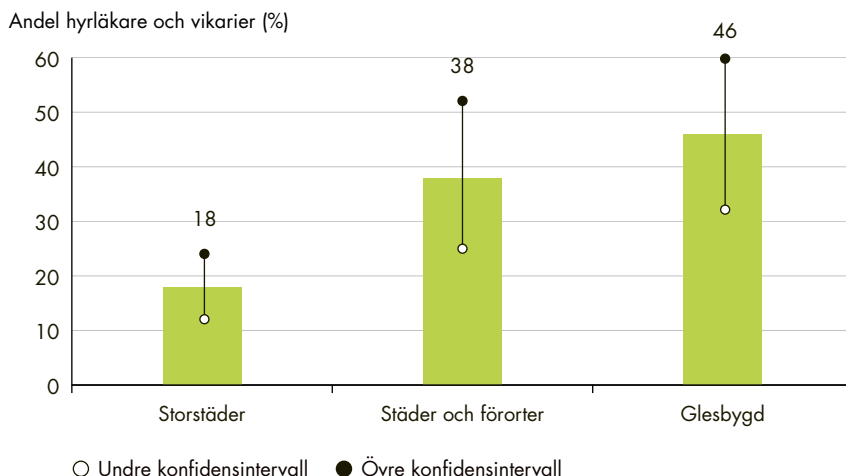
Liksom vakanserna är förekomsten av hyrläkare och vikarier ojämnt fördelad mellan vårdcentralerna. Medan mer än hälften, 59 procent, av vårdcentralerna inte hade några hyrläkare eller vikarier alls, hade de vårdcentraler som hade någon hyrläkare eller vikarie generellt många. De vårdcentraler som hade någon tillfälligt anställd personal hade i snitt 83 procent hyrläkare och vikarier med en median på 48 procent.

4.4.1 Störst andel hyrläkare och vikarier i glesbygd

Liksom vakansgraden skiljer sig andelen hyrläkare och vikarier åt beroende på var en vårdcentral ligger. Andelen tidsbegränsad personal är minst i storstäderna och störst i glesbygden (se figur 16). I glesbygden är nästan varannan legitimerad läkare vikarie eller hyrläkare, medan motsvarande siffra i storstäderna är en av fem.

För att undersöka vilka faktorer som är förknippade med en hög andel hyrläkare och vikarier genomförde vi en regressionsanalys. Analysen visar

Figur 16. Andelen hyrläkare och vikarier av den totala bemanningen i genomsnitt per vårdcentral i storstäder, städer och förorter samt glesbygd.



att den enskilt viktigaste förklaringsfaktorn till en hög andel hyrläkare och vikarier är vårdcentralens närområde: en genomsnittlig vårdcentral med 8 500 listade personer som ligger i en stad eller förort eller i glesbygden har i genomsnitt 0,5 fler hyrläkare eller vikarier än en vårdcentral med samma antal listade som ligger i en storstad.

Andelen vikarier och hyrläkare varierar även mellan landsting och regioner, men det går inte att dra några säkra slutsatser om skillnaderna mellan dem (som vi diskuterade i avsnitt 4.2.1). Vi har därför valt att inte särredovisa andelen tillfällig bemanning i landstingen.

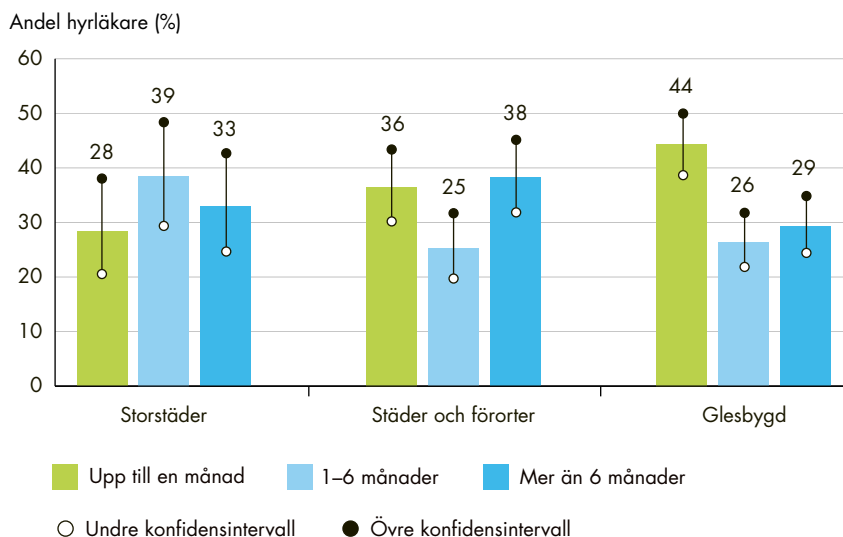
4.4.2 Längden på hyrläkarnas uppdrag varierar

En risk med tillfällig personal är att de kan påverka möjligheten till kontinuitet negativt (se kapitel 1). Vi gjorde därför en särskild analys av användningen av hyrläkare och hur länge de stannade på sina uppdrag. Uppdrag på upp till en månad kan ses som en kortsiktig vikarielösning när någon i den ordinarie personalen är sjuk, medan längre uppdrag tyder på att hyrläkaren ingått som en del av den ordinarie bemanningen. Samtidigt kan en längre hyrläkarperiod, i synnerhet om den varar 6 månader eller mer, både öka möjligheten att erbjuda en hög kontinuitet för de patienter som är i behov av det och minska risken för bristande patientsäkerhet på grund av bristfällig informationsöverföring.

Om vi bara ser till hyrläkare, och utesluter vikarier, visar enkätens resultat att merparten av hyrläkarna arbetar mer än en månad på den aktuella vårdcentralen. Längden på uppdraget varierar beroende på om hyrläkarna tjänstgör i storstäder, städer och förorter eller i glesbygden (se figur 17).

I glesbygden är det vanligast att hyrläkare har ett uppdrag upp till en månad. I storstäder är det vanligast med uppdrag på 1–6 månader och i städer och förorter är det vanligast med uppdrag som varar i mer än 6 månader. Det skulle kunna innebära att vårdcentraler i glesbygden har ett lägre behov av hyrläkare som stannar över en längre tid, striktare regler mot att anlita tillfällig personal eller svårare att rekrytera även tillfällig bemanning som stannar en längre tid.

Figur 17. Andelen hyrläkare med olika uppdragstid i storstäder, städer och förorter samt glesbygd.



4.5 FLER ST-LÄKARE I ALLMÄNMEDICIN, MEN DE ÄR OJÄMNT FÖRDELADE

Vår undersökning visar att andelen vårdcentraler som hade minst en ST-läkare i allmänmedicin 2017 är större än 2012 (Läkarförbundet 2012). Dessutom har det genomsnittliga antalet ST-läkare per vårdcentral ökat sedan 2012. Men även om det totala antalet ST-läkare ökat ser vi att de är ojämnt fördelade, både mellan landsting och mellan städer och glesbygd. Det innebär en risk för att de geografiska skillnaderna i vakanser och läkartäthet kommer att bestå.

4.5.1 Fler ST-läkare i allmänmedicin

Den 1 november 2017 hade ungefär tre fjärdedelar av vårdcentralerna, mellan 69 och 77 procent, minst en ST-läkare. Det tyder på att andelen vårdcentraler med ST-läkare är oförändrad eller något högre än 2012, när 69 procent av vårdcentralerna uppgav att de hade minst en ST-läkare i allmänmedicin (Läkarförbundet 2012).

I genomsnitt har vårdcentralerna 0,24 ST-läkare per 1 000 listade personer på vårdcentralen. Det innebär att en vårdcentral med ett genomsnittligt antal listade, alltså 8 500 personer, har cirka 2 ST-läkare. Uppräknat till nationell nivå skulle det innebära att det finns 2 175–2 475 ST-läkare i allmänmedicin vid landets vårdcentraler.

I tabell 1 jämför vi antalet ST-läkare i vår undersökning med uppskattningar från andra undersökningar. Vi ser att både antalet ST-läkare och antalet ST-läkare i förhållande till befolkningen var som högst i Läkarförbundets undersökning från 2013. Men antalet ST-läkare och ST-läkare per 1 000 invånare har stigit mellan 2014 och 2016 enligt tidsserien från SCB.

Vår undersökning tyder på att antalet ST-läkare per 1 000 invånare har stigit ytterligare sedan 2016. Det stöds även av våra intervjuer med landstingsrepresentanter, som anger att antalet ST-läkare har ökat till följd av de senaste årens diskussion om vikten av en stärkt primärvård i kombination med de stora svårigheterna att rekrytera färdiga specialister i allmänmedicin. I vår analys har vi både beräknat ett punktestimat och ett konfidensintervall, där vi kan säga med 95 procents säkerhet att antalet ST-läkare ligger

Tabell 1. ST-läkare i primärvården 2012–2017.

	SCB	Läkarförbundet	Vårdanalys	Per 1 000 invånare
2012		1 863		0,19
2013		2 103		0,22
2014	1 730			0,18
2015	1 794	1 979		0,18–0,20
2016	2 078			0,21
2017			2 175–2 475	0,21–0,24

Not: Statistiken från SCB avser personer med yrkestiteln ST-läkare (SSYK 2212) som var sysselsatta inom *primärvårdsmottagningar med läkare med mera* (SNI 86211) den 1 november respektive år. Statistiken från Läkarförbundet baseras på enkätdata (2012 och 2013) samt Hälso- och sjukvårdens adressregister (2015). Socialstyrelsen (2018a) rapporterade drygt 1 800 ST-läkare i allmänmedicin bland de 18 landsting som besvarade en enkät hösten 2017. Eftersom det inte är en totalundersökning, och siffrorna därmed inte är jämförbara, redovisar vi inte resultaten i tabellen.

Källa: Yrkesregistret (SCB 2018), Läkarförbundet (2012, 2014 och 2015), Vårdanalys enkätundersökning och befolkningsstatistik från SCB.

någonstans inom intervallet. Om vi bara ser till punkttestimatet (2 376), så har antalet ST-läkare stigit i förhållande till befolkningen. Men ökningen är inte statistiskt säkerställd, eftersom det lägre värdet i konfidensintervallet inte skiljer sig från 2016 års antal per 1 000 invånare.

4.5.2 Flest ST-läkare i allmänmedicin i storstäderna

Var i landet en ST-läkare genomför sin tjänstgöring har betydelse för hens framtida tjänstgöringsplats (se kapitel 5). Genom att undersöka ST-läkarnas geografiska fördelning är det därmed möjligt att få en uppfattning om den framtida fördelningen av allmänmedicinsk läkarkompetens. En stor geografisk spridning av ST-läkarna ökar förutsättningarna för en jämlik tillgång till läkarkompetens i framtiden.

Men vår enkät visar att det i genomsnitt finns 0,28 ST-läkare per 1 000 listade personer och vårdcentral i storstäder. Motsvarande siffra i städer och förorter respektive i glesbygden är 0,22 och 0,20. Även andelen vårdcentraler med minst en ST-läkare skiljer sig åt mellan områden med olika befolkningstäthet. I storstäderna har 86 procent av vårdcentralerna ST-läkare. I städer och förorter respektive i glesbygden är motsvarande siffra 74 och 62 procent.

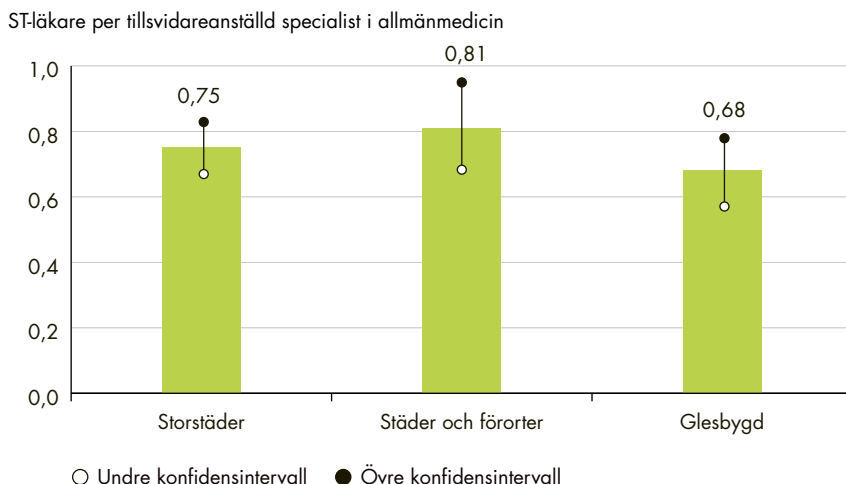
Att antalet ST-läkare är lägre utanför storstäderna kan bero på att en större andel av vårdcentralerna där saknar handledningskapacitet eller att det är svårt att rekrytera ST-läkare till dessa vårdcentraler. Genom att jämföra antalet ST-läkare med antalet tillsvidareanställda specialistläkare i allmänmedicin, som skulle kunna handleda dem, är det möjligt att få en viss uppfattning om hur antalet ST-läkare förhåller sig till antalet möjliga handledare.

Resultaten från vår undersökning pekar på att det framför allt tycks vara rekryteringssvårigheter som hindrar en god tillgång till ST-läkare i glesbygden, eftersom dessa vårdcentraler även har färre ST-läkare per fast anställd specialist i allmänmedicin (se figur 18). Glesbygden verkar alltså ha outnyttjad handledarkapacitet. Men det är även viktigt att komma ihåg att belastningen på glesbygdsläkarna kan vara högre jämfört med läkare i andra områden, eftersom läkartätheten generellt sett är lägre i glesbygden. Det skulle innebära att läkarnas tid för att handleda ST-läkare är mer begränsad.

En annan utmaning för att åstadkomma en jämlik fördelning av läkarkompetens kan vara att många ST-läkare väljer att flytta till en annan del av landet när de avslutat sin specialiseringstjänstgöring. Enligt vår enkät är detta vanligast utanför storstäderna. Av vårdcentralerna som ligger i



Figur 18. Antal ST-läkare i genomsnitt per tillsvidareanställd specialistläkare i allmänmedicin i storstäder, städer och förorter samt glesbygd.



glesbygden uppger 16 procent att de har svårt att få ST-läkare att stanna efter fullgjord ST. Bland vårdcentraler i städer och förorter är motsvarande siffra 17 procent, och i storstäder 11 procent.

Våra resultat visar slutligen att orsakerna till att dessa vårdcentraler haft svårt att behålla sina ST-läkare varierar. I enkäten har utförarna utifrån fasta svarsalternativ fått ta ställning till vilket som är de främsta orsakerna till att det är svårt att få ST-läkare att stanna kvar efter avslutad ST. I storstäder är den erbjudna lönen den vanligaste orsaken medan det i glesbygden och städer och förorter är vårdcentralens geografiska placering som är den vanligaste orsaken.

Socialstyrelsen (2018a) gjorde nyligen en enkät där några landsting kommenterade rekryteringsläget för ST-läkare. Landstingen uppgav att det är svårt att rekrytera ST-läkare utanför tätorter, särskilt i de norra delarna av landet. Enligt Socialstyrelsen stämmer detta inte överens med det inrapporterade antalet ST-läkare, som visar att ett par av de norra landstingen hör till de landsting som har flest antal ST-läkare i förhållande till befolkningen.

Men våra data på vårdcentralsnivå visar att det finns landsting i norra Sverige som har ett jämförelsevist högt genomsnittligt antal ST-läkare per 1 000 listade personer, men där ST-läkarna är fördelade på mindre än hälften av vårdcentralerna som besvarade enkäten. Det skulle kunna innebära att ST-

läkarna är koncentrerade till vårdcentraler i landstingets tätorter, medan det är svårt att rekrytera till vårdcentraler som ligger utanför tätorterna.

Fler läkare vikarierar under handledning i storstäder

För att komplettera bilden av antalet ST-läkare har vi även undersökt antalet så kallade *gråblockare*, det vill säga läkare som genomför sin ST som ett eller flera vikariat. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2015:8) om läkarnas specialiseringstjänstgöring anger inte under vilken anställningsform ST ska ske. Vikariat kan därför inräknas in i en ST, förutsatt att den vikarierande läkaren får handledning och att arbetsuppgifterna ligger i linje med målbeskrivningen (2 kap. 2–3 §§).

Vår enkät visar att det finns 0,04 gråblockare per 1 000 listade personer i storstäderna. Motsvarande siffra i städer och förorter respektive i glesbygden är 0,028 samt 0,015. Av vårdcentralerna i storstäder har 22 procent minst en gråblockare. Motsvarande siffra i städer och förorter respektive i glesbygden är 16 respektive 9 procent.

Förekomsten av gråblockare tyder på att det finns läkare som vill söka sig till den allmänmedicinska specialiteten, men som inte erbjuds en formell ST-tjänst i det landsting de önskar arbeta i.

Att gråblockarna är betydligt fler i storstäderna tyder på att ST-läkarna söker sig till storstäderna, trots att det kan innebära att de måste gå hela eller delar av sin ST utan en fast ST-tjänst.

Slutligen innebär det faktum att vårdcentralerna i storstäder både har fler ST-läkare och fler gråblockare att deras utbildningsövertag jämfört med vårdcentraler i övriga delar av landet växer ytterligare.





Utbud och efterfrågan på läkarkompetens påverkas av flera faktorer

I kapitel 4 konstaterade vi att det är brist på läkare i primärvården och att både bristen och tillgången till läkarkompetens varierar mellan vårdcentraler. Som vi beskrev i kapitel 2 finns det en rad faktorer som påverkar ifall brist uppstår. I detta avsnitt diskuterar vi närmare vilka orsaker som kan förklara dagens brist på läkarkompetens i primärvården.

Även om det är svårt att veta vilka faktorer som är avgörande för att förklara vad bristen beror på, kan diskussionen visa på ett antal dimensioner som sammantaget kan vara viktiga att beakta för att minska bristen. Sannolikt krävs en kombination av åtgärder för att åtgärda utmaningarna med kompetensförsörjningen.

5.1 VAD PÅVERKAR UTBUDET AV LÄKARE I PRIMÄRVÅRDEN?

Arbetsutbudet bestäms både av antalet arbetade timmar och av antalet sysselsatta personer. På kort sikt kan arbetsutbudet variera genom att redan sysselsatta personer arbetar ett högre eller lägre antal timmar, men också genom att personer som redan har rätt utbildning träder in och ut ur yrket. På längre sikt avgörs utbudet även av hur många som söker sig till de utbildningar som leder till yrket, hur många utbildningsplatser, AT- och ST-tjänster som finns. Även möjligheterna att validera och komplettera utomeuropeiska utbildningar påverkar. Här diskuterar vi vad som kan förklara bristen utifrån dessa faktorer.



5.1.1 Lön och arbetsvillkor

Det höga söktrycket till läkarutbildningen talar för att yrket uppfattas som attraktivt jämfört med andra yrken. Därmed är det sannolikt inte generella brister i läkaryrkets villkor som är orsak till bristen på läkare i primärvården. Om vi däremot snävar in analysen till specialister i allmänmedicin, som är den vanligaste specialiteten i primärvården, har andelen verksamma specialister i allmänmedicin minskat över tid (se kapitel 1).

Det saknas statistik över antalet personer som antas till ST-tjänster och hur dessa fördelar sig mellan specialiteter, men vi kan i figur 19 se hur andelen utfärdade specialistkompetensbevis i allmänmedicin utvecklats mellan 2004 och 2015. I slutet av perioden (2012–2015) är andelen sammantaget något högre än de föregående åren, vilket tyder på att antalet som väljer och antas till ST i allmänmedicin ökat något.

Figur 19. Specialistkompetensbevis i allmänmedicin som andel av samtliga utfärdade specialistkompetensbevis 2004–2015.

Andel specialistkompetensbevis i allmänmedicin (%)

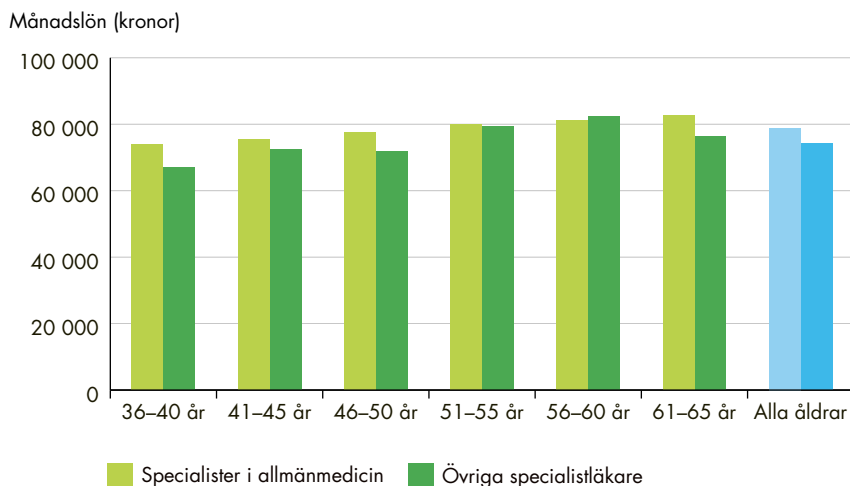


Källa: Socialstyrelsen (2016d, 2015b, 2014b, 2009, 2008, 2006, 2005a).

Specialister i allmänmedicin tjänar i genomsnitt mer än andra specialister

En möjlig orsak till det relativt sett låga utbudet av specialister i allmänmedicin skulle kunna vara att de har lägre lön än läkare inom andra specialitetsinriktningar. Men vi kan konstatera att lönen, inklusive grundlön, ob-tillägg och ersättning för jour och beredskap, tvärtom är högre för specialister i allmänmedicin än för andra specialister. Men då ingår inte övertidsersättning. För hela gruppen specialister i allmänmedicin, stapeln

Figur 20. Genomsnittlig månadslön för specialister i allmänmedicin och övriga specialister, per åldersgrupp 2016.



Not: Statistiken omfattar inte specialistläkare med forskarutbildning. Lönen för specialister i allmänmedicin avser de som arbetar inom *primärvårdsmottagningar med läkare med mera* (SNI 86211). Lönen för övriga specialistläkare avser personer med annan specialistkompetens än allmänmedicin, som är sysselsatta inom *sluten sjukvård* eller *specialistläkarverksamhet inom öppenvård* (SNI 861 respektive SNI 8622).

Det kan finnas mätproblem när det gäller SNI-koder på lägre nivå än tresiffernivå. Eftersom problemen främst avser skillnaden mellan öppen och sluten specialiserad vård bedömer vi att problemen när det gäller primärvården är mindre. Som en jämförelse redovisar vi även statistik från SKL i figur 21.

Månadslönen innefattar grundlön, ob-tillägg och ersättning för jour och beredskap.

Källa: Uppgifter från lönestrukturstatistiken, framtagna för Vårdanalys räkning (SCB 2018).

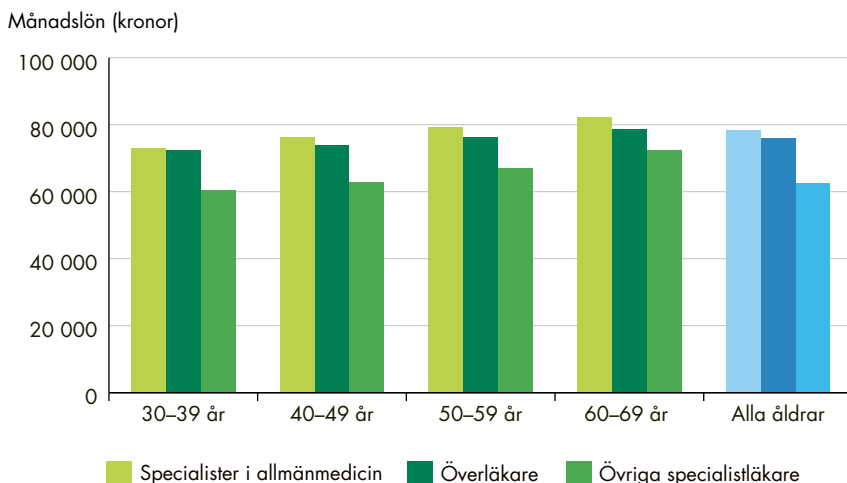
längst till höger i figur 20, är genomsnittslönen cirka 6 procent högre än genomsnittslönen för andra specialister. Samma löneskillnad kvarstår för alla åldersgrupper utom gruppen 56–60 år. Löneskillnaden är störst för den yngsta och äldsta åldersgruppen.

Eftersom det kan finnas osäkerheter i SCB:s statistik jämför vi den med statistik över landstingsanställda läkares löner från SKL (2018). Den visar samma mönster, det vill säga att specialister i allmänmedicin har högre löner än andra specialistläkare (se figur 21).

SKL:s statistik är uppdelad på överläkare (en befodringsposition inom specialistvården) och andra specialistläkare. Därför kan vi se att lönen för allmänläkare följer lönen för överläkare, medan övriga specialistläkare ligger märkbart lägre i lön. Det tyder på att en förklaring till att löneskillnaden mellan specialister i allmänmedicin och övriga specialister gradvis jämnar ut sig kan vara att karriärvägarna för specialister i allmänmedicin är mer begränsade än för övriga specialistläkare.



Figur 21. Månadslön för landstingsanställda specialister i allmänmedicin, övriga specialister och överläkare 2017.



Not: Statistiken för specialister i allmänmedicin avser specialisläkare anställda inom primärvården, medan statistiken för överläkare och övriga specialisläkare avser specialisläkare anställda i specialiserad öppen- och slutenvård. Statistiken omfattar inte anställda hos privata vårdgivare.

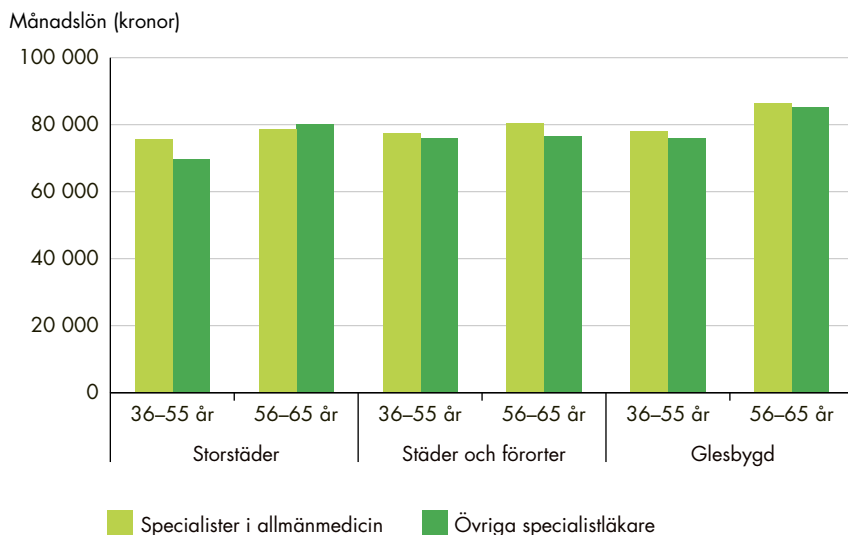
Källa: Uppgifter från SKL (2018).

Att löneskillnaden mellan specialister i allmänmedicin och övriga specialister är större för samtliga åldersgrupper än inom enskilda åldersgrupper beror på att läkarna inom kategorin övriga specialister i genomsnitt är yngre än specialister i allmänmedicin.

Mycket tyder alltså på att specialister i allmänmedicin har en högre lön än övriga specialister med hänsyn till ålderssammansättningen. Men innan vi drar den slutsatsen analyserar vi även om löneskillnaden beror på att specialister i allmänmedicin oftare arbetar i glesbygdskommuner, medan slutenvård och specialiserad öppenvård till sin natur är mer koncentrerad till tätorter. Figur 22 visar en jämförelse av lönerna för specialister i allmänmedicin och övriga specialister inom respektive kommuntyp och per åldersgrupp.

Som figuren visar kvarstår mönstret att specialister i allmänmedicin har en högre månadslön än övriga specialister, med undantag av åldersgruppen 56–65 år i storstäder. Vi ser också att specialister i allmänmedicin som är verksamma i glesbygden har högre lön än specialister i allmänmedicin i städer och förorter samt storstäder.

Figur 22. Månadslön för specialister i allmänmedicin och övriga specialistläkare, per åldersgrupp samt uppdelat på storstäder, städer och förorter samt glesbygd 2016.



Not: Statistiken omfattar inte specialistläkare med forskarutbildning. Lönen för specialister i allmänmedicin avser de som arbetar inom *primärvårdsmottagningar med läkare med mera* (SNI 86211). Lönen för övriga specialistläkare avser personer med annan specialistkompetens än allmänmedicin, som är sysselsatta inom *sluten sjukvård* eller *specialistläkarverksamhet inom öppenvård* (SNI 861 respektive SNI 8622). Månadslönen innefattar grundlön, ob-tillägg och ersättning för jour och beredskap.

Det kan finnas mätproblem när det gäller SNI-koder på lägre nivå än tresiffrignivå. Eftersom problemen främst avser skillnaden mellan öppen och sluten specialiserad vård, bedömer vi att problemen när det gäller primärvården är mindre. Källa: Uppgifter från lönestrukturstatistiken, framtagna för Vårdanalys räkning (SCB 2018).

Specialister i allmänmedicin har alltså i genomsnitt en högre lön än specialistläkare inom andra medicinska specialiteter. Men lönen har i tidigare forskning inte visat sig vara en avgörande förklaringsfaktor till valet att arbeta som primärvårdsläkare. Skillnader i ersättningen påverkar visserligen studenters val av specialitet, men effekten är ganska liten (Propper och Nicholson 2012). Bazzoli (1985) finner till exempel att en 20-procentig ökning i löneskillnaden mellan primärvårdsläkare och andra specialiteter kan kopplas till 1,4 procents ökning i antalet studenter som väljer primärvård som inriktning. Kanske ligger förklaringen till ett svagare intresse för den allmänmedicinska specialiteten snarare i andra orsaker, som specialitetens status, arbetsmiljö och möjligheter till forskning.

Som vi diskuterade i kapitel 2 kan lönen, förutom att påverka hur många som söker sig till ett visst yrke, även påverka hur mycket de som redan är i yrket arbetar. En högre lön gör det mer lönsamt att arbeta ytterligare timmar, samtidigt som den kan skapa ekonomiskt utrymme att arbeta färre timmar



och därmed minska utbudet av kompetens, särskilt på kort sikt. Men den empiriska forskningen talar inte för att läkarnas arbetsutbud minskar vid höjd ersättning (Nicholson och Propper, 2012).

Lönen är inte allt

Lönen är bara en av de faktorer som avgör en individs yrkesval. Även om det finns en löneskillnad till fördel för specialister i allmänmedicin, är det inte säkert att den är tillräckligt stor för att kompensera för andra relativa fördelar som är knutna till andra medicinska specialiteter. Om en läkare som står inför valet av specialitet exempelvis uppfattar att arbetsvillkor (till exempel arbetsmiljö, möjligheter till forskning, spännande arbetsuppgifter) eller status är sämre inom allmänmedicin än inom andra specialiteter, kan det räcka för att välja bort allmänmedicin. Arbetsvillkoren kan också påverka hur många timmar varje läkare i genomsnitt arbetar.

Arbetsvillkoren i primärvården är både en styrka och svaghet

När det gäller arbetsvillkoren i primärvård jämfört med andra delar av hälso- och sjukvården tycks det finnas faktorer som både talar till yrkets fördel och nackdel. Det är därför svårt att avgöra hur arbetsvillkoren sammantaget påverkar utbudet av primärvårdsläkare.

Bland fördelarna finns att primärvården upplevs innebära större möjligheter att kombinera familjeliv och yrkesliv. Den anges bland annat av Läkarförbundet (2014) som en förklaring till att många yngre läkare väljer att utbilda sig till specialister i allmänmedicin. Möjligheten att ha kontroll över sin vardag och planera sin arbetstid, liksom möjligheten att arbeta deltid som förälder anges som viktiga skäl för att välja allmänmedicin framför andra specialiteter (Läkarförbundet 2014).

Vi genomförde en workshop med läkarstudenter, där studenterna lyfte möjligheten att träffa ett brett spektrum av patienter som särskilt positivt med att arbeta i primärvården (se bilaga på www.vardanalys.se). En fördel som framfördes är att läkaren får ta ett helhetsansvar för patienterna och ha kontinuitet i kontakterna. Att möta patienter med oselektade sjukdomstillstånd är något som läkarstudenterna framhåller som särskilt spännande och positivt.

Samtidigt som bredden och möjligheten till kontinuitet lyfts fram som fördelar med primärvården, finns det också en bild av att arbetet inte alltid uppfyller de positiva sidorna det har potential för. En fråga som Läkarförbundet (2017) har tagit upp är att läkare i primärvården vill ha mer tid för patienterna. Bland annat finns det önskemål om bättre kontinuitet

och större möjlighet till uppföljning av patienter. För att åstadkomma det har Läkarförbundet (2016) lyft fram obligatorisk listning på läkare i stället för vårdcentral som en möjlig åtgärd.

En annan aspekt som läkarstudenterna i vår workshop ansåg gjorde det mindre attraktivt att arbeta i primärvården var att samverkan mellan primärvården och slutenvården inte fungerar tillräckligt bra. Tydligare återkoppling från andra vårdgivare till primärvårdsläkaren lyfte studenterna fram som en faktor som skulle kunna bidra till att förbättra kontinuiteten i arbetet.

Dessutom menade läkarstudenterna att arbetet i primärvården innehåller en stor del administrativa uppgifter, exempelvis i samband med sjuk-skrivningar, vilket uppfattas som negativt.

Bristen på arbetskraft i primärvården bidrar till sämre arbetsmiljö

Även arbetsmiljön i primärvården upplevs ibland som ett problem, ofta kopplat till en bristande kompetensförsörjning. Arbetsmiljöverket har påpekat att alltför många patienter per läkare riskerar att leda till stress och för liten möjlighet till återhämtning (Mål 1640–14 i Förvaltningsrätten i Karlstad). I våra intervjuer med landstingsrepresentanter framkommer att om några läkare slutar vid en vårdcentral, så kan det leda till en ond spiral med svårigheter att nyrekrytera och högre risk att även de kvarvarande läkarna slutar. Även Svenska distriktsläkarföreningen (DLF) och Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) säger i intervjuer att bristande bemanning leder till högre arbetsbelastning för de läkare som finns kvar på vårdcentralen, vilket försämrar deras arbetsförhållanden.

Utöver hög arbetsbelastning säger DLF i våra intervjuer att många primärvårdsläkare upplever att de har små möjligheter att påverka sin arbetssituation. Ökade möjligheter att styra och planera sitt arbete, påverka sitt schema och planera tidsåtgången för varje enskilt besök skulle göra det mer attraktivt att arbeta inom primärvården.

Deltidsarbete på grund av hög arbetsbelastning eller som medvetet val

Tjänstgöringsgraden bland specialister i allmänmedicin som arbetar i primärvården är i genomsnitt cirka 85 procent av en heltidstjänst. Det motsvarar 34 timmar i veckan om veckoarbetstiden är 40 timmar. Tjänstgöringsgraden kan jämföras med övriga specialistläkare, där den uppgår till 93 procent i snitt. Specialister i allmänmedicin arbetar alltså i genomsnitt drygt tre timmar mindre per vecka, om veckoarbetstiden är 40



timmar. Tjänstgöringsgraden skiljer sig åt för alla åldersgrupper i vår analys, men skillnaden är högst i åldersgruppen 36–40 år (11 procentenheter), det vill säga den tid när många är småbarnsföräldrar. (SCB 2018)

Skillnaden skulle kunna vara ett tecken på en pressad arbetssituation. Dels kan läkarna själva välja att gå ned i arbetstid, dels kan den kortare arbetstiden vara en följd av att arbetsbelastningen lett till ohälsa som orsakat en sjukskrivning. Båda dessa faktorer anges i enkät som DLF gjort i samarbete med Sveriges Radio (Läkartidningen 2017).

Samtidigt pekas de goda möjligheterna att kombinera yrkesliv med familjeliv, till exempel genom att kunna arbeta deltid, som ett viktigt skäl till varför unga läkare väljer att utbilda sig till specialister i allmänmedicin (Läkarförbundet 2014). Att detta är en delförklaring till skillnaden i tjänstgöringsgrad stärks av att skillnaden är som störst i åldersgruppen 36–40 år. Det är därmed inte helt enkelt att avgöra i vilken utsträckning deltidsarbete beror på läkarnas eget val eller bristande arbetsförhållanden.

Allmänmedicin har historiskt sett haft lägre status än andra specialiteter

Allmänmedicin har traditionellt haft låg status (Öhman 2017, Läkarförbundet 2014, Löfving 2016). Den låga statusen kan både bidra till att färre läkare specialiserar sig i allmänmedicin och att läkare i andra specialiteter undviker att arbeta i primärvården.

Läkarstudenterna i vår workshop berättade att vissa läkare som arbetar på sjukhus har en nedlåtande hållning till primärvården och att primärvården av dem främst ses som en instans som levererar remisser till den övriga specialistvården. Studenterna menar att den enskilt viktigaste åtgärden för att öka attraktiviteten för allmänmedicin som specialitet därför är att åstadkomma en kulturförändring.

Flera läkarstudenter menade också att den allmänmedicinska specialiteten har en lägre status än vad den förtjänar och att inställningen till allmänmedicin kan ha att göra med okunskap. De menade att många inte förstår primärvårdens viktiga funktion i hälso- och sjukvårdssystemet. En student formulerade det på följande sätt: ”Jag tror allmänmedicin har lägre status än vad det förtjänar. En riktigt skicklig allmänläkare måste vara något av det allra bästa för vården som helhet”.

Mindre möjligheter till forskning och fortbildning

Under vår workshop med läkarstudenterna framkom också att de är kritiska till att möjligheterna till forskning och fortutbildning är begränsade i

primärvården. Bland annat efterfrågar några en möjlighet att fördjupa sig ytterligare i vissa typer av tillstånd i primärvården, som hudsjukdomar. Lärarstudenternas bild får stöd av en undersökning från Läkarförbundet (2012), som visar att specialister i allmänmedicin är den specialitet som hade minst tid för fortbildning 2012. Lärarstudenterna upplever även att det saknas en tydlig karriärbana inom primärvården.

Läkares uppväxtort och tidigare erfarenheter påverkar rekryteringen till glesbygden

Läkares val av tjänstgöringsort påverkas av en rad faktorer, till exempel löneläget och aktuella arbetsvillkor. Men valet påverkas också av personlig erfarenhet. Enligt en studie var tyska lärarstudenternas fördomar om att arbeta i glesbygden ofta mer negativa än den faktiska upplevelsen av att arbeta där (Gibis et al. 2012). Det innebär att lärare som utbildats eller tjänstgjort i glesbygd i större utsträckning valde att tjänstgöra där senare under sin karriär, jämfört med andra lärare (Gibis et al. 2012). Detsamma gäller lärare som är uppvuxna i glesbygd (Hancock et al. 2009). Ett lägre utbud av lärare i glesbygden kan alltså delvis bero på var lärarstudenterna växt upp och gått sin utbildning.

5.1.2 Utbudet av specialister i allmänmedicin begränsas av antalet utbildningsplatser

Utbudet av arbetskraft påverkas även av strukturella faktorer, som till exempel utbildningssystemets utformning. Antalet specialistlärare beror dels på antalet lärarstudenter som tar examen, dels på antalet som gör AT och ST. Regeringen kan inte ensam bidra till att öka utbudet av läkarkompetens i primärvården, eftersom antalet AT- och ST-tjänster i dag styrs av landstingen. Få ST-tjänster inom de specialiteter som behövs i primärvården jämfört med andra specialiteter kan innebära att utbudet av läkarkompetens i primärvården får svårare att anpassa sig. Utbudet av specialistkompetens påverkas även av tiden från examen till fullgjord specialiseringstjänstgöring. En effektivare utbildningskedja innebär att läkarna kan vara verksamma som färdiga specialister i primärvården under en längre tid av sitt yrkesliv.

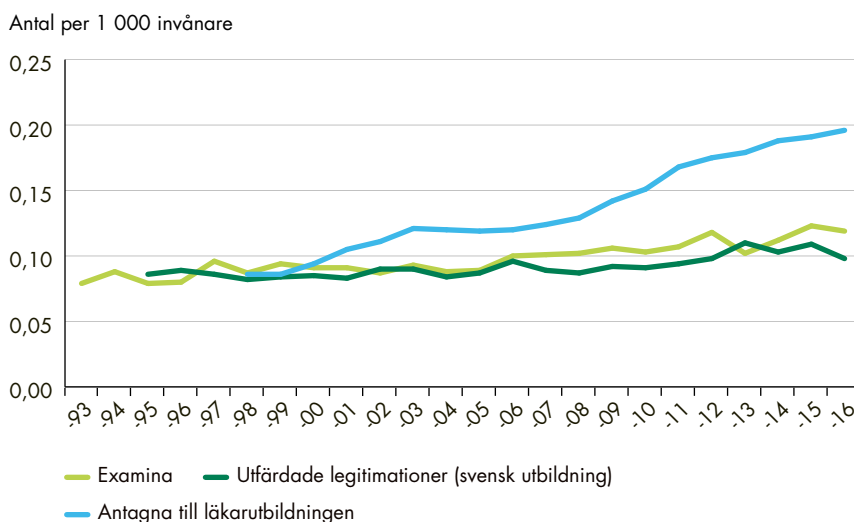
En ytterligare faktor som kan påverka hur många som väljer att specialisera sig inom områden som är gångbara i primärvården, och särskilt allmänmedicin, är hur läkarnas utbildning är upplagd. Det kan till exempel handla om när och hur primärvården introduceras under utbildningen. Här diskuterar vi hur utbildningssystemets utformning kan bidra till en bristande kompetensförsörjning.



Antalet grundutbildade läkare motsvarar efterfrågan, förutsatt ett fortsatt inflöde av utlandsutbildade läkare

Antalet platser på läkarutbildningen i förhållande till befolkningen har ökat kontinuerligt sedan 1999. Figur 23 visar att även antalet examinerade från läkarutbildningen ökar – antalet examinerade i förhållande till befolkningen åren 2014–2016 är i genomsnitt högre än de tidigare åren. Skillnaden mellan antalet antagna och antalet examina samt antalet legitimerade läkare förklaras av att det tar 5,5 år från antagning till examen för de allra flesta. Det innebär att ökningen i antalet utbildningsplatser som ägt rum från 2008 tidigast får en effekt på antalet examina 2014. (SCB 2017)

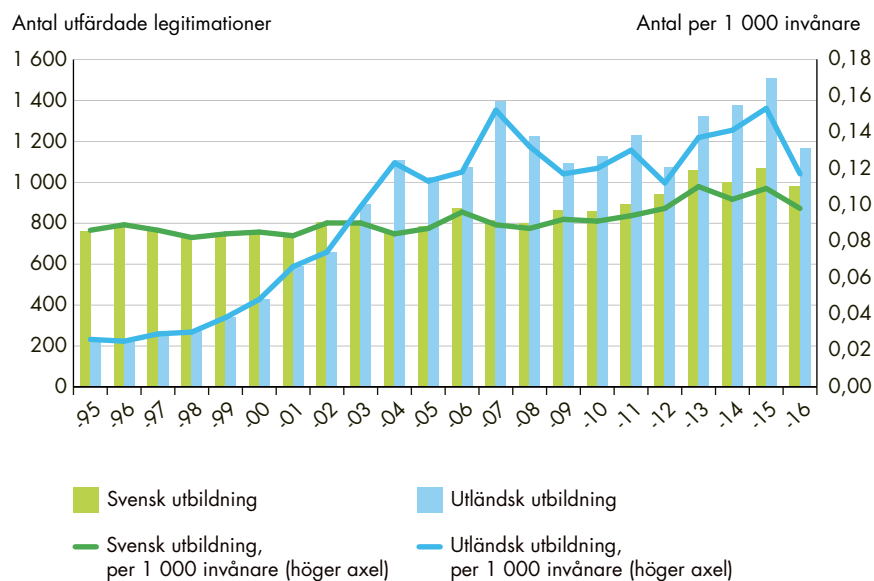
Figur 23. Antal antagna till svenska läkarutbildningar, antal examina och antal utfärdade legitimationer till personer med svensk utbildning per 1 000 invånare 1993–2016.



Källa: Universitets- och högskolerådet (2018), Universitetskanslersämbetet (2018) och Socialstyrelsen (2018d, 2015b, 2008, 2005a, 2001).

Men figur 23 visar bara en andel av läkarlegitimationerna som utfärdas i Sverige. Sedan 2003 har andelen legitimationer som utfärdats till läkare utbildade utanför Sverige varit större än andelen som utfärdats till svenskutbildade läkare (se figur 24). Merparten av de utlandsutbildade som får en svensk läkarlegitimation är svenskar som har studerat till läkare inom EU och EES eller personer som har invandrat från EU och EES. Övriga har en utbildning från ett land utanför EU och EES (tredje land). Under perioden 2004–2015 har inflödet av läkare från tredje land legat på i genomsnitt 250 per år.

Figur 24. Antal utfärdade legitimationer per år fördelat på svenska och utländska utbildningar.



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas (Socialstyrelsen 2017).

En anledning till att många svenskar valt att utbilda sig till läkare utomlands är att antalet platser på de svenska läkarutbildningarna varit begränsade. Men statistik från CSN visar att antalet svenskar som studerar till läkare utomlands med svenska studiemedel har avtagit gradvis mellan 2013 och 2017, det vill säga under en tid då antalet antagningar till svenska läkarutbildningar ökat (Läkartidningen 2018). Att den svenska läkarutbildningen byggts ut verkar alltså ha gjort att antalet svenskar som läst läkarprogrammet utomlands har avtagit något.

Läkarutbildningens utbyggnad under 2000-talet, den positiva nettoinvandringen av läkare och trenden att fler arbetar efter 65 år bidrar till att SCB (2017) 2017 bedömde att det kommer att råda balans mellan utbud och efterfrågan på grundutbildade läkare under lång tid framöver (se figur 25). SCB:s efterfrågeprognos tar hänsyn till befolkningstillväxt och befolkningens ålderssammansättning, men inte till politiska mål som en ökad läkartäthet eller satsningar på uppgiftsväxling. Den tar inte heller hänsyn till påverkan av ny teknik i primärvården. Eventuella strukturella förändringar av dessa variabler kan därför komma att ändra bilden. (SCB 2017)

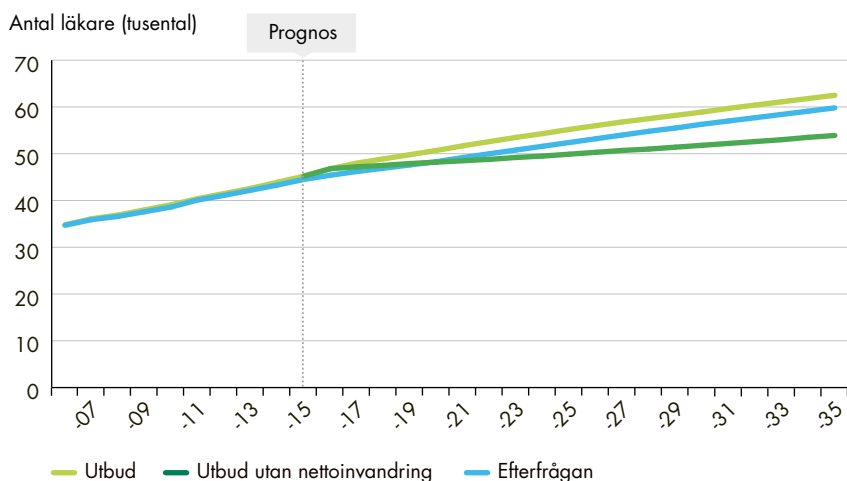
Prognosen tar däremot hänsyn till invandring och vilar på antagandet att nettoinvandringen av läkare i genomsnitt kommer att fortsätta ge

ett årligt tillskott på i genomsnitt 500 läkarutbildade per år. Utan detta tillskott skulle det i stället råda brist på grundutbildade läkare (se linjen *Utbud utan nettoinvandring* i figur 25). Om inflödet av utlandsutbildade läkare skulle upphöra beräknar Socialstyrelsen att antalet läkare per 1 000 invånare sammantaget skulle minska med 6 procent 2014–2030. Nuvarande utbildningstakt är alltså inte tillräcklig för att Sverige ska vara självförsörjande på läkare. (Socialstyrelsen 2017b).

Trots att Sverige i dag alltså inte är självförsörjande av läkare kan det vara komplicerat att öka antalet utbildningsplatser på den svenska läkarutbildningen. Ett argument som förts fram emot att utöka antalet platser på den svenska läkarutbildningen är så kallad "utbildningsträngsel". Riksrevisionen har i en tidigare rapport (2009) framfört att bristen på handledare i praktiken kan begränsa antalet läkare som utbildas i Sverige, trots att landstingen har ett långsiktigt intresse av att fler läkare utbildas.

Både tjänstemän på SKL och representanter för landstingen berättar i våra intervjuer att i takt med att antalet platser på läkarprogrammet har utökats har trycket på den verksamhetsförlagda delen av utbildningen ökat. Det gör att handledningsresurserna ibland inte räcker till, i synnerhet på sjukhusen. För att öka tillgången till kliniska utbildningsplatser har några universitet beslutat att regionalisera sina läkarutbildningar. Det innebär att andra landsting hjälper till med VFU:n genom att erbjuda plats för kliniska placeringar i sina verksamheter.

Figur 25. SCB:s prognos 2016–2035 över förväntat utbud av läkare 16–74 år, med och utan nettoinvandring.



Not: Efterfrågan 2006–2015 visar det faktiska antalet förvärvsarbetande och 2016–2035 den beräknade framtida efterfrågan på arbetskraft. Utbud 2006–2015 visar det faktiska utbudet av arbetskraft (förvärvsarbetande och inskrivna som öppet arbetslösa eller som sökande i program med aktivitetsstöd på Arbetsförmedlingen) och 2016–2035 det beräknade framtida utbudet. Utbud utan nettoinvandring visar det beräknade framtida utbudet 2016–2035 utan antagandet om ett invandringsöverskott på cirka 500 läkare per år. Källa: Anpassad från SCB (2017).

En effektiv process för att komplettera och validera utländsk kompetens kan öka utbudet av läkare

Den ökade invandringen och de initiativ som tagits för att bättre ta tillvara kompetensen hos dem som invandrar, till exempel snabbspåren, skulle kunna innebära att utbudet av läkare från tredje land ökar. Framför allt kan en effektivare process för att validera och komplettera utländsk kompetens bidra till att dessa personer kan vara verksamma som läkare under en längre tid. Samtidigt har det uttryckts farhågor för att det nya medicinska kunskapsprovet som introducerades 2016 inte testar relevant kunskap hos läkare från tredje land. Anledningen är att målgruppen för provet utökats till läkare med specialistkompetens och att dessa läkare kan ha svårt att klara av provet, eftersom det innehåller stickprov från hela läkarutbildningen. För erfarna specialistläkare kan det vara svårt att komma ihåg denna kunskap. Även svenska läkare har ifrågasatt om de skulle klara provet (Ström 2016).

Det är ännu för tidigt för att kunna avgöra hur detta påverkar utbudet, men det är viktigt att följa utvecklingen och säkerställa att processerna för att validera och komplettera kompetens är ändamålsenliga.

Antalet läkare begränsas av antalet ST-läkare i allmänmedicin

SCB prognosticerar alltså att utbudet av personer med läkarutbildning kommer att motsvara efterfrågan. Men avgörande för en god kompetensförsörjning i primärvården är också att vidareutbildningen svarar för ett tillräckligt stort antal specialister i de specialiteter som är relevanta för primärvården, framför allt allmänmedicin. Som vi har beskrivit i kapitel 3 är det landstingen som ansvarar för antalet ST-tjänster.

Den fallande och i internationell jämförelse låga andelen specialister i allmänmedicin, tillsammans med behovet av och den politiska viljan att utöka primärvårdens uppdrag, visar att det utbildas för få specialister i allmänmedicin (se kapitel 1). Vi har diskuterat intresset bland läkarstudenter att specialisera sig i allmänmedicin. Men utbudet på specialister i allmänmedicin kan också delvis bero på hur vidareutbildningen är dimensionerad.

Brist på handledare ger färre ST-tjänster

Flera av landstingsrepresentanterna i vår intervjustudie uppger att primärvårdens handledningskapacitet är ansträngd. Samtidigt understryker flera av dem att de ändå klarar ST-handledningen, tack vare att alla specialister ställer upp och handleder så mycket de kan. Men även om landstingen klarar av att tillhandahålla handledning för det nuvarande antalet ST-läkare, kan det



ansträngda läget medföra att det är svårt att öka antalet platser trots att det kan vara nödvändigt för att minska bristen på specialister i allmänmedicin.

Bristen på handledningskapacitet är också ofta ojämnt fördelad, vilket leder till att ST-tjänsterna koncentreras till vårdcentraler som redan har en förhållandevis god bemanning. Det innebär att vårdcentraler med sämre förutsättningar att ta emot ST-läkare blir beroende av att kunna rekrytera färdiga specialister. Enligt landstingsrepresentanterna är detta en större utmaning än att anställa ST-läkare, som sedan ofta blir kvar på vårdcentralen efter att de fått specialistkompetens.

Sju landsting använder handledarförutsättningarna som ett kriterium för att fördela ST-läkarna till de vårdcentraler som kan ge dem bäst tjänstgöringsförutsättningar. En majoritet av landstingen i vår studie, åtminstone tio landsting, ställer även upp kvalitetskrav på handledningssituationen för att få ta emot ST-läkare. Det kan exempelvis handla om att det ska finnas minst två tillsvidareanställda specialister i allmänmedicin vid vårdcentralen eller att vårdcentralen ska ha ett visst antal personer listade på vårdcentralen. Detta gör det svårare för vårdcentraler med låg bemanning att ta emot ST-läkare.

Sidotjänstgöringen är ett av de största hindren

Enligt landstingsrepresentanterna är sidotjänstgöringen under läkarnas ST ett av de största hindren för att utöka antalet ST-läkare i primärvården. I och med att ST:n är målstyrd finns det inga obligatoriska krav på sidotjänstgöring. Sidotjänstgöring krävs i stället i de fall när ST-läkaren inte kan uppnå alla mål för sin specialitet inom ramen för huvudtjänstgöringen.

Eftersom ST-läkare i allmänmedicin behöver uppnå kompetens inom en rad olika områden tjänstgör de ofta både i den öppna och slutna specialistvården. Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) konstaterar i sina kommentarer till målbeskrivningen: "att enbart arbeta på vårdcentral anser inte Socialstyrelsen vara [tillräckligt] för att uppfylla specialistkompetens i allmänmedicin" (SFAM 2018). SFAM (2018) rekommenderar därför sidotjänstgöring på barn- och ungdomsmottagning, mödravårdscentral, gynekologisk mottagning och psykiatrisk enhet om inte handledaren särskilt kan motivera hur ST-läkaren har fått nödvändig kunskap genom sin tjänstgöring på vårdcentralen. Det gäller särskilt kunskaper i gynekologi.

Möjligheten till sidotjänstgöring kan därmed bli ett hinder för att tillsätta tillräckligt många ST-läkare i allmänmedicin. Några landsting nämner särskilt att möjligheten till sidotjänstgöring inom gynekologi eller barnhälsovård är en flaskhals. Möjligheten att få sidotjänstgöringsplatser

komplieras ytterligare om det finns många privata specialistmottagningar som inte har ett uttryckligt ansvar att ta emot ST-läkare på sidotjänstgöring enligt sitt avtal (se Westin m.fl. 2016 samt Bonazza och Schanning 2018). Några landsting rapporterar därför att de samarbetar med grannlandstingen om sidotjänstgöring för ST-läkarna i allmänmedicin.

Landsting med goda rekryteringsmöjligheter kan ha lägre drivkrafter att utbilda ST-läkare

Eftersom varje landsting utbildar ST-läkare för sitt eget behov, kan deras utbildningskostnader se olika ut. Utflyttningslandsting riskerar högre utbildningskostnader, eftersom de måste kompensera för de AT- och ST-läkare som flyttar till andra landsting efter fullgjord tjänstgöring. Samtidigt kan landsting med bättre rekryteringsmöjligheter dra ner på sina ST-platser och i stället rekrytera färdiga specialistläkare. Om andra landsting inte ökar sina ST-tjänster i motsvarande grad kan det bidra till att för få ST-läkare utbildas nationellt. Dilemmat har tidigare uppmärksammats av Riksrevisionen (2009) i en rapport om psykiatri. Rapporten beskriver att landsting som har lätt att rekrytera färdigutbildad personal från andra landsting eller från utlandet, generellt har ett lägre intresse för långsiktig utbildningsplanering.

Riksrevisionen (2009) menar att det finns otydligheter i lagstiftningen om ansvaret för dimensioneringen av ST-tjänster. I hälso- och sjukvårdslagen framgår att det i landstingen ska "finnas möjligheter till anställning för läkares specialiseringstjänstgöring i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet" (HSL 10 kap. 5 §). Eftersom "landstingen" skrivs i pluralis skulle lagtexten, enligt Riksrevisionen, kunna tolkas som att ansvaret är kollektivt. Hur ett eventuellt kollektivt ansvar förhåller sig till den kommunala självstyrelsen och varje landstings ansvar för den egna verksamheten är däremot oklart enligt Riksrevisionens bedömning. (Riksrevisionen 2009).

Tiden från läkarstudent till specialist kan bli mer än 12 år

Utöver antalet läkare som utbildas, påverkas utbudet också av hur lång tid det tar för läkarna att utbilda sig. Om en läkare genomför sin utbildning på kortast möjliga tid tar det 12 år från att hen börjat läkarutbildningen till att hen får sitt specialistkompetensbevis (se kapitel 3). Men som figur 26 visar tar det i verkligheten ofta längre tid än så. Till viss del kan fördröjningen förklaras av individuella skäl hos den enskilda läkaren, som föräldraledighet, deltidsarbete eller längre tid att nå kunskapsmålen, vilket gör att tiden för utbildning eller tjänstgöring behöver förlängas.

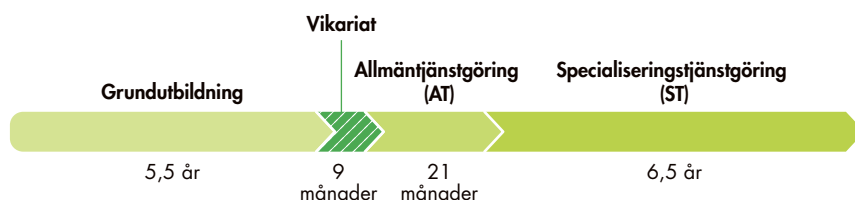


Tiden påverkas också av hur landstingen utformat AT. Enligt PSF ska AT vara minst 18 månader (3 kap. 5 §). Men landstingen har möjlighet att inrätta AT-block som varar längre än så. 2017 gick 73 procent av AT-läkarna som besvarade en enkät från SYLF (2017a) en AT på 21 månader, vilket gör det till den vanligaste längden för ett AT-block.

Tiden kan också påverkas av att det uppstår ledtider i utbildningskedjan. Enligt SYLF (2017a) väntade en nyexaminerad läkarstudent i snitt 9 månader på att få en AT-tjänst 2017. Kortast är väntetiden i Landstinget Dalarna, med ett snitt på 5,1 månader, och längst i Stockholms läns landsting, med 19,8 månader (SYLF 2017a). Representanter från SYLF berättar även i intervjuer att vissa sjukhus har krav på 6 månaders vikariat för att få en AT-tjänst.

Ibland uppstår det även ledtider innan och inom ramen för ST. Det kan bero på att läkaren har svårt att hitta plats för att gå en viss sidotjänstgöring eller för att läsa en särskild kurs. Det kan också bero på att vissa landsting har som princip att en läkare gärna ska ha vikarierat i 6 månader på en vårdcentral innan hen anställs som ST-läkare i allmänmedicin.

Figur 26. Genomsnittstiden för respektive moment i läkarnas utbildningskedja.



Källa: SYLF (2017), Läkarförbundet (2015).

Brist på handledare i slutenvården ger färre AT-tjänster

Trots att nyexaminerade läkare behöver vänta på en plats för att genomgå AT, finns det vissa hinder som gör det svårt för landstingen att inrätta fler platser.

Fem av de primärvårdsrepresentanter vi talat med var osäkra på hur antalet AT-tjänster i landstinget bestämdes. Bland de övriga kopplade åtta antalet till landstingets personalbehov, men nästan lika många, sju personer, sa att antalet AT-läkare begränsades av landstingets handledarkapacitet och i synnerhet kapaciteten inom slutenvårdsspecialiteterna. Även SYLF har tidigare lyft bristande handledningskapacitet som en viktig anledning att antalet AT-tjänster inte ökar SYLF (2017a). Eftersom staten styr inom vilka specialiteter AT-läkaren ska tjänstgöra har landstingen även begränsade möjligheter att anpassa utbildningen efter var det finns handledarkapacitet.

Fyra personer nämnde att SKL samordnar en överenskommelse om hur många AT-läkare varje landsting ska ta emot, även om en av dem sade att många landsting inte följer överenskommelsen. Kanske som en följd svarade fem intervjupersoner från olika landsting att de tror att det vore positivt med en ökad nationell samordning av dimensioneringen av antalet AT-tjänster.

Utöver tillgången till handledare kan landstingens möjligheter att inrätta både ST- och AT-tjänster påverkas av strukturförändringar i hälso- och sjukvården. I takt med att delar av den slutna vården samlas och koncentreras på färre platser uppger studierektorer att det blir svårare att erbjuda sidotjänstgöring respektive AT-avsnitt inom rimligt avstånd. I ett landsting uppger landstingsrepresentanterna att neddragningar inom kirurgi och förlossning påverkat möjligheterna att ta emot AT- och ST-läkare. I ett annat bidrog osäkerheten om ifall ett av landstingets sjukhus kommer att förbli ett länssjukhus till att färre AT-tjänster inrättades.

Många icke-legitimerade läkare vikarierar i hälso- och sjukvården i väntan på en AT-tjänst, vilket vi visade i kapitel 4. För många nyexaminerade blir vikariatet innan AT den första kontakten med arbetslivet utanför läkarutbildningen (SYLF 2016). Trots detta finns det inga krav på att vårdgivarna ska erbjuda underläkarna handledning. Enligt en enkät från SYLF (2016) hade bara 46 procent av underläkarna som arbetade kliniskt i väntan på AT-tjänst en personlig handledare, och bara 59 procent uppgav att de hade möjlighet att delta i undervisning eller grupphandledning.

IVO (2015) skriver i ett uttalande till Socialstyrelsen att de i sin tillsyn har identifierat patientsäkerhetsrisker med vikariat innan AT. IVO menar att ursprungliga tanken med att tillåta vikariat i väntan på AT inte var att icke-legitimerade läkare skulle anställas i den utsträckning som sker i dag. Samtidigt bedömer IVO att bristen på AT-tjänster är ett praktiskt hinder för att begränsa möjligheterna till vikariat innan AT i dag. En sådan begränsning måste i så fall ske successivt och förenas med en översyn av AT-systemet, för att säkerställa en bättre tillgång till AT-tjänster. (IVO 2015)

Alternativet är, enligt IVO, att fastställa de villkor som ska gälla för de vikarierande underläkarnas tjänstgöring. Det kan till exempel handla om krav på handledning, introduktion och uppföljning.

Läkarstudenternas kontakt med primärvården påverkar deras syn på allmänmedicin

Utöver dimensioneringen av ST kan grundutbildningens upplägg ha betydelse för hur många läkarstudenter som väljer att specialisera sig inom medicinska områden som är eftertraktade i primärvården.



Trots att studenternas kliniska utbildning under grundutbildningen i huvudsak är sjukhusbaserad, ingår numera primärvård i läkarutbildningen vid samtliga lärosäten – både som teoretiska moment och verksamhetsförlagd utbildning (VFU). Men omfattningen skiljer sig åt mellan lärosätena (se faktarutan nedan).

Attityder grundläggs tidigt och Läkarförbundet (2014) menar därför att det är nödvändigt att hitta former för hur primärvården kan få en tydligare plats i läkares grundutbildning. Även läkarstudenterna som deltog i vår workshop tyckte att det var viktigt att komma i kontakt med primärvården redan tidigt under grundutbildningen. På så sätt kan ett intresse för den allmänmedicinska specialiteten skapas. De menade även att det är viktigt att behålla kontakten med primärvården under utbildningen och att få träna på nya och mer avancerade moment varje gång de återkommer för mer praktik.

Allmänmedicin i landets läkarutbildningar

Vi har genomfört en kort enkät med programansvariga vid landets läkarutbildningar, för att se vilket utrymme primärvården och allmänmedicinen har inom respektive utbildning.

På *Umeå universitet* omfattar allmänmedicin ungefär 6 veckor av läkarutbildningen. Där ingår både teoretiska moment och VFU.

På *Linköpings universitet* är studenterna ute i primärvården under termin 2–4 för träning i samtalsmetodik. Under de kliniska terminerna (cirka 5–11) har de 2 veckors placering i primärvården varje termin.

Läkarstudenterna vid *Uppsala universitet* har sammanlagt 14 dagar VFU på vårdcentral under termin 1–4. Under den sista terminen ingår 2 veckor teoriföreläsningar och seminarier om allmänmedicin samt 2 veckor VFU på vårdcentral.

På *Lunds universitet* har studenterna under termin 1–5 kontakt med primärvården under enstaka dagar. Under den sista terminen ingår cirka 2 veckors primärvårdsplacering.

Karolinska institutet har primärvård på 9 av programmets 11 terminer. Totalt ska primärvård, enligt utbildningsplanen, vara 13 veckor men i praktiken är det omkring 10. Under de första terminerna är primärvården i princip studenternas enda kliniska kontakt. Primärvården är även ofta deras sista kliniska kontakt under utbildningen.

På *Göteborgs universitet* kommer studenter i kontakt med primärvården genom VFU i stort sett varje termin. Totalt har de cirka 15 veckor VFU i primärvården under programmet. 7–8 av dessa veckor genomförs under en sammanhållen period i slutet av programmet. Många studenter upplever att den läkare som är handledare under primärvårdsplaceringen är en form av mentor genom läkarprogrammet.

Utöver ovanstående ingår allmänmedicin, på de flesta lärosäten, även som ett integrerat moment.

Läkarstudenterna som deltog i vår workshop lyfte även fram att kvaliteten på den verksamhetsförlagda utbildningen i primärvården spelar en viktig roll för deras bild av primärvårdens attraktivitet. Deras erfarenheter skiljde sig åt. Studenter som placerats i välfungerande verksamheter uppskattade att ha VFU i primärvården. Men utbildningskvaliteten och framför allt handledningen påverkades negativt om verksamheterna hade bemanningsproblem och ett högt antal hyrläkare.

AT-läkarna är oftast nöjda med den allmänmedicinska placeringen

Det är också viktigt att läkarna får en positiv bild av primärvården under allmäntjänstgöringen. AT-läkare tjänstgör i primärvården under minst 6 månader, och allmänmedicin är den placeringen som får högst genomsnittsbetyg av läkarna (SYLF 2017b). Enligt SYLF (2017b) finns det flera möjliga förklaringar till placeringens popularitet. Att placeringen sker på en och samma vårdcentral kan vara en delförklaring. En annan förklaring är att vårdcentraler generellt är mindre än sjukhus och kliniker, vilket underlättar för AT-läkarna att bli en del av kollegiet. De har lättare att påverka sin arbetsmiljö och delta i vårdcentralens utvecklingsarbete. Under den allmänmedicinska placeringen har AT-läkarna också stor möjlighet att påverka sin arbetstid, eftersom mottagningstiden oftast är planerad. Detta gör det lättare att planera in handledning och studietid än under slutenvårdsplaceringarna. (SYLF 2017b)

Men trots placeringens popularitet verkar inte tillräckligt många blivande specialistläkare lockas till den allmänmedicinska specialiteten.

5.2 VAD PÅVERKAR EFTERFRÅGAN PÅ LÄKARE I PRIMÄRVÅRDEN?

Enligt betänkandet *Effektiv vård* har det sannolikt varit brist på läkare i primärvården och dess föregångare sedan 1600-talet (SOU 2016:2). Men även om efterfrågan, sedan en lång tid tillbaka, varit större än utbudet har både befolkningens behov och primärvårdens efterfrågan antagligen varierat över tid. I det här avsnittet diskuterar vi vilka faktorer som kan ha påverkat primärvårdens efterfrågan på läkarkompetens i primärvården.

5.2.1 Behovet av hälso- och sjukvård ökar

På grund av att hälsan i befolkningen förbättrats och livslängden ökat har Sverige, i likhet med många andra länder, genomgått en utveckling där befolkningen blivit allt äldre. Behovet av hälso- och sjukvård har ökat i takt



med den här utvecklingen, vilket i sin tur medfört att efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal har stigit (SCB 2017).

En parallell utveckling, som också ökat behovet av hälso- och sjukvård, är att allt fler lever längre med kronisk sjukdom (Vårdanalys 2014). Den ökade förekomsten av kroniska sjukdomar har haft en särskilt stor effekt för primärvården, som i dag svarar för en stor del av sjukvården för personer med kronisk sjukdom. Över hälften av alla läkarbesök från personer med kronisk sjukdom genomförs i primärvården (Vårdanalys 2014).

En tredje utvecklingstendens som ökat efterfrågan är att flera behandlingar som tidigare krävt specialiserad somatisk vård numera ges inom primärvården (Vårdanalys 2017a).

5.2.2 Verksamhetens organisation spelar roll

Efterfrågan på arbetskraft beror, förutom på efterfrågan på de varor eller tjänster som arbetskraften producerar, på vilka andra produktionsmedel som står till buds och vad de kostar. För att "producera" hälso- och sjukvård krävs både arbetskraft och kapital (se kapitel 2). Enligt nationalekonomisk teori kommer antalet läkartimmar som efterfrågas att påverkas av den relativa kostnaden för (och utbudet av) läkare jämfört med annan personal, men också av i vilken utsträckning det går att komplettera eller ersätta läkarnas insatser med andra produktionsmedel (kapital). Samtidigt kan det inom hälso- och sjukvården vara svårt att ersätta läkarnas insatser på grund av restriktioner om vilka uppgifter som andra än läkare är tillåtna att utföra. Det är även relativt svårt att ersätta läkarnas insatser med kapital.

Tekniska innovationer kan ha minskat efterfrågan

Primärvård är en personalintensiv verksamhet. Det beror främst på att det hittills varit svårt att i någon större utsträckning ersätta personalens insatser med kapital, som beslutsstöd, medicintekniska hjälpmedel och diagnostikverktyg. Samtidigt har viss digital utveckling skett. Informationshanteringen har effektiviserats och förenklats, exempelvis i form av elektroniska journalsystemen. Delar av informationshanteringen kan numera utföras automatiskt, med högre precision och bättre datakvalitet som följd (Vårdanalys PM 2016:7). Den här utvecklingen har förmodligen minskat efterfrågan på läkare.

Samtidigt har den ökade digitaliseringen gjort hälso- och sjukvården beroende av fungerande it-stöd, vilket fått märkbara konsekvenser när systemen inte fungerat. Vårdanalys (2016) har tidigare konstaterat att Sverige

utmärker sig negativt på en rad områden relaterade till it-stöd, både när det gäller användarnas nöjdhet med de elektroniska journalsystemen och funktionaliteten i dem.

Ny teknik, ett utvidgat uppdrag och fler administrativa uppgifter kan ha ökat efterfrågan

En annan faktor som påverkar efterfrågan på läkare i primärvården är hur omfattande primärvårdens uppdrag är. Primärvården har fått ett utökat uppdrag över tid och enligt primärvårdsrepresentanter har den även fått nya uppgifter som en effekt av den tekniska utvecklingen. Utvecklingen har lett till att alltmer avancerad vård har flyttats från specialistvården till primärvården (Vårdanalys 2017a).

En annan utveckling är att administrativa uppgifter, till exempel remisser och att skriva intyg till myndigheter, upplevs ta upp en allt större del av primärvårdsläkares tid (Vårdanalys 2017a, Svenska företagsläkarföreningen 2016). I synnerhet nämns läkarintyg till Försäkringskassan som en tidskrävande uppgift (Vårdanalys 2017a, Svenska företagsläkarföreningen 2016). Högre krav på dokumentation och administration kan ha ökat efterfrågan på läkare, om administrationen inte har kunnat lämnas över till andra yrkesgrupper.

Uppgiftsväxling kan ha minskat efterfrågan

Efterfrågan på läkare beror också på i vilken utsträckning andra yrkesgrupper kan ersätta läkare. Bristsituationer kan därmed bidra till snabbare förändringar i arbetssätt och fördelning av arbetsuppgifter.

I dag finns det få specifika lagkrav på vem som får göra vad i hälso- och sjukvården. Oftast är det verksamhetschefen som ansvarar för att fördela arbetsuppgifter baserat på de enskilda medarbetarnas kompetens. Till exempel finns inga särskilda regler om vem som får ställa diagnos. Flera yrkesgrupper har också möjlighet att skriva remiss så länge verksamhetens rutiner tillåter det. (Socialstyrelsen 2018f)

Det här innebär att flera landsting och verksamheter börjat överföra arbetsuppgifter i primärvården från läkare till andra yrkesgrupper (se kapitel 9). Dessutom har verksamheter börjat anställa andra yrkesgrupper än de som traditionellt förknippas med primärvården, som dietister och psykologer. Samtidigt har det under ett antal år varit brist på flera av hälso- och sjukvårdens yrkesgrupper, vilket till viss del begränsat arbetsgivarnas möjlighet till uppgiftsväxling.



5.2.3 Efterfrågan på ST-läkare i allmänmedicin har periodvis varit låg

När landstingsrepresentanter beskriver de främsta skälen till att de har brist på läkare är ett lågt antal ST-läkare i allmänmedicin över tid en av de två vanligaste orsakerna. Sex landsting anger att de utbildat för få ST-läkare, antingen på grund av ett lågt antal utlysta platser, brist på sökande eller både och. Representanter för två landsting nämner särskilt att deras landsting antog få eller inga ST-läkare under delar av 1990-talet, medan ytterligare två nämner resursbrist eller bristande planering som två skäl till att deras landsting utbildat få ST-läkare i allmänmedicin.

Att antalet ST-läkare i allmänmedicin ska ha minskat under 1990-talet stämmer överens med vad som beskrivits i en proposition (1997/98:5) från slutet av 1990-talet. Där framgår att antalet utannonserade ST-tjänster inom samtliga specialiteter halverats jämfört med när staten dimensionerade antalet ST-tjänster (se kapitel 6). Däremot var det möjligt att antalet tillsatta ST-tjänster i verkligheten var högre än antalet utannonserade tjänster. (prop. 1997/98:5)

Propositionen kopplade det minskande antalet ST-tjänster till att kostnadsansvaret för ST:n decentraliserats till de lokala klinikerna och verksamheterna (prop. 1997/98:5). Om detta skedde även inom primärvården sammanföll decentraliseringen med de finansiella nedskärningarna efter bankkrisen under 1990-talets första hälft. Detta kan i så fall tillsammans ha minskat efterfrågan på ST-läkare och bidragit till dagens svårigheter att rekrytera färdiga specialister i allmänmedicin.

5.3 HYRLÄKARE ÄR ETT SYMPTOM PÅ LÄKARBRISTEN

I det här kapitlet har vi diskuterat en rad faktorer som medför trögheter på arbetsmarknaden för läkare och som har bidragit till bristen på läkare i primärvården. En lösning för vårdcentraler som har svårt att rekrytera fast personal är att hyra in personal från bemanningsföretag.

Hyrmarknaden för läkare är ett tecken på obalansen som finns på arbetsmarknaden för läkare. På en effektiv marknad innebär en bristsituation att lönerna stiger eller att arbetsförhållandena förbättras. Att det över huvud taget har uppstått en marknad för hyrläkare vid sidan om de traditionella arbetsgivarna visar att det finns ett outnyttjat arbetsutbud av läkartimmar som inte är tillgängligt för vårdcentralerna vid den lönenivå och de arbetsvillkor som råder i dag.

I kapitel 2 diskuterade vi hur ett efterfrågeöverskott driver upp lönerna, vilket sedan ökar utbudet så att marknaden på sikt går mot balans. Att

hyra in läkare från bemanningsföretag kan ses som ett sätt för landstingen att "lönediskriminera" mellan olika kategorier av läkare (Calmfors och Richardson 2004). På så sätt kan lönerna för hyrläkare stiga mot jämviktsnivån utan att lönenivåerna för de fast anställda läkarna påverkas. Men att även bemanningsföretagen har svårt att anställa läkare med specialistkompetens i allmänmedicin tyder på att det inte heller råder balans på den marknaden (se IVO 2016 och Konkurrensverket 2015).

5.3.1 Hyrläkare har högre löner, men arbetsvillkoren tilltalar inte alla

Hur kommer det sig då att marknaden delats upp i två delmarknader, snarare än att alla läkare söker sig till bemanningsföretagen? Som vi diskuterade i kapitel 2 är det *kombinationen* av arbetsmiljö och lön i förhållande till andra yrken som avgör arbetsutbudet inom ett visst yrke. Att bara vissa läkare väljer att arbeta inom bemanningsbranschen medan andra förblir fast anställda är ett tecken på att läkarna har olika preferenser.

För vissa läkare är lönen en mer central faktor, medan andra värderar en fast anställning, en fast arbetsplats och andra fördelar med fast anställning högre. Eftersom en förhållandevis begränsad andel av läkarna arbetar som hyrläkare, tillhör majoriteten sannolikt den andra gruppen. Det förekommer även att läkare arbetar extra som hyrläkare vid sidan av en fast anställning, trots att de ofta skulle kunna tjäna mer om de bara arbetade som hyrläkare. Det tyder på att det finns värden kopplade till att den fasta anställningen som är viktigare än en högre lön.

Att arbetstagare har starka preferenser för att arbeta för en viss arbetsgivare – i det här fallet arbetsgivare som erbjuder en fast arbetsplats – innebär att deras arbetsutbud är relativt okänsligt för lönenivån (Boal och Ransom 1997). Det skapar större möjligheter för den föredragna arbetsgivaren att utnyttja sin position och hålla nere lönerna. Ett sådant förhållande skulle kunna förklara varför inte hyrläkarmarknaden skapat ännu större press på lönebildningen för läkare.

5.3.2 Ger hyrläkarna ökade kostnader för huvudmännen?

Användningen av hyrläkare anses av många debattörer driva upp landstingens kostnader. Kostnaderna för hyrläkare har ökat kraftigt de senaste åren. Landstingens och regionernas inhyrda personal ökade från 4,6 miljarder 2016 till 5,2 miljarder 2017. Merparten, 3,7 miljarder kronor, var kostnader för hyrläkare.



Konkurrensverket (2015) visar att med hänsyn taget till arbetsgivaravgifter och tjänstepension så kostade en hyrläkare 2014 mellan 1,5 till 2 gånger mer jämfört med en genomsnittlig fast anställd specialist i allmänmedicin inom landstinget. Bemanningsföretagen (2017) gör en annorlunda beräkning utifrån 2015 års löner, där de även tar hänsyn till att frånvaro som semester och sjuklön bekostas av arbetsgivaren för tillsvidareanställd personal. Enligt Bemanningsföretagens beräkning är en hyrläkare 1,3 gånger så dyr. Men ingen av de här beräkningarna tar hänsyn till en rad faktorer som skulle kunna påverka skillnaden i kostnaderna. Till exempel kan den genomsnittliga åldern och erfarenheten variera mellan hyrläkare och fast anställda, löneläget kan generellt vara högre i de områden som är de största användarna av hyrläkare och produktiviteten mellan grupperna kan skilja sig åt.

Men att hyrläkare är dyrare än fast anställda innebär inte nödvändigtvis att kostnaderna för det nuvarande utbudet av läkartimmar skulle minska om hyrläkarna avskaffades. Om de läkare som nu arbetar som hyrläkare under hela eller delar av sin arbetstid i stället skulle arbeta motsvarande antal timmar som fast anställda till rådande lönenivå skulle kostnaderna minska.

Om läkarna däremot hellre skulle välja att vara lediga eller söka sig utomlands eller till andra yrken än läkare skulle vårdcentralerna behöva höja lönerna och eventuellt förändra arbetsvillkoren för att locka tillbaka dem och därmed öka arbetsutbudet. Till skillnad från en marknad med både fast anställda läkare och hyrläkare skulle lönehöjningarna dessutom behöva riktas brett till hela läkarkåren och inte bara till den grupp som kan tänka sig att arbeta som hyrläkare. Om primärvårdsutförarna hade varit tvungna att höja lönerna för samtliga läkare hade det sannolikt varit dyrare än att anställa hyrläkare som i dag.

Ur en brist- och kostnadssynpunkt kan därför alltför kortsiktiga åtgärder för att begränsa inhyrningen av läkare vara kontraproduktiva. Genom att stoppa möjligheten för läkare att arbeta inom bemanningsbranscher riskerar arbetsutbudet bland läkare att minska, vilket ökar kraven på höjda löner och ändrade arbetsvillkor inom primärvården som helhet. En kraftig minskning av hyrläkare riskerar också att försämra vårdkvaliteten i de områden som har svårt att rekrytera tillsvidareanställd personal. För vissa vårdcentraler kan den främsta möjligheten att bemanna verksamheten vara att hyra in läkare under en begränsad tid. För de vårdcentralerna är alternativet till inhyrd personal inte nödvändigtvis tillsvidareanställd personal, utan att inte ta in personal alls.



Statens insatser för att stärka tillgången till läkarkompetens

Den politiska enigheten om vikten av en stark primärvård är och har varit stor. Men trots enigheten har det visat sig svårt att öka både fördelningen av resurser till primärvården och antalet specialister i allmänmedicin.

Statens direkta involvering i primärvårdens kompetensförsörjning har varierat över åren, från en direkt styrning av antalet platser för ST-läkare i allmänmedicin till en mjukare styrning med hjälp av kunskapsunderlag som beskriver tillgången och efterfrågan på läkare (se tabell 2). Initiativen har inte alltid motiverats av brist på läkare i primärvården, utan kan också kopplas till politiska strävanden att förändra primärvårdens roll.

I det här kapitlet analyserar vi hur statens styrning utformats för att påverka utbud och efterfrågan på läkarkompetens i primärvården. Genom att även beskriva hur styrningen sett ut över tid kan vi dels få en ökad förståelse för dagens situation, dels få en uppfattning om vilka lösningar som har prövats tidigare och vilka lärdomar som kan dras inför framtiden.

Sammanfattningsvis har den statliga styrningen haft en tonvikt på insatser för att styra utbudet av läkare. När det gäller efterfrågan har statens styrning historiskt sett främst inneburit försök att öka efterfrågan genom att förändra primärvårdens uppdrag. Men på senare tid har staten även arbetat för att minska efterfrågan på läkare genom att betona uppgiftsväxling och effektivare resursutnyttjande.



Tabell 2. Kronologisk sammanfattad översikt över större förändringar i styrningen av utbud och efterfrågan på läkarkompetens från stat och myndigheter som beskrivs i kapitlet.

År	Förändring	Effekt
1963	Huvudmannaskapet för den öppna vården överförs från stat till landsting	Styrningen av primärvården decentraliseras till landstingen och staten måste börja styra indirekt
1970	7-kronorsreformen innebär att läkare i öppenvården får en fast lön, oavsett antal patientbesök	Läkare har inte längre ett personligt ekonomiskt incitament att ta emot fler patientbesök, vilket förväntas minska utbudet av arbetade läkartimmar
1981	Allmänmedicin blir en egen specialitet	Utbudet av läkare som vill arbeta i primärvården samt deras kompetens förväntas öka
1992	Statens direkta styrning av antalet vidareutbildningsplatser för AT och motsvarigheten till ST upphör	Styrningen av antalet vidareutbildningsplatser samt av ST-läkarnas fördelning mellan specialiteter och landsting decentraliseras till landstingen
1994	Husläkarreformen innebär obligatorisk fri etableringsrätt för läkare i primärvården, till dess att reformen avskaffas ett år senare	Läkare kan etablera sig som egen-företagare med ett personligt ekonomiskt incitament att ta emot fler patientbesök, vilket förväntas öka utbudet av arbetade läkartimmar
1997	Landstingens ansvar för att antalet AT- och ST-tjänster motsvarar behovet lagstadgas	Landstingens ansvar för kompetens-försörjningen förtydligas
2000	Riksdagen sätter upp ett nationellt mål att det ska finnas en heltidsarbetande specialist i allmänmedicin per 1 500 invånare senast 2008. Landstingen får ett resurstillskott för att kunna uppfylla målet	Efterfrågan på läkare förväntas öka, men utbudet av läkare når inte upp till regeringens mål
2003	Socialstyrelsen börjar rapportera balansen i tillgång och efterfrågan på medicinska specialiteter i det nationella planeringsstödet (NPS)	NPS ska vara ett stöd i landstingens kompetensförsörjningsarbete och förbättra matchningen mellan utbud och efterfrågan
2010	Vårdvalsreformen innebär obligatorisk fri etableringsrätt för primärvårdsmottagningar	Läkare kan etablera en vårdcentral och få ett personligt ekonomiskt incitament att ta emot fler patientbesök, vilket förväntas öka utbudet av arbetade läkartimmar
2010	Primärvårdens vårdgaranti ger rätt till läkarbesök inom en viss tid	Efterfrågan på läkare förväntas öka för att leva upp till kravet
2018	Primärvårdens vårdgaranti blir professionsneutral och gäller därmed oavsett vilken yrkesgrupp patienterna besöker	Efterfrågan på läkare förväntas minska

6.1 INSATSER FÖR ATT PÅVERKA UTBUDET AV LÄKARKOMPETENS

För att styra utbudet av läkare i primärvården har staten historiskt

- ställt både låga och höga behörighetskrav för att få arbeta som läkare i primärvården
- försökt höja statusen på den allmänmedicinska specialiteten genom att begränsa möjligheterna för andra specialiteter att arbeta i primärvården
- öppnat upp för andra specialistkompetenser att etablera sig i primärvården
- använt utformningen av läkarnas vidareutbildning för att styra deras antal, kompetens och geografiska fördelning
- skapat personliga ekonomiska incitament för läkarna att ta emot fler patientbesök.

6.1.1 Staten har försökt styra kompetensen genom behörighetskrav

Det finns inget krav på att läkare som arbetar i primärvården ska ha en särskild specialitetsinriktning. Det innebär att det inte finns några hinder för läkare att utöva läkaryrket i primärvården förutom krav på läkarexamen. Men fram till 2010 behövde en läkare vara specialist i allmänmedicin för att kunna fungera som fast läkarkontakt i primärvården. Motivet till att regleringen avskaffades var inte främst att bredda utbudet av kompetenser i primärvården, utan snarare att det inte ansågs vara realistiskt att erbjuda en specialist i allmänmedicin som fast läkarkontakt till alla invånare (prop. 2008/09:74). Regeringen ansåg att kravet snarare riskerade att skada primärvårdens trovärdighet (prop. 2008/09:74). Det skulle dessutom kunna komma att begränsa införandet av det obligatoriska vårdvalsystemet som just införts i primärvården (prop. 2008/09:74).

Regeringen betonade samtidigt att vikten av att ha specialister i allmänmedicin i primärvården varken hade minskat eller omvärderats i och med lagändringen.

Statens styrning har länge präglats av ambivalens

Staten har historisk både betonat den allmänmedicinska specialiteten och öppnat upp primärvården för andra specialiteter (se SOU 2016:2). Å ena sidan har det länge funnits en tveksamhet till att begränsa utbudet av läkare i primärvården genom olika typer av inträdeshinder. Å andra sidan har krav på specialistkompetens setts som ett sätt att öka attraktiviteten att arbeta som läkare i primärvården. Enligt det senare synsättet kan en öppning för andra



specialistkompetenser i primärvården öka utbudet av läkare på kort sikt, men i förlängningen innebära att allmänmedicinens status sjunker.

Än i dag pågår diskussioner om vilken läkarkompetens som bör finnas i primärvården. Utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* föreslog våren 2018 att det återigen ska införas krav på att en fast läkarkontakt i primärvården ska ha specifik kompetens (SOU 2018:39). Enligt utredningens förslag ska den fasta läkarkontakten vara specialist i allmänmedicin, geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin eller ha annan likvärdig kompetens. Hen kan också vara läkare under specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin. En läkare med likvärdig kompetens innebär här en läkare med annan specialitet men med lång erfarenhet av arbete i primärvård (SOU 2018:39). Men det återstår att se om regeringen väljer att gå vidare med utredningens förslag.

Behörighetskraven för att arbeta i primärvården var ursprungligen låga

I början av 1900-talet var behörighetskraven för att arbeta i primärvården lägre än i den övriga hälso- och sjukvården, och så är det fortfarande i många andra länder. Under 1900-talets första hälft omfattade behörighetskravet för en provinsialläkartjänst (dåtidens distriktsläkare) bara 8 månaders sjukhustjänstgöring efter legitimation (SOU 1978:74).

När behörighetskraven i primärvården var låga sökte sig unga läkare hellre till sjukhusen, där det fanns möjlighet till specialistutbildning (SOU 2016:2). Samtidigt tvekade staten att höja behörighetskraven för att inte göra det ännu svårare att rekrytera provinsialläkare (SOU 1978:74).

För att höja primärvårdens kvalitet och locka fler läkare till primärvården inrättades allmänmedicin som en särskild specialitet 1981 (SOU 1987:53). Den första begränsningen av primärvårdsläkarnas kompetens kom till i och med husläkarreformen 1994. Reformen innebar att alla invånare skulle lista sig på en läkare i primärvården, den så kallade husläkaren (prop. 1992/93:160). Husläkaren skulle i första hand vara specialist i allmänmedicin. Men eftersom antalet verksamma specialister i allmänmedicin inte räckte för att täcka befolkningens behov, kunde även andra specialiteter ansöka om dispens från Socialstyrelsen för att etablera sig som husläkare. (prop. 1992/93:160)

Från krav på husläkarens kompetens till krav på den fasta läkarkontakten

När husläkarsystemet avskaffades 1995 ersattes den obligatoriska listningen på en specifik husläkare med att patienterna listades på en vårdcentral (prop. 1994/95:195). Men de hade fortfarande rätt till en fast läkarkontakt som var

specialist i allmänmedicin (prop. 1994/95:195). Däremot var landstingen fria att inrätta tjänster för läkare med annan specialistkompetens än allmänmedicin i primärvården; de kunde bara inte fylla rollen som fast läkarkontakt.

Under hela perioden som det fanns ett krav på att husläkaren respektive den fasta läkarkontakten skulle vara specialist i allmänmedicin var kravet omdiskuterat, även från statligt håll. Redan under husläkarsystemet ifrågasattes kravet av patientorganisationer med motiveringen att många patienter efterfrågade fast kontakt med en specialistläkare inom ett annat medicinskt område (1992/93:SOU22).

När regeringen tog fram *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården* år 2000 övervägde man att även låta andra specialistläkare fylla funktionen som fast läkarkontakt, men bedömde att en sådan ändring inte vore lämplig (prop. 1999/2000:149). Att låta bristen på specialister i allmänmedicin leda till en lagändring som snarare signalerade ett behov av andra specialister i primärvården bedömdes motverka önskan om mer allmänmedicinsk kompetens i primärvården. (prop. 1999/2000:149)

2000 satte riksdagen upp ett mål om att primärvården skulle ha en heltidsarbetande specialist i allmänmedicin per 1 500 invånare

I samband med den nationella handlingsplanen tillförde regeringen 5,6 miljarder till landstingen under perioden 2002–2004 (prop. 1999/2000:149). Avsikten var att utveckla primärvården till en väl fungerande bas i hälso- och sjukvården genom förbättrad kontinuitet, tillgänglighet och kvalitet. En fast läkarkontakt för dem som önskade var ett av målen (prop. 1999/2000:149).

Regeringen ansåg därför att antalet läkare i primärvården behövde öka (prop. 1999/2000:149). Den nationella handlingsplanen slog fast att antalet specialister i allmänmedicin i genomsnitt behövde öka med 170 stycken per år fram till 2010 (prop. 1999/2000:149). I förhållande till den dåvarande befolkningen och regeringens föreslagna ökningstakt innebar målet att det på en nationell nivå skulle finnas en heltidsarbetande specialist i allmänmedicin per 1 500 invånare 2010. Riksdagen delade regeringens bedömning, men ansåg att ökningen behövde ske i en snabbare takt. I riksdagsbehandlingen skärptes därför tidsgränsen till 2008 (2000/01: SoU05).

Att målet sattes till just en specialistläkare per 1 500 invånare kan ha påverkats av att Läkarförbundet sedan 1984 drivit målet att det ska finnas en heltidsarbetande specialist i allmänmedicin per 1 500 patienter i primärvården (Läkartidningen 2011). Läkarförbundets mål bygger i sin tur på en studie som med hjälp av enkäter och tidmätningar uppskattade hur mycket



tid läkare i primärvården i genomsnitt ägnar åt patientbesök och andra arbetsuppgifter under ett år (Läkartidningen 2011). Bland annat uppskattade undersökningen att ett besök i genomsnitt tog minst 0,6 timmar (cirka 36 minuter), med journalföring och annan patientanknuten administration inräknad (Ermebrant 2018).

Som en del av målet att öka antalet specialister i allmänmedicin i primärvården beskrev regeringens nationella handlingsplan också att det var önskvärt att vidta åtgärder för att få läkare inom andra specialiteter att vidareutbilda sig till specialister i allmänmedicin. Ett system motsvarande det som funnits inom ramen för husläkarsystemet, där andra specialister efter handledd tjänstgöring i primärvården kunde få specialistkompetensbevis i allmänmedicin, föreslogs (prop. 1999/2000:149). Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag att följa utvecklingen och att vid behov vidta åtgärder som bland annat underlättade vidareutbildning av läkare inom andra specialiteter till specialister i allmänmedicin (prop. 1999/2000:149).

Socialstyrelsens utvärderingar av den nationella handlingsplanen visar att det är osäkert i vilken utsträckning de extra statliga resurserna verkligen kom primärvården till del. Landstingen anställde visserligen fler specialister i allmänmedicin, men inte i den takt som handlingsplanen angav. (Socialstyrelsen 2005b)

Primärvården är än i dag en bra bit ifrån målet

Vår egen enkätundersökning visar att primärvården än i dag är en bra bit ifrån att ha en specialist i allmänmedicin per 1 500 invånare. Avsnitt 4.2.2 visade att dagens bemanning motsvarar en heltidsarbetande legitimerad läkare per 1 954 listade patienter på en nationell nivå. Räknar vi bara specialistläkare blir antalet listade patienter per läkare ännu högre: 2 191 patienter.

Däremot visar våra intervjuer att målet om en specialistläkare per 1 500 invånare fortfarande diskuteras i primärvården. Exempelvis nämnde både studierektorer och primärvårdsdirektörer måttet som en referenspunkt, även om vissa av dem också underströk att målet är gammalt och troligtvis överspelat.

Varken riksdagen eller regeringen har sedan 2000 gett uttryck för något nytt mål för hur många läkare som ska finnas i primärvården. Men utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* bedömde att antalet specialiseringstjänster i allmänmedicin behöver öka med 1 250 tjänster utöver befintlig nivå, under 2019–2027 (SOU 2018:39). Utredningen föreslog därför att staten skulle finansiera 1 250 specialiseringstjänster i allmänmedicin 2019–2027. Satsningen föreslogs huvudsakligen finansiera

nya ST-läkare, men kunde också omfatta dubbelspecialisering för läkare med annan specialitetsinriktning eller utlandsutbildade läkare. Utredningens beräkning av behovet utgick från ett mål om ett nationellt genomsnitt på 1500 invånare per heltidsarbetande specialist i allmänmedicin (SOU 2018:39). Men det återstår att se om regeringen väljer att gå vidare med utredningens förslag.

6.1.2 Läkarnas vidareutbildning har använts för att styra deras fördelning geografiskt och på specialiteter

I dag är ansvaret för dimensioneringen och fördelningen av antalet AT- och ST-tjänster decentraliserat till landstingen. Det decentraliserade ansvaret har gjort det svårare för staten att direkt styra läkarnas geografiska fördelning och uppdelning mellan specialiteter. Det enda dimensioneringskravet som staten ställer är att landstingen ska tillsätta tillräckligt många ST-tjänster för att säkra det framtida behovet av specialistläkare. Men det är oklart om ansvaret är kollektivt eller upp till respektive landsting, som Riksrevisionen har konstaterat (se avsnitt 5.1.2).

Ansvaret har inte alltid varit decentraliserat. Fram till 1992 kännetecknades statens styrning av primärvårdens kompetensförsörjning av en tydlig centralisering och detaljstyrning, något som fortfarande är fallet i flera länder inom OECD (se OECD 2016).

1992 tar landstingen över planeringen av AT- och ST-tjänster

När ST (tidigare fortsatt vidareutbildning, FV) och AT infördes 1969 samordnades platserna genom så kallade läkarfördelningsprogram (LP). Läkarfördelningsprogrammen fungerade som ett planeringsinstrument för att fördela läkare under vidareutbildning mellan olika specialiteter och geografiska områden. En grundtanke var att uppnå en balanserad expansion av sjukvårdens olika grenar och anpassa kompetensförsörjningen till det framtida sjukvårdsbehovet (SOU 1978:74).

Läkarfördelningsprogrammen avvecklades 1992, efter kritik om att prognoserna om nettotillskottet av vidareutbildade läkare ofta slog fel (prop. 1997/98:5). Vidareutbildningen av läkare har sedan dess planerats på lokal och regional nivå, utan statlig medverkan (SOU 1987:53).

Samtidigt som ansvaret för planeringen av ST decentraliserades, ändrades det tidsmässigt detaljreglerade system som dittills gällt. I stället för att tillbringa en viss tid i olika delar av hälso- och sjukvården skulle läkarna redovisa att de uppfyllt vissa kunskapsmål, tjänstgöringen blev



målstyrd. Dessutom reformerades ST-läkarnas anställning så att de som huvudregel anställdes tills vidare i stället för på tidsbegränsade så kallade blockförordnanden (SOU 1987:53). Beslutet mötte visst motstånd, eftersom det fanns en oro för att tillsvidareanställningar skulle göra det svårare att fördela ST-läkarna geografiskt efter behov (1989/90: SoU9).

När det gällde AT gjorde staten en annan bedömning, AT skulle även i fortsättningen genomföras på blockförordnanden med tidsbegränsade tjänster (SOU 1987:53). Motivet var att säkerställa genomströmningen och fördelningen av AT-läkare mellan sjukvårdshuvudmännen i landet (SOU 1987:53).

Samma statliga utredning argumenterade för att begränsa möjligheten att arbeta som läkare innan AT (SOU 1987:53). Anledningen var att öka kvalitet och säkerhet för patienterna, men också att öka genomströmningen i utbildningssystemet fram till legitimation och täppa till de "läckor" i fördelningen av läkarresurser över landet som blocksystemet utgjorde (SOU 1987:53).

Landstingens kompetensförsörjningsansvar regleras i lag

Under 1990-talet minskade både antalet AT- och ST-tjänster, de senare mer påtagligt (prop. 1997/98:5). Regeringen betraktade utvecklingen som bekymmersam, eftersom den på sikt kunde leda till ökade svårigheter att upprätthålla en tillräcklig läkarförsörjning (prop. 1997/98:5). ST-tjänster i allmänmedicin minskade sin andel av samtliga ST-tjänster från 40 procent till 15. Samtidigt hade också det totala antalet ST-tjänster minskat (prop. 1994/95:195).

Regeringen misstänkte att ST-volymen hade minskat på grund av att flera landsting hade decentraliserat budget- och kostnadsansvaret för läkarnas specialistutbildning till lokal klinik- eller enhetsnivå (prop. 1997/98:5). Tidigare hade budget- och kostnadsansvaret legat på central landstingsnivå. Regeringen noterade att den här utvecklingen hade skett samtidigt som specialistutbildningen hade minskat i volym i många landsting och regioner. Enligt regeringen kunde det decentraliserade budgetansvaret ha lett till minskad överblick och helhetssyn (prop. 1997/98:5).

1998 genomförde regeringen därför en rad åtgärder för att öka volymen på vidareutbildningen. För att öka landstingens utbildningskapacitet förkortade regeringen AT från 21 till 18 månader (1997/98: SoU8). Dessutom lagreglerades landstingens ansvar att anordna tillräckligt många AT-tjänster för att motsvara behovet (10 kap. 5 § HSL, se 1997/98: SoU8).

Landstingens skyldighet att ge möjligheter till anställning för läkares specialiseringstjänstgöring i en omfattning som motsvarar det framtida behovet av specialister lagreglerades också (1997/98: SoU8) (10 kap. 5 § HSL).

6.1.3 Läkare i primärvården har växlat mellan att vara löntagare och egenföretagare

I dag har de flesta läkarna i primärvården en fast lön, men läkare i primärvården har också stora möjligheter att vara verksamma som egenföretagare. Flera reformer på primärvårdens område har haft som syfte att möjliggöra för läkare att driva vårdcentraler i egen regi och därmed ha större möjlighet att öka sin inkomst genom att ta emot fler patienter. Det senaste exemplet är det obligatoriska vårdvalet, men det finns även tidigare exempel.

Sjukronorsreformen 1970 gav fast lön oavsett antal patientbesök

Fram till 1970 drev många provinsial- och sjukhusläkare privata vårdmottagningar, vid sidan av sina offentliga uppdrag (Konkurrensverket 2010). Besöken ersattes genom att patienterna betalade en besöksavgift direkt till läkaren (Schöldström 1999). Den så kallade sjukronorsreformen 1970 innebar att läkarnas avlöningssystem förändrades. I stället för en direkt avgift till läkaren, betalade patienten en fast patientavgift på sju kronor till landstinget som kompletterades av en ersättning från Försäkringskassan (Schöldström 1999). Läkarna fick å sin sida en fast lön som inte påverkades av antalet patienter de tog emot (Swartling 2006). Reformen minskade därmed incitamenten att ta emot lika många patienter som tidigare.

Husläkarreformen innebar fri etableringsrätt för läkare i primärvården

Husläkarreformen 1994 innebar att befolkningen kunde lista sig hos en valfri husläkare. Syftet var att förbättra tillgängligheten och kontinuiteten i distriktsläkarvården (prop. 1992/93:160). För att uppnå detta behövde utbudet av läkare i primärvården öka (prop. 1992/93:160). Fri etableringsrätt för specialister i allmänmedicin infördes därför som ett sätt att bland annat stimulera utbudet (prop. 1992/93:160).

Bakgrunden till reformen var att relativt sett många läkare avbröt specialiseringstjänstgöringen i allmänmedicin eller övergav sin verksamhet som distriktsläkare, jämfört med andra specialiteter. Ett skäl som angavs var att läkarna upplevde sig ha små möjligheter att påverka arbetets organisation



och innehåll. För att attrahera och behålla fler läkare i allmänmedicinen fanns det därför, enligt den dåvarande regeringen, starka skäl för att läkarna skulle kunna etablera sig som egenföretagare (prop. 1992/93:160). Den fria etableringsrätten kompletterades med ett ersättningssystem som stimulerar en hög produktion och tillgänglighet (Lindgren 2014). Husläkaren ersattes därmed genom en fast ersättning per listad patient i kombination med en ersättning per besök på ett sätt som påminde om situationen innan sjukronorsreformen (Socialstyrelsen 2007).

Efter regeringsskiftet 1994 upphävdes husläkarreformen och den fria etableringsrätten 1995. Landstingen återfick då rätten att bestämma hur de ville organisera sin primärvård. (prop. 1994/95:195)

Vårdvalsreformen 2009–2010 återinförde den fria etableringen

2009 infördes ett fritt vårdval i primärvården genom lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). Ett år senare blev det obligatoriskt att införa vårdvalssystem i primärvården.

Vårdvalsreformen byggde på idéer från husläkarreformen. I likhet med husläkarlagen infördes fri etablering, men utan begränsning till enbart läkarinsatser (SOU 2016:2). Liksom för husläkarreformen var ett av vårdvalsreformens syften att minska bristen på specialister i allmänmedicin (SOU 2008:37). Skillnaden var att patienterna valde vårdcentral i stället för läkare. Patienterna hade därmed inte längre rätt att träffa samma läkare vid varje besök.

6.1.4 Nya förslag på statliga insatser för att öka antalet läkare

Regeringen har under mandatperioden 2014–2018 beslutat om flera insatser på kompetensförsörjningsområdet, bland annat i överenskommelser med SKL och genom myndighetsuppdrag. Regeringen har även tagit flera initiativ för att stärka den nationella samordningen av kompetensförsörjningsfrågorna.

Socialstyrelsen och UKÄ har fått i uppdrag att föreslå samverkansarenor för kompetensförsörjningen

Regeringen har gett ett uppdrag till Socialstyrelsen och UKÄ att tillsammans analysera och föreslå hur samverkansarenor på nationell och regional nivå kan utvecklas mellan aktörer med ansvar för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården (S2016/04992/FS). Myndigheterna har även i uppdrag att säkerställa en förbättrad tillgång till statistik och prognoser över det totala kompetensbehovet i hälso- och sjukvården. (S2016/04992/FS)

Uppdraget initierades mot bakgrund av att utredningen *Effektiv vård* uppmärksammade att det finns behov av ökad nationell samordning av kompetensförsörjningen (SOU 2016:2). I sitt slutbetänkande framförde utredningen att vissa frågor borde bli föremål för samverkan mellan staten, huvudmännen och företrädare för vårdens professioner (SOU 2016:2). Utredningen föreslog därför att regeringen borde besluta om en stående kommitté för samverkan om kompetensförsörjning mellan staten och huvudmännen (se SOU 2016:2, avsnitt 16.1).

Socialstyrelsen ska även skapa en nationell mötesplats för att planera kompetensförsörjningen

I slutet av 2015 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att, inom ramen för NPS, skapa en mötesplats där huvudmän och andra organisationer gemensamt kan diskutera planeringen av kompetensförsörjningen ur ett nationellt perspektiv (Socialdepartementet 2015). Även om varje huvudman i första hand ansvarar för den egna vårdens kompetensbehov, finns det, enligt regeringen, också utmaningar av nationell karaktär. Ett exempel kan vara planering och fördelning av specialiseringstjänster för läkare inom bristområden. Enligt regeringen kan en nationell mötesplats för sådana frågor öka förutsättningarna för landstingen att dra nytta av NPS, ge stöd för metodutveckling för att bedöma tillgång och efterfrågan på personal samt bidra till synergieffekter, som ökat samarbete över huvudmannagränserna. (Socialdepartementet 2015)

Som svar på uppdraget inledde Socialstyrelsen 2016 en översyn av det så kallade ST-rådet. ST-rådet inrättades 2006 och har i uppgift att bistå Socialstyrelsen i arbetet med läkarnas specialiseringstjänstgöring, exempelvis när det gäller att ta fram målbeskrivningar för vilka kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som ska gälla för varje specialistkompetens. Rådet hjälper också Socialstyrelsen att utforma och namnge de specialiteter där specialistkompetens kan uppnås. Socialstyrelsen har haft detta ansvar sedan 2009. Innan dess beslutade regeringen om specialitetsindelningen.

ST-rådet består i dag av representanter från Svenska Läkaresällskapet, Läkarförbundet, SKL, Sveriges yngre läkares förening (SYLF), Sveriges universitets- och högskoleförbund samt tjänstemän från Socialstyrelsen.

Syftet med Socialstyrelsens översyn är att undersöka möjligheten att utveckla ST-rådet till ett nationellt forum som, utöver dagens uppgifter, skulle kunna behandla frågor om samordning och dimensionering av specialistläkartjänster mellan landsting och regioner samt mellan specialiteter (Socialstyrelsen 2016c).



Regeringen har sett över läkarnas grundutbildning och specialiseringstjänstgöring

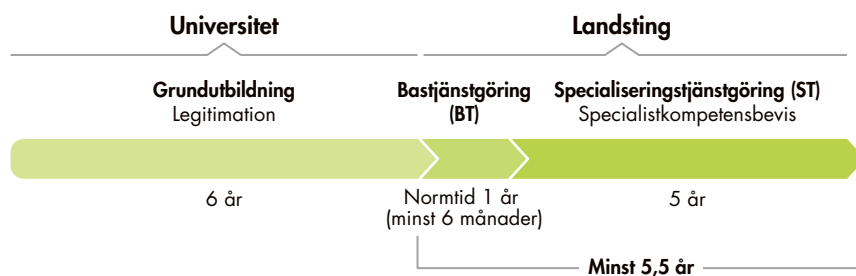
Under 2016 tog regeringen initiativ till en översyn av läkarnas specialiserings-tjänstgöring. Översynen utgick från de förslag om en ny läkarutbildning som hade lämnats i betänkandet *För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning* och utvecklats i promemorian *En sexårig utbildning för läkarexamen* (Utbildningsdepartementet 2018, SOU 2013:15). I promemorian förslags att läkarutbildningen skulle utökas med en termin till att omfatta 6 års studier och att läkarexamen skulle vara underlag för legitimation, utan något krav på praktisk tjänstgöring (Utbildningsdepartementet 2018). Det skulle innebära att AT avskaffades.

Översynen av läkarnas specialiseringstjänstgöring resulterade i att regeringen nu har föreslagit att kravet på praktisk tjänstgöring för legitimation ska tas bort och att läkarnas specialiseringstjänstgöring ska inledas med en fristående första introduktionsdel, så kallad bastjänstgöring (se figur 27). Det innebär att de tidsbegränsade blockförordnandena under AT försvinner, men regeringen uttalar sig inte om vilka anställningsförhållanden som bör gälla under bastjänstgöringen. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2020. (prop. 2017/18:274)

Till skillnad från AT, där de olika placeringarna är tidsstyrda, är avsikten att BT ska vara målstyrd. Enligt regeringen ska det finnas en normtid på 12 månader, med möjlighet till förkortning eller förlängning. Men det ska inte vara möjligt att genomföra bastjänstgöringen (BT) på mindre än 6 månader. (prop. 2017/18:274)

Enligt regeringen är det även angeläget att bastjänstgöring ska kunna erbjudas på många vårdnivåer och vårdinrättningar över hela landet för att det inte ska uppstå väntetider för läkare att få en tjänst för bastjänstgöring.

Figur 27. Förslaget på ny utbildningskedja för läkare.



Källa: Bearbetning av figur 6.2 i prop. (2017/18:274) s. 29.

Regeringen föreslår därför att bastjänstgöringen bara ska vara reglerad vid två tjänstgöringsställen, varav 3–4 månader inom primärvård och 3–4 månader inom akutsjukvård. Ytterligare tjänstgöringsställen och i vilken ordning tjänstgöringen genomförs ska inte regleras särskilt. Däremot ska maximalt fyra olika placeringar kunna genomföras, inklusive primärvård och akutsjukvård. Regeringen betonar även att kunskaper om psykiatri särskilt bör tas hänsyn till och rymmas inom bastjänstgöringen. (prop. 2017/18:274)

Ett annat syfte med BT är att åstadkomma en strukturerad väg in i läkaryrket, oavsett om en läkare är utbildad i Sverige eller inom EU och EES. Eftersom AT är legitimationsgrundande får läkare från ett annat EU-land inte genomföra den om de redan fått legitimation genom sin utbildning. Enligt EU:s yrkeskvalifikationsdirektiv får ett land inte ställa olika krav på de som är utbildade inom landet respektive de som har gått sin utbildning i ett annat EU-land. Men eftersom bastjänstgöringen föreslås vara en del av specialiseringstjänstgöringen får läkare från ett annat EU-land möjlighet att genomföra den. (prop. 2017/18:274)

6.2 INSATSER FÖR ATT PÅVERKA EFTERFRÅGAN PÅ LÄKARKOMPETENS

För att styra efterfrågan på läkare i primärvården har staten historiskt

- utökat primärvårdens uppdrag, vilket har resulterat i en ökad efterfrågan på läkare
- betonat betydelsen av andra yrkeskompetenser i primärvården
- lyft fram vikten av att utnyttja läkarkompetensen på ett mer effektivt sätt.

6.2.1 Primärvårdens uppdrag har utökats över tid

Sedan den moderna svenska primärvården byggdes upp i början av 1970-talet har staten drivit på efterfrågan på läkarkompetens i primärvården genom att bredda primärvårdens uppdrag och genom att utfärda garantier om primärvårdens tillgänglighet.

Statliga myndigheter styrde primärvården mot större enheter med ett bredare uppdrag

Redan 1968 presenterade Socialstyrelsen ett förslag som gick ut på att stora delar av den öppna vården skulle frigöras från sjukhusen. Så kallade flerläkarstationer, med läkare, distriktssköterskor, barnmorskor,



sjukgymnaster, arbetsterapeuter och mottagningspersonal inrättades i landstingen (Socialstyrelsen 2007). Sjukvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut Spri (1972) förespråkade att det skulle finnas minst en vårdcentral i varje kommun (Socialstyrelsen 2007). De patienter som en mindre vårdcentral inte klarade av skulle i första hand skickas vidare till en större vårdcentral. Först därefter skulle patienterna slussas vidare till nästa vårdnivå, i form av specialister vid sjukhusen (Socialstyrelsen 2007).

Under 1970-talet utökades primärvårdens uppdrag ytterligare till att även omfatta barn- och mödrahälsovård samt sjukhem (Swartling 2006). Men de flesta vårdcentralerna hade svårt att leva upp till de nya målen, bland annat på grund av bristen på distriktsläkare. Utökningen fortsatte under 1980-talet, när primärvården även fick ett formellt uppdrag att samla in hälsodata och att bedriva samhällsinriktade preventiva åtgärder (Swartling 2006).

Vårdgarantin ställde krav på kortare väntetider till läkare

Utöver att utöka primärvårdens uppdrag har staten också ställt krav på kortare väntetider genom den så kallade *vårdgarantin* 2010 (2008/09: SoU9). Vårdgarantin gav landstingen ansvar för att en person som söker kontakt med primärvården ska få kontakt samma dag (tillgänglighetsgarantin), och ett läkarbesök inom 7 dagar från det att personen sökt kontakt, förutsatt att vårdgivaren har bedömt att personen behövde besöka läkare (besöksgarantin) (SOU 2016:2). Detta kan också ha bidragit till att öka landstingens efterfrågan på läkare.

Efter förslag från utredningarna *Effektiv vård* (SOU 2016:2) och *Samordnad utveckling för god och nära vård* (SOU 2017:53) föreslog regeringen att rätten till ett läkarbesök skulle ersättas av en behovsstyrd garanti som garanterade en medicinsk bedömning av en läkare eller av annan legitimerad vårdpersonal inom en viss tid. 2018 beslutade riksdagen om den professionsneutrala vårdgarantin (2017/18:SoU22).

Bakgrunden till förslaget var bland annat kritik om att vårdgarantin från 2010 förutsatte att patienten skulle besöka en läkare, trots att ett besök hos en sjuksköterska eller fysioterapeut i vissa fall kan vara mer motiverat utifrån både kompetens och effektivitet (SOU 2016:2). Att bredda vårdgarantin till fler yrkesgrupper bedömdes också innebära en ökad frihet för huvudmännen att organisera sin verksamhet, till exempel när det gäller omfördelning mellan olika yrkesgrupper eller mellan olika vårdnivåer (prop. 2017/18:83).

6.2.2 Regeringen betonar effektivare resursutnyttjande

Regeringen tillförde under mandatperioden 2014–2018 pengar till kompetensförsörjningsområdet, bland annat genom överenskommelser med SKL. 2016 och 2017 slöt regeringen överenskommelser med SKL om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården, genom den så kallade professionsmiljarden.

Professionsmiljarden omfattar tre prioriterade utvecklingsområden: e-hälsa, smartare användning av personalens kompetens och långsiktig planering av kompetensförsörjningen. Resurserna kan användas i hela hälso- och sjukvården, och enligt Socialstyrelsens uppföljning av satsningen har några landsting använt resurserna för att stärka kompetensförsörjningen i primärvården (Socialstyrelsen 2017a). Bland annat har landstingen introducerat nya arbetssätt, som digitala vårdmöten och tidsbokning via webben, och arbetat för att delegera uppgifter till andra yrkesgrupper än läkare. Några landsting har även utvidgat antalet AT- och ST-tjänster i allmänmedicin eller infört utbildningsvårdcentraler för ST-läkare.





Internationell utblick över statliga insatser för att stärka läkarförsörjningen

Före den ekonomiska krisen i början av 2010-talet handlade mycket av diskussionerna om kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården i OECD om att öka antalet läkare (OECD 2016). Men sedan det genomsnittliga antalet läkare per 1 000 invånare ökat, har diskussionen svängt till att fokusera på två nya utmaningar: bristen på specialister i allmänmedicin och den ojämna geografiska fördelningen av läkare (OECD 2016). Det innebär att det finns lärdomar att dra av andra OECD-länders arbete för att skapa en bättre balans mellan utbudet och efterfrågan på kompetens i första linjens vård.

I det här kapitlet beskriver vi de insatser som andra västländer inom OECD genomfört och diskuterar vilka av dem som skulle kunna vara intressanta i ett svenskt sammanhang. Vi kan konstatera att det, i jämförelse med andra OECD-länder, finns flera möjliga utvecklingsområden:

- Statens möjlighet att påverka fördelningen av ST-tjänster *mellan medicinska specialiteter* är mer begränsad i Sverige än i många andra länder.
- Statens möjlighet att påverka den geografiska spridningen av läkare genom *fördelning av vidareutbildningsplatser* är mer begränsad i Sverige.
- Sverige har inte genomfört reformer som riktats mot *tillträdet till den medicinska grundutbildningen* för att öka den geografiska fördelningen av läkare.
- Flera länder har skapat så kallade *rotationssystem*, där läkare turas om att arbeta i glesbygdsområden under begränsade perioder. Det skulle kunna utvecklas i Sverige.



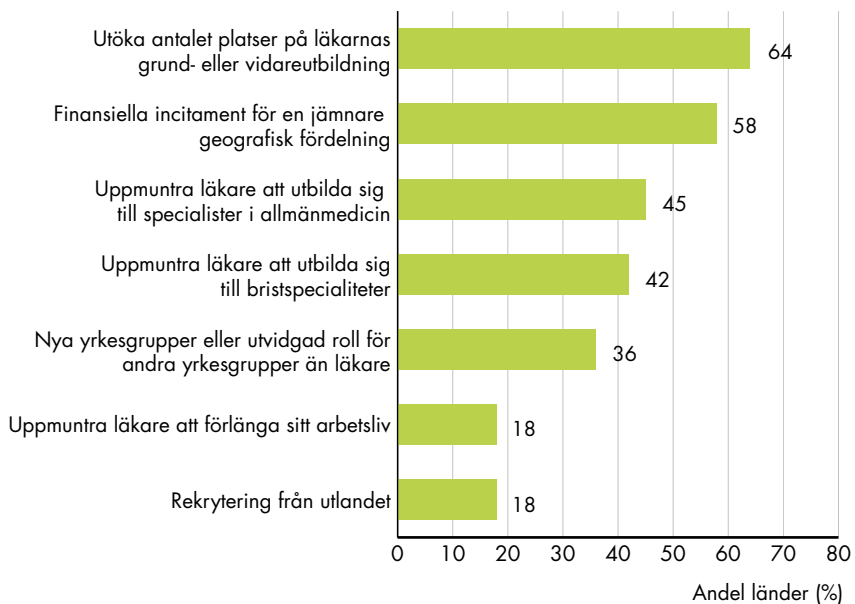
7.1 OECD-LÄNDERNA ARBETAR BÅDE MED UTBUDET OCH EFTERFRÅGAN PÅ LÄKARE

I en enkät 2016 undersökte OECD (2018) vilka åtgärder organisationens medlemsländer använder för att öka utbudet av läkare respektive minska hälso- och sjukvårdens efterfrågan på dem.

Figur 28 visar att den vanligaste åtgärden 2016 var att försöka påverka utbudet av läkare, exempelvis genom att utöka antalet platser på läkarutbildningarna eller genom att uppmuntra läkare att specialisera sig inom allmänmedicin och andra bristspecialiteter. Flera länder genomförde också insatser för att fördela läkarna på ett mer ändamålsenligt sätt, exempelvis genom finansiella incitament kopplade till att vara verksamma i glesbygd. En dryg tredjedel av de svarande länderna arbetade även för att minska efterfrågan på läkare genom att överföra uppgifter till andra yrkesgrupper.

De olika initiativen för att påverka utbudet och efterfrågan på läkare beskrivs närmare i avsnitt 7.2 och 7.3.

Figur 28. Åtgärder för att öka utbudet eller minska efterfrågan på läkarkompetens i 33 OECD-länder 2016.



Källa: Health System Characteristics Survey (OECD 2018).

7.2 UTBUDET ÖKAS GENOM ATT PÅVERKA IN- OCH UTFLÖDET AV LÄKARE

Det finns en rad exempel på hur OECD-länder arbetat med att motverka brist på läkarkompetens genom att öka utbudet av läkare. Några vanligt förekommande åtgärder är att öka inflödet genom att utöka intaget till läkarutbildningen, att åstadkomma en mer ändamålsenlig sammansättning av specialiteter i läkarkåren eller att försöka uppnå en jämnare geografisk fördelning. Åtgärderna kan även handla om att minska utflödet från arbetsstyrkan genom att få fler att arbeta längre.

7.2.1 Många ökar antalet platser på grundutbildningen

Sedan början av 2000-talet har många länder, liksom Sverige ökat antalet platser på grundutbildningen för läkare (OECD 2016). Men jämfört med OECD-snittet är antalet examina per 1 000 invånare fortfarande lägre i Sverige: 10,6 jämfört med 12,1 år 2015 eller det närmaste året (OECD 2018).

Vissa länder har kombinerat ökningen av antalet platser på grundutbildningen med att öka antalet vidareutbildningsplatser för specialister i allmänmedicin. Syftet har varit att öka andelen specialister i allmänmedicin i förhållande till övriga specialiteter och på så sätt stärka primärvården (OECD 2016).

Sverige skiljer sig från majoriteten av de andra OECD-länderna genom att ansvaret för att dimensionera specialistutbildningen är decentraliserat (se kapitel 7). I många andra länder fastställs antalet ST-tjänster och deras inriktning på central nivå (OECD 2016). Därmed är statens möjlighet, att på nationell nivå, påverka fördelningen av ST-tjänster mellan medicinska specialiteter mer begränsad i Sverige än i dessa länder. För att påverka fördelningen av ST-tjänster mellan specialiteter har Sverige i stället försökt styra landstingen, bland annat genom kunskapsunderlag (se kapitel 6).

Men erfarenheter visar att det inte alltid är tillräckligt att öka antalet ST-tjänster (OECD 2016). Exempelvis har antalet ST-tjänster i allmänmedicin ökat snabbare än antalet ST-tjänster inom andra specialitetsinriktningar i Frankrike sedan 2014, men platserna har inte alltid tillsatts (OECD 2016). Att platser inte tillsatts kan bero på bristande intresse från nylegitimerade läkare att välja allmänmedicin (OECD 2016). För att öka antalet specialister i allmänmedicin är det enligt OECD (2016) därför viktigt att komplettera med insatser för att uppmuntra fler läkare att välja en karriär inom allmänmedicin. Sverige har bland annat försökt styra läkare till den allmänmedicinska specialiteten genom ett obligatoriskt tjänstgöringsavsnitt i allmänmedicin inom ramen för AT (se kapitel 6).



Exempel från Nederländerna för att åstadkomma bättre balans mellan specialiteter

I Nederländerna ökade antalet tillsatta ST-tjänster i allmänmedicin från 537 till 638 under 2008–2012, en ökning med nästan 20 procent. Men ökningen var blygsam i jämförelse med andra specialiteter, som ökade med 30 procent under samma period (OECD 2016). Advisory Committee on Medical Manpower Planning (ACMMP) är en statlig myndighet med ansvar för att bedöma behovet av läkarkompetens. År 2014 rekommenderade den att antalet ST-tjänster i allmänmedicin skulle ligga kvar på samma nivå, medan antalet ST-tjänster inom andra specialiteter skulle minskas. (OECD 2016)

7.2.2 Fler gruppraktiker kan öka inflödet av läkare

Sverige skiljer sig från många OECD-länder genom att primärvårdsmottagningarna är större och flera läkare arbetar på samma mottagning, ofta tillsammans med andra yrkesgrupper (OECD 2016). Men i många länder finns nu en generell utveckling mot att läkare går samman i gruppraktiker. Forskningen visar att gruppraktiker verkar tilltala många läkare som redan befinner sig i primärvården. Även blivande primärvårdsläkare tycks föredra att arbeta i grupp. Enligt en undersökning vill 90 procent av de tyska läkarstudenterna arbeta i grupp eller i multidisciplinära team på vårdcentraler. Resultaten är liknande i Kanada och Schweiz. (OECD 2016)

En annan fördel med gruppraktiker är att de ökar möjligheterna att vara anställd med fast lön i stället för att vara egenföretagare. I Norge är en majoritet av läkarna i primärvården egenföretagare, medan bara en mindre andel av läkarna, cirka 4 procent, är anställda med lön. Men en studie av Holte med flera (2015) visar att yngre norska läkare i primärvården föredrar att arbeta med lön. Detsamma gäller läkare med fler listade än de önskade eller som arbetade fler timmar per vecka än de önskade (Vårdanalys 2017).

Exempel från Tyskland på hur läkarnas arbetsbörda kan minskas

Tyskland har infört så kallade integrerade hälso- och sjukvårdscentraler (MVZ). Syftet med dessa är att förbättra samordningen mellan olika delar av hälso- och sjukvården och minska läkarnas arbetsbörda. En MVZ ägs oftast av en eller flera läkare eller av ett sjukhus. Oftast finns det minst två olika typer av specialiteter verksamma där. (OECD 2016)

Enligt en undersökning genomförd av *National Association of Statutory Health Insurance Physicians* uppgav 58 procent av 414 tillfrågade läkare att det var ett bra beslut att starta eller börja arbeta på en MVZ. 78 procent svarade att samarbetet med andra specialiteter hade förbättrats. (OECD 2016)

7.2.3 Jämnare geografisk fördelning är den största utmaningen

Ett problem i många OECD-länder är den ojämna geografiska fördelningen av läkare. Det här problemet är särskilt vanligt i geografiskt vidsträckta länder som Australien, Kanada, USA och de nordiska länderna (OECD 2016).

Olika OECD-länder har försökt åtgärda problemet med en rad strategier. Baserat på klassificeringar som föreslagits i ett antal internationella litteraturgenomgångar har OECD (2016) delat in reformer som syftar till att öka utbudet av läkare i glesbygd i tre olika områden: läkares utbildning, ekonomiska incitament och regleringar (se tabell 3).

Tabell 3. Strategier för att åtgärda geografiska ojämlikheter i utbudet av läkare.

Strategi	Område för initiativ	Tidshorisont	Kostnad
Framtida läkare	Utbildning	Lång	Måttliga fasta kostnader, måttliga rörliga kostnader
Nuvarande läkare	Finansiella incitament	Kort till medium	Betydande rörliga kostnader
	Regleringar	Kort	Måttliga varierande kostnader

Källa: OECD (2016).

OECD (2016) rekommenderar en kombination av strategierna från tabell 3. Vilka strategier som är mest lämpliga att använda beror på förhållanden i landet, exempelvis hälso- och sjukvårdssystemets konstruktion, befolkning och läkarnas demografiska sammansättning (OECD 2016).

Reformer i läkares utbildning

Reformer kan alltså riktas mot läkares utbildning, med målet att påverka läkarnas val av tjänstgöringsplats efter avslutad utbildning. Reformerna kan dels riktas mot urvalet av studenter som beviljas *tillträde till den medicinska grundutbildningen*, dels *utbildningens struktur och geografiska placering*.

Kopplingen mellan läkares barndomsort och sannolikheten att de senare väljer att arbeta i glesbygden har undersökts i flera studier. Det har visat sig att läkare som är uppvuxna i glesbygd i större utsträckning väljer att tjänstgöra där jämfört med andra läkare. Att sambandet mellan en uppväxt i glesbygd och framtida arbete i glesbygd är starkt har även påvisats i Kanada, Japan, USA och Sydafrika. (OECD 2016)

En strategi för att få fler läkare att arbeta i glesbygden är därför att påverka urvalet till läkarutbildningen genom att uppmuntra fler personer



från glesbygden att utbilda sig till läkare. Strategin kan också handla om att motverka studenters fördomar om hur det är att arbeta i dessa områden genom att förlägga läkarutbildningar i glesbygd eller öka antalet vidareutbildningsplatser utanför universitets- och sjukhusorterna. Till exempel visade en australiensisk studie att ju fler år en läkare tillbringat i glesbygd, desto större är sannolikheten att de senare väljer att arbeta i glesbygd. Detta gäller både specialister i allmänmedicin och övriga specialister. (OECD 2016)

I Sverige har reformer framför allt riktats mot AT- och ST-utbildningens struktur och geografiska placering, snarare än tillträdet till grundutbildningen. Den geografiska placeringen av vidareutbildningsplatser har historiskt styrts via läkarfördelningsprogram. Även vidareutbildningens struktur, till exempel i form av blockförordnanden under AT, har anpassats för att uppnå en större geografisk spridning.

När det gäller grundutbildningens geografiska placering bedrivs den i huvudsak i större städer. Däremot är grundutbildningen regionaliserad på vissa platser, till exempel i Umeå. Den regionaliserade läkarutbildningen vid Umeå universitet innebär att ett antal studenter genomför sin utbildning vid länssjukhusen i Luleå, Sundsvall och Östersund. Ett syfte med att regionalisera läkarutbildningen är att säkerställa läkarförsörjningen utanför landstinget där universitetet är beläget. För att försöka öka intresset för allmänmedicin och för att jobba på hälsocentraler och sjukstugor, planerar Umeå universitet även att möjliggöra för läkarstudenter att fördjupa sig inom glesbygdsmedicin (Umeå universitet 2018). Initiativ som dessa kan få fler läkare att vilja arbeta i glesbygd.

Urvalet till läkarutbildningen anpassas för att öka antalet läkare i glesbygd

Flera länder har på olika sätt utökat antalet antagna studenter med en bakgrund från glesbygdsområden, för att få en jämnare fördelning av läkare (OECD 2016).

I Japan har den ojämna fördelningen av läkare länge varit ett problem, och landet införde därför regionala kvotsystem 2008. Under 2016 antogs 17 procent av alla läkarstudenter genom regionala kvoter (OECD 2016). För att antas i en regional kvot behöver den sökande oftast ha tagit studenten i samma prefektur (delstat) som universitetet ligger. En uttalad vilja att tjänstgöra inom prefekturen, framför allt inom dess glesbygdsområden, är meriterande vid antagning (OECD 2016). Hur den regionala kvoten utformas mer exakt varierar och är upp till de japanska universiteten att bestämma. Många studenter erbjuds till exempel ett stipendium i utbyte mot att stanna kvar och arbeta inom prefekturen och dess glesbygdsområden. För att antas till vissa universitet behöver studenterna förbinda sig att arbeta i glesbygden eller inom vissa bestämda specialiteter efter avslutad utbildning (OECD 2016).

forts.

Grund- och vidareutbildningar startas upp i glesbygd

Flera länder har startat upp läkarutbildningar i glesbygd eller ökat antalet vidareutbildningsplatser utanför universitets- och sjukhusorterna, för att få en jämnare fördelning av läkare (OECD 2016).

Universitetet i Tromsø i norra Norge inrättades 1972 för att åtgärda bristen på läkare i Nordnorge. När universitetet inrättades var 25 procent av platserna reserverade för studenter från Nordnorge. Andelen reserverade platser utökades till 50 procent 1979 och 60 procent 1998 (OECD 2016). Under ungefär samma tid ökade andelen examinerade studenter med ursprung från Nordnorge från 41 procent under 1979–1988 till 57 procent under 1996–2001.

Undersökningar visar att många studenter (både med ursprung från Nordnorge och övriga delar av landet) stannade kvar i Nordnorge efter avslutad utbildning. Av de studenter som examinerades 1979–1988 arbetade 56 procent kvar, men siffran föll till 51 procent för läkare som examinerades 1996–2001 (OECD 2016). Sannolikheten att studenter stannade kvar var särskilt hög om de var uppvuxna i Nordnorge. Bland de studenter som tog examen 1996–2001 valde 75 procent av studenterna med ursprung från Nordnorge att stanna kvar. Bara 19 procent av studenterna som växt upp i Norges södra delar valde att stanna kvar efter examen (OECD 2016).

Ett liknande upplägg finns i Japan, där Jichi Medical School (JMU) inrättades 1972 med syftet att utbilda läkare till områden med låg läkartäthet. Studenterna rekryteras från alla Japans prefekturer. De får sin utbildning betald och i gengäld behöver de tjänstgöra inom sin hemprefektur i 9 år, varav 6 år i glesbygd (OECD 2016). Studier visar att även efter den obligatoriska tjänstgöringsperioden är sannolikheten att en läkare tjänstgör i glesbygd högre om läkaren har en examen från JMU (OECD 2016).

Även Kanada har ett liknande upplägg. Det kanadensiska universitetet Northern Ontario School of Medicine (NOSM) inrättades 2005. Universitetet söker aktivt efter studenter som är uppvuxna i glesbygdsområden. Studenter som väljer att arbeta i ett glesbygdsområde efter examen kan få hjälp med att betala tillbaka sina studielån (OECD 2016).

Danmark försöker få fler att vidareutbilda sig i mindre attraktiva områden

I Danmark fastställer Sundhedsstyrelsen (motsvarande Socialstyrelsen) dimensioneringen av antalet ST-tjänster i Danmarks tre ST-regioner, efter rådgivning från det Nationella rådet för läkares vidareutbildning (Sundhedsstyrelsen 2018). Även antalet så kallade KBU-platser, ungefär motsvarande svensk AT, fastställs på nationell nivå och läkarna fördelas via ett lotningssystem. Läkare behöver genomgå KBU (Klinisk Basis Uddannelse) under ett år efter att de tagit examen för att få legitimation (Sundhedsstyrelsen 2018).

Danmark har också infört en så kallad sexårsregel. Enligt regeln behöver läkarna vidareutbilda sig till specialister senast 6 år efter att de har påbörjat KBU. Syftet med regeln är att få läkarna att välja lediga ST-tjänster i mindre populära specialiteter och i mindre attraktiva områden (Sundhedsstyrelsen 2018).



Ekonomiska incitament

En annan strategi är att påverka fördelningen av läkare genom ekonomiska incitament. Det kan innebära att staten bekostar utbildningen under vissa premisser, exempelvis genom att läkaren måste tjänstgöra ett visst antal år i glesbygd efter avslutad utbildning. Det kan även handla om att erbjuda läkare i glesbygd särskilda förmåner, engångssummor eller högre lön. Men enbart ekonomiska incitament är oftast inte tillräckligt för att styra läkare till en viss tjänstgöringsort. Även om läkare i glesbygd ofta är bättre betalda är läkartätheten trots detta lägre än i stadsmiljöer, vilket är fallet även i Sverige (OECD 2016, se även kapitel 5).

I Australien finansierar staten ett visst antal *Bonded Medical Places (BMP)* på läkarutbildningen. Studenter som antas till BMP slipper betala för sin utbildning mot att de förbinder sig att arbeta i ett område med låg läkartäthet under en period som motsvarar längden på utbildningen. Om de bryter avtalet måste de betala tillbaka hela utbildningskostnaden. (OECD 2016)

Engångssummor till läkare som etablerar sig i mindre attraktiva områden används ofta i länder där läkarna är egenföretagare. I Kanada och Tyskland kan läkare få en engångssumma om de startar upp en verksamhet i ett område där läkartätheten är låg. Om läkarna är verksamma på vårdcentraler, kan de ekonomiska incitamenten i stället riktas mot verksamheterna. (OECD 2016)

Ekonomiska incitament kan också användas för att få läkare att skjuta upp sin pension. Detta används bland annat i Kanada och Danmark. På Nordjylland får primärvårdsläkare 55 000 danska kronor per kvartal när de är 62–65 år. I tyska Thüringen får primärvårdsläkare ett tillskott på 1 500 euro per kvartal om de arbetar i glesbygd och har fyllt 65. (OECD 2016)

Våra intervjuer med landstingsrepresentanter visar att även vissa landsting i Sverige använder ekonomiska incitament för att styra läkare till särskilda geografiska områden eller få dem att arbeta kvar efter pension.

Regleringar

Ett annat sätt att skapa en jämnare geografisk fördelning av befintliga läkare är att använda regleringar. Det kan handla om faktiska begränsningar av enskilda läkares valmöjligheter eller begränsningar att öppna verksamheter i områden där läkartätheten är hög. Det kan också handla om olika typer av *rotationssystem* som får läkare att turas om att arbeta i glesbygdsområden under begränsade perioder (OECD 2016). Det gäller särskilt länder där läkare i större utsträckning är anställda, snarare än egenföretagare.

Japan fyller vakanser i glesbygd genom rotationssystem

I Japan är de flesta läkare som är verksamma i glesbygden anställda av den regionala förvaltningen, och tillhör ett nätverk som förser glesbygdsområden med bemanning. Det vanligaste sättet att fylla vakanser i glesbygd är med hjälp av ett rotationssystem. Läkarna får då turas om att tjänstgöra i områden som saknar bemanning, vanligen i perioder om 2–3 år (OECD 2016).

Australien fyller kortsiktiga vakanser med mobila team

Rotation av läkare kan visserligen minska kontinuiteten, men också öka tillgängligheten (OECD 2016). Australien använder mobila team av läkare för att täcka upp vid vakanser. Dessa team ansvarar för särskilda geografiska områden dels under vissa schemalagda perioder, dels när behov uppstår (OECD 2016). De mobila läkarna har hjälpt till att öka antalet fasta primärvårdsläkare i glesbygdsområden i västra Australien (OECD 2016).

Tyskland och Danmark styr genom tillstånd och licenser

I Tyskland är antalet tillstånd för att utöva vissa typer av vård inom en specifik region begränsat (OECD 2016). Antalet tillstånd inom varje region baseras på en nationell kvot som utgår från antalet läkare per invånare. För primärvårdsläkare betraktas bemanningen som heltäckande när det finns en läkare per 1 617 invånare. Om antalet läkare blir för högt inom en viss region utfärdas inte några mer tillstånd. (OECD 2016)

I Danmark är den geografiska fördelningen av läkare reglerad genom regionala licenser, så kallade *ydernumre* (OECD 2016). Primärvårdsläkarna behöver en licens för att vara behöriga att bedriva verksamhet med offentlig finansiering. Inom varje region finns ett begränsat antal licenser. Antalet fastställs av regionen och baseras bland annat på regionens befolkning och geografiska förhållanden. Målet är alla invånare ska ha minst två utförare att välja mellan inom ett avstånd på 15 kilometer (OECD 2016).

7.3 EFTERFRÅGAN MINSKAS GENOM UPPGIFTSVÄXLING OCH NYA ARBETSSÄTT

Hur arbetet organiseras kan påverka efterfrågan på enskilda yrkesgrupper, som läkare. Efterfrågan på läkare kan till exempel minska genom att man överför arbetsuppgifter till andra yrkesgrupper eller inför nya arbetssätt och tekniska lösningar.

7.3.1 Flera länder arbetar med uppgiftsväxling

Ett sätt att utnyttja andra yrkesgruppers kompetens på ett bättre sätt och samtidigt minska efterfrågan på läkare är att arbeta med uppgiftsväxling. Enligt OECD Health System Characteristics Survey (2012) har omkring hälften av alla OECD-länder introducerat nya yrkesgrupper eller utvidgat arbetsuppgifterna för andra grupper än läkare. Syftet har varit att utnyttja



andra yrkesgruppers kompetens på ett mer effektivt sätt och samtidigt avlasta läkarna. Sverige är ett av dessa länder.

Nya yrkesgrupper och utvidgade roller för befintliga yrkesgrupper

Ungefär hälften av länderna inom OECD har introducerat nya yrken inom hälso- och sjukvården eller utvidgat befintliga yrkesgruppers ansvarsområden. Det är framför allt sjuksköterskor som har fått ett utvidgat ansvarsområde, främst inom primärvården (OECD 2012). Ett antal OECD-länder har också utökat antalet platser på grund- och specialistutbildningen för sjuksköterskor, för att minska efterfrågan på läkare (OECD 2016). Målet är att använda läkares tid på ett bättre sätt.

Som en del av uppgiftsväxlingen har flera länder infört så kallade *nurse practitioners* (OECD 2016). Det internationella sjuksköterskeförbundet International Council of Nurses (ICN) beskriver en *nurse practitioner* som en legitimerad sjuksköterska med särskilt expertkunskap och klinisk kompetens inom bland annat komplext beslutsfattande. En masterexamen rekommenderas som grundnivå (OECD 2016).

Nurse practitioners tjänstgör ofta i primärvården och utför arbetsuppgifter som annars hade utförts av läkare. Det handlar exempelvis om att vara den primära kontakten för personer med lättare åkommor, utföra rutinuppföljningar av patienter med kroniska sjukdomar och beställa prover (OECD 2016). I många länder, framför allt Australien, Kanada, Irland, Storbritannien och USA, är *nurse practitioners* och vissa andra kategorier av sjuksköterskor också bemyndigade att skriva ut vissa läkemedel (OECD 2016).

I Sverige finns det inte någon särskild legitimation som motsvarar *nurse practitioners*. I jämförelse med svenska specialistsjuksköterskor har de en högre akademisk utbildning med betydligt mer klinisk träning (OECD 2016). Men det finns spridda utbildningsinitiativ. Universitetssjukhuset i Linköping erbjuder exempelvis masterprogrammet *Avancerad specialist-sjuksköterska med inriktning mot kirurgisk vård*, som ska leda till att specialistsjuksköterskan självständigt kan sköta fler uppgifter i samband med operationer.

Nurse practitioners kan utföra flera arbetsuppgifter med bibehållen kvalitet

Ett antal utvärderingar visar att sjuksköterskor, med tillräcklig utbildning och träning, kan utföra flera patientmöten med bibehållen kvalitet (OECD 2016). Det gäller framför allt möten med patienter som har lättare sjukdomstillstånd

och de som behöver rutinmässig uppföljning. Utvärderingar visar också att *nurse practitioners* och avancerade specialistsjuksköterskor kan förbättra tillgängligheten och minska väntetider. De flesta utvärderingarna visar även på hög patientnöjdhet. (OECD 2016).

Det kan vara kontroversiellt med nya yrkesgrupper och utvidgade roller

Erfarenheter från flera länder visar att nya eller utvidgade roller för andra yrkesgrupper än läkare kan bemötas av motstånd från läkarprofessionen (OECD 2016). Det finns också farhågor för att hälso- och sjukvårdens kvalitet kan försämrats om uppgiftsväxling från läkare till andra yrkesgrupper sker på fel sätt.

Erfarenheter visar att det är lättare att utvidga andra yrkesgruppers ansvarsområden under perioder när det är brist på läkare. Sjuksköterskor tenderar att ha större befogenheter i länder där det finns många sjuksköterskor i förhållande till antalet läkare, vilket är fallet i exempelvis Finland, USA, Kanada och Storbritannien. I dessa länder kan det höga antalet sjuksköterskor både vara en anledning till att sjuksköterskor har fått utökade befogenheter, men också en konsekvens av bristen på läkare (OECD 2016).

Hälso- och sjukvårdens organisering och finansiering är också avgörande faktorer som påverkar möjligheten att utvidga ansvarsområdena för andra yrkesgrupper än läkare. Förutsättningarna är exempelvis bättre i primärvård som till stor del bedrivs i team (OECD 2016).

Nationellt stöd vid uppgiftsväxling

Som enskild vårdgivare kan det vara svårt att arbeta med uppgiftsväxling på egen hand. För att stötta vårdgivare i arbetet har Storbritannien därför inrättat ett särskilt råd, *UK Skills for Health*. Rådet har i uppdrag att uppmuntra innovativa arbetssätt bland annat genom att engagera arbetsgivare, utveckla nationella kompetenskrav och se till att kompetenskraven svarar mot arbetsgivarnas behov. Sedan rådet inrättades 2002 har det hjälpt arbetsgivare att omvandla informella arbetsvanor till nya formaliserade rutiner och samtidigt utformat lämpliga utbildningar. Enligt en utvärdering som genomförts av UK National Audit Office (motsvarande Riksrevisionen) har rådets arbete resulterat i betydande kostnadsbesparingar (OECD 2016).

Sverige har också uppmuntrat uppgiftsväxling bland annat genom en professionsneutral vårdgaranti och resurser inom ramen för den så kallade professionsmiljarden (se kapitel 6).



7.3.2 Förändrade arbetssätt för att utnyttja läkarresurserna mer effektivt

Ett annat sätt att minska efterfrågan på läkare är att utnyttja befintliga läkarresurser mer effektivt genom förändrade processer eller arbetssätt.

Effektivare processer för att anlita vikarier och hyrpersonal

Flera länder har infört tillfälliga stödfunktioner för att skapa effektivare processer, framför allt för att täcka upp vid bristande bemanning (OECD 2016). Det handlar dels om att täcka upp vid planerad frånvaro som semestrar och utbildningar, dels om att hitta ersättare vid oplanerad frånvaro som vid sjukdom.

Utmaningen att hitta vikarier är särskilt uttalad i glesbygd och andra områden där läkartätheten är låg. Det finns oftast ingen extra personal som kan täcka upp, utan vikarien behöver på ett eller annat sätt föras till platsen. Det är också ofta dyrare att ordna vikarier till glesbygdsområden, eftersom det är mindre attraktivt att arbeta där (OECD 2016).

Flera länder har genomfört åtgärder för att styra användningen av vikarier på ett mer effektivt sätt, bland annat Australien, Skottland och Nordirland (OECD 2016). Länderna har bland annat arbetat med att

- minska behovet av hyrläkare genom bättre tidsplanering, schemaläggning och koordinering av semestrar och annan frånvaro, samt genom att samarbeta med andra vårdgivare genom att till exempel ta hjälp av varandras ordinarie personal som vikarier
- kontrollera kostnaden för hyrpersonal
- öka kompetensmatchningen mellan den vakanta tjänsten och hyrläkarens kompetens genom att ta fram tydliga färdighetskrav
- utveckla och ta fram tydliga kriterier för anställning av hyrläkare, till exempel hur introduktion ska ske och hur läkaren fullgör sina arbetsuppgifter
- se till att hyrläkare som arbetar under lång tid får nödvändig vidareutbildning.

Vissa länder använder också långtidskontrakt för att rekrytera hyrläkare till vissa svår bemannade områden. Genom kontrakten har arbetsgivare möjlighet att erbjuda extra förmåner, som högre lön och betald bostad. Nackdelen är att det ger en ökad kostnad för arbetsgivaren och att ordinarie personal kan känna sig orättvist behandlade (OECD 2016).

Tekniska innovationer kan ge effektivare processer

Nya tekniska lösningar kan hjälpa till att minska den ojämna geografiska tillgången på läkare. Genom digitala vårdbesök kan läkare och patient komma i kontakt med varandra oberoende av det fysiska avståndet mellan dem, samtidigt som de administrativa kostnaderna minskar (OECD 2016).

Ett exempel från British Columbia i Kanada är ett digitalt hälsonätverk som ger patienter och vårdpersonal i glesbygden möjlighet att komma i kontakt med vårdpersonal i storstaden Vancouver via videokonferens (OECD 2016). Hälsonätverket startade 2001 och erbjuder bland annat kliniskt stöd för barn- och mödrahälsovård, läkar- och sjuksköterskeutbildning och andra möten (OECD 2016).

I Sverige arbetar flera landsting med att utveckla nya digitala lösningar i primärvården (se kapitel 9).





Prognoser – viktigt verktyg för att få balans mellan utbud och efterfrågan

Prognoser är ett viktigt verktyg för att underlätta anpassningen mellan utbud och efterfrågan. Sedan mitten på 1990-talet har Socialstyrelsen uppdraget att redovisa bedömningar av tillgång och efterfrågan på läkare inom ramen för det nationella planeringsstödet (NPS). Planeringsstödet inrättades för att stötta landstingen i deras planering när staten decentraliserade ansvaret för kompetensförsörjningen.

I det här kapitlet beskriver vi redovisningen och prognoserna av utbudet av läkarkompetens inom NPS samt regeringens avsikter med planeringsstödet när det inrättades. Det finns tecken på att regeringen haft vissa avsikter med stödet som inte förverkligats. Regeringen har därför på senare tid gett Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla prognosarbetet i NPS. NPS befinner sig alltså i en utvecklingsfas.

För att sätta det svenska prognosarbetet i ett sammanhang jämför vi det med prognosarbetet som pågår i övriga OECD-länder. Jämförelsen visar på flera utvecklingsområden för NPS:

- Prognoserna skulle i högre grad kunna bygga på antaganden om framtiden, i stället för framskrivningar av historiska data.
- Statistiken skulle kunna brytas ned på specialitetsnivå.
- Prognoserna skulle kunna brytas ned på regional nivå.
- Prognoserna skulle kunna innehålla statistik över antalet vidare-utbildningsplatser.
- Prognosen av efterfrågan på hälso- och sjukvård skulle kunna utvidgas till att även omfatta förändringar i vårdens organisering, befolkningens sammansättning, vårdbehov eller vårdkonsumtion.



8.1 SÅ ARBETAR SOCIALSTYRELSEN MED NATIONELLA PROGNOSE FÖR KOMPETENSFÖRSÖRJNING I DAG

När NPS inrättades i slutet av 1990-talet var tanken att det framför allt skulle vara ett stöd för landstingen. Planeringsstödet skulle stödja landstingens långsiktiga planering av behovet av specialistkompetenta läkare och fördelning av AT-block över landet (prop. 1997/98:5). Men i praktiken har NPS kommit att fokusera på att beskriva nuvarande utbud och efterfrågan på läkare.

8.1.1 Decentraliserat ansvar med statligt stöd

Innan NPS inrättades, användes de statliga läkarfördelningsprogrammen för att fördela läkare under vidareutbildning mellan specialitetsinriktningar och geografiska områden (prop. 1988/89:138, se även kapitel 6). Förslag till läkarfördelningsprogram utarbetades av Socialstyrelsen tillsammans med dåvarande Universitets- och högskoleämbetet (UHÄ), dåvarande Landstingsförbundet och Läkarförbundet, och fastställdes av socialdepartementet (prop. 1988/89:138).

Läkarfördelningsprogrammen avskaffades 1992, bland annat efter kritik om att staten inte hade tillräcklig kännedom om lokala förhållanden och att prognoserna för utbudet av vidareutbildade läkare ofta hade slagit fel. Bristen på information om de lokala förhållandena och förutsättningarna var alltså problematisk (prop. 1997/98:5).

Av propositionen där läkarfördelningsprogrammets avskaffande föreslogs framgår att avsikten bakom det förändrade planeringssystemet inte var att det nationella perspektivet helt skulle överges (prop. 1997/98:5). Däremot skulle decentraliseringen göra att prognoserna byggde på ett bättre underlag anpassat efter landstingens regionala behov (prop. 1997/98:5).

Regeringens avsikt var att den nationella planeringsprocessen skulle börja i de enskilda sjukvårdsområdena och utmynna i en central analys (prop. 1997/98:5). Landstingen skulle först analysera och sammanställa den regionala tillgången på läkare. Därefter skulle Socialstyrelsen analysera de landstingsvis sammanställda uppgifterna och göra en avstämning mot nationellt fastlagda sjukvårdspolitiska riktlinjer. Om den centralt genomförda analysen talade för att strategiskt viktiga bristsituationer inte förbättrades, eller rent av försämrades, skulle Socialstyrelsen ge tydliga rekommendationer till huvudmännen om vilka ändringar som behövde göras. Om landstingen inte följde rekommendationerna kunde ekonomiska styrmedel bli nödvändiga. (prop. 1997/98:5)

Men den planeringsmodell som regeringen beskrev i propositionen förverkligades inte, i varje fall inte på nationell nivå (prop. 1997/98:5).

NPS skulle ursprungligen bedöma hälso- och sjukvårdens behov av läkarkompetens

Under 1990-talet minskade antalet AT- och ST-tjänster (1997/98: SoU8). I samband med minskningen uppmärksammade regeringen att det var svårt för landstingen att helt på egen hand planera för det framtida behovet av specialistläkare. Det beräknade behovet av specialister behövde uppskattas i ett långsiktigt perspektiv, och för att göra detta krävdes stöd från nationell nivå (1997/98: SoU8).

Regeringen beslutade därför att ett nationellt planeringsstöd skulle inrättas (prop. 1997/98:5). I propositionen som föregick inrättandet av NPS angav regeringen att det även var ändamålsenligt att låta en sådan planeringsfunktion hantera fördelningen av AT-block över landet (prop. 1997/98:5). Regeringen menade dessutom att planeringsstödet kunde användas för dimensionering av antalet platser på den grundläggande läkarutbildningen (prop. 1997/98:5). I propositionen anförde regeringen även vikten av att uppgifter om läkarnas yrkesverksamhet samlades in med jämna mellanrum. För att kunna följa utvecklingen i landet behövde Socialstyrelsen veta var i landet läkarna arbetade, inom vilka verksamheter och vilken tjänstgöringsgrad de hade (prop. 1997/98:5).

Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag att närmare överväga hur NPS borde utformas, tillsammans med berörda intressenter (prop. 1997/98:5). År 2002 hade Socialstyrelsen tagit fram en verksamhetsplan för utvecklingen av NPS och 2003 publicerades den första rapporten (Socialstyrelsen 2016b).

Det ursprungliga uppdraget från regeringen var alltså att ta fram underlag för att bedöma hälso- och sjukvårdens *behov* av läkare och sjuksköterskor. Men beskrivningen av syftet i regleringsbrevet försköts tidigt till att NPS skulle bedöma *tillgång*, det vill säga utbud, och *efterfrågan* på vissa personalgrupper som underlag för regeringen (Socialstyrelsen 2016b). Enligt Riksrevisionen (2009) tog Socialstyrelsen initiativ till förändringen, eftersom begreppet behov ansågs ha en teoretisk innebörd som var alltför svårfångad för att användas i prognoser. Myndigheten gjorde försök att indirekt mäta behov, till exempel med uppfyllnad av normtal för läkare och väntetider i vården. Men försöken övergavs, eftersom det var svårt att få underlag av tillräcklig kvalitet (Socialstyrelsen 2016b).



8.1.2 Innehållet i NPS

NPS består i sin nuvarande utformning av en del som beskriver det nuvarande utbudet och efterfrågan på personal samt en del som prognosticerar det framtida utbudet.

NPS beskriver utbud och efterfrågan på läkare och andra personalgrupper

NPS har, sedan starten, beskrivit utbudet av olika yrkesgrupper genom att Socialstyrelsen samkör myndighetens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HoSp) med data från SCB om sysselsättning och inkomster (Socialstyrelsen 2016b). Under de första åren innehöll NPS även uppgifter om antalet fullgjorda ST-tjänster inhämtade från landstingen. Socialstyrelsen stötte på två huvudsakliga problem med informationen om ST-tjänster: att få alla landsting att rapportera och att göra rapporteringen så enhetlig att den kunde användas som underlag för nationella sammanställningar (Socialstyrelsen 2016c). Informationen togs därför bort från de fortsatta upplagorna av NPS.

År 2018 innehöll NPS återigen uppgifter om antalet ST-läkare i landet, baserat på en enkät som besvarades av 18 av 21 landsting (Socialstyrelsen 2018a).

Redovisningen av efterfrågan på olika yrkesgrupper i NPS har historiskt sett utgått från hälso- och sjukvårdens ”vilja och förmåga att rekrytera personal” (Socialstyrelsen 2016b). Socialstyrelsen gjorde inledningsvis försök att kvantifiera efterfrågan, bland annat genom att bearbeta uppgifter om vakansredovisningar. Men det visade sig vara förknippat med en rad problem, till exempel att landstingen definierade begreppet ”vakans” på olika sätt. Efter hand utvecklade Socialstyrelsen i stället fyra efterfrågeindikatorer (arbetslöshet, etablering på arbetsmarknaden, migration och efterfrågan på arbetsmarknaden i stort) som har använts sedan dess. (Socialstyrelsen 2016b)

Efterfrågan på arbetsmarknaden bygger på en enkät från SCB, där arbetsgivare redogör för om det råder balans mellan utbud och efterfrågan för nyexaminerade respektive yrkeserfarna läkare, utan att skilja mellan specialitetsinriktningar. NPS 2018 innehöll även information från Arbetsförmedlingens undersökning Yrkeskompassen om möjligheterna för läkare att få arbete i olika delar av landet. Socialstyrelsen gör även en egen enkät till landstingen om tillgång och efterfrågan för ST-läkare respektive specialister inom olika specialiteter. Tidigare har NPS även redovisat informationen om etablering på arbetsmarknaden utifrån Arbetsförmedlingens och SACO:s bedömning av arbetsmarknadsläget för läkare de senaste fem åren. (Socialstyrelsen 2016b).

Tabell 4. Socialstyrelsens information om utbudet och efterfrågan på läkarkompetens i NPS. Årtal inom parentes betyder att informationen ingick i NPS-rapporten det året.

	Utbud	Efterfrågan*
Antal	Antal yrkesaktiva personer i hälso- och sjukvården som helhet	Arbetslöshet
	Antalet startplatser på utbildningar	Etablering på arbetsmarknaden
	Antal läkarstuderande utomlands med studiemedel från CSN (2018)	Migration (genomsnitt senaste 5 åren)
	Antal ST (2018)	Arbetsgivares bedömning av balansen mellan tillgång och efterfrågan på nyexaminerade respektive yrkeserfarna läkare
		Befolkningsökning
Sysselsättning	Enkät om självrapporterad arbetstid för hela gruppen läkare (2010 och 2015)	
	Sysselsättningsgrad för landstingsanställda läkare med respektive utan specialistutbildning (2018)	
Kompetens	Antal läkare uppdelat efter specialitet (offentlig och privat regi)	
	Antal ST uppdelat efter specialitet (2018)	
Fördelning	Antal läkare i respektive sjukvårdsregion och landsting	
	Antal ST per landsting (2018)	

Not: Socialstyrelsen har också använt uppgifter om sysselsättningsgrad från SKL, men statistiken gäller bara landstingsanställda läkare med respektive utan specialistkompetens. Baserat på den aggregerade sysselsättningsstatistiken har Socialstyrelsen tidigare dragit slutsatsen att svenska läkare i genomsnitt arbetar heltid (Socialstyrelsen 2017b).

* I NPS 2018 ingick ingen prognos av efterfrågan, eftersom Socialstyrelsen arbetar med utveckling av prognoserna inom NPS och närliggande regeringsuppdrag.

Långsiktiga prognoser av utbudet av läkare vart tredje år

Hittills har NPS innehållit nulägesanalyser av utbud och efterfrågan varje år och prognoser med fokus på det långa perspektivet vart tredje år. De långsiktiga prognoserna har beräknat sysselsättningsfrekvens för nyexaminerade läkare, pensioneringsfrekvens, personalomsättning mellan och utanför hälso- och sjukvården samt migration. Resultaten har utgått från senast tillgängliga data om befolkningsunderlag och beräknat hur den framtida personaltillgången ser ut om utvecklingen fortsätter på samma sätt som under de senaste fem åren (Socialstyrelsen 2014a).

Analysen har delat upp immigrationen i tre grupper: Norden, EU och EES samt tredje land (Socialstyrelsen 2014a). Eftersom det framtida inflödet av läkare med utländsk utbildning är svårt att bedöma, har NPS innehållit två prognoser med olika antaganden om hur nettomigrationen kommer att utvecklas. Det första alternativet har visat hur den framtida tillgången till



Figur 29. Prognosmodellen i NPS.



Not: Socialstyrelsens beräkningar utgår från antalet läkare, inte heltidsmotsvarigheter.
Källa: Anpassad från Socialstyrelsen (2014) s. 9.

läkare beräknas se ut om antalet invandrade läkare är lika stort som antalet utvandrade läkare (nettomigrationen är 0). Det andra alternativet har visat hur tillgången beräknas se ut om nettoinflödet av läkare med utbildning i annat land är lika stort som det varit i genomsnitt per år under de senaste fem åren. (Socialstyrelsen 2014a)

Från och med 2014 innehåller NPS enskilda prognoser för nio specialiteter

Från och med 2014 innehåller NPS även enskilda prognoser för de nio medicinska specialiteter som har minst 1 000 utövare, däribland allmänmedicin. Prognoserna har hittills gjorts med en förenklad modell jämfört med legitimationsyrkena och trendframskrivningen har utgått från den samlade prognosen över antalet läkare. Prognosen har antagit att den senast rapporterade andelen examinerade läkare som fick specialistkompetensbevis inom respektive specialitet åtta år efter examen även kommer att gälla under prognosperioden.

8.1.3 Socialstyrelsen har i uppdrag att utveckla NPS

I december 2015 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla NPS (S2015/07804/FS). Regeringen bedömde att det fanns anledning att se över vilka yrkesgrupper som planeringsstödet borde omfatta samt hur tillgång och efterfrågan på ST-läkare kunde inkluderas på ett mer ändamålsenligt sätt.

I ett första svar på uppdraget 2016 rapporterade Socialstyrelsen (2016b) bland annat att NPS skulle kompletteras med ytterligare fördjupningar om olika yrkeskategorier och att Socialstyrelsen, tillsammans med UKÄ, börjat ta fram information om hälso- och sjukvårdens yrkesgrupper (Socialstyrelsen 2016b).

Våren 2018 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att komplettera sin bedömning av tillgång och efterfrågan på läkare med en samlad kartläggning och bedömning av hälso- och sjukvårdens tillgång på och långsiktiga behov av specialistläkare inom alla specialiteter. Kartläggningen och bedömningen ska ske både på nationell och på regional nivå (S2018/01460/FS).

8.2 OECD GER FÖRSLAG PÅ HUR MEDLEMSLÄNDERNAS PROGNOSEMODELLER KAN UTVECKLAS

Enligt OECD är det få prognosmodeller i dag som tar hänsyn till den *geografiska fördelningen* inom ett land (Ono et al. 2013). Länderna utfärdar ofta rekommendationer som riktar sig mot den nationella nivån, trots att det finns stora regionala skillnader när det gäller utbudet av läkare. Vissa länder har försökt att få en jämnare geografisk fördelning genom att decentralisera planeringssystemet baserat på nationellt utfärdade riktlinjer, till exempel Tyskland. Andra länder försöker på olika sätt att ta hänsyn till läkarnas rörlighet, exempelvis USA, eller skillnader i utbildningskapacitet mellan olika regioner, exempelvis Frankrike. Länderna utgår då ifrån att sannolikheten är större att läkarna stannar kvar i det området där de har utbildats. (Ono et al. 2013)

OECD menar också att länderna behöver samla in mer *information om de verksamma läkarna*, exempelvis deras tjänstgöringsgrad. Utan en tillförlitlig bild av utgångsläget är det omöjligt att göra pålitliga prognoser. (Ono et al. 2013)

Dessutom behöver länderna ta hänsyn till ett *större antal faktorer* i sitt planeringsarbete. Det handlar både om faktorer som påverkar utbudet av och efterfrågan på läkare. (Ono et al. 2013)

När det gäller utbudet av läkare behöver länderna enligt OECD i större utsträckning ta hänsyn till läkarnas *verkliga pensionsålder*. Många länder förutsätter att läkarna går i pension när de uppnått den formella pensionsåldern, men så behöver det inte vara. När det gäller efterfrågan behöver länderna ta större hänsyn till *förändringar i befolkningens vårdbehov* och *omfördelning av arbetsuppgifter* mellan olika typer av hälso- och sjukvårdspersonal. (Ono et al. 2013) Ett tillägg till OECD:s förslag är även att ny teknik kan påverka efterfrågan på läkarkompetens.



I följande avsnitt beskriver vi hur länder inom OECD arbetar med att ta hänsyn till faktorer som påverkar utbudet av och efterfrågan på läkare inom ramen för sitt prognosarbete.

8.2.1 Länderna beräknar utbudet av läkarkompetens på olika sätt

Utbud och efterfrågan på läkare kan beräknas både som antal läkare och antal heltidsekvivalenter. Men trots att heltidsekvivalenter ger en mer rättvisande bild av personalbeståndet, saknas uppgifter om det i flera länder (Ono et al. 2013).

Vissa prognosmodeller innehåller antaganden om hur den framtida arbetstiden kommer att utvecklas. I exempelvis Belgien används data för att upptäcka trender i läkares sysselsättningsgrad. Landet förutspår att arbetstiden per läkare gradvis kommer att minska med en takt på cirka 0,3 procent per år (Ono et al. 2013).

Inflödet av läkare beräknas på olika sätt ...

Inflödet av blivande läkare kan beräknas baserat på antalet personer som antas till läkarutbildningen, som tar examen eller får legitimation. I synnerhet den första metoden, att utgå från antalet antagna, kan vara riskabelt om ett stort antal studenter väljer att hoppa av under grundutbildningen. (Ono et al. 2013)

Vissa prognosmodeller beskriver även utbildningsflödet, det vill säga hur lång tid det tar från antagningstillfället till specialist och hur många som hoppar av i olika steg av utbildningskedjan. Exempelvis i Frankrike går det att följa flödet från antalet antagna till hur många som påbörjar respektive specialitet, hur lång tid respektive utbildningssteg tar och i vilken omfattning avhopp sker (Ono et al. 2013).

Många länder tar även hänsyn till inflödet av utlandsutbildade läkare inom ramen för sina prognoser. Vissa länder, som Irland, inkluderar inte utlandsutbildade läkare i beräkningen av inflöde, eftersom målet för landet är att bli självförsörjande (Ono et al. 2013). I Australien beräknar man i stället hur mycket grundutbildningen behöver utökas för att minska beroendet av utlandsutbildad personal (Ono et al. 2013).

... liksom utflödet av läkare

I samtliga prognosmodeller är pensionen den största utflödesfaktorn. Men hur väl länderna analyserar läkarnas pensionsmönster varierar (Ono et al. 2013).

Ett vanligt antagande är att samtliga läkare går i pension när de når den formella pensionsåldern, men många läkare arbetar längre (Ono et al. 2013).

Pong (2011) har undersökt pensionsmönstret hos läkare och funnit att läkare går ner i tid ett par år innan pension och sedan arbetar kvar ett antal år efter att de nått den formella pensionsåldern.

Vissa länder gör mer ingående analyser av läkarnas pensionsålder. Till exempel Nederländerna analyserar läkarnas pensionsmönster utifrån olika specialiteter, medan Frankrike analyserar hur utbudet av läkare skulle se ut 2030 om pensionsåldern höjdes med två år (Ono et al. 2013).

8.2.2 OECD-länderna beräknar även efterfrågan på olika sätt

Vissa OECD-länder tar bara hänsyn till förändringar i befolkningens storlek eller struktur för att förutspå efterfrågan. Andra gör mer avancerade analyser av befolkningens framtida vårdbehov eller vårdkonsumtion. Vissa länder tar också hänsyn till förändringar i hälso- och sjukvårdens organisation och landets BNP-tillväxt. (Ono et al. 2013)

Sammanfattningsvis har OECD identifierat fem olika tillvägagångssätt för att prognostisera efterfrågan genom att studera förändringar av

- *Befolkningens storlek.* Att utgå från antalet läkare per invånare är det mest grundläggande tillvägagångssättet.
- *Befolkningens sammansättning.* Man utgår från olika befolkningsgruppers nuvarande vårdbehov och konsumtion av hälso- och sjukvårdstjänster, exempelvis efter ålder och kön. Inom ramen för dessa modeller betraktas en specifik gruppns behov eller konsumtion av vård vara konstant över tid.
- *Befolkningens framtida vårdbehov eller konsumtion.* Det optimala antalet läkare är alltså inte konstant, utan kan förändras över tid.
- *Hälso- och sjukvårdens organisering och processer.* Det kan exempelvis handla om att uppskatta hur en förstärkt primärvård eller uppgiftsväxling mellan yrkesgrupper kommer att påverka efterfrågan.
- *Ekonomisk tillväxt.* Ett ökat välstånd antas leda till att efterfrågan på hälso- och sjukvårdstjänster ökar.

Många länder tar hänsyn till förändringar i befolkningens sammansättning

De allra flesta länder i OECD gör uppskattningar av hur förändringar i befolkningens sammansättning, framför allt när det gäller kön och ålder, kommer att påverka den framtida efterfrågan på läkare. Behoven för respektive grupp antas ofta vara konstanta över tid. (Ono et al. 2013)



Ett exempel är Belgien där prognosmodellen baseras på olika befolkningsgruppers vårdkonsumtion (Ono et al. 2013). Så är även fallet i Kanada. Där används vårdkostnader för att bedöma den framtida efterfrågan på läkare. Kostnaderna kan härledas till en individ och dennes specifika egenskaper som ålder och kön samt den behandlande läkarens specialitet (Ono et al. 2013).

Flera länder tar hänsyn till förändringar i befolkningens vårdkonsumtion och vårdbehov

I stället för att anta att vårdbehov eller vårdkonsumtion är konstanta tar många länder hänsyn till att de kan förändras över tid. Exempelvis kan förekomsten av en viss sjukdom inom en befolkningsgrupp öka eller minska och på så sätt påverka efterfrågan på en viss hälso- och sjukvårdstjänst. (Ono et al. 2013)

Vissa länder gör bedömningar både av förändringar i *vårdkonsumtion* och i *vårdbehov*. Länderna försöker då kartlägga om det finns vårdbehov som i utgångsläget inte tillgodoses. Det görs exempelvis genom data från olika typer av patientundersökningar eller genom att den verkliga konsumtionen av vård jämförs med den rekommenderade, som den uttrycks i nationella riktlinjer. Ett exempel är om riktlinjer anger att vissa patientgrupper bör göra en årlig hälsoundersökning. (Ono et al. 2013)

Om den rekommenderade konsumtionen är lägre än den verkliga kan det ha att göra med bristande tillgänglighet, vilket i sin tur kan bero på brist på hälso- och sjukvårdspersonal. Att bara bedöma framtida förändringar i vårdkonsumtion är därför ibland inte tillräckligt, eftersom patienternas verkliga efterfrågan inte tillgodoses i utgångsläget (Ono et al. 2013).

Den här typen av prognosmodeller används exempelvis i Kanada och Nederländerna. Nederländerna bedömer att förändringar i förekomsten av diabetes, cancer, alkoholmissbruk, demens och andra kroniska sjukdomar med stor sannolikhet kommer att öka efterfrågan på primärvårdsläkare med 0,3 procent till 0,6 procent per år under 2010–2028 (Ono et al. 2013).

Ontario i Kanada tar hänsyn till vårdbehov som inte tillgodoses

Den kanadensiska delstaten Ontario har utvecklat en modell för att prognosticera efterfrågan på läkare under en 20-årsperiod. Modellen tar även hänsyn till vårdbehov som inte tillgodoses, bland annat genom att beräkna hur stor andel av befolkningen som inte har en fast läkarkontakt i primärvården, antalet patienter som rapporterat vårdbehov som inte har tillgodosetts och den önskvärda andelen specialister i allmänmedicin i förhållande till övriga specialister. Modellen tar också hänsyn till trender i förekomsten av de tio vanligaste sjukdomarna, som tar upp en stor del av läkarnas tid. (Ono et al. 2013)

Flera tar hänsyn till förändringar i hälso- och sjukvårdens organisering och arbetssätt

Flera länder genomför just nu reformer för att förändra hälso- och sjukvårdssystemet genom att stärka primärvården och flytta funktioner från sjukhusen (Ono et al. 2013). Vissa länder har försökt att beräkna hur förändringarna kommer att påverka efterfrågan på läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal, bland annat Schweiz. Inom ramen för sin prognosmodell har Schweiz tagit hänsyn till att en förstärkt primärvård kommer att öka efterfrågan på specialister i allmänmedicin. Samtidigt räknar landet med att många arbetsuppgifter kommer att överföras till avancerade sjuksköterskor (Ono et al. 2013).

Ekonomisk tillväxt och lönenivåer inkluderas sällan

Ett lands ekonomiska tillväxt kan påverka den framtida efterfrågan på hälso- och sjukvårdstjänster. Men bara ett fåtal länder tar hänsyn till den ekonomiska tillväxten i sina prognoser (Ono et al. 2013).

Ett ökat välstånd antas ofta leda till att både medborgare och samhälle får mer resurser att betala för och investera i hälso- och sjukvård (Ono et al. 2013).

Något annat som få länder tar hänsyn till är lönenivåer, trots att en stor del av kostnaderna för hälso- och sjukvården är just lönekostnader. Inom ramen för en begränsad budget kommer lönenivåerna att påverka antalet personal som totalt sett kan vara anställda. (Ono et al. 2013)

Allt fler gör prognoser ur ett multidisciplinärt perspektiv

Traditionellt har det framtida utbudet av och efterfrågan på olika yrkesgrupper planerats var för sig, utan att hänsyn till varandra (Ono et al. 2013). Flera av de prognosmodeller som OECD har jämfört täcker in fler än en yrkesgrupp, men den enda kopplingen mellan dem är att deras antal relateras till samma demografiska utveckling (Ono et al. 2013).

Det är möjligt att ta hänsyn till två olika typer av uppgiftsväxling: horisontell respektive vertikal uppgiftsväxling. *Horisontell uppgiftsväxling* är när arbetsuppgifter flyttas inom samma yrkesgrupp, exempelvis mellan olika medicinska specialiteter. När det gäller denna typ av uppgiftsväxling är det vanligast att länderna försöker uppskatta hur efterfrågan på olika typer av läkare kommer att påverkas när allt fler uppgifter flyttas till primärvården (Ono et al. 2013).



Nederländerna tar hänsyn till horisontell uppgiftsväxling

Inom ramen för prognosen 2010 antog Nederländerna att allt fler arbetsuppgifter under perioden 2010–2028 skulle flyttas från sjukhusen till primärvården. Patienternas vistelser på sjukhuset skulle bli kortare och ett större antal individer med kroniska sjukdomar skulle bli behandlade utanför sjukhusen. Utifrån dessa omständigheter förutsåg Nederländerna att efterfrågan på specialister i allmänmedicin skulle öka med 0,5–1 procent per år under prognosperioden (Ono et al. 2013).

Vertikal uppgiftsväxling är när arbetsuppgifter flyttas mellan yrkesgrupper, exempelvis från läkare till sjuksköterskor (Ono et al. 2013). Vissa länder har även börjat ta hänsyn till denna typ av uppgiftsväxling. Det vanligaste sättet har varit att uppskatta i hur stor utsträckning arbetsuppgifter kommer att överföras från läkare till sjuksköterskor och administrativ personal (Ono et al. 2013).

Schweiz tar hänsyn till vertikal uppgiftsväxling

I det här fallet handlar det om att arbetsuppgifter överförs från läkare till *nurse practitioners* (se avsnitt 7.3.1). Baserat på ett antal experimentella studier uppskattar landet att uppgiftsväxling kan minska antalet läkarkonsultationer i primärvården med 10 procent. Uppgiftsväxlingen förväntas även leda till att antalet läkarkonsultationer bara kommer att öka med 2 procent under 2005–2030, jämfört med 13 procent utan uppgiftsväxling. (Ono et al. 2013)

8.3 PROGNOSENA I NPS HAR BÅDE STYRKOR OCH SVAGHETER

En jämförelse mellan dagens utformning av NPS och de internationella exempel som tas upp av OECD visar att de svenska prognoserna både har styrkor och svagheter, och att det finns flera utvecklingsområden.

8.3.1 Flera styrkor hos de nuvarande prognoserna...

Ur ett internationellt perspektiv har prognoserna i NPS styrkan att de både ser till antalet antagna och examinerade studenter samt hur många av dem som är sysselsatta i hälso- och sjukvården efter examen.

Metoden som används för att bedöma immigrationen av hälso- och sjukvårdspersonal (det vill säga att dela upp immigrationen i grupper som analyseras var för sig) är också mer tillförlitlig än analyserna som görs i många andra OECD-länder. Dessutom tar prognosen inte bara hänsyn till

historiska data, utan värderar även annan information när migrationen prognostiseras. En annan styrka är att NPS innehåller en separat prognos av utbudets utveckling om nettomigrationen blir noll.

OECD (2016) konstaterar att medlemsländernas prognoser i större utsträckning behöver ta hänsyn till läkarnas verkliga pensionsålder, vilket NPS gör. NPS utgår även från den verkliga pensionsåldern i stället för att anta att all personal pensioneras vid 65 års ålder.

8.3.2 ... men det finns flera utvecklingsområden

Prognoserna i NPS skulle kunna bygga på fler antaganden om framtiden, snarare än att bara göra en framskrivning av historiska data. I dag innehåller prognoserna inga antaganden om framtida förändringar; till exempel betraktas inte det faktum att den genomsnittliga pensionsåldern ökar gradvis. Prognosen innehåller inte heller några antaganden om hur den framtida arbetstiden kommer att utvecklas. Detsamma gäller prognoserna över antalet specialister. Antalet ST-tjänster förväntas sammantaget växa i samma takt som läkarutbildningen som helhet.

Statistiken kan brytas ned på specialitetsnivå

Vissa år innehåller NPS även nationella prognoser av utbudet av vissa specialistkompetenser. Vår bedömning är att dessa prognoser skulle kunna förbättras med statistik över inflödet och utflödet på specialitetsnivå, exempelvis hur många som påbörjar en ST och hur pensionsfrekvensen ser ut inom respektive specialitet. För att få en mer rättvis bild av utbudet skulle det även vara önskvärt att tjänstgöringsgraden hos de olika specialiteterna kartlades.

Prognoserna kan brytas ned på regional nivå

Prognoserna i NPS bryts inte ned på regional nivå, varken för läkare generellt eller för olika specialiteter. Det försvårar för staten att uppmärksamma om det uppstår regionala obalanser i läkarbemanningen. Det försvårar även landstingens lokala planeringsarbete.

Prognoserna kan innehålla statistik över antalet vidareutbildningsplatser

I dag innehåller NPS inte heller någon heltäckande statistik över antalet ST- eller AT-tjänster eller hur de fördelar sig över landet. Det innebär att det saknas underlag för landstingen att dimensionera AT och ST. Det råder också



brist på kunskap om ifall den regionala dimensioneringen sammantaget motsvarar befolkningens framtida behov av läkarkompetens på ett nationellt plan. Statistik över både landstingens framtida planer och nuvarande antal AT- och ST-läkare borde därför finnas tillgänglig. Sådan statistik är även nödvändig för att säkerställa att antalet platser matchar antalet läkare som är i behov av att genomgå respektive vidareutbildningssteg.

Dessutom vore det värdefullt att kartlägga utbildningsläkarnas rörlighet, hur många som stannar kvar i sitt utbildningslandsting och hur stor andel som rör sig vidare. Sådan statistik behövs för att kunna dimensionera vidareutbildningsplatserna på ett strategiskt sätt.

Socialstyrelsen har nyligen fått i uppdrag att göra en samlad kartläggning och bedömning av både tillgången och det långsiktiga behovet av specialistläkare inom samtliga specialiteter på nationell och regional nivå. Det pågår alltså ett utvecklingsarbete, men dimensioneringen av AT-tjänster ingår inte i uppdraget.

Prognosen av efterfrågan på hälso- och sjukvård är begränsad

Analysen av den framtida efterfrågan på hälso- och sjukvård i NPS utgår i nuläget bara från folkmängd. Det innebär att det nuvarande tillvägagångssätt kan kategoriseras som grundläggande i relation till OECD:s klassificering av tillvägagångssätt för att prognostisera efterfrågan (se avsnitt 8.2.2).

I Sverige har LEV-projektet gjort en avancerad prognos av den framtida efterfrågan på hälso- och sjukvård, som tog hänsyn till befolkningens ålderssammansättning, förändringar i befolkningens framtida vårdbehov och konsumtion samt möjliga förändringar i hälso- och sjukvårdens organisering och processer (Socialdepartementet 2010).



Huvudmäns och vårdgivares insatser för att stärka tillgången till läkarkompetens

Landstingen tog över huvudmannaskapet för primärvården 1963 och fick fria händer att själva styra antalet vidareutbildningsplatser 1992. Sedan dess har huvudansvaret för att säkerställa en god försörjning av läkarkompetens i primärvården legat på landstingen (10 kap. 5 § HSL).

Det här kapitlet bygger dels på intervjuer med representanter för privata primärvårdsföretag, dels på en strukturerad intervjuundersökning med representanter för landstingens offentliga primärvårdsorganisationer: primärvårdsdirektörer och studierektorer eller personalstrateger i landstingen. Representanter för 19 av 21 landsting deltog. Undersökningen fokuserar på de privata och offentliga utförarorganisationernas (hädanefter utförarnas) eget kompetensförsörjningsarbete, samt på hur landstingen som huvudmän arbetar för att påverka utbud och efterfrågan på läkarkompetens i primärvården. För en mer detaljerad metodbeskrivning av intervjuerna, se bilaga på www.vardanalys.se.

9.1 OFFENTLIGA OCH PRIVATA UTFÖRARE RAPPORTERAR BRIST PÅ LÄKARE I PRIMÄRVÅRDEN

Representanter för den offentliga primärvården i 18 av 19 landsting säger att de i dag inte har lyckats rekrytera tillräckligt många läkare för att fylla primärvårdens behov. Även Socialstyrelsen har konstaterat att primärvården har svårt att rekrytera läkare (2015, 2016a, 2017b, 2018a). Socialstyrelsen har sedan 2014 genomfört enkätundersökningar bland landstingen inom



ramen för NPS som visar att majoriteten av landstingen rapporterar problem att rekrytera specialister i allmänmedicin. Med undantag för psykiatri är allmänmedicin den specialitet som är svårast att rekrytera till, enligt landstingen. Även representanterna för de privata primärvårdsutförarna instämmer i att det råder brist på läkare i primärvården.

De vanligaste orsakerna till bristen som nämns i våra intervjuer är att landstingen inte tillsatt tillräckligt många ST-tjänster i allmänmedicin över tid eller att vissa landsting har ett oattraktivt geografiskt läge i hela eller delar av landstinget. Flera offentliga utförare anger att den höga genomsnittsåldern bland specialister i allmänmedicin bidragit till att många läkare pensionerat sig eller gått ned i arbetstid. Vissa talar om en hög arbetsbelastning på grund av mycket administration, många patienter eller att läkare arbetar deltid.

De privata utförarna talar i mindre utsträckning om geografiska faktorer. Några kopplar bristen till den negativa bilden av primärvården som finns i media, eller att allmänmedicin har ett rykte av sig att vara en ensamarbetande specialitet. Samtidigt nämner en representant för en privat utförare att primärvårdens ersättningssystem sätter ett tak för bemanningen. I takt med att konkurrensen från hyrföretagen driver upp lönerna innebär den fasta intäktsnivån att vårdcentralerna tvingas minska på personalen.

De digitala vårdgivarna skiljer sig från övriga utförare genom att de anser sig ha lätt att rekrytera läkare. Men samtidigt vänder de sig till en annan grupp läkare: de som arbetar deltid eller några timmar i veckan eller månaden, ofta som komplement till en traditionell anställning.

Svårigheterna att rekrytera läkare till primärvården har inneburit att alla vårdgivare arbetar aktivt med olika åtgärder för att minska bristen på läkarkompetens. Flera är därför hoppfulla om att dagens brist kommer att minska. Några nämner att intresset för allmänmedicin som specialitet ökar, och två offentliga vårdgivare hoppas att ha en full bemanning på 5–10 års sikt. Personer från två landsting nämner även att utredningarna *Effektiv vård* (SOU 2016:2) och *Samordnad utveckling för god och nära vård* (SOU 2017:53, SOU 2018:39) har hjälpt till att lyfta primärvården och visa på dess viktiga roll i hälso- och sjukvården.

9.2 HUVUDMÄNNENS INSATSER FÖR ATT PÅVERKA TILLGÅNGEN TILL LÄKARKOMPETENS I PRIMÄRVÅRDEN

Som huvudmän för hälso- och sjukvården har landstingen det yttersta ansvaret för att utbilda tillräckligt många ST-läkare för att täcka det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens (10 kap. 5 § HSL).

I intervjuerna uppgav utförarna att huvudmännen arbetar för att påverka utbudet av läkarkompetens i primärvården genom att

- finansiera hela eller delar av lönen för ST-läkare i allmänmedicin
- låta primärvården tillsätta så många ST-läkare de kan rekrytera
- till viss del börja styra fördelningen av ST-tjänster mellan medicinska specialiteter.

De berättade även att huvudmännen arbetar för att påverka efterfrågan på läkarkompetens i primärvården genom att låta ST-läkare inom framför allt geriatrik, psykiatri, barn- och ungdomsmedicin eller internmedicin sidotjänstgöra i primärvården, för att stärka samarbetet mellan olika delar av hälso- och sjukvården och därmed underlätta primärvårdens arbete.

Efterfrågan på läkarkompetens kan också påverkas direkt eller indirekt av hur vårdvalssystemet är riggat.

9.2.1 Huvudmännens insatser för att påverka utbudet

Eftersom huvudmännen har ett stort inflytande över dimensioneringen av ST-tjänster i allmänmedicin, har de en viktig roll i att påverka utbudet av färdiga specialister i allmänmedicin.

De flesta landsting har en central delfinansiering av ST-läkare i allmänmedicin

Eftersom ST-läkare i allmänmedicin ägnar mycket tid åt sidotjänstgöring utanför primärvården riskerar ST-läkarna att bli en kostnad för vårdcentralerna under sin ST-tid (se kapitel 5). Därför har den stora majoriteten av huvudmännen en central medfinansiering som täcker hela eller större delen av ST-läkarens lön. Samtidigt säger representanter från knappt hälften av landstingen att det har förekommit att vårdcentraler finansierat ST-läkare själva. Detta styrks även av antalet vårdcentraler som rapporterade att de har ST-läkare som vikarierar sig till en ST snarare än att ha en formell ST-tjänst (se kapitel 4).

Representanter från majoriteten av landstingen anger att huvudmännen även medfinansierar och beslutar om ST-tjänster på de privata vårdcentralerna. I åtminstone två landsting fördelas ST-tjänsterna efter hur stor andel av primärvården som är offentlig respektive privat.



Huvudmännen styr dimensioneringen av antalet ST-läkare...

Beslutet om hur många ST-tjänster som ska tillsättas beslutas i allmänhet av huvudmännen centralt. De faktorer som är avgörande för hur många ST-tjänster som ska tillsättas är bland annat de ekonomiska förutsättningarna, den tillgängliga handledarkapaciteten och möjligheterna till sidotjänstgöring i andra delar av hälso- och sjukvården.

På grund av den stora bristen på läkare i primärvården har flera huvudmän ökat antalet ST-tjänster under de senaste åren. Offentliga utförare från fyra landsting uppger att de i dagsläget har möjlighet att anta alla lämpliga sökande.

... men vårdcentralerna rekryterar och anställer dem

Även om det framför allt är huvudmännen som avgör hur många ST-tjänster som ska tillsättas, är ST-läkarna anställda direkt av vårdcentralerna i de flesta landsting. Det enda undantagen är två landsting där ST-läkare på offentliga respektive privata vårdcentraler är anställda av den centrala primärvårdsförvaltningen medan övriga ST-läkare anställs av sina respektive vårdcentraler.

Oavsett anställningsförhållandena är det ofta vårdcentralerna som ansvarar för rekryteringen, med visst stöd från centralt håll. Det är bara tre landsting där huvudansvaret för rekryteringen ligger centralt. En bidragande anledning till att rekryteringen ofta sker på verksamhetsnivå är att ST-läkarna ofta rekryteras direkt från AT:n.

Några huvudmän styr fördelningen av ST-tjänster mellan specialiteter centralt

Eftersom det bara finns ett begränsat antal nylegitimerade läkare, uppstår det ibland konkurrens mellan olika medicinska specialiteter om att rekrytera dem till just sin specialitet. I ett landsting var allmänmedicin mer eller mindre utkonkurrerat av andra medicinska specialiteter fram tills för 6–7 år sedan, och situationen har förbättrats sedan dess. En representant från ett annat landsting nämner att sjukhusen finansierar sina ST-tjänster själva, vilket gör att de tillsätter så många eller få platser som de själva behöver utan att ta hänsyn till primärvårdens behov.

I ett fåtal landsting fattas därför beslutet om fördelningen av alla eller vissa ST-platser mellan medicinska specialiteter numera centralt. Ytterligare ett landsting har inrättat ett centralt ST-råd för att samverka om fördelningen av ST-läkare mellan specialiteter. Men även om flera offentliga utförare ser positivt på en ökad samordning centralt i landstinget, är en majoritet av dem tveksamma till en ökad nationell samordning av antalet ST-tjänster.

9.2.2 Huvudmännens insatser för att påverka efterfrågan

Vissa huvudmän har tagit egna initiativ för att stärka samarbetet mellan primärvården och andra delar av hälso- och sjukvården genom utformningen av läkarnas ST. Men när det gäller uppgiftsväxling från läkare till andra yrkesgrupper menar utförarna att landstingens vårdval och ersättningssystem inte alltid utformas med uppgiftsväxling i åtanke, utan att de i vissa fall snarare riskerar att signalera att uppgiftsväxling inte är efterfrågat eller prioriterat.

Vårdval och ersättningssystem kan motverka uppgiftsväxling

I internationell jämförelse är andra yrkesgrupper än läkare förhållandevis vanliga i svensk primärvård. Men många utförare menar att det finns potential att vidareutveckla uppgiftsväxlingen ännu mer. Samtidigt upplever både offentliga och privata utförare att huvudmännens styrning inte alltid är utformad för att uppmuntra till och underlätta att uppgifter överförs från läkare till andra yrkesgrupper. I vissa fall kan den till och med styra mot en ökad läkarfokus, åtminstone i kontakter med patienterna.

För det första upplever utförarna att ersättningsmodeller med en högre ersättning för läkarbesök uppmuntrar till att låta patienter träffa en läkare snarare än besöka andra yrkesgrupper. Den ersättningsform som upplevs uppmuntra mest till uppgiftsväxling är kapitering, det vill säga att vårdcentralen får en årlig summa per listad person som ska täcka majoriteten av hens vård. Kapitering är också den ersättningsprincip som dominerar i dag, både som andel av total ersättning och mellan landstingen (Lindgren 2014, SOU 2018:55).

En förklaring till att utförarna trots detta upplever att huvudmännen inte prioriterar uppgiftsväxling kan vara att flera privata utförare menar att både landstingens vårdvalssystem och deras uppföljning av primärvården fokuserar på tillgången till läkare. Det upplevs som en signal om att ökad uppgiftsväxling inte är prioriterat av huvudmännen.

Även vårdvalens utformning kan påverka möjligheterna att uppgiftsväxla. När yrkesgrupper som skulle kunna arbeta inom primärvården ingår i separata vårdval upplever utförarna att steget till uppgiftsväxling blir större. I flera landsting har fysioterapeuter tagit över vården av patienter med muskelproblem eller långvarig smärta som tidigare behandlades av läkare, vilket beskrivs som en förbättring för patienterna. I andra landsting ingår fysioterapeuter i ett separat vårdval, vilket kan göra att vårdcentralerna behandlar patienterna själva snarare än att remittera dem till en annan vårdgivare.

En närbesläktad ersättningskomponent som kan påverka utförarnas incitament att låta patienterna träffa andra yrkesgrupper än läkare är hur



vårdcentralernas ersättning kopplas till täckningsgraden, det vill säga andelen besök hos andra vårdgivare. Utförare berättar att i ett landsting räknas inte besök hos vissa yrkesgrupper på vårdcentralen in i det totala antalet besök, vilket gör att täckningsgraden blir lägre än om besöket skett hos exempelvis en läkare.

Några landsting vill få ST-läkare med annan specialisering att sidotjänstgöra i primärvården

Medicinska framsteg och ett ökat fokus på första linjens vård har gjort att gränserna mellan primärvården och andra delar av hälso- och sjukvården blivit allt mindre skarpa (se kapitel 1). Representanter för utförarna i mer än hälften av de landsting vi talade med var därför positiva till att ta emot ST-läkare inom andra specialiteter för sidotjänstgöring. Ett liknande förslag lades i utredningen *Effektiv vård*, som ville låta Socialstyrelsen utreda tjänstgöring i primärvården för ST-läkare inom specialiteter som regelbundet samverkar med primärvården (se SOU 2016:2). Tanken, både i *Effektiv vård* och hos primärvårdsrepresentanterna, är att stärka samarbetet mellan primärvården och specialistvården genom att läkare inom andra specialiteter ska få en bättre förståelse för hur primärvården arbetar.

Offentliga utförare i nio landsting beskriver att sidotjänstgöring av andra specialiteter förekommer redan i dag, men oftast inte på ett systematiskt sätt. I fyra landsting finns det planer på att införa sidotjänstgöring i primärvården för vissa medicinska specialiteter, även om ett av dem, Västra Götalandsregionen, under våren 2018 blev tvungna att backa från förslaget att göra sidotjänstgöringen obligatorisk (Ström 2018).

De specialiteter som sidotjänstgör i primärvården på frivillig basis redan i dag är sådana som har en generalistorienterad kompetens och ett nära samarbete med primärvården – geriatriker, psykiatriker och enstaka infektionsläkare, barn- och ungdomsmedicinare eller internmedicinare. Det är även den typen av specialiteter som primärvårdens representanter nämnt som mest intressanta att få ut på sidotjänstgöring i primärvården.

Samtidigt beskriver flera primärvårdsrepresentanter att det finns ett motstånd bland vissa specialiteter mot att sidotjänstgöra utanför den specialiserade vården. Skälet är att de anser att det inte är möjligt för dem att uppfylla sina kompetenskrav i Socialstyrelsens målbeskrivning i primärvården. Sidotjänstgöring i primärvården skulle därmed förlänga ST-tiden. Några primärvårdsrepresentanter tror därför att det skulle krävas att Socialstyrelsen uppdaterar målbeskrivningen för de relevanta specialiteterna för att det ska bli en förändring.

9.3 UTFÖRARNAS INSATSER FÖR ATT PÅVERKA TILLGÅNGEN TILL LÄKARKOMPETENS I PRIMÄRVÅRDEN

Enligt våra intervjuer arbetar primärvårdsutförarna för att påverka utbudet av läkarkompetens i primärvården genom att

- rekrytera utlandsutbildade läkare
- rekrytera ST-läkare i allmänmedicin, gärna redan som AT-läkare
- låta ST-läkarna anställas på den vårdcentral där de gör sin ST i stället för centralt, ibland efter en tids vikariat
- utnyttja tillgängliga ST-handledare på ett effektivt sätt och rotera ST-läkare eller handledare mellan vårdcentraler
- fördela ST-läkare antingen till vårdcentraler med goda handledningsmöjligheter eller sämre bemanning
- erbjuda särskilda insatser för att underlätta rekrytering av specialistläkare
- dra nytta av kompetensen hos specialistläkare inom andra inriktningar än allmänmedicin på deltid
- triagera (bedöma vårdbehovet hos och prioritera) patienterna elektroniskt
- införa interna vikariepooler och internstafettavtal
- utförarna söker även påverka efterfrågan på läkarkompetens i primärvården genom att
- överföra patientmöten och administration från läkare till andra yrkesgrupper, framför allt sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter samt kuratorer och psykologer
- använda ny teknik för att införa digitala besök och automatisera eller ta hjälp av patienter för administration
- variera bemanningen efter behov genom deltidsanställningar (gäller digitala vårdgivare).

9.3.1 Utförarnas insatser för att påverka utbudet

Alla utförare ägnar sig både åt att rekrytera färdiga specialistläkare och att utbilda nya specialister i allmänmedicin.

ST-läkare är den huvudsakliga rekryteringskällan

Flera offentliga vårdgivare nämner att nyrekrytering av färdiga specialister är svårt, eftersom det sker i konkurrens med andra landsting och med privata primärvårdsutförare. Därför satsar de i stället på att utbilda egna specialister genom att knyta till sig ST- eller till och med AT-läkare, som i några landsting beskrivs som den viktigaste rekryteringsvägen till primärvården.



Även de privata utförarna satsar på att utbilda ST-läkare och beskriver att det är problematiskt att vissa huvudmän upplevs premiera de offentliga vårdcentralerna vid fördelningen av ST-läkare. De anser även att de offentliga utförarna skaffar en konkurrensfördel genom att starta utbildningsvårdcentraler, som lockar till sig ST-läkare. De privata utförare vi talat med säger att de gärna skulle ta ett större ansvar för både AT- och ST-läkare, förutsatt att ersättningen ligger på en bra nivå.

Några offentliga utförare knyter till sig läkare innan ST:n

De offentliga utförarna i fyra landsting, nämner specifikt att de satsar på att rekrytera yngre läkare, ibland redan under den verksamhetsförlagda utbildningen (VFU). Mer än hälften av utförarna, från elva landsting, nämner också att de ser AT-läkarna som en viktig rekryteringsbas. Primärvårdschefen i ett landsting säger att det är lättast att få läkare att stanna kvar efter ST om de antingen är uppvuxna i landstinget eller gjort både sin AT och ST där. Även när det gäller färdiga specialistläkare betonar offentliga utförare från flera glesbygdslandsting vikten av att rekrytera läkare som har en familjeanknytning till landstinget eller som är intresserade av natur och friluftsliv.

För att knyta till sig läkare tidigt förekommer det i flera landsting att vårdcentraler anställer läkare utan legitimation och läkare utan specialistkompetens som ännu inte påbörjat ST. Det är en förklaring till att det är vanligt att icke-legitimerade läkare arbetar i primärvården, som vi visade i kapitel 4.

13 av 19 intervjuade offentliga utförare säger även att de anställer utlandsutbildade läkare, framför allt genom så kallad kompletterande underläkartjänstgöring (KULT). KULT riktar sig till utlandsutbildade läkare som har en svensk legitimation. Utbildningen ger en introduktion till det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, men beskrivs som resurskrävande. Många utförare har därför bara ett begränsat antal KULT-platser. Vissa utförare riktar sig också i första hand till utlandsutbildade svenskar, eftersom de redan talar flytande svenska.

Vissa offentliga utförare vill att ST-läkare vikarierar innan ST-tjänst

Att anställningen som ST-läkare är en tillsvidareanställning har sannolikt gjort att primärvården blivit mer försiktig med vilka som antas till ST-tjänsterna. De offentliga utförarna i tre landsting antingen rekommenderar eller ställer krav på att läkare ska vikariera i primärvården i 3–6 månader innan de får en ST-tjänst.

Att arbetsgivare och arbetstagare får chansen att ”lära känna” varandra under vikariatet skapar förutsättningar för en god matchning, men kan samtidigt innebära att det tar längre tid att utbilda sig till specialist. Men detta kan undvikas om den vikarierande läkaren får handledning och arbetsuppgifterna ligger i linje med målbeskrivningen, så att vikariatet kan tillgodoräknas som en del av ST-tjänstgöringen. Effekten blir annars att antalet yrkesverksamma år som specialist blir färre och att den totala gruppen specialister i allmänmedicin blir mindre.

Handledarkapacitet är en utmaning

Bristen på specialister i allmänmedicin innebär även att handledarkapaciteten begränsas. Flera av utförarna understryker att de klarar ST-handledningen än så länge tack vare att alla specialister ställer upp och handleder så mycket de kan. En studierektor beskriver att hen ägnar majoriteten av sin tid åt handledning och träffar patienter tidigt på morgonen, åtminstone till dess att bemanningssituationen i landstinget är mer stabil.

Flera offentliga utförare anger även att deras landsting utbildat för få ST-läkare över tid, antingen på grund av ett lågt antal utlysta platser, brist på sökande eller både och. Det låga antalet ST-läkare historiskt sett har även konsekvenser för dagens möjligheter till vidareutbildning. Två studierektorer beskriver att de har äldre och yngre specialister i allmänmedicin, men att de har ont om specialistläkare i 50–60-årsåldern. Det innebär att de på sikt riskerar att få ont om erfarna specialister som kan handleda nya ST-läkare i allmänmedicin.

Andra insatser för att rekrytera och behålla läkare

På kortare sikt använder de offentliga utförarna i nio landsting högre löner eller andra finansiella förmåner, som förmånliga pensionsavtal, för att rekrytera och behålla läkare. Samtidigt är flera offentliga utförare skeptiska till möjligheten att locka till sig läkare med hjälp av höga löner. Studierektorn för primärvården i ett landsting berättar att de försökte höja lönerna, men att det ledde till en kapplöpning med grannlandstingen.

De privata utförarna är däremot mer positivt inställda till att konkurrera med hjälp av lönen och använder sig i större utsträckning av konkurrenskraftig lön och möjligheter till fortbildning för att rekrytera personal. När vi frågade om rekryteringsåtgärder i vår enkät till primärvårdens verksamhetschefer svarade 53 procent av de privata vårdcentralerna att de erbjöd högre lön än genomsnittet i landstinget, jämfört med 31 procent av de offentliga vårdcentralerna. Att privata utförare erbjuder en högre lön stöds även av



lönestatistik från SCB, som visar att specialister i allmänmedicin som arbetar inom primärvård i privat drift har en medellön på 82 800, jämfört med en medellön på 77 800 i offentlig sektor.

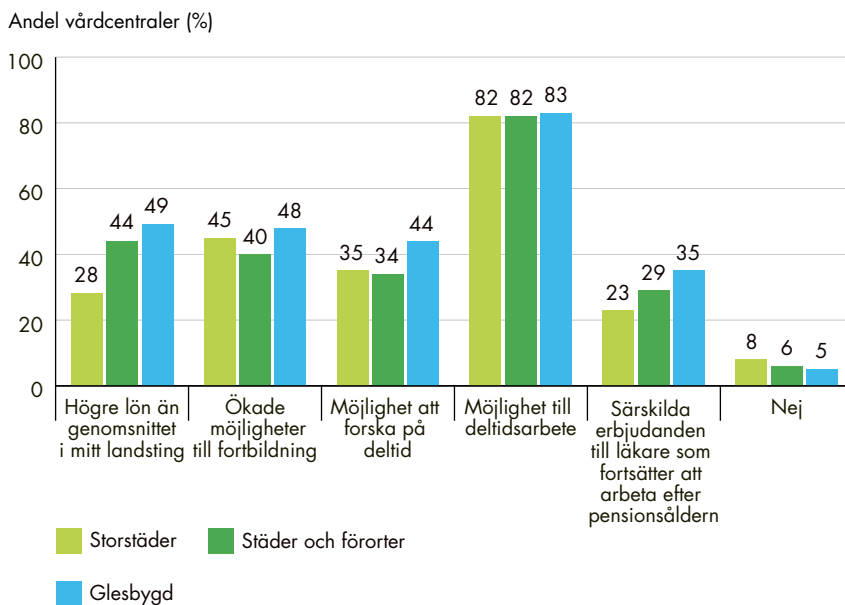
De offentliga utförarna arbetar i stället med olika insatser för att förbättra arbetsmiljön i primärvården, vilket förekom i 13 landsting. Det kan gälla allt från att arbeta med ledarskap till att skapa möjligheter till kompetensutveckling eller att begränsa arbetsbördan för läkarna genom att avgränsa deras uppdrag.

Figur 30 visar att den överlägset vanligaste rekryteringsåtgärden bland verksamhetschefer var att möjliggöra deltidarbete. Det stämmer även överens med att specialister i allmänmedicin har en genomsnittlig tjänstgöringsomfattning på 85 procent (SCB 2018). Även möjligheter till fortbildning och forskning förekommer hos mellan hälften och en tredjedel av vårdcentralerna.

De privata utförarna diskuterade särskilt verksamhetsinflytande som ett sätt att stärka arbetsmiljön. Exempelvis beskrevs det som en rekryteringsfördel för vissa privata verksamheter att kunna erbjuda delägarskap eller att vårdcentralens ägare själv var läkare och arbetade i verksamheten.

Figur 30 visar att typen och omfattningen av rekryteringsåtgärder som vårdcentralerna använde sig av skiljde sig åt beroende på var en vårdcentral låg. Vårdcentraler i glesbygd ägnade sig i högre grad åt samtliga åtgärder utom möjlighet till deltidarbete, som var jämnt fördelad oberoende av plats.

Figur 30. Andelen vårdcentraler som erbjuder en eller flera förmåner för att rekrytera och behålla personal i storstäder, städer och förorter samt glesbygd (statistiken omfattar både offentliga och privata utförare).



Digitala vårdgivare ser sig som ett komplement till traditionella anställningar

Till skillnad från de fysiska utförarna uppger de digitala vårdgivarna att de i dag har lätt att rekrytera läkare. Eftersom kommunikationen med patienterna sker digitalt, kan de digitala vårdgivarna rekrytera läkare från hela Sverige och till och med från utlandet. En digital vårdgivare beskriver att den använder ”outnyttjade läkarresurser”, exempelvis pensionärer, sjukskrivna eller läkare som jobbar deltid på en fysisk vårdcentral.

Att kommunikationen sker digitalt ger även stora möjligheter för läkarna vid digitala vårdcentraler att anpassa sina arbetstider och att vara flexibla med hur mycket de vill arbeta. Merparten av läkarna som arbetar för digitala vårdgivare gör det som ett komplement till en fysisk anställning. En av vårdgivarna har till och med en uttalad princip att i första hand anställa läkare på deltid, så läkaren även arbetar med fysiska patienter.

Eftersom de digitala vårdgivarnas affärsidé bygger på att anpassa bemanningen efter söktrycket vid olika tider på dagen, kan de inte heller ha alltför många heltidsanställda läkare. Däremot ställer den ena av de digitala utförarna vi talat med krav på att läkarna ska arbeta varje vecka, för att skapa möjlighet till kontinuitet för patienterna.

Särskilda insatser för att stärka vårdcentraler med låg bemanning

Att vårdcentraler i glesbygd i högre utsträckning erbjuder särskilda förmåner för att locka läkare återspeglar att de har svårt att rekrytera läkare. Men det är inte bara geografiskt läge som kan göra det svårt att rekrytera. Representanter för den offentliga primärvården i storstadsområdena berättar att även vårdcentraler i eller nära storstäderna kan drabbas av rekryteringssvårigheter. En intervjuperson beskriver att omständigheterna kan ändras snabbt: det räcker att några läkare slutar för att arbetsbelastningen ska bli för hög och det blir svårt att rekrytera. Samtidigt nämner utförarna också exempel på så kallade *gröna öar*, det vill säga vårdcentraler som länge haft god tillgång till kompetens tack vare ett gott ledarskap eller god gemenskap bland personalen (se även Bergstrand 2014).

Över hälften av de offentliga utförarorganisationerna hade någon form av åtgärd för att underlätta rekryteringen vid vårdcentraler med lägre bemanning. De vanligaste åtgärderna var ett lönepåslag för vissa vårdcentraler, i sju landsting, eller högre ersättning för ST-läkare vid vissa vårdcentraler, i fem landsting. Några utförare hade även individuella lösningar, som möjlighet att resa på arbetstid.



Några offentliga utförare hade samtidigt negativa erfarenheter av att högre löner vid vissa vårdcentraler tenderade att driva upp lönerna i hela landstinget. Det kunde även uppfattas som känsligt att erbjuda särskilda förmåner vid nyrekryteringar, snarare än att belöna lojala medarbetare som stannat kvar.

Flera landsting fördelar ST-läkare efter handledarkapacitet

Eftersom ST-läkarna är eftertraktade på arbetsmarknaden har de stora möjligheter att själva påverka vilken vårdcentral de anställs på. Representanter för åtta landsting säger att ST-läkarna själva väljer vilken vårdcentral de vill tjänstgöra vid. Detta förstärks troligtvis av att det är vårdcentralen som rekryterar och anställer ST-läkaren och att många ST-läkare vikarierat eller varit AT-läkare vid en vårdcentral innan de anställs på en ST-tjänst.

Även om handledarkapaciteten inte beskrivs som begränsande för antalet ST-tjänster på landstingsnivå, så finns det stora skillnader på vårdcentralsnivå. I sju landsting används dessutom handledarförutsättningarna som ett kriterium för att fördela ST-läkarna till de vårdcentraler som kan ge dem bäst tjänstgöringsförutsättningar. I tre landsting försöker man i stället i första hand att placera ST-läkarna på vårdcentraler med större behov eller som inte har ST-läkare sedan tidigare.

De offentliga utförarna i åtta landsting har delvis löst den ojämna fördelningen av handledarkapacitet mellan vårdcentraler genom att slussa ST-läkare till särskilda utbildningsvårdcentraler eller till vårdcentraler som har högre handledarkapacitet. Det innebär att ST-läkarna får en bättre arbetsmiljö under sin ST. Frågan är bara vad som kommer att hända när ST-läkarna är färdigutbildade. Som en utförarrepresentant uttrycker det: "Vem vill flytta från en välbemannad verksamhet med kollegor du lärt känna, till en vårdcentral med bemanningsproblem?"

Samtidigt arbetar flera offentliga utförare för att hitta lösningar som gör att de kan placera ST-läkare på vårdcentraler som behöver dem mest. Tre offentliga utförare roterar ST-läkare mellan två eller tre vårdcentraler med olika bemanning eller har ambulerande handledare som reser runt och träffar ST-läkare i olika delar av landstinget. En utförare undersöker handledning i grupp som komplement till traditionell, enskild handledning, och sex utförare efterfrågade vägledning för att handleda på distans.

Få specialistläkare inom andra medicinska områden än allmänmedicin i primärvården

I dag är det bara fem landsting där de offentliga primärvårdsutförarna aktivt arbetar med att rekrytera läkare med specialistkompetens inom

andra medicinska områden än allmänmedicin. Åtta offentliga utförare har läkare från andra specialiteter anställda, men arbetar inte med systematiska rekryteringsinsatser riktade till denna grupp. Samtidigt är det flera offentliga utförare som är tveksamma till behovet av att föra in andra specialister i högre utsträckning än några gånger i veckan eller månaden och några vill inte ha dem i primärvården alls. En primärvårdsdirektör uttrycker att generalistkompetensen är primärvårdens styrka, och att det finns en fara med att ta in för många läkare som bara vårdar vissa kategorier av patienter.

På verksamhetsnivå verkar intresset för att anställa specialistläkare inom andra medicinska områden än allmänmedicin relativt begränsat. I dag utgör specialistläkare inom andra medicinska områden bara 7 procent av de legitimerade läkarna i primärvården. 25 procent av verksamhetscheferna som besvarade vår enkät ansåg att de hade ett behov av att knyta till sig fler läkare med annan specialistkompetens än allmänmedicin än vad de hade i dag, givet dagens uppdrag och patientunderlag.

Av de verksamhetschefer som svarade att de skulle vilja ha fler specialister inom andra områden var drygt 70 procent (knappt 20 procent av det totala antalet svarande intresserade av att ha en eller flera specialister tillgängliga på deltid. Bara knappt 30 procent, eller mindre än 10 procent av det totala antalet svarande, var intresserade av att ha tillgång till en eller flera specialistläkare inom andra medicinska områden än allmänmedicin på heltid.

Även de privata utförarna diskuterar andra specialister som ett stöd i specifika patientfall. Undantaget är en av de digitala vårdgivarna, där specialister i allmänmedicin var den vanligaste specialiteten, men inte en majoritet. Hösten 2017 hade vårdgivaren 23 olika specialiteter representerade. Matchningen av patienter till läkare med rätt kompetens sker genom att läkarna får se en anonym sammanfattning av varje patientärende och själva avgör om de har kompetens att hantera det. Undantaget är hudåkommor, som alltid matchas till läkare med särskild kompetens på området.

Det är en utmaning att ersätta hyrläkare med interna vikarier

Samtliga landsting i Sverige har ingått en överenskommelse om att vara oberoende av hyrpersonal i den offentligutförda hälso- och sjukvården, inklusive primärvården, till den 1 januari 2019 (SKL 2017, Micko m.fl. 2017. Mer än hälften av de offentliga utförarna vi fick svar från hade dessutom ett organisationsgemensamt ramavtal för hyrpersonal för att ha kontroll över kostnaderna. Samtidigt uttrycker flera offentliga utförare att målet med den nationella överenskommelsen inte nödvändigtvis är att hälso- och sjukvården



ska vara helt tom på hyrpersonal, utan att hyrpersonalen inte ska vara vårdens grundbemanning.

De offentliga utförarna i sex landsting antingen hade eller höll på att starta upp en intern vikariepool eller ett internstafettavtal. Internstafettavtalen riktade sig till jourlediga sjukhusläkare eller till pensionerade läkare som erbjöds att arbeta som "hyrläkare" i sitt eget landsting mot en högre lön än vad de fick i sin ordinarie tjänst. Däremot nämnde flera utförare att det var svårt att konkurrera i lönenivå med hyrläkarföretagen.

9.3.2 Utförarnas insatser för att påverka efterfrågan

Parallellt med arbetet för att öka utbudet av läkare försöker många utförare även påverka efterfrågan på läkarkompetens, framför allt genom att överföra patientbesök och administration från läkare till andra yrkesgrupper.

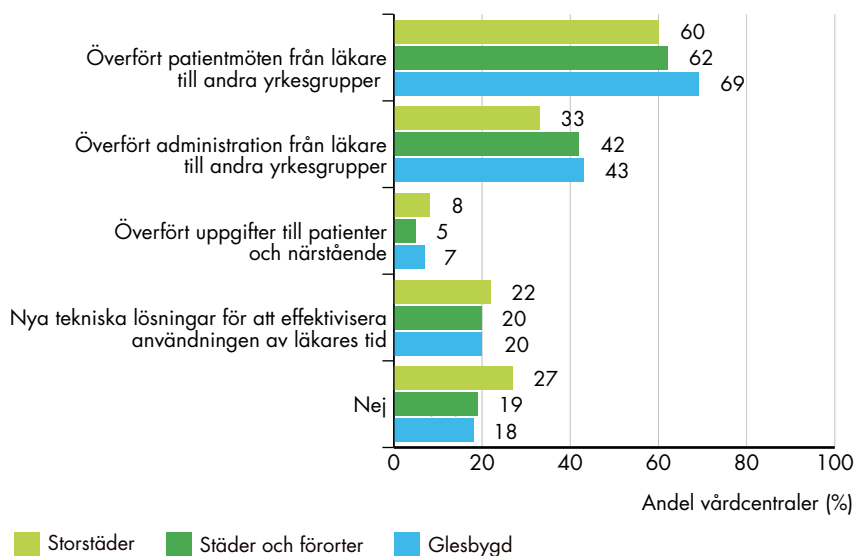
Kompetensväxling till sjuksköterskor, fysioterapeuter, kuratorer och psykologer

De offentliga utförarna i 16 landsting säger att de tagit samlade initiativ inom utförarorganisationen för att överföra patientmöten från läkare till andra yrkesgrupper i hälso- och sjukvården, för att använda läkarnas tid bättre. 11 har överfört administration, där sjukintyg nämns specifikt av fyra utförare. Flera offentliga utförare använder sig av olika principer för uppgiftsväxling, som *rätt använd kompetens* (RAK) och *bästa effektiva omhändertagandeenivå* (BEON).

Figur 31 visar att över hälften av verksamhetscheferna i primärvården överfört patientmöten från läkare till andra yrkesgrupper och en dryg tredjedel har överfört administration. Bägge typerna av åtgärder är vanligare i glesbygden.

Många offentliga utförarorganisationer har tagit centrala initiativ för att överföra uppgifter till yrkesgrupper som har en märkbart annorlunda kompetens än läkare – dels psykologer, terapeuter och andra yrkesgrupper fokuserade på psykisk ohälsa, dels fysio- och arbetsterapeuter. Båda grupperna finns i 12 landsting vardera och är första kontakten för vissa tillstånd, exempelvis muskelsmärter för fysioterapeuterna. Andra yrkesgrupper, utöver sjuksköterskor och undersköterskor, som tagit över uppgifter från läkare är dietister, medicinska sekreterare, rehabiliteringskoordinatorer och apotekare. Fysioterapeuter och sjuksköterskor har även tagit över sjukskrivningar av vissa tillstånd.

Figur 31. Andelen vårdcentraler som infört nya arbetssätt i storstäder, städer och förorter samt glesbygd (statistiken gäller både offentliga och privata utförare).



Även de privata utförarna lyfter fram psykologer och fysioterapeuter som viktiga yrkesgrupper att överföra patientkontakter till. En representant beskriver att primärvården bör tänka i termer av antal listade personer per vårdteam snarare än per läkare, där läkaren är en arbetsledare som konsulteras vid behov. Samtidigt använder sig de privata vårdcentralerna som besvarat vår enkät av uppgiftsväxling i lägre grad än de offentliga vårdcentralerna. Det gäller både överföring av patientmöten till andra yrkesgrupper än läkare och överföring av administrativa uppgifter. En möjlig delförklaring är att vissa offentliga och privata utförare beskriver att det framför allt är tillgängligheten till läkare som betonas i primärvårdens regelböcker och i beställarenheternas uppföljning.

Även de digitala vårdgivarna har andra yrkesgrupper än läkare anställda. Den ena har barnmorskor och sjukgymnaster, och den andra har nyligen börjat anställa psykologer. Båda vårdgivarna har även planer på att ta in ytterligare yrkesgrupper.

Slutligen visar figur 31 att en liten grupp vårdcentraler har överfört uppgifter till patienter och deras närstående. Till skillnad från uppgiftsväxlingen är detta vanligast bland vårdcentralerna i storstäderna.

Många provar digitala besök och patientutförd eller automatiserad administration

Ungefär en femtedel av verksamhetscheferna svarade att de infört nya tekniska lösningar för att effektivisera användningen av läkarnas tid (se figur 31). Av de förändrade arbetssätt vi frågat om är ny teknik det enda där fler privata än offentliga vårdcentraler svarat att de använder arbetssättet. I intervjuerna nämner en utförare ett digitalt anamnesverktyg där patienterna får svara på frågor innan sitt besök. En annan nämner möjligheten att automatisera administration och i synnerhet läkarintyg. Om ny teknik kan göra det lättare att skriva läkarintyg som motsvarar Försäkringskassans krav utan kompletteringar kan det spara mycket arbetstid.

De digitala vårdgivarna arbetar ännu tydligare med att låta patienten beskriva sina symptom innan vårdkontakten genom att svara på ett antal frågor. Att svaren lämnas i förväg innebär att de kan användas för triagering samt att det finns en färdig anamnes (sjukdomshistoria) innan mötet med läkaren, vilket gör att både mötestiden och dokumentationen effektiviseras.

En av de digitala vårdgivarna berättar att de även har standardiserat delar av dokumentationen, exempelvis genom att läkaren kan göra vissa journalanteckningar med ett enda knapptryck. De räknar därför med att ett digitalt läkarbesök tar cirka 15 minuter, inklusive dokumentation.

De digitala vårdgivarna använder även besöksstatistik och deltid-arbetande läkare för att bemanna efter behov. De har samma sökmönster som en vanlig vårdcentral, med flest besök på förmiddagen och i synnerhet måndagsförmiddagar. Eftersom flera läkare arbetar deltid och de därmed har möjlighet att schemalägga läkare under enstaka timmar, kan de bemanna efter behov och höja bemanningen när söktrycket är som högst.

De offentliga utförarna har inte kommit lika långt med sin digitalisering, men utförare i fem landsting säger att de arbetar med digitala anamneser och digital ankomstregistrering på vårdcentralen. Digitala besök och tidsbokning är de vanligaste enskilda åtgärderna som beskrivs i intervjuerna. Möjligheten att boka tider till alla eller vissa yrkesgrupper digitalt har införts hos offentliga utförarna i nio landsting, medan tio har eller håller på att införa digitala vårdbesök.

Samtidigt är flera utförrarepresentanter osäkra på i vilken utsträckning den nya tekniken kommer att påverka behovet av läkarkompetens. Digital mötesbokning beskrivs till exempel som problematisk att förena med triagering. Åtgärderna införs därmed främst som en service till patienterna, snarare än som ett sätt att påverka primärvårdens efterfrågan på läkarkompetens.

9.4 REGIONALA PROGNOSE AV UTBUDET OCH EFTERFRÅGAN PÅ LÄKARKOMPETENS

Landstingen ansvarar för att utbilda specialistläkare i sådan utsträckning att det motsvarar det planerade framtida behovet (HSL, 10 kap. 5 §). Men personer från flera landsting tar upp att det är svårt att prognosticera behovet av läkarkompetens på grund av osäkerhet om hur primärvården kommer att utvecklas framöver.

Osäkerheten handlar dels om hur primärvårdens framtida uppdrag kommer att se ut, dels om vilka kompetenser och yrkesgrupper som behövs i framtidens primärvård. Bland annat diskuterade flera personer att utvecklingen mot en mer nära vård och den ökade nivåstruktureringen skapade osäkerhet om vilken kompetens som behövdes på längre sikt. En studierektor gick så långt att hen ifrågasatte om det alls var möjligt att göra prognoser, eller om landstingen borde fokusera på att hålla sig uppdaterade om nuläget.

Även om personalstrategier och primärvårdsdirektörer i flera landsting nämner att de tar del av prognoserna som görs inom ramen för NPS, beskrivs det som en form av omvärldsbevakning. Eftersom informationen i NPS dels släpar efter i tid, dels inte går att bryta ned till verksamhetsnivå beskrivs den som mindre relevant för landstingens regionala prognoser.

Alla landsting gör trots osäkerheten någon form av översikt och prognos av behovet av läkarkompetens. Däremot varierar det ifall det sker en central analys av det framtida utbudet av och efterfrågan på läkarkompetens på huvudmannanivå eller om ansvaret för kompetensförsörjningen och tillhörande prognoser ligger helt och hållet på den offentliga utförarorganisationen. I några landsting har ansvaret för att prognosticera eventuella förändringar i efterfrågan på läkarkompetens delegerats hela vägen till verksamhetsnivå.

Det är bara fem landsting där våra intervjupersoner säger att prognoserna i deras landsting innefattar behovet av läkarkompetens på privata vårdcentraler. Några motiv som nämns till att inte innefatta de privata utförarna är att de privata vårdcentralerna anses ha god bemanning redan, att de utgör en liten andel av primärvården eller att prognoserna görs utifrån landstingets roll som utförare och arbetsgivare snarare än som huvudman.

Prognoserna baseras till stora delar på historiska data, som pensionsavgångar samt antalet ST-läkare och deras beräknade slutdatum. Bara hälften av de 19 landsting som är representerade i vår intervjuundersökning tar uttryckligen hänsyn till den förväntade befolkningsutvecklingen, och bara sex gör prognoser för andra yrkesgrupper i primärvården eller



försöker att förutse konsekvenserna av uppgiftsväxling från läkare till andra yrkesgrupper.

Dessutom tar sju landsting hänsyn till omfattningen av läkarnas tjänstgöring och eventuella förändringar i den, i synnerhet bland äldre läkare som ofta går ned i arbetstid.

Till skillnad från de offentliga primärvårdsutförarna verkar de traditionella privata utförarna arbeta med centrala prognoser i en relativt begränsad utsträckning. En vårdgivare säger att de bevakar vilket rekryteringsbehov som finns i framtiden, men att respektive vårdcentral sköter det praktiska rekryteringsarbetet.

De digitala vårdgivarna beskriver en betydligt mer samordnad planering av sitt kompetensbehov för ungefär ett år framåt, vilket kan bero på att de har en mer centraliserad verksamhet. I planeringen ingår även hur mycket personal de behöver vid olika tider på dygnet. Men de utbildar i dag inga ST-läkare själva, utan prognoserna ligger till grund för rekryteringen till vanliga läkartjänster.



Läkarförsörjningen behöver svara mot befolkningens behov

Att första linjens vård har tillgång till ändamålsenlig kompetens är en grundförutsättning för god kvalitet, tillgänglighet och möjlighet till kontinuitet. Men trots att Sverige är väl försett med läkare totalt sett, har läkarförsörjningen halkat efter i primärvården, som vid sidan av sjukhusens akutvård är kärnan i första linjens vård. Vårdanalys har därför analyserat tillgången till läkarkompetens i primärvården för att identifiera relevanta utvecklingsområden för en mer strategisk kompetensförsörjning i första linjens vård. Vi utgick från följande frågor:

- Hur ser primärvårdens läkarbemannning ut i dag, när det gäller kompetens, antal och fördelning?
- Vad förklarar dagens utbud och efterfrågan på läkarkompetens i primärvården?
- Vilka strategier och utmaningar finns i det nationella och regionala kompetensförsörjningsarbetet?

10.1 SLUTSATSER

Vår rapport visar att primärvården har brist på läkarkompetens och att de läkare som finns är ojämnt geografiskt fördelade. Vi kopplar bristen till ett otillräckligt utbud av läkare, som i sin tur beror på bristande planering och samordning på både statlig och regional nivå.



10.1.1 Det är brist på läkare och stora geografiska skillnader i tillgången till fast läkarbemanning i primärvården

Vår analys visar att det på ett nationellt plan råder brist på läkare i primärvården, och att det är stora skillnader i bemanning mellan vårdcentraler. Vi ser också stora geografiska skillnader i tillgången till fast läkarbemanning, framför allt mellan storstad och glesbygd, där vårdcentraler i glesbygden har svårare att rekrytera fast personal och har ett större antal vakanser. Däremot ser vi inte en motsvarande skillnad mellan vårdcentraler som ligger i områden med olika förväntat vårdbehov, mätt enligt Care need index (CNI). Men vi ser svaga tecken på att vårdcentraler i områden med högre CNI är mindre sannolika att ha specialistläkare bland personalen.

De geografiska olikheterna förstärks av att antalet ST-läkare i allmänmedicin är högst i tätorter. Skillnaderna kan till viss del förklaras av utbildningssystemets konstruktion, där generellt bristande bemanning i glesbygden gör att det finns relativt sett färre handledare, vilket gör det svårare att utbilda nya specialistläkare. Verksamheter med god bemanning har i stället större möjlighet att ta emot ST-läkare. Detta bidrar troligtvis till skillnaderna i tillgång till läkarkompetens för befolkningen.

Om regeringen och landstingen inte hittar sätt att stärka glesbygdens möjlighet att utbilda och rekrytera läkarkompetens riskerar de geografiska skillnaderna att bestå.

10.1.2 Avsaknaden av en långsiktig kompetensförsörjningsstrategi har lett till för få specialister i allmänmedicin

Den långa utbildningstiden för specialistläkare ställer krav på en långsiktig planering och prioritering av antalet ST-tjänster inom olika medicinska specialiteter, i sin tur baserat på de krav som befolkningens behov ställer på hälso- och sjukvårdens organisation. En sådan planering har hittills saknats i en majoritet av landstingen. Antalet och fördelningen av ST-tjänster, både mellan specialiteter och geografiskt, har i stället planerats på utförarnivå och med ett professions- och verksamhetsfokus. Vår studie visar att planeringen saknat helhetsperspektiv och därför konserverat den rådande sjukhusbaserade hälso- och sjukvårdsstrukturen.

Bristen på en strategisk kompetensförsörjning visar sig även i att landstingen bara i begränsad utsträckning påverkar var i landstingen ST-läkarna genomgår sin tjänstgöring. I stället styrs den geografiska fördelningen ofta av läkarens eget val.

Inte heller regeringen och ansvariga myndigheter har fokuserat på att stimulera och skapa förutsättningar för geografisk rörlighet bland ST-läkare, exempelvis genom sina föreskrifter och målbeskrivningar för specialiseringstjänstgöringen. Detta trots att en sådan rörlighet skulle kunna ha positiva effekter både för den enskilde läkarens kompetensutveckling och för befolkningens tillgång till läkarkompetens.

10.1.3 Läkarförsörjningen samordnas inte i tillräcklig utsträckning på nationell nivå, vilket förstärker de geografiska skillnaderna

I dag sker hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsarbete ur ett regionalt landstingsperspektiv. Varje landsting utbildar och rekryterar läkare utifrån sitt eget behov på 3–10 års sikt, vilket riskerar att leda till en sammantagen underdimensionering om några landsting eller utförare har svårt att täcka sitt eget utbildningsbehov. Varken landstingen eller staten har i tillräcklig utsträckning tagit ansvar för att samordna försörjningen av läkarkompetens på ett nationellt plan så att den motsvarar befolkningens samlade behov. Det har gjort att de geografiska skillnaderna i förutsättningar att utbilda och rekrytera läkare till primärvården, och därmed skillnaderna i bemanning, har cementerats.

10.1.4 Prognoserna för kompetensförsörjningen är otillräckliga, särskilt ur ett behovs- och efterfrågeperspektiv

Ett sätt att underlätta en långsiktig planering av kompetensförsörjningen är genom att göra prognoser av befolkningens framtida behov av läkarvård. Den pågående förändringen av första linjens vård understryker vikten av ett ändamålsenligt prognosarbete. Men vår analys visar att prognoserna brister på både statlig nivå och landstingsnivå. Varken statens eller majoriteten av landstingens prognoser tar tillräcklig hänsyn till förändringar på efterfrågesidan, exempelvis när det gäller uppgiftsväxling, förändrade vårdbehov, digital utveckling eller förändringar i vårdens organisering.

Dessutom finns det behov av att följa hur antalet platser i utbildningskedjans olika steg matchar varandra respektive befolkningens behov, exempelvis hur antalet AT/BT-tjänster står i relation till antalet läkare som förväntas genomgå tjänstgöringen.

Ett tredje förbättringsområde är att det i dagsläget inte finns någon samlad statistik över hur många ST-läkare det finns inom respektive medicinsk



specialitet eller hur de är fördelade över landet. Detta innebär att kunskapen brister om utgångsläget för kompetensförsörjningen.

10.1.5 Läkarnas grund- och vidareutbildning har inte i tillräcklig utsträckning anpassats till förändrande vårdbehov och arbetssätt

Utvecklingen mot fler äldre, multistjuka och kroniskt sjuka personer i befolkningen har ökat behovet av en välfungerande första linjens vård med kompetens att diagnostisera, behandla och samordna vårderna för patienter med oselektade och komplexa sjukdomstillstånd. Trots det fortsätter grund- och vidareutbildningens struktur och målbeskrivningar (det vill säga Socialstyrelsens föreskrifter om vad AT- och ST-läkare ska kunna) att styra läkarna till anställning vid sjukhusen och mindre generalistorienterade specialitetsriktningar. Utbildningarna har heller inte i tillräcklig utsträckning anpassats efter den ökade vikten av samverkan mellan yrkesgrupper och mellan olika delar av hälso- och sjukvården.

Även formerna för AT och ST har släpat efter när hälso- och sjukvårdssystemet förändrats. För det första är första linjens vård frånvarande i målbeskrivningen för ST-läkare inom medicinska specialiteter som har ett nära samröre med första linjens vård. För det andra har målbeskrivningen för allmäntjänstgöring gjort det svårare att utbilda läkare i vissa delar av Sverige. Eftersom målbeskrivningen ställer krav på tjänstgöring inom specifika verksamheter, har exempelvis neddragningar inom kirurgi och förlossning påverkat möjligheterna att ta emot AT-läkare på vissa platser. Detta riskerar att leda till försämrad geografisk fördelning av läkare, eftersom internationella erfarenheter visar att läkares utbildningsort har betydelse för deras framtida tjänstgöringsplats.

10.1.6 Behovet av läkarkompetens ökar – men det är svårt att förutse vilka särskilda kunskaper läkarna kommer behöva

I dag är knappt 85 procent av läkarna i primärvården specialister i allmänmedicin. Utredningen *Effektiv vård* har föreslagit att primärvården bör anställa specialistläkare inom andra specialiteter än allmänmedicin för att minska läkarbristen. Men vår enkät visar att verksamhetschefernas efterfrågan på annan specialistläkarkompetens är begränsad, utifrån nuvarande patientunderlag och uppdrag.

Eftersom första linjens vård befinner sig i förändring kan vi i dag inte säga vilken specialistkompetens som bäst kommer att motsvara befolkningens

behov på längre sikt. Men det är högst sannolikt att förmågan att diagnostisera och behandla patienter med oselekerade sjukdomstillstånd – den allmänmedicinska stommen – kommer att förbli en kärnkompetens, som behöver säkerställas, även om den i högre utsträckning kompletteras med annan medicinsk kompetens.

10.1.7 Det är för tidigt att säga hur uppgiftsväxling och ny teknik kommer att påverka patienter och vårdssystem

Den demografiska utvecklingen innebär att behovet av första linjens vård sannolikt kommer att öka i framtiden. Men på grund av hälso- och sjukvårdens begränsade utbildningskapacitet kan det bli svårt att utbilda läkare i en tillräcklig takt för att motsvara vårdbehovet. Uppgiftsväxling från läkare till andra yrkesgrupper samt ny teknik kan skapa nya arbetssätt och göra det möjligt för vårdens olika yrkesgrupper att fokusera på de uppgifter som bäst motsvarar deras kompetens. Det kan i sin tur minska läkarbristen, särskilt i glesbygden. Bristen på läkarkompetens kan också skynda på anpassningar till nya vårdbehov, exempelvis genom att andra yrkesgrupper får en större roll i första linjens vård.

Men det saknas fortfarande kunskap om vilka effekter förändringarna får, både för patienterna och för sjukvårdssystemet i stort. Sådan kunskap är nödvändig för att kunna avgöra i vilken utsträckning och riktning arbetet bör ske.

10.2 REKOMMENDATIONER

Vi har identifierat tre övergripande utvecklingsområden för försörjningen av läkarkompetens i första linjens vård.

10.2.1 Regeringens och landstingens styrning av kompetensförsörjningen bör stärkas och utformas efter befolkningens behov

- *Regeringen bör säkerställa att innehållet i läkarnas grund- och vidareutbildning regelbundet ses över och anpassas utifrån en bedömning av befolkningens långsiktiga behov samt hälso- och sjukvårdens organisation och arbetssätt.*

Regeringen bör anpassa kunskapsmålen för läkarnas grund- och vidareutbildning efter den kompetens som befolkningen och hälso- och

sjukvården kommer att behöva i framtiden. Fler äldre, multisjuka och kroniskt sjuka personer pekar mot ett ökat behov av specialistläkare med generalistorienterad kompetens. Grundutbildningen behöver därför ha ett större fokus på sådan kompetens, bland annat genom att en väsentlig del av det verksamhetsintegrerade lärandet förläggs till första linjens vård. Samtidigt kan ett bredare och förändrat uppdrag för första linjens vård innebära att den allmänmedicinska kompetensen behöver kompletteras med andra kompetenser.

Den pågående transformeringen av första linjens vård gör det svårt att slå fast exakt hur många läkare som kommer att behövas i framtiden och vilken kompetens de kommer att behöva, även om vi vet att behovet av läkarkompetens kommer att växa på grund av den demografiska utvecklingen. Utbildningen av läkare bör därför organiseras flexibelt för att öka förutsättningarna för en mer ändamålsenlig anpassning av läkarkompetensen över tid. Det kan exempelvis innebära ökade förutsättningar för läkare att ändra inriktning under sitt yrkesliv. Även samarbete mellan läkare och andra yrkesgrupper bör vara en naturlig del av läkarnas utbildning från grundutbildningen.

I en sjukvård under förändring kan även krav på exempelvis tjänstgöring i specifika delar av hälso- och sjukvården skapa problem, eftersom dessa kan flytta eller minska i omfattning. Målbeskrivningen för allmäntjänstgöring ställer till exempel krav på tjänstgöring inom särskilda verksamheter, vilket inneburit att neddragningar inom kirurgi och förlossning har påverkat möjligheterna att ta emot AT-läkare på vissa platser. Den nya bastjänstgöringen med fokus på första linjens vård och färre specifika placeringar är därför ett steg i rätt riktning.

Något annat som kan försvåra en ändamålsenlig kompetensförsörjning är bristande tillgång till handledning. För att bryta den onda cirkeln som uppstått i vissa verksamheter, där bristande bemanning gör det svårt att utbilda ST-läkare, bör regeringen ta initiativ till att undersöka hur en ST med god kvalitet kan möjliggöras i dessa verksamheter. I samband med det kan nya former för handledning behöva utforskas.

Det finns även skäl att uppdatera målbeskrivningen för ST-läkare inom vissa andra specialiteter än allmänmedicin för att stärka inblicken i och samarbetet med första linjens vård. På samma sätt som ST-läkare i allmänmedicin ska behärska handläggning av vanliga gynekologiska och psykiska tillstånd ser vi ett behov av att ST-läkare i specialiteter som ofta samverkar med primärvården får inblick i primärvårdens arbetssätt och vården av patienter med oselekerade sjukdomstillstånd.

Slutligen, för att bättre ta till vara befolkningens behov vid utformningen av innehållet i läkarnas specialiseringstjänstgöring, kan den nuvarande representationen i ST-rådet behöva kompletteras med patient-representanter, något som saknas i dag.

- *Regeringen bör säkerställa att fördelningen av AT- och ST-läkare samordnas, så att den motsvarar behovet i alla delar av landet, och att fördelningen av ST-tjänster mellan specialiteter är ändamålsenlig.*

Det finns ett tydligt behov av att följa upp landstingens samlade dimensionering av vidareutbildningsplatser ur ett nationellt perspektiv samt vid behov uppmuntra landstingen att åtgärda under- och överdimensionering av läkare, till exempel inom en viss specialitet eller geografiskt område. Därför är det viktigt att prioritera och stärka Socialstyrelsens uppdrag med att ge förslag på hur dimensioneringen av ST-tjänster ska kunna ske på ett mer effektivt sätt. Vi anser dessutom att regeringen bör överväga att inkludera dimensioneringen av AT/BT-platser i uppdraget.

Staten har vidare en viktig roll när det gäller att skapa förutsättningar för att ST-läkarna sprids geografiskt. Regeringen bör därför låta undersöka i vilken utsträckning regelverket och målbeskrivningarna för läkarnas specialiseringstjänstgöring kan utformas för att skapa förutsättningar för och stimulera geografisk rörlighet.

Det är även viktigt att skapa strukturer som tillåter att landsting med svårigheter att behålla AT- och ST-läkare efter avslutad tjänstgöring kan överdimensionera antalet vidareutbildningsplatser, utan att drabbas ekonomiskt.

- *Regeringen bör säkerställa att dimensioneringen och innehållet i samtliga steg i läkarnas utbildningskedja samordnas på ett ändamålsenligt sätt.*

Läkarnas grund- och vidareutbildning måste ses som en helhet. Det krävs en nära samverkan mellan utbildningskedjans olika huvudmän för att ge de skilda delarna ett samordnat och ändamålsenligt innehåll. Även dimensioneringen av respektive utbildningssteg behöver samordnas, så att exempelvis antalet vidareutbildningsplatser motsvarar antalet läkare i behov av vidareutbildning.

Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet (UKÄ) har i uppdrag att stärka och skapa nationella samverkansarenor mellan aktörerna



med ansvar för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Sådana arenor skulle, tillsammans med Socialstyrelsens utvecklade ST-råd, kunna vara ett forum för att samordna läkarnas utbildningskedja. Men frågor som berör dimensionering, geografisk spridning och innehåll i utbildningskedjan bör med fördel diskuteras i ett och samma sammanhang.

- *Respektive landsting bör samordna fördelningen av ST-läkare mellan olika specialiteter på central nivå i landstinget, så att fördelningen är i linje med befolkningens behov.*

Trots att tillgången till läkare över lag är god, råder det brist på läkare inom vissa specialiteter. Detta tyder på behov av att landstingen samordnar och vid behov reglerar antalet ST-tjänster inom respektive specialitet för att säkerställa att platserna fördelas enligt befolkningens långsiktiga behov.

Det innebär att ansvaret för dimensionering och finansiering för ST-läkare behöver centraliseras inom respektive landsting.

10.2.2 Prognoserna som ligger till grund för kompetensförsörjningsarbetet bör utvecklas vidare och utgå från befolkningens behov

- *Det nationella planeringsstödet (NPS) och landstingen bör föra in ett tydligare behovs- och efterfrågeperspektiv i sina prognoser, bland annat genom att ta hänsyn till hur förändrade vårdbehov och utvecklade arbetssätt kan påverka efterfrågan på läkar-kompetens.*

Prognoserna inom NPS bryts i dag inte ned på regional nivå, varken för läkare generellt eller för olika specialiteter. Det är därför positivt att Socialstyrelsen nyligen har fått ett uppdrag att kartlägga tillgången och det långsiktiga behovet av specialistläkare inom samtliga specialiteter på nationell och regional nivå.

I dag saknas ett tillräckligt tydligt behovs- och efterfrågeperspektiv i NPS. Prognoserna av hälso- och sjukvårdens kompetensbehov skulle behöva kompletteras med scenarion som beskriver kompetensbehovet utifrån de mål som satts upp på nationell nivå, exempelvis med ett större fokus på nära vård eller en högre grad av nivåstrukturerings.

Även andra centrala efterfrågefaktorer bör föras in i prognoserna, på både nationell och regional nivå. En central faktor är vilken påverkan som förändrade vårdbehov i befolkningen kommer att ha på landstingens efterfrågan på läkarkompetens. En annan är vilken kombination av

yrkesgrupper som bäst motsvarar befolkningens behov och hur det påverkar efterfrågan på läarkompetens och andra yrkesgrupper. En tredje faktor är hur den digitala utvecklingen påverkar efterfrågan.

Även landstingen bör sträva efter att föra in ett tydligare efterfrågeperspektiv i sina prognoser för kompetensförsörjningen. Några exempel är att ta hänsyn till hur långsiktiga förändringar i vårdbehov och uppgiftsväxling på regional nivå påverkar efterfrågan på läkare och yrkesgrupper.

► *Bemanningsstatistiken i NPS bör fortsätta utvecklas.*

Socialstyrelsen har i dag flera uppdrag som handlar om att utveckla bemanningsstatistiken i NPS. Vi har identifierat flera förbättringsförslag utifrån internationella erfarenheter:

- Prognoserna i NPS bör ta hänsyn till hur den regionala fördelningen av ST-tjänster ser ut. Även information om ST-läkarnas rörlighet, det vill säga hur många som stannar kvar i sitt utbildningslandsting och hur många som rör sig vidare, vore ett värdefullt underlag för prognoserna.
- Utöver uppgifter om det nuvarande antalet ST-läkare bör NPS även innehålla uppgifter om det nuvarande och planerade antalet AT/BT- och ST-tjänster i varje landsting.
- Planeringsstödet bör även innehålla en bedömning av hur antalet platser matchar antalet läkare som förväntas genomgå respektive moment. Det gäller både läkare med svensk och läkare med utländsk examen eller legitimation.
- Bemanningsstatistiken behöver även uppdateras. I nuläget ligger den efter med två år, vilket begränsar användbarheten för landstingen. Möjligheten att göra en enkel framskrivning av den senaste tillgängliga statistiken till det år NPS publiceras bör därför utforskas.

10.2.3 Regeringen bör stödja arbetet med utvecklade arbetssätt ur ett patient- och medborgarperspektiv

► *Regeringen bör följa effekterna av utvecklade arbetssätt i första linjens vård och stödja en ändamålsenlig kompetensförsörjning ur ett patient- och medborgarperspektiv.*

En majoritet av landstingen arbetar i dag för att påverka efterfrågan på läarkompetens genom att överföra arbetsuppgifter från läkare till andra yrkesgrupper eller att effektivisera vården med hjälp av ny teknik. Arbetet

har potential att förbättra anpassningen av vården efter patienternas behov, men det behövs mer kunskap om hur anpassningen kan ske på bästa sätt. Regeringen bör därför ta initiativ till att löpande följa upp effekterna av uppgiftsväxling och ny teknik. Uppföljningen bör inbegripa frågor som hur de utvecklade arbetssätten påverkar patienternas vård och behovet av läkarkompetens samt vilka ekonomiska effekter de får.

Med ledning av dessa löpande uppföljningar bör regeringen även se över och stärka förutsättningarna för utvecklade arbetssätt, exempelvis genom att se över olika yrkesgruppers utbildning och befogenheter.



Referenser

- Barnow B, J Trutko och J Schede Piatak (2013). *Occupational Labor Shortages: Concepts, Causes, Consequences and Cures*. Kalamanzoo: Upjohn Institute for Employment Research.
- Bazzoli, G J (1985). Does educational indebtedness affect physician specialty choice? *Journal of Health Economics*, vol. 4, s. 1–19.
- Bergstrand, O. (2014). *Hur behåller man och lockar läkare till primärvården?* Malmö: Skånes universitetssjukvård.
- Björklund A, P-A Edin, B Holmlund och E Wadensjö (2006). *Arbetsmarknaden*. Stockholm: SNS Förlag.
- Boal William M och Michael R Ransom (1997). Monopsony in the Labor Market, *Journal of Economic Literature*, vol. 35, No. 1, s. 86–112.
- Bonazza, P och G Schanning (2018). Få utbildningsplatser för ST-läkare försämrar vården. *Dagens Samhälle*, 2018-05-06.
- Brynjolfsson, E och A McAfee (2014). *The Second Machine Age – Work, Progress, and Prosperity in a Time of Brilliant Technologies*. New York: W. W. Norton Company.
- Calmfors, L och K Richardson (2004). *Marknadskrafterna och lönebildningen i landsting och regioner* (IFAU-rapport 2004:9). Uppsala: IFAU.
- Ernebrant, K. (2018). Mejlkonversation. 2018-02-12–2018-02-13.
- Gibbs. M (2017). How is new technology changing job design? *IZA World of Labor* 2017:344.
- Gibis B A Heinz, R Jacob och C Müller (2012). The Career Expectations of Medical Students, Findings of a Nationwide Survey in Germany, *Deutsches Aerzteblatt International*, vol. 109, nr. 18, s. 327–332.
- Goddard M, H Gravelle, A Hole och G Marini (2010). Where did all the GPs go? Increasing supply and geographical equity in England and Scotland. *Journal of Health Services Research & Policy*, vol 15, nr 1, s. 28–35.

- Hancock, C, A Steinbach, T S Nesbitt, S R Adler och C L Auerswald (2009). "Why Doctors Choose Small Towns: A Developmental Model of Rural Physician Recruitment and Retention", *Social Science & Medicine*, vol. 69, s. 1368–1376.
- Holte J H, B Abelsen, P A Halvorsen och J A Olsen (2015). *General practitioners' altered preferences for private practice vs. salaried positions: a consequence of proposed policy regulations?* BMC Health Services Research, vol. 15, nr. 119.
- Inera (2017). *AI och automatisering för första linjens vård – En rapport från Inera AB och förstudien Digital sjukvårdsrådgivning*. Stockholm: Inera.
- Institutet för framtidsstudier (2016). *Bortom it. Om hälsa i ett digitalt samhälle*. Forskningsrapport 2016/2. Stockholm: Institutet för framtidsstudier.
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2015). *Svar på frågor från Socialstyrelsen med anledning av en inledd översyn av myndighetens föreskrifter (SOSFS 2000:6) om särskilt förordnande att utöva läkaryrket för icke legitimerade läkare (Dnr 10.1-28186/2015)*. Stockholm: IVO.
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2016). *Hyrläkare – vårdgivarens dilemma? Kontinuitet, vakanser och en ökad rörlighet hos hälso- och sjukvårdspersonalen i primärvården*. Stockholm: IVO.
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2018). *Vad har IVO sett 2017? De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 2017*. Stockholm: IVO.
- Konkurrensverket (2010). *Uppföljning av vårdval i primärvården. Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar*. Rapport 2010:3. Stockholm: Konkurrensverket.
- Konkurrensverket (2015). *Hyrläkare i primärvården – en kartläggning av landstingens upphandlingar och kostnader*. Rapport 2015:10. Stockholm: Konkurrensverket.
- Lindgren P (2014). *Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer*. Stockholm: SNS Förlag.
- Läkartidningen (2011). Primärvårdens kämpe. *Läkartidningen*, vol. 108, nr. 10, s. 522–525.
- Läkartidningen (2017) Många primärvårdsläkare sjukskriver sig. *Läkartidningen*, vol. 114, nr. 4.
- Läkartidningen (2018). Färre läkarstudenter utomlands – men fler i Sverige. *Läkartidningen*, vol. 115, nr. 3.
- Löfving C. (2016) Varannan läkare går snart i pension – Ockelbo riskerar att stå helt utan doktorer. *Helahälsingland.se*, 2018-06-04.

- McKinsey – McKinsey & Company (2016). *Värdet av digital teknik i den svenska vården*. Stockholm: McKinsey & Company.
- Micko, L., Knape, A. och Lilja, P. (2017). Vården ska vara oberoende av hyrpersonal 2019. *Dagens Samhälle* 2017-01-20.
- National Audit Office (2009), *Skills for Health. A Review by the National Audit Office*. London: NAO.
- Nicholson, S och C Propper (2012). Medical Workforce i / Pauly M V, T G McGuire och P P Barros (red.). *Handbook of Health Economics*, vol. 2 Amsterdam: Elsevier, s. 873–925.
- OECD (2016). *Health workforce policies in OECD countries: right jobs, right skills, right places*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2017). Health Statistics 2017.
- OECD (2018). *Health System Characteristics online database*: <https://qdd.oecd.org/subject.aspx?Subject=hsc> [Senast besökt: 2018-03-19].
- Ono, T, G Lafortune och M Schoenstein (2013). *Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries* (OECD Health Working Papers No. 62). Paris: OECD Publishing.
- Pong, R.W. (2011). *Putting Away the Stethoscope for Good? Toward a New Perspective on Physician Retirement*. Ottawa: Canadian Institute of Health Information (CIHI).
- Proposition 1969/35. *Om vidareutbildning och fördelning av läkare m.m.* Stockholm: Regeringskansliet.
- Proposition 1979/80:116. *Om åtgärder för att förbättra kontinuiteten i hälso- och sjukvården m.m.* Stockholm: Regeringskansliet.
- Proposition 1988/89:138. *Om riktlinjer för specialiseringstjänstgöring för läkare m.m.* Stockholm: Regeringskansliet.
- Proposition 1992/93:160. *Om husläkare m.m.* Stockholm: Regeringskansliet.
- Proposition 1994/95:195. *Primärvård, privata vårdgivare m.m.* Stockholm: Regeringskansliet.
- Proposition 1997/98:5. *Läkarnas vidareutbildning*. Stockholm: Regeringskansliet.
- Proposition 1999/2000:149. *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården*. Stockholm: Regeringskansliet.
- Proposition 2008/09:74. *Vårdval i primärvården*. Stockholm: Regeringskansliet.
- Proposition 2017/18:83. *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*. Stockholm: Regeringskansliet.
- Proposition 2017/18:274. *Bastjänstgöring för läkare*. Stockholm: Regeringskansliet.

- Regeringen (2018). *Regeringen växlar upp för fler specialistläkare*. Pressmeddelande, www.regeringen.se 2018-06-11.
- Riksrevisionen (2009). *Psykiatri och effektiviteten i det statliga stödet* (RiR 2009:10). Stockholm: Riksrevisionen.
- Riksrevisionen (2014). *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* (RiR 2014:22). Stockholm: Riksrevisionen.
- Rosen (1986). The Theory of Equalizing Differences i O Ashenfelter och R Layard (red.) *Handbook of Labor Economics*, vol. 1, kap. 12, s. 641–692. Amsterdam: Elsevier.
- SCB – Statistiska Centralbyrån (2017). *Genomströmning på grundnivå och avancerad nivå till och med 2015/16*. Statistiska meddelanden UF 20 SM 1702, Universitet och högskolor.
- SCB – Statistiska Centralbyrån (2018). *Konjunkturstatistik över vakanser, resultat från 1:a kvartalet 2018*. Stockholm: SCB.
- SCB – Statistiska Centralbyrån (2018). *Lönestrukturstatistik*. Data framtagen för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Schöldström, U. (1999). "Vad betydde reformen för sjukvården och läkarrollen?" *Läkartidningen* vol. 96, nr 50, s. 5656–5658.
- SFAM – Svensk Förening för allmänmedicin (2015). *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2015:8) med kompletterande anvisningar från Svensk Förening för allmänmedicin (SFAM)*. Stockholm: SFAM.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2017). *Oberoende av inhyrd personal – Ett landstings- och regiongemensamt projekt*. Meddelande från Styrelsen nr 6/2017. Stockholm: SKL.
- Socialdepartementet (2010). *Den ljusnande framtid är vård – Delresultat från LEV-projektet*. Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet (2012). *Empati och high tech – Delresultat från LEV-projektet*. Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet (2015). *Uppdrag om stöd till landstingens planering av kompetensförsörjning* (S2015/07804/FS). Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialdepartementet (2017). *Bastjänstgöring för läkare* (DS 2017:56). Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialstyrelsen (1976). *Hälso- och sjukvård inför 80-talet. Principprogram för vård* (Socialstyrelsen anser 1976:1). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2001). *Statistik över hälso- och sjukvårdspersonal 2000-12-31*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2005a). *Statistik över hälso- och sjukvårdspersonal 2004-12-31*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2005b). *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården – slutrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2006). *Statistik över hälso- och sjukvårdspersonal 2005-12-31*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2007). *Hälso- och sjukvård – Primärvård. Lägesrapport 2006*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2008). *Statistik över hälso- och sjukvårdspersonal 2006 och 2007*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2009). *Statistik över hälso- och sjukvårdspersonal 2008*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014a). *Prognos över sysselsatta inom hälso- och sjukvården samt tandvården: åren 2012–2025: barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, tandhygienister och tandläkare*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014b). *Statistik över hälso- och sjukvårdspersonal 2009–2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015a). *Nationella planeringsstödet 2015. Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2015b). *Statistik över hälso- och sjukvårdspersonal 2014*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016a). *Nationella planeringsstödet 2016. Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016b). *Ett nationellt stöd till landstingens planering av kompetensförsörjning – Socialstyrelsens utveckling av det nationella planeringsstödet (NPS)*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016c). *Förbättrad nationell samordning om läkares vidareutbildning – Till stöd för att fastställa behovet av statliga specialistkompetenskurser*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016d). *Statistik över hälso- och sjukvårdspersonal 2015*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2017a). *Bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården: uppdrag att följa överenskommelsen om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2017b). *Nationella planeringsstödet 2017. Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2018a). *Nationella planeringsstödet 2018. Bedömning av tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2018b). *Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2018c). *Vad säger vårdgivarnas patientsäkerhetsberättelser om utvecklingen på patientsäkerhetsområdet?* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2018d). *Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2016 samt arbetsmarknadsstatus 2015*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2018e). *Olika vägar till legitimation*: <https://legitimation.socialstyrelsen.se/sv/utbildad-utanfor-eu-och-ees/lakare/olika-vagar-till-legitimation> [Hämtat 2018-04-06].
- Socialstyrelsens (2018f). *Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?* <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se> [Hämtat 2018-03-22].
- Socialutskottet (1989). *Specialiseringstjänstgöring för läkare* (1989/90:SoU9). Stockholm: Sveriges Riksdag.
- Socialutskottet (2000). *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården* (2000/01:SOU05). Stockholm: Sveriges Riksdag.
- Socialutskottet (1993). *Husläkare m.m.* (1992/93:SoU22). Stockholm: Sveriges Riksdag.
- Socialutskottet (1997). *Läkarnas vidareutbildning* (1997/98:SoU8). Stockholm: Sveriges Riksdag.
- Socialutskottet (2009). *Vårdval i primärvården* (2008/09: SoU9). Stockholm: Sveriges Riksdag.
- Socialutskottet (2018). *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti* (2017/18:SoU22). Stockholm: Sveriges Riksdag.
- SOU 1958:15. *Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena*. Stockholm: Inrikesdepartementet.
- SOU 1967:51. *Läkares grundutbildning och vidareutbildning*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 1978:74. *Husläkare – en enklare och tryggare sjukvård. Betänkande av kontinuitetsutredningen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 1987:53. *Kompetensutvecklingen efter läkarexamen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2008:37. *Vårdval i Sverige*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2008:127. *Patientens rätt*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2013:15. *För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- SOU 2016:2. *Effektiv vård*. Stockholm: Socialdepartementet.

- SOU 2017:53. *God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild*. Stockholm: Norstedts Juridik.
- SOU 2018:39. *God och nära vård. En primärvårdsreform*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SOU 2018:55. *Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv. Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Spri (1972). *Den öppna vårdens organisation*. Rapport 1972:14. Stockholm: SPRI.
- SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering (2013). *Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus: med fokus på sköra äldre: en systematisk litteraturöversikt*. Stockholm.
- Ström, M. (2018). Västra Götaland backar om obligatorisk sidotjänstgöring, *Läkartidningen*, vol. 115, nr.7.
- Sundhedsstyrelsen (2018a). *Lægeprognoser*: <https://www.sst.dk/da/uddannelse/prognose-ogdimensionering/laeger> [Hämtat 2018-02-26].
- Sundhedsstyrelsen (2018b). *Seksårsfristen for læger*: <https://www.sst.dk/da/uddannelse/speciallaeger/seksaarsfristen> [Hämtat 2018-02-26].
- Svenska företagsläkarföreningen (2016). *Kompletteringsträsket – en rapport från Företagsläkarna*. Stockholm: Svenska företagsläkarföreningen.
- Swartling, Per (2006). Den svenska allmänmedicinens historia. *Läkartidningen*, vol. 103, nr 24–25.
- SYLF – Sveriges Yngre Läkares Förening (2016). SYLF:s AT-ranking 2016. Stockholm: SYLF.
- SYLF – Sveriges Yngre Läkares Förening (2017a). *Den som väntar på en AT väntar för länge – SYLF:s nationella kartläggning av AT-platser*. Stockholm: SYLF.
- SYLF – Sveriges Yngre Läkares Förening (2017b). SYLF:s AT-ranking 2017. Stockholm: SYLF.
- Läkarförbundet – Sveriges läkarförbund (2012). *Primärvårdens läkarbemannning – Öppna jämförelser mellan landsting och driftsformer av primärvårdens försörjning av specialistläkare 2012*. Stockholm: Sveriges läkarförbund.
- Läkarförbundet – Sveriges läkarförbund (2012). *Fortbildningsenkät 2012*.
- Läkarförbundet – Sveriges läkarförbund (2014). *System och strategier för att öka antalet ST-läkare i allmänmedicin – Kunskapsunderlag om hur vi kan nå balans i primärvårdens läkarförsörjning*. Stockholm: Sveriges läkarförbund.

- Läkarförbundet – Sveriges läkarförbund (2016). *Bot och bättring – recept för hälso- och sjukvården. Sjukvårdspolitiskt program, Sveriges läkarförbund*. Stockholm: Sveriges läkarförbund.
- Läkarförbundet – Sveriges läkarförbund (2017). *Remissyttrande avseende God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild*. Stockholm: Sveriges läkarförbund.
- UKÄ – Universitetskanslersämbetet (2017). *Uppföljning av ersättningsbeloppen för högre utbildning*. Rapport 2017:6. Stockholm: Universitetskanslersämbetet.
- Umeå universitet (2018). *Läkarprogrammet testar nytt spår i glesbygd*: <http://www.ea.umu.se/ViewPage.action?siteNodeId=4540&languageId=3&contentId=291599> [Hämtat 2018-06-21].
- Universitets- och högskolerådet (2018). *Antagningsstatistik*.
- Universitetskanslersämbetet (2018). *Statistikdatabas*.
- Utbildningsdepartementet (2018). *En sexårig utbildning för läkarexamen*. (U2018/02704/UH). Stockholm: Regeringskansliet.
- Vetenskapsrådet (2018). *Vad är ALF-avtalet?:* <https://www.vr.se/omvetenskapsradet/alfkansliet/vadaralfavtalet.4.700afd7415b26c5fdee17941.html> [Hämtat 2018-03-15].
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2013a). *Ur led är tiden. Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens*. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2013b). *Vad vill patienten veta för att välja? Vårdanalys utvärdering av vårdvalsinformation*. Rapport 2013:4. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vårdanalys (2014). *VIP i vården – Om utmaningar i vården för personer med kronisk sjukdom*. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015). *Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan? Ett kunskapsunderlag för planeringen av morgondagens äldreomsorg*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016a). *Förebygga för att överbrygga? Jämlikhet i hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete mot ohälsosamma levnadsvanor*. Rapport 2016:4. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016b). *Ändamålsenliga journalsystem i primärvården – lärdomar från läkarnas perspektiv*. PM 2016:7. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017a). *En primär angelägenhet*. Rapport 2017:3. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017b). *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin*. Rapport 2017:6. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Westin T, O Plogmark, G Ahqvist m.fl. (2016). 550 ST-läkare: Ge oss rätt till utbildning. *Dagens Samhälle* 2016-06-01.
- Wilson N W, I D Couper, E De Vires, S Reid, T Fish och B J Marais (2009). A Critical Review of Interventions to Redress the Inequitable Distribution of Healthcare Professionals to Rural and Remote Areas”, *Rural and Remote Health*, vol. 9, nr. 2, s. 1060.
- Zurn Pascal, Maria R Dal Poz, Barbara Stilwell och Orvill Adams (2004). Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health* 2004, vol. 2, nr. 13.
- Öhman U. (2017). *Ensamarbete, stress och låg status – några orsaker till brist på primärvårdsläkare*. Sveriges Radio, P4 Västernorrland.

Allmän tillgång?

Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård

En grundförutsättning för jämlik vård av god kvalitet är att hälso- och sjukvården har tillgång till ändamålsenlig kompetens. Vårdanalys har analyserat utbudet och efterfrågan på läkarkompetens i primärvården samt det nationella och regionala kompetensförsörjningsarbetet. Trots att det talas mycket om vikten av att stärka första linjens vård ser vi flera utmaningar som försvårar utvecklingen mot en stärkt och jämlik tillgång till läkare i hela landet. Vi pekar ut tre utvecklingsområden för en mer strategisk försörjning av läkarkompetens i första linjens vård på nationell och regional nivå.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina analyser. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patient- och brukarupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vårdn och omsorgen i att förbättra kvaliteten och effektiviteten – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

