



Tre rekommendationer för att hantera övergången till den nya läkarutbildningen

Arbetsgruppens syfte

Arbetsgruppen för AT- och BT-frågor arbetar på uppdrag av Nationella vårdkompetensrådet med att göra bedömningar av och få en samsyn mellan berörda aktörer om behoven av läkarnas allmäntjänstgöring (AT) och bastjänstgöring (BT) och gemensamt föreslå åtgärder för att bidra till att skapa bra förutsättningar för införandet av BT parallellt med AT. Arbetsgruppen består av representanter från Nationella vårdkompetensrådet, Sveriges läkarförbund (SLF), Svenska läkaresällskapet och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) samt rättsavdelningen på Socialstyrelsen. Arbetsgruppen sammanfattar i detta dokument rekommendationer, underlag och bedömningar av behov som utarbetats av arbetsgruppen.

Den samlade bilden från olika aktörer visar att det finns risk för undanträngningseffekter och att det kan uppstå en flaskhals för att få BT, på grund av troliga svårigheter att samordna både AT och BT parallellt under kommande år. Detta är något som Nationella vårdkompetensrådet via arbetsgruppen arbetar för att stävja och undvika, genom att bevaka och följa upp frågan samt ta fram rekommendationer.

I våra initiala rekommendationer har vi valt att fokusera på AT, då det finns ett tydligt uppdämt behov och vi ser möjligheter till åtgärder inom rådande regelverk. Därigenom underlättas sedan breddinförandet av BT.

Sammanfattning av rekommendationer från arbetsgruppen

- Övergång till 18 månaders AT-tjänstgöring som standard
- Användning av fler verksamheter/specialiteter inom AT-tjänstgöringen
- Utökad handledningskapacitet genom implementering av innovativa handlednings- och instruktionsformer
- Genom dessa åtgärder öka antalet AT-platser så snart som möjligt för att möta behoven

Bakgrund

Bastjänstgöring (BT) är en del av en större reform för läkaryrket. Läkaryrket omformas och läkare kommer att kunna ansöka om legitimation direkt efter examen med den nya 6-åriga utbildningen. AT tas alltså bort som krav för att få legitimation (4 kap 1 § patientsäkerhetslagen [2010:659]). I specialiseringstjänstgöringen (ST) införs samtidigt BT som en ny inledande del av tjänstgöringen. ST förlängs också till en minimitid av 5,5 år. BT-delen får en minimitid på 6 månader. Ändringarna för ST och BT är reglerade i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369). De läkare som har gjort svensk AT eller som hade påbörjat men inte slutfört en ST före den 1 juli 2021 kommer att kunna göra specialisttjänstgöring (ST) både enligt det gamla och nya systemet, medan övriga läkare som ska göra ST kommer att omfattas av de nya reglerna om ST inklusive BT.

Det kommer att vara möjligt att anställa en läkare för en komplett ST inklusive BT, eller att ha separata anställningar för BT och den övriga delen av ST. Enligt vad Socialstyrelsen erfar från SKR och Svenska läkarförbundet kommer BT att som huvudregel vara en separat anställning.

BT-läkaren ska tjänstgöra vid tjänstgöringsställen där hen får möjlighet att uppnå kompetenskraven för BT. Det inkluderar minst 3 månader i primärvård och minst 3 månader i akut sjukvård. Även om minimitiden för BT är 6 månader antas BT få en normtid på 12 månader. Nivån på kompetenskraven i målbeskrivningen för BT är satt utifrån denna normtid.

Antalet tillgängliga AT-tjänster kan komma att minska successivt fram till 2027, då de första studenterna som gått nya läkarutbildningen förväntas vara klara. Från och med 1 juli 2021 har de utlandsutbildade som ska påbörja ST i Sverige kommit ifråga för BT. Efterfrågan på AT-tjänster kan dock inte förväntas minska initialt i och med detta. Om det inte sker någon förändring vad gäller tillgången på AT-tjänster så kan det eventuellt ta lång tid för de sista med den gamla läkarexamen att få AT-tjänster. En grupp som med största sannolikhet kommer att behöva AT fortsatt är de som utbildat sig i andra länder som har AT-system, som exempelvis Polen, men vill göra sin AT i Sverige. En osäkerhet är i vilken utsträckning studenterna vid de svenska universiteten kommer att vilja och kunna byta över till den nya utbildningen för att få den nya examen de närmaste åren.

För läkare med examen från land utanför EU/EES och Schweiz finns kompletteringsutbildning för läkare (KUL). Utbildningen kompletterar kunskaper och färdigheter för att uppfylla kraven för svensk läkarexamen. Utbildningen leder till behörighet att göra AT, efter beslut av Socialstyrelsen. Socialstyrelsen har föreslagit en övergångsbestämmelse för KUL i myndighetens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:80) om legitimation för yrke inom hälso- och sjukvården vid utbildning från

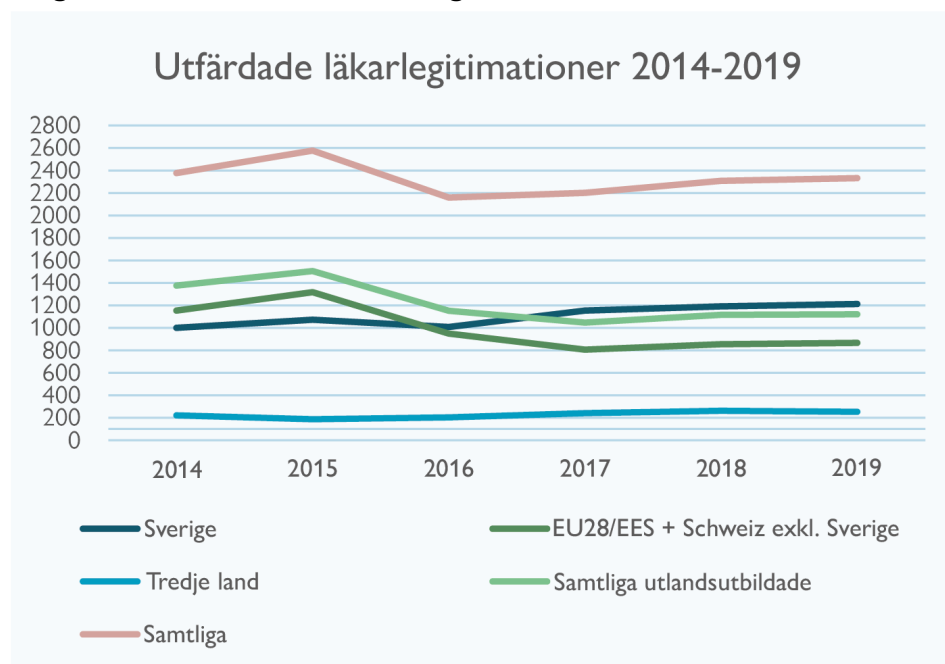
tredjeland: AT-kravet tas bort när KUL har ställts om till att motsvara den nya läkarexamen, men de som har gått en KUL som motsvarar den gamla läkarexamen ska även fortsatt omfattas av kravet på AT för att få legitimation.

För att få en bild av den årliga volymen av läkare som fått legitimation utfärdad de senaste åren, och hur denna fördelning ser ut, se tabell 1 med tillhörande diagram (uppgifter från Socialstyrelsen).

Tabell 1. Antal utfärdade läkarlegitimationer 2014–2019

Legitimationår	Sverige	EU28/EES + Schweiz exkl. Sverige	Tredje land	Samtliga utlands-utbildade	Samtliga
2014	1 001	1 154	222	1 376	2 377
2015	1 072	1 318	187	1 505	2 577
2016	1 008	949	203	1 152	2 160
2017	1 154	806	241	1 047	2 201
2018	1 192	854	262	1 116	2 308
2019	1 212	867	253	1 120	2 332
Genomsnitt/år	1 107	991	228	1 219	2 326

Diagram 1. Antal utfärdade läkarlegitimationer 2014–2019



Behov av AT och BT

I nuvarande utbildningssystem tillsätter regionerna drygt 1 500 AT-platser årligen. Endast måttliga ökningar är planerade åren 2020-2022. SKR bedömer att det kommande år tillkommer cirka 1 660 personer årligen som behöver göra AT för att få legitimation som läkare, se tabell 2 (uppgifter

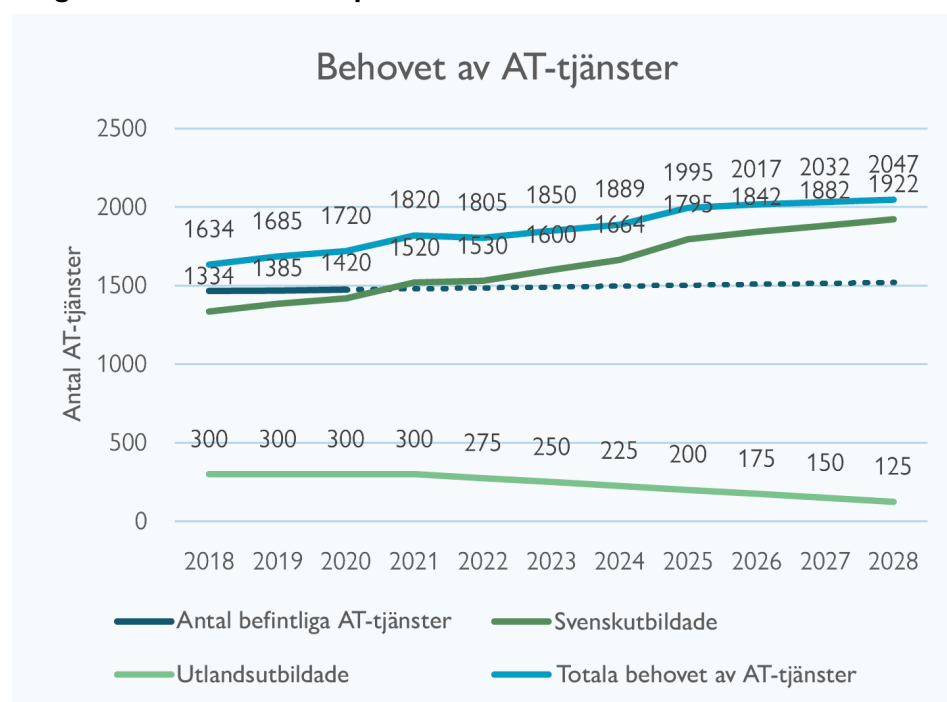
från SKR). Därtill finns ett ackumulerat behov som växer varje år. En ökning till 1 700 AT-platser så snart som möjligt behövs, enligt SKR, för att möta behoven. Utöver AT-platserna behövs cirka 100-150 platser för praktisk tjänstgöring för tredjelandsutbildade läkare som klarat kunskapsproven.

Tabell 2. Behov och prognos av AT-platser 2015–2022

Tidsperiod	Tillsatta AT-platser	Svensk examen + beslut om AT	Ackumulerat behov
2015-2018	5603	6080	477

Tidsperiod	Prognos svensk examen årligen	Prognos beslut om AT efter utl.utb. årlig	Tillkommande behov årligen
2019-2020	Ca 1425	Ca 210	Ca1635
2021-2022	Ca1450	Ca 210	Ca 1660

Diagram 2. Behovet av AT-platser 2018–2028



Diagrammet ovan är uppgifter från Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF), som baseras på det förväntade antalet examinerade läkarstuderenter respektive år. Statistiken har inhämtats från lärosätena. I beräkningen har även hänsyn tagits till de som studerar till läkare i annat EU/EES-land med AT-system, och som efter examen avser flytta till Sverige för att göra AT, samt de läkare som genomför den kompletterande utbildningen för tredjelandsläkare i Sverige.

Det är cirka 600–1 000 läkare per år som beräknas genomgå BT fram till 2027 (med avdrag för de som redan är specialister samt utlandsutbildade som gjort svensk AT). År 2027 är året de första läkarna från den nya läkarutbildningen examineras.

Arbetsgruppens arbete och bedömningar

Givet den beskrivna bakgrunden ser arbetsgruppen en fara för undanträngningseffekter när BT införs parallellt med AT, eftersom det finns en risk att antalet AT-platser reduceras. En investeringspuckel finns framöver för att öka utbildningsplatserna, men dessa investeringar är en central fråga. BT innebär formaliserad kompetensbedömning, vilket kräver mycket resurser och ställer krav på handledare. Det finns en fara i att det uppstår en flaskhals även för att få BT, då det är svårt att samordna både AT och BT på grund av liknande placeringar och parallella regelverk. AT kan hamna längre ner i prioriteringslistan i och med BT-införandet och det finns en risk för nya flaskhalsar.

Sedan arbetsgruppen bildades har ett omfattande samordnings-, kartläggnings- och informationsspridningsarbete utförts. Arbetet inkluderar bland annat:

- Samtal med SKR, Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet om sammansättning av arbetsgruppen och inriktning på arbetet.
- En AT-workshop, med regionala företrädare såväl som professionsföreträdare, om lämpliga verksamheter för AT-tjänstgöring kopplat till lärandemålen och förutsättningarna i verksamheterna.
- Ett samarbete med Socialstyrelsen för ett förtydligande av AT-reglerna från myndigheten har genomförts. Detta för att underlätta införandet av nya verksamheter inom AT-tjänstgöringen. Förtydligandet har även spridits till de regionala råden i ett informationsbrev från Nationella vårdkompetensrådet.
- Delar av arbetsgruppen medverkade i ett panelsamtal på Nationella vårdkompetensrådets konferens den 24 september 2021.
- Den 30 november 2021 organiserade arbetsgruppen, i samarbete med SKR, en workshop om handledarfrågan för att diskutera lösningar, idéer och goda exempel på hur handledar- och instruktörskapacitet respektive kvalitet kan fortsätta utvecklas i den kliniska vardagen. Arbetsgruppen ser ett behov av att ta ett gemensamt tag för att möta behovsökningen av handledarfunktionerna inom regioner respektive universitet för yngre läkare och läkarstudenter.
- Arbetsgruppen har utarbetat konkreta förslag på verksamheter för AT-placering. Syftet är att sprida förslagen till regioner och verksamheter för att öka kapaciteten och genomströmningen inom AT och stärka kompetensförsörjningen.

Arbetsgruppens rekommendationer och förslag

Ovanstående siffror visar att det finns ett uppdämt behov av AT, som dessutom riskerar att byggas på ytterligare under de kommande åren. För att få så bra förutsättningar som möjligt för BT och successivt rulla ut BT-platser, behövs det fokus på att lösa AT-platsbristen för att underlätta processen framöver.

Åldersfördelningen inom läkarkåren har förändrats betydligt under den senaste tioårsperioden, med en stor ökning av unga läkare och en minskning av specialister över 50 års ålder. Med andra ord har antalet läkare med olika behov av handledning under AT- och ST-utbildning ökat, medan antalet erfarna handledare har minskat.

Arbetsgruppen har tagit fram följande konkreta förslag, vilka ska diskuteras mer i detalj i dialoger med de regionala vårdkompetensråden:

- **Normtiden för AT bör vara 18 månader**

Minimitiden för AT är enligt regelverken 18 månader, medan AT-tjänsterna i de flesta regionerna är 21 månader, bland annat för att ge utrymme för egna önskemål eller särskilda inriktningar. Vi ser att det i rådande läge är nödvändigt att ändra ”standardblocket” till 18 månader för att öka kapaciteten och därmed möjliggöra fler AT-platser.

- **Bredda basen för AT-tjänstgöringen**

För att öka kapaciteten för AT bör en större del av sjukvården involveras än idag. I samverkan med regionrepresentanter, Sveriges Läkarförbunds utbildnings- och forskningsråd och Svenska Läkaresällskapets utbildningsdelegation har arbetsgruppen tagit fram ett förslag på verksamheter som oftast underutnyttjas för AT-tjänstgöring, men där man kan uppnå målen (se bilaga 1). Exempel på verksamheter som kan ge en breddad bas för AT är beroendemedicin, infektionsmedicin och kvinnokliniker.

I en skrivelse från Socialstyrelsen, Avdelningen för behörighet och statsbidrag (se bilaga 2), framhålls att den nuvarande regleringen ger utrymme för att använda fler verksamheter i AT på det sätt som anges i arbetsgruppens underlag.

- **Öka kapaciteten för AT-handledning och kvalitetssäkring**

För att kunna utöka handledarkapaciteten föreslår arbetsgruppen att regionerna tydligare synliggör AT/BT-handledning i hälso- och sjukvårdsorganisationen samt följer upp och efterfrågar utbildningsresultat. Handledaruppdraget bör göras attraktivt genom utbildning, organisering och implementering av nya former för AT-handledning som ger ökad kapacitet och kvalitet. Till exempel är det viktigt att

regionerna utnyttjar den regeländring som medfört att ST-läkare kan handleda AT-läkare. Andra goda exempel som används är så kallad gaffelhandledning, där en specialist handleder flera yngre kollegor samtidigt, och interprofessionell handledning, där olika professioner handleder varandra i olika moment. Samtidigt är det viktigt att kvalitetssäkra handledningen, så att inte ökad genomströmning leder till kvalitetsförsämringar. En samordning av utbildningsuppdragen på regional nivå kan underlätta uppföljning och utvärdering – och därmed kvalitetssäkring.

Arbetsgruppens fortsatta arbete

Arbetsgruppens fortsatta arbete under 2022 kommer att ske i dialog med de Regionala vårdkompetensråden samt lärosätena för läkarutbildning för att implementera förslagen. Fokus kommer att breddas mot att:

- **Klargöra behovsökningen av handledarfunktionerna inom regioner respektive universitet för AT, BT och läkarutbildning.**

Förutom AT-utökning och sedan AT-avveckling samt ökande behov av BT tillkommer en ny 6-årig läkarutbildning som är direkt legitimeringsgrundande. Samtliga förändringar medför ökade/ändrade behov av handledning.

- **Samverka med de regionala vårdkompetensråden för framtagande av planeringsunderlag och åtgärdsförslag.**

Strukturerade dialoger med samtliga regionala vårdkompetensråd angående AT/BT-frågorna enligt ovan genomförs för att ange vilka resurser som behövs för att fylla behovsgapet. Till exempel bör Nationella vårdkompetensrådet verka för att utbildningsuppdraget integreras i regionernas produktionsuppdrag och att regionledningar och beslutsfattande politiker följer upp och efterfrågar utbildningsresultat på verksamhets- och regionnivå på samma sätt som patientresultat.

- **Gemensamt med de regionala vårdkompetensråden skapa en nationell plan för utfasning av AT och övergång till BT.**

De erfarenheter vi fått under arbetet hittills gör att arbetsgruppen ser det som önskvärt att Nationella vårdkompetensrådet verkar för att en nationellt samordnad plan tas fram för initial utökning och därefter avveckling av AT samt det successiva införandet av BT.

Bilaga 1: Tillämpning av reglerna om tjänstgöringsavsnitt i AT



Nationella vårdkompetensrådets
arbetsgrupp för AT- och BT-frågor

Tillämpning av reglerna om tjänstgöringsavsnitt i AT

Förslag från Nationella vårdkompetensrådets arbetsgrupp kring AT- och BT-tjänstgöring

Regleringen om AT i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1999:5) om allmäntjänstgöring för läkare har terminologin delvis blivit föråldrad, och uppdelning i block stämmer inte med modern sjukvårdsorganisation. Det är självklart att målen för AT måste kunna uppfyllas vid de placeringar som erbjuds, men inte nödvändigtvis genom de block som till stora delar blivit cementerade genom traditionellt tänkande.

Efter arbete i arbetsgrupper inom Svenska Läkaresällskapets utbildningskommitté, Sveriges läkarförbunds UFO-grupp samt i Nationella vårdkompetensrådets arbetsgrupp kring AT/BT, har vi kommit fram till gemensamma förslag på verksamheter som i många fall inte används inom AT idag, men där stora delar av målen för AT kan uppnås. Det är viktigt att se detta enbart som förslag på hur antalet AT-platser kan ökas genom att öka antalet verksamheter som har AT-läkare, och därigenom minska flaskhal-sarna eftersom olika organisationer inom olika regioner alltid gör att det krävs lokala genomgångar och beslut kring dessa frågor.

I 3 kap. 5 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) är det reglerat vilka verksamheter AT ska göras i.

5 § *Praktisk tjänstgöring som läkare enligt 4 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) (allmäntjänstgöring) ska fullgöras under en tid som motsvarar minst ett år och sex månaders heltidstjänstgöring efter avlagd läkarexamen, fördelade enligt följande.*

1. *Nio månader inom dels invärtesmedicinska specialiteter och barn- och ungdomsmedicin, dels kirurgiska specialiteter, med en minimitid inom var och en av de båda grupperna om tre månader,*
2. *tre månader inom psykiatri eller barn- och ungdomspsykiatri, och*
3. *sex månader inom allmänmedicin.*

Not 1: Det står alltså inte inom ”medicin som en specialitet”, utan *invärtes-medicinska specialiteter* och inte heller ”kirurgi” eller ”allmänkirurgi”, utan *kirurgiska specialiteter*. Detta tolkar vi som att AT får genomföras inom de specialiteter där målen kan uppfyllas.

I 10 § i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1999:5) om allmäntjänstgöring för läkare är det reglerat att efter varje tjänstgöringsavsnitt ska en verksamhetschef skriftligen intyga att AT-läkaren uppfyller de krav som anges i målbeskrivningen för avsnittet.

10 § Efter fullgjord AT skall AT-läkaren uppfylla de mål som anges i 2-6 kap. AT-läkaren skall vidare efter varje fullgjort tjänstgöringsavsnitt uppfylla de mål som gäller för avsnittet.

Efter fullgörandet av varje tjänstgöringsavsnitt skall en verksamhetschef skriftligen intyga att AT-läkaren uppfyller de krav som anges i målbeskrivningen för avsnittet.²

Not 2: Verksamhetschefen ska intyga att målbeskrivningen uppfyllts, det vill säga AT-tjänstgöringen måste planeras lokalt och gemensamt mellan AT-ansvariga och verksamhetscheferna. Vilka verksamheter som är lämpliga för AT beror till stor del på lokala/regionala skillnader i sjukvårdsorganisationen.

Not 3: Genom en bredare tillämpning av specialitetsbegreppet och genom att det är verksamhetscheferna som intygar att AT-målen uppfyllts, finns således en del frihetsgrader inom nuvarande regelverk som bör utnyttjas för att öka kapaciteten för antalet AT-läkare.

Förslag till AT-tjänstgöring för uppfyllande av målen för Kirurgiska specialiteter

Nedanstående utdrag ur SOSFS 1999:5 gällande mål med tjänstgöringen inom kirurgiska specialiteter, där vi också förutsätter primärjourttjänstgöring inom kirurgisk akutmottagning, ligger till grund för vårt förslag om att även dessa verksamheter kan användas för att uppnå målen inom AT:

- Akutsjukvård med omhändertagande av kirurgiska och ortopediska patienter
- Gynekologisk kirurgi på klinik/avdelning där akutverksamhet förekommer
- Kärlkirurgi på klinik/avdelning där akutverksamhet förekommer
- Urologisk kirurgi på klinik/avdelning där akutverksamhet förekommer
- Gastroenterologi

Not 4: Om ”akutsjukvård” organisatoriskt inte innefattar slutenvård, behöver tjänstgöringen kompletteras med tjänstgöring inom specialitet med slutenvård inom någon typ av bukkirurgi.

Gynekologisk kirurgi, kärlkirurgi, urologisk kirurgi behöver ofta kombineras/kompletteras med tjänstgöring inom ortopedisk akutverksamhet samt gastroenterologisk/gastrokirurgisk mottagning.

Medicinsk gastroenterologi är en utmärkt öppenvårdstjänstgöring för kompletteringar för att uppnå delar av målen, till exempel gastroskopi, rektoskopi och proktoskopi.

3 kap. Kirurgiska specialiteter

1 § AT-läkaren skall under tjänstgöringen i detta tjänstgöringsavsnitt i tillämpliga delar uppnå de mål som anges i 2 kap. i en sådan omfattning att målen helt kan vara uppfyllda efter fullgjord AT. För tjänstgöringen gäller vidare de delmål som anges i 2-5 §§ samt att tjänstgöringen skall, med betoning på akuta tillstånd, ge grundläggande kunskaper om handläggning av de medfödda och förvärvade sjukdomar och skador som behandlas med kirurgiska metoder.

2 § AT-läkaren skall efter fullgjord tjänstgöring i detta tjänstgöringsavsnitt självständigt kunna utföra/handlägga

1. lilla kirurgin, framför allt sårrevision, suturering och mindre excisioner,
2. infektioner i ytliga mjukdelar och i urinvägar,
3. urinstämma,
4. proctoskopi och rectoskopi,
5. arteriell punktion och venös infart,
6. nedläggning av nasogastrisk sond,
7. immobiliseringsteknik, och
8. ledpunktion.

3 § AT-läkaren skall efter fullgjord tjänstgöring i detta tjänstgöringsavsnitt ha god kännedom om och viss erfarenhet av

1. initialt omhändertagande av trauma inom hela det kirurgiska specialitetsområdet, framför allt skalle, thorax, rygg, extremiteter, buk, genitalia och hud inklusive brännskada,
2. akut buksmärta,
3. akut skrotal smärta,
4. vätskebalans och chockbehandling,
5. perifera cirkulationsrubbnings,
6. primär handläggning av ryggsmärta,
7. sjukdomar i perifera ligament och muskelfästen,
8. diagnostik och handläggning av vanliga kirurgiska sjukdomar, framför allt benigna gastrointestinala sjukdomar samt bukvägsdefekter,
9. indikationer för utredning vid misstanke om gastrointestinal, urogenital eller mammar malignitet,
10. orotrakealintubation, och
11. lumbalpunktion.

4 § AT-läkaren skall efter fullgjord tjänstgöring i detta tjänstgöringsavsnitt ha kännedom om

- 1. preoperativ bedömning och postoperativt normalförlopp,*
- 2. differentialdiagnostik vid akut ledsvullnad, och*
- 3. handläggning av och metoder för behandling av cancersmärta.*

5 § AT-läkaren skall under tjänstgöringen ha närvarit vid gastroskopi, vid kirurgiska ingrepp i bukhålan, vid operation av bukväggsdefekter samt vid ortopediska ingrepp.

Förslag till AT-tjänstgöring för uppfyllande av målen för invärtesmedicinska specialiteter

Nedanstående utdrag ur SOSFS 1999:5 gällande mål med tjänstgöringen inom medicinska specialiteter, där vi också förutsätter primärjourttjänstgöring inom medicinsk akutmottagning, ligger till grund för vårt förslag om att även dessa verksamheter kan användas för att uppnå målen inom AT:

- Akutsjukvård med medicinsk inriktning
- Geriatrik
- Infektion
- Neurologi

Not 5: Beroende på hur specialiserad verksamheten är inom respektive enhet behöver ofta tjänstgöringen kombineras/kompletteras mellan olika slutenvårds- och öppenvårdsverksamheter.

4 kap. Invärtesmedicinska specialiteter

1 § AT-läkaren skall under tjänstgöringen i detta tjänstgöringsavsnitt i tillämpliga delar uppnå de mål som anges i 2 kap. i en sådan omfattning att målen helt kan vara uppfyllda efter fullgjord AT. För tjänstgöringen gäller vidare de delmål som anges i 2-4 §§ samt att tjänstgöringen skall ge grundläggande kunskaper och praktisk utbildning i diagnostik och handläggning av medicinska sjukdomar med stark betoning på akuta tillstånd och sjukdomstillstånd hos äldre patienter.

2 § AT-läkaren skall efter fullgjord tjänstgöring i detta tjänstgöringsavsnitt självständigt kunna utföra/handlägga vid mottagning för akut jourverksamhet och vid motsvarande vårdenheter

- 1. tillstånd och sjukdomar i hjärta och kärl såsom instabil kranskärlsjukdom och hjärtinfarkt, hjärtsvikt, arytmier, cerebrovaskulära tillstånd, djup ventrombos, lungemboli och malign hypertoni,*
- 2. tillstånd och sjukdomar i lungorna såsom pneumothorax, astma och respiratorisk insufficiens,*
- 3. infektionssjukdomar såsom lunginflammationer, urinvägsinfektioner, sepsistillstånd och meningiter,*
- 4. endokrina och metaboliska tillstånd såsom hyper- och hypoglykemi, binjurebarksinsufficiens och hyperkalcemi,*

5. *neurologiska tillstånd med eller utan medvetandepåverkan såsom yrsel, huvudvärk, kramptillstånd och oklar medvetlöshet,*
6. *gastrointestinala tillstånd, t.ex. blödning och akut skov av inflammatorisk tarmsjukdom,*
7. *njurinsufficiens, speciellt i kombination med elektrolyt- och syrabasrubbingar,*
8. *akuta artriter,*
9. *förgiftningstillstånd, allmänna samt specifika, förorsakade av vissa läkemedel, alkohol och narkotika,*
10. *övriga akuta tillstånd såsom allergiska reaktioner, hemolytiska tillstånd och drunkningstillstånd, samt*
11. *konfusionstillstånd.*

3 § AT-läkaren skall efter fullgjord tjänstgöring i detta tjänstgöringsavsnitt ha god kännedom om och viss erfarenhet av rutinmässiga kontroller av patienter med

1. *diabetes mellitus,*
2. *hypertoni,*
3. *perifer arteriell insufficiens,*
4. *hyperthyreos och hypothyreos,*
5. *artros,*
6. *anemi, och*
7. *demens.*

4 § AT-läkaren skall efter fullgjord tjänstgöring i detta tjänstgöringsavsnitt ha kännedom om

1. *Parkinsons sjukdom,*
2. *speciella problem hos immunsupprimerade patienter,*
3. *diagnostik och behandling av reumatoid artrit och systemisk lupus erythematosus (SLE),*
4. *agranulocytos,*
5. *leukemi,*
6. *ikterustillstånd,*
7. *utredning av hematuri och proteinuri, och*
8. *kronisk njurinsufficiens.*

Förslag till AT-tjänstgöring för uppfyllande av målen för psykiatri

Nedanstående utdrag ur SOSFS 1999:5 gällande mål med tjänstgöringen inom psykiatri ligger till grund för vårt förslag om att även dessa verksamheter kan användas för att uppnå målen inom AT:

- Beroendemedicin (B)
- Geriatrik (G)
- Äldrepsykiatri (Ä)
- Neurorehab (NR)
- samt mer utnyttjande av Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) än som vanligtvis görs

Not 6: Beroendemedicin bedöms kunna täcka samtliga mål för psykiatrin, medan tjänstgöringen inom övriga ofta behöver kompletteras med annan verksamhet inom eller närstående psykiatrin. Till exempel bör äldrepsykiatri kompletteras med krisbearbetning respektive utfärdande av vårdintyg, och BUP kompletteras med äldrepsykiatri och vårdintygsutfärdande. Geriatrik och neurorehab ger bred erfarenhet som bör kompletteras med psykiatrisk behandling av psykos och svåra affektiva tillstånd.

I 2 kap. Allmänna mål SOSFS 1999:5 står

2 § Efter fullgjord AT skall AT-läkaren behärska diagnostik och principerna för terapi av de vanligaste sjukdomstillstånden inom verksamhetsområdena medicin, kirurgi, psykiatri och allmänmedicin

5 kap. Psykiatri

1 § AT-läkaren skall under tjänstgöringen i detta tjänstgöringsavsnitt i tillämpliga delar uppnå de mål som anges i 2 kap. i en sådan omfattning att målen helt kan vara uppfyllda efter fullgjord AT. För tjänstgöringen gäller vidare de delmål som anges i 2–4 §§ samt att tjänstgöringen skall ge grundläggande kunskaper om utredning och behandling av psykisk sjukdom inklusive demens- och beroendesjukdomar. Tonvikten skall läggas på psykiatriska tillstånd som kan komma att handläggas av alla läkare.

2 § AT-läkaren skall efter fullgjord tjänstgöring i detta tjänstgöringsavsnitt självständigt kunna bemöta patienter med psykisk störning på ett professionellt sätt, behärska grunderna i krisbearbetning och kunna genomföra stödsamtal, utföra psykiatrisk anamnes och bedöma psykisk status, bedöma suicidrisk, utföra inledande diagnostik och behandling av akuta psykiatriska tillstånd som psykoser, förstämningstillstånd och ångest- och beroendetillstånd, samt bedöma indikation för och utfärda vårdintyg enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV).

3 § AT-läkaren skall efter fullgjord tjänstgöring i detta tjänstgöringsavsnitt ha god kännedom om och viss erfarenhet av äldrepsykiatri, beroendesjukdomar och psykiskt störda missbrukare, förstämningstillstånd, ångestsjukdomar, psykoser, psykiatriska problem vid psykisk utvecklingsstörning och förvärvade hjärnskador, somatiska sjukdomar som kan ge psykiska symtom och psykosomatiska tillstånd, psykiska symtom som biverkan av läkemedel, och psykofarmakologi.

4 § AT-läkaren skall efter fullgjord tjänstgöring i detta tjänstgöringsavsnitt ha kännedom om biologiska, psykologiska och sociala faktorerens betydelse för psykisk sjukdom, grunderna i gruppdynamik och teampsykiatri, särskilt läkarrollens betydelse i detta sammanhang, personlighetsstörningar, psyko-terapeutiska metoder, electroconvulsiv terapi (ECT), psykiatrisk rehabilitering, barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri, Hawaii- och Madriddeklarationerna samt psykiatrins särskilda etiska frågeställningar, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), och lagen

*(1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om
rättspsykiatrisk vård (LRV).*

Bilaga 2: Önskemål om översyn av regelverket för AT

Avdelningen för behörighet och statsbidrag
Eszter Lukacs
Eszter.lukacs@socialstyrelsen.se

Sveriges Kommuner och Regioner
Sveriges läkarförbund

Önskemål om översyn av regelverket för AT

Bakgrund

Sveriges Kommuner och Regioner tillsammans med Sveriges läkarförbund har den 5 juli 2021 inkommit med en skrivelse som innehåller en begäran om att Socialstyrelsen ska inkomma med ett klargörande kring vilka möjligheter som finns inom ramen för nuvarande regelverk för läkarens allmäntjänstgöring (AT).

Av skrivelsen framgår att det stora behovet av att öka antalet AT-tjänster under kommande år har aktualiserat frågor om vilka verksamheter som är lämpliga och möjliga för AT-läkare att tjänstgöra vid. Både Sveriges kommuner och regioner och Sveriges läkarförbund har återkommande pekat på behovet av en översyn av regelverken kring AT i samband med att läkares grundutbildning och specialiseringstjänstgöring moderniserats.

Enligt Sveriges Kommuner och Regioner och Sveriges läkarförbund råder det en bred enighet om att det finns ytterligare verksamheter än de som traditionellt har använts som lämpar sig väl som lärandemiljöer för AT-läkare. Man ser också att det är nödvändigt att fler verksamheter kan användas i hälso- och sjukvårdens allt större utbildningsuppdrag, särskilt eftersom allmäntjänstgöringen under kommande år dessutom ska samexistera med både bastjänstgöringen och den sexåriga läkarutbildningen.

Av skrivelsen framgår vidare att om Socialstyrelsen bedömer att nuvarande regelverk inte kan tolkas på ett sådant sätt att det möjliggör att en större del av hälso- och sjukvårdens verksamheter kan bidra i utbildningsuppdraget och användas för AT-läkares placeringar behöver i stället en process för att revidera regelverken komma till stånd.

Gällande regler för AT

Av 3 kap. 5 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) framgår det vilka verksamheter AT ska göras i.

Praktisk tjänstgöring (allmäntjänstgöring) som läkare enligt 4 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska fullgöras under en tid som motsvarar minst ett år och sex månaders heltidstjänstgöring efter avlagd läkarexamen, fördelade enligt följande.

1. Nio månader inom dels invärtesmedicinska specialiteter och barn- och ungdomsmedicin, dels kirurgiska specialiteter, med en minimitid inom var och en av de båda grupperna om tre månader,
2. tre månader inom psykiatri eller barn- och ungdomspsykiatri, och
3. sex månader inom allmänmedicin.

I 1 kap. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1999:5) om allmäntjänstgöring för läkare (målbeskrivningen) finns allmänna bestämmelser om AT. Av 1 kap. 10 § i målbeskrivningen framgår att AT-läkaren efter fullgjord AT ska uppfylla de mål som anges i 2-6 kap. AT-läkaren ska vidare efter varje fullgjort tjänstgöringsavsnitt uppfylla de mål som gäller för respektive avsnitt. De allmänna målen för AT framgår av 2 kap. i målbeskrivningen. Målen för de kirurgiska specialiteterna framgår av 3 kap. SOSFS 1999:5 och målen för de invärtesmedicinska specialiteterna framgår av 4 kap. Målen för tjänstgöringsavsnitten i psykiatri respektive allmänmedicin framgår av 5 respektive 6 kap.

Socialstyrelsens bedömning

Reglerna om vilka verksamheter AT ska göras inom utgår alltså från olika läkar-specialiteter. Hälso- och sjukvårdens organisering utgår dock inte alltid från läkarnas specialiteter. Indelningen i specialiteter har också ändrats sedan regleringen om AT tillkom.

Inom ramen för gällande regelverk gör Socialstyrelsen följande bedömningar.

1. AT kan genomföras i verksamheter där målen kan uppfyllas. Socialstyrelsen bedömer att i den mån verksamhetschef och handledare bedömer att målen kan uppfyllas finns det inte något som hindrar att AT genomförs inom mindre traditionella verksamheter inom respektive tjänstgöringsavsnitt. Socialstyrelsen anser alltså att möjligheten till att målen kan uppnås inom ett tjänstgöringsavsnitt är avgörande för hur AT kan organiseras och genomföras.
2. Vilka verksamheter som är lämpliga för AT kan skilja sig åt beroende på lokala och/eller regionala skillnader i sjukvårdsorganisationerna. Det är verksamhetschefen som intygar att målbeskrivningen uppfyllts och AT-tjänstgöringen måste därför planeras lokalt och gemensamt mellan AT-ansvariga och verksamheterna. Socialstyrelsen kan därför inte heller ange exakt vilka verksamheter som är lämpliga för AT inom respektive tjänstgöringsavsnitt.
3. Om målen för ett tjänstgöringsavsnitt inte kan uppfyllas till fullo i en viss verksamhet kan tjänstgöringen kompletteras inom en annan verksamhet så att alla mål uppfylls. Ett tjänstgöringsavsnitt kan alltså på så sätt innefatta tjänstgöring i olika verksamheter.

Med detta sagt gör Socialstyrelsen bedömningen att det i nuläget inte krävs en ändring av regelverket eftersom den nuvarande regleringen ger utrymme för att använda ytterligare verksamheter i AT på det sätt som Läkarförbundet och Sveriges Kommuner och Regioner efterfrågar.

Med vänliga hälsningar,

Anna Vieru
Enhetschef
Enheten för behörighet 1

Åsa Wennberg
Enhetschef
Enheten för behörighet 2