

Läkarnas specialiseringstjänstgöring inom primärvården

En underlagsrapport

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2025-8-9704

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, september 2025,

Förord

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att främja, stödja och följa upp omställningen till god och nära vård. Det här delprojektet ingår i det uppdraget och syftar till att stärka samverkan mellan vårdnivåerna för att patienterna ska få personcentrerad och sammanhållen vård. Detta genom att blivande specialistläkare, inom andra specialiteter än allmänmedicin, ska få ökad kunskap och förståelse för primärvårdens uppdrag, förutsättningar och arbetssätt. Delprojektet är ett av flera delprojekt hos Socialstyrelsen som ska stödja omställningen till nära vård.

Uppdraget slutlevereras i form av en underlagsrapport samt ett stödmaterial för sidotjänstgöring i primärvården inom ramen för läkarnas specialiseringstjänstgöring. Underlagsrapporten utgör bakgrund till Socialstyrelsens förslag. Stödmaterialiet är praktiskt utformat med olika exempel på vad en sidotjänstgöring kan innehålla.

Målgrupp för underlagsrapporten och stödmaterialiet är ledning i regioner, på primärvårds- respektive sjukhusnivå, ST-läkare, studierektorer, handledare, verksamhetschefer och enhetschefer samt utbildningsansvariga i läkarnas specialitetsföreningar.

Utöver ovanstående material finns en checklista som ska vara ett komplement till stödmaterialiet vid planering och genomförande av en sidotjänstgöring i primärvården. Checklistan vänder sig framför allt till ST-läkaren och mottagande primärvårdsverksamhet.

Arbetet har genomförts av en projektgrupp bestående av Cecilia Eriksson (projektledare), Camilla Bucht, Christian Francke, Thomas Lavergren, Christina Strååt, Tobias Lindquist, Hans Schwarz, Sanna Hiort och Ulrika Nylén. Därutöver har ett flertal medarbetare vid myndigheten bidragit med sin expertis. Ett särskilt tack riktas till de externa aktörer som medverkat i intervjuer och dialogmöten.

Maria Areblad har varit ansvarig enhetschef vid avdelningen utveckling av hälso- och sjukvård på systemnivå.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Läkarnas specialiseringstjänstgöring inom primärvården	1
Förord	5
Innehåll	6
Sammanfattning	7
Sidotjänstgöring i primärvården – ett värdefullt inslag i ST	7
Ett sätt att stärka vårdkedjan	7
Utformning av sidotjänstgöringen	8
Stöd för införande och planering	8
Uppföljning och nästa steg	8
Inledning	8
Omställning till god och nära vård	9
Utmaningar i samverkan mellan vårdnivåer	9
Behov av samordnad vård	9
Varför delprojektet initierades	10
Uppdrag	10
Avgränsning	10
Syfte och mål	10
Metod och genomförande	11
Insamling av underlag	11
Dialogmöten del 1	11
Dialogmöten del 2	11
Bakgrund	12
Specialistläkare i Sverige	12
Statistik och behov	12
Specialiseringstjänstgöring – ST	12
Utbildning och kvalitetskrav	13
Specialitetsföreningar	13
Kompetens efter ST	13
Tjänstgöring i primärvården	13
Nordisk utblick ST i primärvården	13
Samverkan för god och nära vård	14
Brister i dagens samverkan	14

Hinder som försvårar samverkan.....	14
Läkares nyckelroll i samverkan	14
Teamarbete och tvärprofessionell samverkan.....	15
Socialstyrelsens förslag	16
Aktuella läkarspecialiteter.....	16
Varför dessa specialiteter?.....	16
Valbar sidotjänstgöring i primärvården	17
Syfte med sidotjänstgöringen i primärvården	17
Ytterligare läkarspecialiteter som kan behöva samverka med primärvården.....	17
Tidsram och förläggning under ST.....	18
Målstyrd utbildning utan fast tidsangivelse	18
Tidsmässig utformning	18
Tjänstgöringens förläggning	18
Sidotjänstgöringens innehåll	19
Målbeskrivning för ST	19
Kompetenskrav för c-delmålen.....	19
Kompetensmål i primärvården	20
Förslag på innehåll i sidotjänstgöring.....	20
Träning i samverkan	20
Exempel på aktiviteter.....	20
Förutsättningar för sidotjänstgöring i primärvården.....	21
Handledning	22
Verksamhetens lokaler.....	22
Antal berörda ST-läkare	22
Förutsättningar för ST-läkaren.....	22
Tidspress och bemanningsutrymme	23
Erfarenheter från ST-läkare.....	23
Sammanfattning förutsättningar	23
Specialitetsföreningars synpunkter	23
Regionens roll i planering och samordning av ST.....	24
Åtgärder för att införa sidotjänstgöring i primärvården	24
För regionledning	25
För utbildningsansvariga	25

För verksamhetsansvariga	26
Slutsats.....	26
Fördelar med sidotjänstgöringen.....	27
Mervärde för ST-läkaren	27
Mervärde för patienterna	28
Mervärde för hälso- och sjukvården	28
Mervärde för kommunal hälso- och sjukvård	28
Sidotjänstgöring som en del av omställningen till en god och nära vård	29
Uppföljning och nästa steg.....	29
Referenser.....	30
Bilaga 1 - Metod.....	32
Bilaga 2 – Diskussionsunderlag.....	34
Diskussionsmaterial.....	34
Bilaga 3 - Bas-, gren- och tilläggsspecialiteter i Sverige	40
Bilaga 4 - Antal specialistläkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården efter specialitet 2022	41
Bilaga 5 – Läkares ST.....	44
Läkarutbildning och AT	44
ST och BT	44
Målbeskrivning	45
Handledning	45
Kurser under ST	45
Bilaga 6 – Aktuella specialiteter.....	46
Geriatrisk	46
Internmedicin	47
Psykatri	47
Bilaga 7 – ST målbeskrivning	49
Geriatrisk	49
Internmedicin	50
Psykatri	50
Bilaga 8 – Kompetensmål.....	51

Sammanfattning

Delprojektet är en del av Socialstyrelsen regeringsuppdrag att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård. Sverige har en åldrande befolkning där allt fler individer har flera kroniska sjukdomar med behov av insatser från både primärvård och specialiserad vård. Samverkan mellan dessa vårdnivåer är avgörande för omställningen och för att patienter ska få en sammanhållen, personcentrerad och patientsäker vård. Delprojektets syfte är att skapa förutsättningar för ökad samverkan genom sidotjänstgöring i primärvården inom läkarnas specialiseringstjänstgöring (ST) för andra specialiteter än allmänmedicin. På detta vis främjas en helhetssyn på patientens vårdkedja inom hälso- och sjukvården, där såväl primärvård som specialiserad vård ingår.

Socialstyrelsen har inhämtat synpunkter, erfarenheter och kunskap om ST från berörda professioner och verksamheter i olika regioner. Informationsinsamling har skett genom dialogmöten och synpunkter på skriftligt diskussionsunderlag. Materialet har analyserats och Socialstyrelsen har tagit fram ett inledande förslag på sidotjänstgöring i primärvården.

Sidotjänstgöring i primärvården – ett värdefullt inslag i ST

Socialstyrelsen konstaterar i utredningen att i stort sett alla läkarspecialiteter behöver samverka med primärvården i olika grad. Sidotjänstgöring i primärvården är därför ett viktigt inslag i ST-läkares utbildning och ett sätt att stärka samarbetet mellan vårdnivåerna.

Socialstyrelsen föreslår att sidotjänstgöring i primärvården ska vara frivillig, men ser ett stort värde i att den genomförs av fler ST-läkare, oavsett specialitet. Socialstyrelsen bedömer att sidotjänstgöring är särskilt lämplig för ST-läkare inom följande specialiteter:

- Geriatrik
- Internmedicin
- Psykiatri

Ett sätt att stärka vårdkedjan

ST-läkare med kunskap om och förståelse för vårdnivåernas uppdrag och förutsättningar kan bidra till en mer integrerad vårdkedja och ett bättre samarbete över tid. Sidotjänstgöringen kan fungera som en länk mellan

sjukhusvård och primärvård för att stärka samverkan mellan vårdnivåerna samt möjliggöra nya arbetssätt och effektivare resursanvändning.

Utformning av sidotjänstgöringen

För att sidotjänstgöringen i primärvården ska bli meningsfull och relevant för ST-läkarens kompetensutveckling behöver den planeras och anpassas utifrån individuella förutsättningar.

Det är att lämpligt att:

- Sidotjänstgöringen ingår i senare delen av dessa läkares ST både för dem som har genomfört allmäntjänstgöring (AT) och för dem som har genomfört bastjänstgöring (BT).
- Tidsramen är flexibel från 4 veckor till 12 veckor utifrån ST-läkarens tidigare yrkeserfarenhet, önskemål och behov. Den kan även vara längre för att uppnå delmål i ST-läkarnas målbeskrivning.
- Sidotjänstgöringens innehåll är tydligt utformat med en individuell utbildningsplan för att uppfylla kompetenskrav i delmålen under tjänstgöringen.

Stöd för införande och planering

Underlagsrapporten innehåller förslag på hur regionen kan planera och införa sidotjänstgöring i primärvården. För att underlätta det praktiska genomförandet har Socialstyrelsen också tagit fram ett stödmaterial och en checklista. Dessa verktyg kan användas av ST-läkare, verksamheter och utbildningsansvariga för att säkerställa att sidotjänstgöringen blir välplanerad och uppfyller delmålen i ST.

Uppföljning och nästa steg

Behovet av en mer sammanhållen vård är både angeläget och brådskande. Även om förslaget om sidotjänstgöring i primärvården är frivilligt, kommer Socialstyrelsen att följa upp hur det har införts i regionerna. Detta för är att säkerställa att det finns goda förutsättningar för ST-läkare att välja att genomföra sidotjänstgöringen, och att det blir en naturlig del av omställningen till en god och nära vård.

Socialstyrelsen kommer att fortsätta undersöka möjligheten att utöka antalet ST-läkare, inom fler specialiteter, som kan bedömas lämpliga för sidotjänstgöring i primärvården. Syftet är att ytterligare stärka samverkan mellan vårdnivåerna och att tydligare lyfta fram primärvården som en central arena i dagens hälso- och sjukvård.

Inledning

Omställning till god och nära vård

I den statliga utredningen *God och nära vård - en primärvårdsreform* (SOU 2018:39) presenteras en målbild där primärvården utgör navet i hälso- och sjukvården [1]. Det innebär att primärvården har ett samordnande ansvar för patientens vård och omsorg¹, särskilt för de patienter där det är mest ändamålsenligt att samordningen sker just där². Omställningen innebär att fokus flyttas från en sjukhustung vårdmodell till en mer tillgänglig och nära vård, där patienten har en fast läkarkontakt vid sin vård- eller hälsocentral [2]. Primärvården behöver samverka med såväl den övriga specialiserade vården som med kommunal hälso- och sjukvård och omsorg för att säkerställa ett helhetsgrepp kring patientens behov.

Utmaningar i samverkan mellan vårdnivåer

Flera insatser som tidigare hanterades av den specialiserade vården har flyttats över till primärvården³. Trots detta kvarstår utmaningar i samverkan mellan dessa vårdnivåer, enligt flera myndigheters uppföljningar av omställningen^{4,5}. För att samverkan ska fungera krävs ett gemensamt förhållningssätt, kunskap om varandras förutsättningar och arbetssätt samt en ömsesidig förståelse för att alla vårdnivåer delar på ansvaret till att den nödvändiga kulturförändringen genomförs⁶.

Behov av samordnad vård

Patienter med behov av kompetens från flera specialiteter behöver en tillgänglig, samordnad och personcentrerad vård. För att uppnå detta krävs strukturer som underlättar för aktörer att koordinera sig. Det behöver finnas plattformar för samarbete mellan primär- och specialiserad vård för att möjliggöra kontakter, stärka kommunikationen och utveckla nya effektiva arbetssätt. Som exempel kan digital teknik underlätta samverkan och möjliggöra effektivare teamwork [9]. Nya innovativa arbetssätt skulle kunna bidra till att personalen får ett mer hållbart arbetsliv. En stärkt primärvård och god samverkan mellan vårdnivåerna kan förbättra förutsättningarna för en samhällsekonomiskt effektiv hälso- och sjukvård⁷.

¹ SOU 2018:39, s.477

² 13a kap. 1 § 5 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

³ SOU 2019:29 s. 39

⁴ Omtag för omställning – Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: slutrapport. Myndigheten för vård och omsorgsanalys:2025. Rapport 2025:1.

⁵ IVO:s tillsyn visar att primärvården kräver fortsatt utveckling. Hämtad IVO.se 250429

⁶ Grund för strategisk plan för att stödja en god och nära vård, s.7

⁷ Prop. 2019:20/164 s.10–11

Varför delprojektet initierades

Den statliga utredningen *Effektiv vård* (SOU 2016:2) föreslog att Socialstyrelsen skulle utreda om tjänstgöring inom primärvården borde ingå i målbeskrivningen för läkares ST⁸. Även i arbetet med fast läkarkontakt framkom behov av att öka den specialiserade vårdens kunskap och medvetenhet om primärvårdens uppdrag och förutsättningar [2]. Ökad kunskap om hela hälso- och sjukvårdssystemet är viktig för att skapa en helhetsförståelse, så att specialiserad vård och primärvård kan samarbeta effektivt kring gemensamma patienter [3].

Uppdrag

Delprojektet har genomförts inom ramen för regeringens uppdrag att främja, stödja och följa upp omställningen till en god och nära vård [4]. Uppdraget har varit att bidra till stärkt samverkan mellan vårdnivåerna genom att utreda möjligheter och förutsättningar för andra läkarspecialiteter, utöver allmänmedicin, att genomföra sidotjänstgöring i primärvården inom ramen för sin ST.

Avgränsning

Delprojektet har avgränsat primärvård till tjänstgöring på vård- eller hälsocentral och deras samverkansytor. Avsikten är att sidotjänstgöringen integreras i ST i ett senare skede utan att förlänga ST eller läggas till i BT. Förväntade vinster och andra effekter på patientsäkerheten har inte analyserats närmare.

Syfte och mål

Syftet är att stödja omställningen till en god och nära vård genom att stärka förutsättningarna för ökad samverkan mellan specialistläkare i primärvården och den specialiserade vården. Socialstyrelsen ser att sidotjänstgöring i primärvården under läkares ST kan bidra till omställningen och är en viktig pusselbit mot en mer sammanhållen och patientnära vård.

Delprojektets mål är att ta ställning till om fler läkarspecialiteter kan genomföra sidotjänstgöring i primärvården som en del av sin ST.

⁸ SOU 2016:2 s.593

Metod och genomförande

Informationsinsamling till rapporten har skett med hjälp av olika metoder. En kort beskrivning av de olika stegen följer nedan och en fullständig metodbeskrivning finns i bilaga 1.

Insamling av underlag

Insamling av underlag har skett genom litteratursökning, sammanställning och analys av kvantitativa data från Socialstyrelsens statistik över hälso- och sjukvårdspersonal, samtal med internt sakkunniga och dialogmöten med externa aktörer. Dessutom har projektledningen haft kontakt med Finlands läkarförbund, Sundhedsstyrelsen i Danmark och Helsedirektoratet i Norge för att undersöka hur ST-läkares tjänstgöring i primärvården ser ut i de nordiska grannländerna.

Dialogmöten del 1

Projektgruppen har genomfört dialogmöten med professionsrepresentanter som studierektorer, verksamhetschefer i både primärvård och specialiserad vård, ST-läkare och professionsorganisationer utifrån ett diskussionsunderlag. Mötesdeltagarna har efter dialogmötet fått ta del av diskussionsunderlaget och har haft möjlighet att bidra med synpunkter på underlaget samt ta ställning till ett urval av läkarspecialiteter. Diskussionsmaterialet har successivt utvecklats och uppdaterats i takt med att nya uppgifter tillkommit utifrån dialogerna. Se slutversionen i bilaga 2.

Dialogmöten del 2

Nya dialogmöten har därefter genomförts med ST-läkare som genomfört sidotjänstgöring i primärvården samt med verksamhetschefer från dessa verksamheter, i syfte att ta fram stödmaterial för sidotjänstgöringen. Projektgruppen har även träffat specialitetsföreningar för utvalda läkarspecialiteter för att föra en dialog om delprojektet och inhämta deras synpunkter.

Bakgrund

Specialistläkare i Sverige

Läkarnas specialiseringstjänstgöring regleras av patientsäkerhetsförordningen (2010:1369), PSF, och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2021:8) om läkarnas specialiseringstjänstgöring och tillhörande målbeskrivning⁹. De nuvarande bestämmelserna är från 2021 och det finns övergångsbestämmelser som gör att äldre bestämmelser om läkarnas ST¹⁰ också tillämpas parallellt med dessa under en övergångsperiod.¹¹

I HSLF-FS 2021:8 framgår de olika specialiteter för läkare som för närvarande finns i Sverige. Totalt finns 63 läkarspecialiteter som är uppdelade på 44 basspecialiteter, 9 grenspecialiteter och 10 tilläggsspecialiteter. För att få ett bevis om specialistkompetens i en gren- eller tilläggsspecialitet krävs bevis i specialistkompetens i en basspecialitet [17]. Se tabellbilaga 3.

Statistik och behov

95 procent av läkare över 45 år i Sverige är specialistkompetenta [19]. Antalet specialistläkare och behovet av olika specialiteter varierar betydligt, med större efterfrågan inom vissa områden än inom andra [21]. Enligt Socialstyrelsens statistik från 2022 finns 30 760 specialistläkare inom hälso- och sjukvården, men det är oklart hur många som är aktiva inom sina specialistområden, då vissa har flera specialistkompetenser. För detaljerad statistik, se tabell i bilaga 4.

Specialiseringstjänstgöring – ST

ST är en utbildningstjänst där läkaren, efter läkarlegitimation, arbetar under handledning och klinisk instruktion. ST är målstyrd och minimitiden är 5,5 år för ST-läkare som gör ST enligt HSLF-FS 2021:8 och 5 år för ST-läkare som gör ST enligt SOSFS 2015:8. Detta är minimitider och tjänstgöringen kan ta längre tid för ST-läkaren. Vårdgivare som tar emot ST-läkare ansvarar för att det finns förutsättningar för ST av hög och jämn kvalitet, inklusive tillgång till studierektor, adekvat handledning och stöd från erfarna medarbetare¹².

⁹ Läkarnas specialiseringstjänstgöring, Målbeskrivningar 2021. Socialstyrelsen.

¹⁰ Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2015:8) om läkarnas specialiseringstjänstgöring och tillhörande målbeskrivningar.

¹¹ Punkt 3 i ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna till HSLF-FS 2021:8 och punkt 2 i ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna till förordningen (2020:1098) om ändring i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369).

¹² HSLF-FS 2021:8

Utbildning och kvalitetskrav

Socialstyrelsens målbeskrivningar anger delmål och kompetenskrav för vilka kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som krävs för att få ett bevis om specialistkompetens¹³. Där framgår även krav på utbildningsaktiviteter för att få adekvat kompetens. Målbeskrivningarna är inte detaljstyrande över vilka kurser som ska ingå eller i vilka verksamheter utbildningsaktiviteterna ska genomföras.

Specialitetsföreningar

Flertalet av läkarnas specialitetsföreningar har rekommendationer eller utbildningsböcker om lämpliga sidotjänstgöringar som ett stöd för att uppnå delmålen i Socialstyrelsens målbeskrivning för ST i respektive specialitet.

Kompetens efter ST

Efter ST ska läkaren ha kompetens att arbeta självständigt inom sin specialitet samt ha fått förutsättningar för ett livslångt lärande och förmåga att möta framtida behov inom sitt område [19]. Mer om ST i bilaga 5.

Tjänstgöring i primärvården

För närvarande ingår placering inom primärvården som en del av läkarnas grundutbildning genom verksamhetsförlagd utbildning (VFU), samt i AT och BT [21]. AT omfattar 6 månader i primärvården och BT minst 3 månader. Därefter är primärvård endast obligatorisk för ST i allmänmedicin. Sjukhusspecialister tjänstgör sällan där senare [3]. AT kommer på sikt att försvinna vilket innebär att tiden i primärvården kan minska.

Nordisk utblick ST i primärvården

Den svenska primärvården liknar till sitt uppdrag övriga nordiska länders primärvård där fokus ligger på att primärvården ska vara en första linje för patienterna att vända sig till [11]. Jämfört med de andra länderna utgör primärvården i Sverige en mindre andel av vården i relation till specialiserad vård och sett till antalet läkare per invånare [22].

Finland har ingen separat AT innan läkarlegitimation. Under ST tjänstgör samtliga ST-läkare minst nio månader på godkända vårdcentraler. Vid dubbelspecialisering behöver denna tjänstgöring inte upprepas¹⁴.

¹³ Läkarnas specialiseringstjänstgöring, Målbeskrivningar 2021. Socialstyrelsen.

¹⁴ Uppgift från mailkonversation med Finlands läkarförbund 20240911 - 1007

I Danmark genomför alla läkare sex månader i primärvården under AT, vissa specialiteter har därefter delvis tjänstgöring på privata specialistläkarmottagningar i ungefär sex månader under sin ST¹⁵.

Norge avskaffade AT år 2017. Den är numera integrerad i ST som inleds med en gemensam del på 18 månader, först 12 månader inom specialiserad vård följt av sex månader i primärvården. Alla specialiteter har möjlighet att genomföra ytterligare tid i primärvården om det är relevant för deras lärandemål¹⁶.

Samverkan för god och nära vård

Samverkan, samarbete och samordning är avgörande för att patienter ska få vård som utgår från individuella behov. Grundstenar för god samverkan är att det finns en ömsesidig tillit och en fungerande dialog mellan aktörer, verksamheter och vårdnivåer [20].

Brister i dagens samverkan

Flera myndigheter har påvisat brister i samverkan mellan primärvård och specialiserad vård som kan medföra risker för patientsäkerheten [7, 9 - 12]. Enligt Inspektionen för vård och omsorg upplever vissa patienter att vården är fragmenterad, med otydligt ansvar och bristande kommunikation mellan vårdgivarna. Detta kan leda till försenad eller utebliven behandling. Patienterna efterfrågar en fungerande samordning, där vårdgivarna samarbetar för att skapa en sömlös vård med patienten i centrum [8, 13].

Hinder som försvårar samverkan

Otydliga roller och ansvarsdragning är främsta hindret för samverkan mellan vårdnivåerna. Detta följs av brist på resurser, gemensamma arbetssätt och tekniska lösningar, enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys [10].

Läkares nyckelroll i samverkan

Studier visar att läkare spelar en central roll i gränssnittet mellan primärvård och övrig specialiserad vård, inte bara i det kliniska arbetet, utan även i att forma organisatoriska förutsättningar för samverkan [14]. Genom ökad kunskap om varandras uppdrag skapas respekt och förståelse, vilket stärker helhetssynen. När specialister samverkar får de en mer komplett bild av patientens behov än om de agerar var för sig [3].

¹⁵ Uppgift från mailkonversation med Sundhedsstyrelsen i Danmark 20240911 - 0926

¹⁶ Uppgifter från Helsedirektoratet i Norge 20240911 - 1023

Teamarbete och tvärprofessionell samverkan

Effektiv samverkan kräver insatser från flera yrkesgrupper. Flera professioner inom både primärvård och övrig specialiserad vård behöver samverka över vårdgränserna. Teamarbete över professionsgränser¹⁷ är ofta nödvändigt för att möta patienters sammansatta behov [1].

Samarbete mellan specialistläkare i allmänmedicin och övrig specialiserad vård är viktigt för helheten, i att skapa en personcentrerad och samordnad vård för patienten.

¹⁷ Kompetensförsörjning inom primärvården, delredovisning. Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet 2022.

Socialstyrelsens förslag

Aktuella läkarspecialiteter

Socialstyrelsens utredning visar att nästan alla läkarspecialiteter behöver samarbeta med primärvården i större eller mindre omfattning. Uppfattningen om vilka specialiteter som är mest lämpade för sidotjänstgöringen har varierat bland de tillfrågade. Flera svarande har framhållit att samtliga basspecialiteter bör genomföra sidotjänstgöring i primärvården. Det finns därmed ett tydligt värde i att ST-läkare, oavsett specialitet, ges möjlighet till att genomföra denna sidotjänstgöring.

Socialstyrelsen nuvarande bedömning är att det är särskilt lämpligt att ST-läkare inom följande specialiteter genomför den:

- Geriatrik
- Internmedicin
- Psykiatri

Sidotjänstgöring är frivillig, men en viktig del i ST-läkarnas utbildning, och det är lämpligt att den ingår som en fristående del oavsett om läkaren har gjort AT eller BT.

Varför dessa specialiteter?

Dessa specialiteter har en nära koppling till primärvården och delar ofta patientgrupper som kräver särskild uppmärksamhet och individuellt anpassad vård. För att möta dessa behov är det avgörande att ha god kännedom om primärvårdens förutsättningar och möjligheter att ta emot och följa upp dessa patienter.

För blivande specialister inom dessa områden är det särskilt viktigt att förstå patientens hela vårdkedja. Genom sidotjänstgöring i primärvården får ST-läkare kunskap om vad som sker både före och efter kontakt med den specialiserade vården, vilket bidrar till en mer helhetsorienterad vård.

Vid komplexa sjukdomstillstånd är samverkan mellan vårdnivåerna avgörande för att säkerställa att patientens behov tillgodoses på ett tryggt och effektivt sätt. Detta förutsätter en tydlig kommunikation och välfungerande samordning mellan primärvården och särskilt för dessa specialiteter inom den specialiserade vården.

För mer information om respektive specialitet, se bilaga 6.

Valbar sidotjänstgöring i primärvården

Det förekommer redan idag att ST-läkare inom dessa specialiteter genomför sidotjänstgöring i primärvården, då det erbjuds som ett valbart alternativ av specialitetsföreningar och vissa regioner.

Vid dialog med några av dessa ST-läkare upplever de att sidotjänstgöring i primärvården har gett dem värdefulla insikter i primärvårdens ansvar, förutsättningar och patientflöden. Detta ses som särskilt viktigt när fler utredningar flyttas från sjukhus till primärvården och behovet av tydlig ansvarsfördelning ökar. En ST-läkare uttryckte även att tjänstgöringen bidrog till nya idéer om hur både vård och samverkan kan förbättras.

Syfte med sidotjänstgöringen i primärvården

För att stödja omställningen har sidotjänstgöringen följande syften:

- **Stärka samverkan** mellan primär- och specialiserad vård, genom att öka förståelsen för hur de olika vårdnivåerna kan komplettera varandra.
- **Förbättra kunskap och ge erfarenhet** av primärvårdens uppdrag, strukturella förutsättningar och arbetsmetoder.
- **Främja relationsskapande** mellan olika professioner och specialiteter för att underlätta ett effektivt samarbete kring gemensamma patienter.
- **Stärka den personcentrerade vården** genom en mer koordinerad och sammanhållen vård som tar hänsyn till hela patientens situation.
- **Bidra till effektivitet** för bland annat remitteringsförfarande och resursanvändning, vilket i sin tur kan minska belastningen på både primärvård och sjukhus.

Ytterligare läkarspecialiteter som kan behöva samverka med primärvården

Socialstyrelsen har initialt valt att föreslå tre läkarspecialiteter för sidotjänstgöring i primärvården. Utredningen visar dock att i stort sett alla läkarspecialiteter behöver samverka med primärvården i varierande grad. Därför anser Socialstyrelsen att det är fördelaktigt om ST-läkare inom fler specialiteter genomför en sidotjänstgöring i primärvården.

Utöver de föreslagna specialiteterna har utredningen pekat på ett antal andra specialiteter där samverkan bedöms vara särskilt betydelsefull. Det är ST-läkare i akutsjukvård, barn- och ungdomsmedicin, kardiologi och ortopedi.

Även dessa ST-läkare kan med fördel uppmuntras att överväga en sidotjänstgöring i primärvården.

Tidsram och förläggning under ST

Målstyrd utbildning utan fast tidsangivelse

ST är en målstyrd utbildning utan fastställda tidsramar för måluppfyllelse. Tiden som krävs för att nå delmål och uppfylla syftet med utbildningen kan variera, och minimitiden på 5–5,5 år är inte alltid tillräcklig. Tidsplaneringen för sidotjänstgöringen ska utgå från ST-läkarens huvudspecialitet och från tidigare erfarenhet. Dessutom ska det finnas tillräckligt med tid för att bedöma om ST-läkaren uppfyllt delmål och kompetenskrav.

Tidsmässig utformning

Socialstyrelsens bedömning, baserat på dialogmöten och underlag, är att tidsramen för sidotjänstgöringen ska anpassas efter ST-läkarens tidigare yrkeserfarenhet, behov och önskemål. Den bör vara flexibel och variera från minst fyra till tolv veckor, men kan även omfatta en längre period. Exempelvis önskar flera ST-läkare i psykiatri en sidotjänstgöring på sex månader i primärvården. Enligt uppgifter vid dialogerna har tiden för samtliga sidotjänstgöringar generellt kortats ned, samtidigt som effektiviteten i tjänstgöringen inte behöver vara beroende av dess längd.

Tiden kan variera från 4 veckor till 12 veckor, men perioden kan också vara längre beroende på ST-läkarens önskemål och behov för att uppnå delmålen i ST-läkarnas målbeskrivning.

Tjänstgöringens förläggning

För att optimera lärandet bör ST-läkaren ha tillräcklig erfarenhet och kompetens från sin huvudspecialitet innan sidotjänstgöringen påbörjas. Detta för att också möjliggöra ett givande kunskapsutbyte i verksamheten.

ST-läkare har framfört att sista året i utbildningen är intensivt, med många moment som ska slutföras inför ansökan om specialistkompetensbevis. Därför bör sidotjänstgöringen varken placeras för sent i utbildningen eller för nära AT eller BT. Socialstyrelsen bedömer att sidotjänstgöringen förslagsvis placeras mellan år 3 och 4, det vill säga efter att ST-läkaren genomfört halva utbildningstiden. Detta ger även möjlighet att behålla och utveckla kontakten mellan professionerna under resterande tid av ST.

En sammanhållen period för sidotjänstgöringen är att föredra, men även här bör flexibilitet finnas med hänsyn till huvudspecialitet och individuella

behov. Exempelvis kan tjänstgöringen ske några dagar i veckan på vård- eller hälsocentral parallellt med arbete på hemmakliniken.

Sidotjänstgöringens innehåll

Sidotjänstgöringen är, liksom övrig ST, en utbildningstjänstgöring med syfte att uppnå tydligt definierade mål. För både primärvård och specialiserad vård innebär den ett ömsesidigt lärande som breddar perspektivet på diagnoser och behandlingar samt främjar utveckling av teamarbete och konsultationsverksamhet.

Det är avgörande att tjänstgöringen utgår från ST-läkarens individuella utbildningsbehov och inte verksamhetens personalresursbehov. Precis som för all tjänstgöring inom ST så ska det finnas tydliga mål, struktur och tillräckliga resurser för att sidotjänstgöringen ska bli meningsfull.

Målbeskrivning för ST

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2015:8 och HSLF-FS 2021:8) om läkarnas specialiseringstjänstgöring samt dess målbeskrivningar. anger de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som krävs för att få ett bevis om specialistkompetens. Målbeskrivningarna består av delmål som delas in i tre kategorier: delmål a, b och c.

För ST-läkare är det möjligt att uppfylla flera av a- och b-delmålen i primärvården. Ett exempel är från 2021 års målbeskrivning (ST-a6), där anges att ST-läkaren ska kunna förmedla kunskap inom sitt specialistområde till olika målgrupper samt planera och genomföra undervisning. Detta är särskilt relevant vid placering i primärvården och skapar mervärde för både primärvård och specialiserad vård.

Kompetenskrav för c-delmålen

Kompetenskraven för c-delmålen preciserar färdigheter och förhållningssätt, där kraven uttrycks i tre nivåer:

- Behärska – det mest omfattande kompetenskravet
- Ha kunskap – mindre omfattande än behärska
- Ha kännedom om – minst omfattande kompetenskravet

Beroende på specialitet kan ST-läkaren uppfylla hela eller delar av vissa c-delmål för sin egen specialitet genom sidotjänstgöringen. För exempel på c-delmål för föreslagna specialiteter, se bilaga 7.

Kompetensmål i primärvården

Socialstyrelsen har tagit fram kompetensmål för fast läkarkontakt. Dessa är avsedda för specialistläkare och ST-läkare i allmänmedicin, men kan med fördel användas som stöd när ST-läkare från andra specialiteter gör en sidotjänstgöring i primärvården. Kompetensmålen bidrar till att ST-läkare får bättre kunskap om primärvårdens medicinska och organisatoriska funktioner. Se bilaga 8.

Eftersom alla kompetensmål inte är lika relevanta för varje specialitet kan de anpassas utifrån ST-läkarens specialitet och behov. Då fungerar de som ett pedagogiskt stöd som fördjupar lärandet och kan användas som grund för både handledning och bedömning under sidotjänstgöringen.

Förslag på innehåll i sidotjänstgöring

Träning i samverkan

Sidotjänstgöring i primärvården ger goda möjligheter till träning och att praktisera samverkan mellan vårdnivåer och professioner. Den bidrar till ökad förståelse för att olika specialiteter har skilda perspektiv på patientens behov, vilket stärker förmågan att arbeta personcentrerat och effektivt.

Samverkan är viktig både inom primärvården och i kontakten med specialiserad vård samt med kommunal hälso- och sjukvård samt omsorg. Under placeringen kan ST-läkaren exempelvis:

- Delta i multidisciplinära konferenser och digitala möten där patientfall diskuteras.
- Reflektera kring fall där samverkan fungerat väl eller där den brustit, för att identifiera förbättringsområden.
- Medverka vid möten om samordnad individuell plan (SIP) och vid uppföljning av patienter som flyttats mellan vårdnivåer.

Dessa aktiviteter ger insikt i hur samordning och informationsöverföring kan förbättras.

Exempel på aktiviteter

För att ge ett meningsfullt lärande kan sidotjänstgöringen innehålla följande moment:

- **Patientkontakt kopplad till huvudspecialitet**
ST-läkaren bör så långt det är möjligt träffa patienter inom sin huvudspecialitet eller patienter med relevans för de delmål som ska

uppnås. Samtidigt kan ST-läkaren möta det breda spektrum av patienter som primärvården hanterar, många utan att det genererar en remiss.

- **Konsultationsträning**

ST-läkaren bör få möjlighet att agera som konsult i sitt specialistområde. Det ger erfarenhet av ansvarsfördelning och förståelse för vad som kan hanteras i primärvården respektive bör remitteras vidare.

- **Preventivt arbete**

Placeringen kan ge inblick i primärvårdens hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

- **Teamsamverkan**

ST-läkaren bör få kunskap om, och praktisk erfarenhet av, teamarbete i primärvården, där många patienter möter andra professioner än läkare. Det inkluderar samarbete med exempelvis sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och kuratorer.

- **Kunskapsutbyte**

Placeringen bör skapa utrymme för lärande mellan vårdnivåer och professioner. ST-läkaren kan både bidra med specialistkunskap och ta del av primärvårdens breda kompetens.

- **Samverkansarenor**

ST-läkaren behöver få inblick och aktivt delta i primärvårdens samverkan med externa aktörer, såsom kommunal hälso- och sjukvård i hemmiljö och särskilt boende samt socialtjänst.

- **Vårdkedja**

ST-läkaren kan följa en patients resa genom hela vårdkedjan, från primärvård till specialiserad vård, rehabilitering, kommunal hälso- och sjukvård eller liknande.

Förutsättningar för sidotjänstgöring i primärvården

Vård- och hälsocentraler där sidotjänstgöring kan genomföras behöver ha fast anställd läkare med specialistkompetens i allmänmedicin och handledarutbildning för att ha förutsättningar för att ta emot ST-läkare. Verksamheter som endast har inhyrd läkarbemanning har i regel inte förutsättningar att ta emot ST-läkare för sidotjänstgöring.

Det kan vara fördelaktigt om ST-läkaren återvänder till samma vårdcentral som under AT eller BT, men det bör finnas utrymme att vidga kompetensen genom placering på vårdcentral med annan storlek eller geografiskt läge.

Handledning

Handledning och samverkan med ST-läkarens huvudplacering kan fungera på samma sätt som vid andra kliniska tjänstgöringar. Vanligtvis planeras cirka en timmes handledning per vecka utöver dagligt stöd i primärvården.

Handledningen fungerar oftast bra, men det kan finnas brist på specialister i allmänmedicin på vissa vård- och hälsocentraler. Då kan så kallad ”gaffelmottagning”, det vill säga att en handledare ansvarar för flera ST-läkare och är behjälplig vid besöken, vara ett alternativ. Handledaren har med fördel rollen som fast läkarkontakt vilket ger kontinuitet i patientkontakten vid konsultation.

Enligt Nationella vårdkompetensrådet råder det inte generell brist på handledare i regionerna, men enstaka vårdcentraler på landsbygden kan ha svårigheter att tillhandahålla specialister för handledning. Flera regioner är dock överens om att tillgången på handledare generellt inte begränsar antalet ST-läkare som kan anställas [9].

Verksamhetens lokaler

Brist på lokaler kan förekomma i vissa verksamheter, men anses som ett hanterbart problem. Med god logistik går det att planera att ta emot ST-läkare från andra specialiteter när verksamhetens egna är på annan klinisk tjänstgöring.

Representanter från primärvården framhåller att fördelarna med att ST-läkare får ökad förståelse för primärvårdens uppdrag och förutsättningar väger tyngre än vad eventuella problem som lokalbrist kan innebära.

Antal berörda ST-läkare

Socialstyrelsens analys visar att 320 ST-läkare inom de tre föreslagna specialiteterna blev färdiga specialister under 2022. Med omkring 1 000 vårdcentraler och hälsocentraler i Sverige innebär det att varje enhet i genomsnitt skulle ta emot färre än en ST-läkare per år.

Att fler ST-läkare gör sidotjänstgöring i primärvården kräver dock noggrann planering, både i primärvården och på sjukhusklinikerna. Socialstyrelsen bedömer att detta är möjligt så länge planeringen sker i god tid. Se bilaga 4.

Förutsättningar för ST-läkaren

Sidotjänstgöringen i primärvården ska vara meningsfull för ST-läkaren. Utbildningen ska inte förlängas utan breddas och fördjupas genom den. Det är viktigt att ST-läkaren får kännedom om de individuella fördelarna med att få den kompetens som sidotjänstgöringen syftar till.

Tidspress och bemanningsutrymme

Utredningen visar att ST-läkare har ett omfattande utbildningsprogram med flera kliniska placeringar, kurser och jourpass som kräver mycket tid. Flera studierektorer uppger att den ökade tiden för kurser har lett till att klinisk tjänstgöring inom huvudspecialiteten har minskat. Som en följd har man på vissa håll försökt begränsa omfattningen av olika sidotjänstgöringar.

Det har framkommit att bemanningsbehovet för jourtjänstgöring på ST-läkarens hemmaklinik kan försvåra möjligheten att frigöra tid för sidotjänstgöring. Dessutom kräver jourpassen kompensationsledighet, vilket ytterligare begränsar ST-läkarens tillgängliga tid. Samtidigt befinner sig ST-läkarna oftast i den fas av livet då det är dags att bilda familj vilket gör att livssituationen kan påverka att ST tar längre tid än minimitiden.

Erfarenheter från ST-läkare

ST-läkare som har genomfört sidotjänstgöring i primärvården har inte prioriterat bort annan klinisk tjänstgöring på grund av placeringen. Däremot har det framkommit att hemmakliniker haft svårt att undvara dem.

Sammanfattning förutsättningar

Det är viktigt att ha i minnet att en ST inte är tidsstyrd utan målstyrd och ska ta minst 5 eller 5,5 år beroende på vilket regelverk som är tillämpligt. Det viktigaste är att ST-läkaren uppfyller alla mål i målbeskrivningen, inte att bli färdig specialist så fort som möjligt.

Utrymmet för sidotjänstgöring inom ST är begränsat och ser olika ut beroende på specialitet. Trots dessa utmaningar anser Socialstyrelsen att värdet av sidotjänstgöring väger tyngre. För att möjliggöra sidotjänstgöring i primärvården utan att det påverkar hemmakliniken negativt krävs god planering och genomtänkta strategier. Ett möjligt upplägg kan vara att ST-läkare i allmänmedicin tjänstgör på specialistkliniken under den period då klinikens ST-läkare genomför sin placering i primärvården.

Specialitetsföreningars synpunkter

Socialstyrelsen har genomfört dialogmöten med fem specialitetsföreningar. Vid dialogmötena framkom en samstämmig uppfattning om att det finns behov av ökad samverkan mellan primärvård och specialiserad vård. Några föreningar föreslog alternativa samverkansformer, såsom konsultroller för färdiga specialister i primärvården eller gemensamma samverkanskurser i stället för sidotjänstgöring i primärvården för ST-läkare.

Gällande förslaget om sidotjänstgöring i primärvården betonades bland annat betydelsen av flexibilitet och frivillighet, samverkan med kommunal hälso- och sjukvård, liksom anpassning till regionala förutsättningar. Det framfördes också en oro för att sidotjänstgöring skulle ta tid från annan viktig klinisk tjänstgöring. Socialstyrelsen har beaktat flera, men inte alla, synpunkter från berörda föreningar.

Regionens roll i planering och samordning av ST

Regionerna har ett övergripande ansvar för att säkerställa tillgången till specialistläkare utifrån befolkningens vårdbehov¹⁸. För att uppnå detta krävs god kännedom om utbildningsbehov och en strukturerad planering av ST-tjänster inom olika specialiteter.

Socialstyrelsen anser att det är viktigt att varje region har en struktur för dimensionering, placering och uppföljning av ST-läkare. En samlad överblick över läkares BT och resten av ST, inklusive sidotjänstgöringar, är avgörande för effektiv planering och resursanvändning. Det ger även bättre förutsättningar för att anpassa utbildningen till både aktuella och framtida behov i hälso- och sjukvården.

Under dialogmöten har det framkommit att organisationen kring ST varierar i regionerna. Vissa regioner har en tydlig struktur och god överblick om när och var ST-läkare ska genomföra sina sidotjänstgöringar, medan andra regioner saknar en sådan samlad planering.

För att möjliggöra sidotjänstgöring i primärvården för ST-läkare inom andra specialiteter krävs ett aktivt stöd från regionens ledning. Det innebär att det behöver finnas tydliga strukturer för att planera, förankra och genomföra placeringarna. Framgångsrik organisering och implementering av sidotjänstgöringen förutsätter att mål och strategier är förankrade på regional ledningsnivå, på verksamhetsnivå och med utbildningsansvariga.

Åtgärder för att införa sidotjänstgöring i primärvården

Socialstyrelsens förslag om sidotjänstgöring i primärvården är ett frivilligt alternativ för ST-läkare. Även om tjänstgöringen inte är obligatorisk, bedömer Socialstyrelsen att den utgör en viktig pusselbit för att stärka samverkan mellan vårdnivåerna. För att förslaget ska få genomslag krävs att regioner aktivt skapar goda förutsättningar för ST-läkare att välja detta

¹⁸ 5 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

alternativ. Nedan presenteras ett antal förslag på åtgärder som kan stödja införandet av sidotjänstgöring i primärvården.

För regionledning

Om det saknas en organisation och struktur för dimensionering, placering och uppföljning av ST-läkare i regionen, bör en sådan etableras. Detta för att säkerställa en jämlik och kvalitativ utbildning samt möjliggöra sidotjänstgöring över vårdnivågränser.

Regionen kan med fördel lyfta frågan om sidotjänstgöring i primärvården på regionledningsnivå. Det skulle tydliggöra vikten av samverkan mellan vårdnivåer och visa hur regionen aktivt arbetar för att främja den. Ett regionalt ställningstagande som betonar värdet av sidotjänstgöring i primärvården bör kommuniceras till berörda klinikledningar, primärvårdsledningar, verksamheter och berörda ST-läkare för att skapa engagemang och förutsättningar för genomförande.

Regionen kan även se över primärvårdsverksamheternas faktiska förutsättningar att ta emot ST-läkare från andra specialiteter, exempelvis vad gäller handledarresurser och utbildningsmiljö. Samtidigt behöver regionen stötta hemmaklinikernas möjlighet att avvara ST-läkare under sidotjänstgöringen.

För utbildningsansvariga

Utbildningsansvariga studierektorer har en viktig roll i att lyfta fram betydelsen av samverkan och sidotjänstgöring i dialogen med ST-läkaren och dennes huvudhandledare. För att stärka samverkansperspektivet kan sidotjänstgöringen integreras i den individuella utbildningsplanen.

I samtalet kan studierektorn och ST-läkaren tillsammans identifiera vilka delmål som kan uppnås i primärvården, samt vilka aktiviteter som är särskilt relevanta för den enskilde ST-läkarens kompetensutveckling. Studierektorn kan också vara ett stöd i att välja lämplig primärvårdsverksamhet och etablera kontakt.

Det är värdefullt om även utbildningsansvariga i specialitetsföreningarna lyfter fram vikten av ökad samverkan med primärvården. Föreningarnas engagemang är ett viktigt bidrag i det gemensamma ansvaret för att genomföra omställningen till en mer integrerad hälso- och sjukvård.

Socialstyrelsen vill tydliggöra att myndigheten inte har mandat att påverka vilka kliniska tjänstgöringar som specialitetsföreningarna rekommenderar. Däremot är det positivt om sidotjänstgöring i primärvården uppmärksammas och värdesätts inom fler specialiteter framöver.

För verksamhetsansvariga

Både primärvårdsverksamheter och sjukhuskliniker behöver kunna tydliggöra vinsterna med ökad samverkan genom sidotjänstgöringen, samt möjliggöra och stödja en planering med god framförhållning. Det innefattar att hantera frånvaro i den ordinarie verksamheten och att säkerställa nödvändiga resurser hos den mottagande enheten, såsom ersättare och handledare. Genom att skapa gemensamma förutsättningar stärks såväl förankring som genomförbarhet i hela vårdkedjan.

För planering och genomförande av en sidotjänstgöring kan Socialstyrelsens stödmaterial *Stöd för ST-läkares sidotjänstgöring i primärvården* användas.

Slutsats

I Socialstyrelsens uppföljning av omställningen till god och nära vård framgår att samverkan har utvecklats positivt under de senaste åren. Samtidigt konstateras att samarbetet mellan primärvården och den specialiserade vården behöver fortsätta att utvecklas och stärkas [23]. Det krävs etablerade strukturer och en tydlig rollfördelning för att samverkan ska fungera effektivt, något som i dagsläget sällan förekommer mellan regional primärvård och övrig specialiserad vård [10].

Under dialogmötena har samverkan mellan vårdnivåerna lyfts fram. Vid dessa samtal har det framkommit att det saknas inarbetade strukturer för samverkan. Det finns inga naturliga mötesplatser mellan specialistläkare i primärvården och den specialiserade vården. Sådana mötesplatser och samverkansstrukturer är avgörande för att möjliggöra innovation och utveckling av nya arbetssätt¹⁹. Utan dessa forum försvåras även implementering av nya lösningar och arbetssätt.

Samverkan mellan vårdnivåerna är central för omställningen och för att primärvården ska kunna axla sin samordnande roll. Därför behövs en bred förståelse för samverkans betydelse inom hela hälso- och sjukvårdsorganisationen. Socialstyrelsen ser det som önskvärt att regionledningar för dialog om befintliga strukturer för samverkan, och hur dessa kan vidareutvecklas för att främja naturliga möten, gemensamt lärande och ökad förståelse. För att omställningen till en god och nära vård ska bli framgångsrik behöver det skapas förutsättningar för samverkan.

Socialstyrelsen ser förslaget om sidotjänstgöring i primärvården som en viktig del i arbetet med att stärka den nära vården och främja ökad samverkan mellan vårdnivåer. Primärvården utgör en värdefull arena där ST-läkare och specialistläkare från olika vårdnivåer kan mötas och

¹⁹ https://www.vinnova.se/sa-framjar-vi-innovation/metoder-for-innovation/vad-ar-missionsorienterat-arbetssatt/?utm_source=chatgpt.com Hämtad 2025-06-03

samarbeta. Socialstyrelsen bedömer att det är en strategisk investering att utbilda framtida specialistläkare med ett tydligt fokus på samverkan med primärvården. Det är angeläget att primärvården ses som en lika självklar och jämbördig samverkanspart som den specialiserade vården vid sjukhusen. Ett sådant perspektiv stärker förutsättningarna för ett mer sammanhållet, effektivt och patientnära hälso- och sjukvårdssystem.

En välfungerande samverkan, med primärvården som bas, är avgörande för en effektiv och samhällsekonomiskt hållbar hälso- och sjukvård²⁰. Genom att använda vårdens resurser mer effektivt och avlasta sjukhusen kan vården bli mer hållbar – både ekonomiskt och långsiktigt. Förhoppningen är att detta också bidrar till en förbättrad arbetsmiljö, med jämnare arbetsbelastning och bättre arbetsflöden för vårdpersonalen.

Om hälso- och sjukvården ska uppfattas som en attraktiv och intressant arbetsgivare för framtida generationer krävs mod att utmana traditionella strukturer och arbetssätt av vårdens ledare och medarbetare i dag [24].

Fördelar med sidotjänstgöringen

Litteraturen lyfter läkarnas centrala roll i gränssnittet mellan primär- och specialiserad vård, inte bara kliniskt, utan också i skapandet av organisatoriska strukturer och förutsättningar för samverkan [14]. För att vården ska bli mer sömlös behöver gemensamma rutiner etableras, så att patienten får vård på rätt vårdnivå och slipper onödiga förflyttningar [3].

För att detta ska lyckas krävs ökad medvetenhet och förståelse för de olika yrkesgruppernas och organisationernas uppdrag och förutsättningar. Varje aktör tolkar verkligheten utifrån sitt eget perspektiv och det kan leda till att de har olika uppfattningar om vilka insatser som behövs [3].

Samarbete mellan läkarspecialiteter behöver därför uppmärksammas i specialistutbildningen [15, 16]. Det behövs en god samarbetskultur, öppenhet inför varandras perspektiv, begränsad hierarki samt avsatt tid med handledare för att främja intraprofessionellt samarbete mellan specialistläkare [15].

Mervärde för ST-läkaren

ST-läkarens kompetens utvecklas och fördjupas successivt under vidareutbildningen och genom de erfarenheter som ST-läkaren får under tjänstgöring inom sin huvudspecialitet.

Sidotjänstgöring i primärvården även senare i ST ger ST-läkaren möjlighet att utveckla en bredare kompetens genom att fördjupa sin kunskap och förståelse för primärvårdens uppdrag och förutsättningar. Det bidrar till att

²⁰ Prop. 2019:20/164 s.10-11

läkaren kan se både vården och hälso- och sjukvårdsorganisationen utifrån ett bredare vårdkedje- och systemperspektiv.

Genom erfarenhet från primärvården får ST-läkaren även insikt i de praktiska förutsättningarna och begränsningarna på denna vårdnivå, vilket kompletterar kunskaperna om detta gentemot huvudspecialiteten.

Dialogmöten visar att ST-läkare genom sidotjänstgöring får bättre förståelse för andra specialiteter och bygger relationer som underlättar framtida samarbete. *”Bara att träffas underlättar för framtida kontakter”*.

Mervärde för patienterna

Allt fler människor lever längre med kroniska sjukdomar som kräver stöd från både primärvård och den specialiserade vården. För patienterna innebär kompetens om vårdkedjor- och hälso- och sjukvårdssystemet hos läkare att de kan få en mer sammanhållen personcentrerad vård som präglas av helhetssyn. När vårdnivåerna samarbetar effektivt kan patienter få rätt vård på rätt plats, vilket minskar risken för fragmenterad vård, fördröjningar och onödiga förflyttningar.

Mervärde för hälso- och sjukvården

Det finns fördelar med sidotjänstgöring inom primärvården, då den bidrar till en ökad förståelse för skillnader och ansvarsfördelning mellan vårdnivåerna. Genom bättre kunskap om primärvården kan bland annat onödiga prover och undersökningar undvikas. Ökad förståelse för vårdnivåernas arbetsmetoder och resurser skulle kunna underlätta utveckling av gemensamma rutiner och remitteringsprocesser, vilket skulle göra vården mer patientsäker samt effektiv och ändamålsenlig.

Representanter från primärvården ser ett tydligt behov av att ta emot ST-läkare från andra specialiteter för att främja fungerande samverkan och därmed stärka vårdens helhetssyn och kvalitet.

Mervärde för kommunal hälso- och sjukvård

Patienter med kommunal hälso- och sjukvård behöver ofta både primärvård och annan specialiserad vård. Därför är det viktigt att ST-läkare från andra specialiteter än allmänmedicin har kunskap och förståelse för hur den kommunala hälso- och sjukvården samt omsorgen fungerar.

Det är särskilt betydelsefullt att känna till vilken vård och omsorg som kan erbjudas i patientens hemmiljö eller på särskilt boende. En effektiv och säker informationsöverföring mellan vårdnivåerna är avgörande för att patienten ska få en välplanerad, sammanhållen vård och behandling.

Sidotjänstgöring i primärvården ger ST-läkare en viktig inblick i vardagen för patienter inom kommunal vård och skapar förståelse för primärvårdens roll som samverkanspart. Detta stärker både kommunikationen och samarbetet mellan vårdnivåerna, vilket i sin tur bidrar till tryggare och mer samordnad vård för patienter med komplexa behov.

Sidotjänstgöring som en del av omställningen till en god och nära vård

För att omställningen ska kunna fortgå krävs en kulturförändring och ett utvecklat system som binder samman de olika organisatoriska vårdnivåerna. Primärvården behöver få den samordnande roll som omställningen syftar till.

Socialstyrelsen anser att sidotjänstgöring i primärvården är en viktig del i detta arbete. Den möjliggör möten mellan vårdnivåerna och stärker förståelsen för respektive uppdrag, vilket i sin tur kan leda till ökad samverkan och en mer sammanhållen vård för patienten.

Sidotjänstgöringen kan också främja nya arbetssätt, effektivisera arbetsflöden och bidra till en mer balanserad arbetsbelastning – till gagn för både patienter och personal.

En primärvård som samverkar med andra vårdnivåer skapar förutsättningar för en effektiv och hållbar hälso- och sjukvård. Därför behöver primärvården få möjlighet att bli det nav i systemet som reformen syftar till.

Uppföljning och nästa steg

Det är både viktigt och angeläget att stödja omställningen till en mer nära och sammanhållen vård. Förslaget om sidotjänstgöring i primärvården är frivilligt, men Socialstyrelsen kommer att följa upp hur det har införts och tagits emot i regionerna. Målet är att fler ST-läkare ska välja att genomföra sidotjänstgöringen, därför behöver regionerna skapa goda förutsättningar för att detta ska vara möjligt. Sidotjänstgöring i primärvården ska bli en naturlig del av omställningen.

Socialstyrelsen kommer att fortsätta undersöka möjligheten att utöka antalet ST-läkare, inom fler specialiteter, som kan bedömas lämpliga för sidotjänstgöring i primärvården. Syftet är att ytterligare stärka samverkan mellan vårdnivåerna och att tydligare lyfta fram primärvården som en central arena i dagens hälso- och sjukvård.

Dessutom undersöker Socialstyrelsen andra sätt för att förbättra samverkan mellan specialiserad vård och primärvård.

Referenser

1. God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39). Stockholm: Elanders Sverige AB; 2018.
2. Kompetens för en fast läkarkontakt i primärvården-underlagsrapport för kunskapsstödjande kompetensmål. Socialstyrelsen 2023.
3. Effektiv vård (SOU 2016:2) Stockholm: Elanders Sverige AB; 2016
4. Regeringens proposition 2021/22:72 Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform. Stockholm 2021.
5. Kunskapsguiden. Yrkesintroduktion för baspersonal inom äldreomsorgen, samverkan. Socialstyrelsen 2024. Hämtad 2024-06-26 från: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/yrkesintroduktion-for-baspersonal-inom-aldreomsorgen/samverkan/>
6. Vård och omsorg för äldre, lägesrapport 2023. Socialstyrelsen 2023.
7. Om övergångar mellan slutna vård och öppna vård och omsorg. Socialstyrelsen, 2017-1-13.
8. VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom. Stockholm. Myndigheten för vårdanalys 2014; Rapport 2014:2
9. Kompetensförsörjning inom primärvården, slutrapport. Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet 2022.
10. Ordnat för omställning? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport. Stockholm. Myndighetens för vård- och omsorgsanalys; 2023. Rapport 2023:2.
11. Allmän tillgång? – Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård. Stockholm. Myndighetens för vård- och omsorgsanalys; 2018. Rapport 2018:5.
12. Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga. Delbetänkande av utredningen om en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34). Stockholm: Elanders Sverige AB; 2021
13. Iakttagelser i korthet. Patienter klagar över brist på tillgänglighet och samordning i primärvården. Inspektionen för vård och omsorg; utgiven juni 2024.
14. Janssen M, Sagasser M, Fluit C, Assendelft W, de Graaf J, Scherpbier N. Competencies to promote collaboration between primary and secondary care doctors: an integrative review. BMC Family Practice (2020) 21:179
15. Looman N, Fluit C, van Wijngaarden M, de Groot E, Dielissen P, van Asselt D et al. Chances for learning intraprofessional collaboration between residents in hospitals. Med Educ 2020 Dec;54(12):1109-19.
16. Looman N, de Graaf J, Thoonen B, van Asselt D, de Groot E, Kramer A et al. Designing the learning of intraprofessional collaboration among medical residents. Med Educ 2022 Oct;56(10):1017-31.
17. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring HSLF-FS 2021:8.

18. Läkarnas specialiseringstjänstgöring, Målbeskrivningar 2021. Socialstyrelsen: Åtta.45 Tryckeri AB; 2021.
19. En sexårig utbildning för läkarexamen. Promemoria 2018-06-14 U2018/02704/UH. Utbildningsdepartementet. Regeringskansliet.
20. Vårdhandboken. Länk hämtad 2024-11-22: [Översikt - Vårdhandboken](#)
21. Nationella planeringsstödet 2020, Bilaga 1: Tillgång och efterfrågan på specialistläkare inom samtliga specialiteter. Socialstyrelsen.
22. Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv 2019 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, rapport 2020:5. Åtta.45 Tryckeri; 2020.
23. Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2023. Socialstyrelsen augusti 2024. Artikelnummer: 2024-8-9188.
24. God och Nära vård i samverkan (SOU 2019:29). Stockholm: Elanders Sverige AB; 2019 s. 37.

Bilaga 1 - Metod

Delprojektet har utgått från följande frågeställning vid genomförande av uppdraget:

- vilka läkarspecialiteter skulle vara aktuella för sidotjänstgöring inom primärvården
- hur stor omfattning av sidotjänstgöringen är lämpligt att förlägga i primärvården
- finns förutsättningar för primärvården att ta emot fler ST-läkare
- finns förutsättningar för att sidotjänstgöringen ryms i läkares ST

Insamling av relevant material och information om ST-läkarnas tjänstgöring har gjorts genom litteratursökning, kvantitativa data från Socialstyrelsens statistik över hälso- och sjukvårdspersonal, samtal med internt sakkunniga och dialogmöten med externa aktörer. Dessutom kontakt med Finlands läkarförbund, Sundhedsstyrelsen i Danmark och Helsedirektoratet i Norge för att undersöka hur ST-läkares tjänstgöring i primärvården ser ut i de nordiska grannländerna.

Initialt har projektgruppen tagit fram underlag för ett urval av aktuella läkarspecialiteter. Urvalet har grund i basspecialiteterna. Grenspecialiteter och tilläggsspecialiteter har valts bort då de kräver specialistkompetensbevis i annan specialitet. Under arbetet med att ta fram och prioritera olika samverkansytor, dvs ytor där olika läkarspecialiteter möts kring gemensamma patienter, utgick projektgruppen från följande parametrar:

- vanligt förekommande läkarspecialiteter som arbetar inom primärvården
- vanliga diagnoser som hanteras inom primärvården
- vanliga kroniska diagnoser som hanteras både av primärvården och den specialiserade vården
- vilken kompetens som krävs för att bli fast läkarkontakt i primärvården
- olika patientgrupper som behöver en fast läkarkontakt inom primärvården
- läkare inom olika specialiteter som är verksamma inom gemensamma verksamheter såsom akademiska vårdcentraler, sjukhus hemma, mobila team samt övriga samverkansytor

Sammanställningen av parametrarna har resulterat i ett första urval av 21 basspecialiteter. Utifrån samtal med internt och externt sakkunniga har även olika exempel på tidsintervaller tagits fram. Uppgifterna har legat till grund för ett diskussionsmaterial vid dialogmöten. Diskussionsmaterialet har successivt utvecklats utifrån uppgifter som framkommit vid dialogmötena. Se bilaga 2.

En intern projektgrupp med medarbetare från olika enheter i myndigheten har medverkat i delprojektet. Dialogmöten och intervjuer har förts med

representanter för tre regioner i syfte att samla information utifrån frågeställningen. Dessa regioner har valts utifrån storlek och geografisk placering i samråd med nationella primärvårdsrådet. Regionerna är: region Jämtland Härjedalen, region Jönköpings län och västra Götalandsregionen. Region Kalmar län har bidragit med kontaktuppgifter till ST-läkare.

För att få en så heltäckande bild som möjligt har intervjuer förts med olika professioner:

- Studierektorer för ST-läkare i allmänmedicin och i sjukhusspecialiteter
- Verksamhetschefer och enhetschefer för större och mindre vård- eller hälsocentraler i stad och på landsbygd
- Verksamhetschefer för olika specialistkliniker
- ST-läkare inom olika läkarspecialiteter

Dialogmöten har även skett med följande professionsorganisationer: Sveriges läkarförbund, Svenska Läkaresällskapet, Svensk Föreningen för Allmänmedicin, Distriktsläkarföreningen, Sveriges Yngre Läkares Förening och Sjukhusläkarna. Diskussionsmaterialet och en lista på urval av läkarspecialiteter har överlämnats efter dialogmötet. På listan har det funnits plats för kommentarer och motiveringar till varför läkarspecialiteterna anses aktuella eller inte aktuella för en sidotjänstgöring.

Projektgruppen har därefter sammanställt och analyserat samtliga underlag i utredningen. Analysen resulterade i fem olika läkarspecialiteter som behövde diskuteras med berörda specialitetsföreningar.

Utredningen fortsatte därefter i syfte att få underlag till vad som krävs av en vård- eller hälsocentral för att ST-läkare ska få en adekvat sidotjänstgöring. Följande arbetsmoment ingick i det fortsatta arbetet:

- Dialog och inhämtning av erfarenheter hos ST-läkare inom valda specialiteter som har genomfört klinisk tjänstgöring i primärvården
- Dialog och inhämtning av erfarenhet från vård- eller hälsocentraler där dessa ST-läkare har genomfört klinisk tjänstgöring
- Dialog med berörda specialitetsföreningar för inhämtning av deras perspektiv och synpunkter
 - Svensk förening för akutsjukvård
 - Svenska barnläkarföreningen
 - Svensk geriatrisk förening
 - Svensk internmedicinsk förening
 - Svenska psykiatriska föreningen

Underlagen har sammanställts till ett stödmaterial med förslag på struktur och innehåll för en sidotjänstgöring i primärvården.

Bilaga 2 – Diskussionsunderlag

Diskussionsmaterial - version 4

- Läkares specialiseringstjänstgöring inom primärvården

Bakgrund

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att genomföra insatser för att främja, stödja och följa upp omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård [1]. Ett av de övergripande målen är att patienten ska få en samordnad vård där primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården [2]. Primärvården spelar därmed en avgörande roll i hälso- och sjukvårdsomställningen, där fokus ska flyttas från en sjukhustung vårdmodell till en mer tillgänglig och kontinuerlig vård med en fast läkarkontakt på vård-/hälsocentralen [3]. Även den specialiserade vården har betydelse för genomförandet av reformen. Många patienter har behov av flera professioners kompetens och därför behövs en god samverkan mellan vårdnivåerna, så att patienterna får en sammanhållen, tillgänglig och personcentrerad vård. För att omställningen ska fortgå och kulturförändring ska kunna genomföras behöver det skapas förutsättningar för att samverka och utveckla nya arbetssätt. Förutom att ökad samverkan gör att patienterna får en sammanhållen och koordinerad vård, kan nya arbetssätt bidra till ett bättre utnyttjande av resurserna och förbättring av arbetsmiljön. Olika former av arbetssätt skulle även kunna leda till ett hållbart och utvecklande arbetsliv för vårdpersonalen.

Specialiseringstjänstgöring inom primärvården

Socialstyrelsens projekt *Läkarnas specialiseringstjänstgöring inom primärvården* vill bidra till omställningen och lägga grund för god och nära vård genom att skapa förutsättningar för ökad samverkan mellan specialistläkare i primär- och specialiserad vård. Därför utreder vi om fler ST-läkare inom olika specialiteter kan genomföra en del av sin tjänstgöring inom primärvården. Socialstyrelsen har avgränsat området primärvård till vård-/hälsocentral inklusive deras samverkansytor.

För närvarande ingår tjänstgöring inom primärvården i grundutbildning för läkare och i allmäntjänstgöring (AT, som på sikt kommer att försvinna), samt i bastjänstgöring (BT) som en första del av specialiseringstjänstgöring (ST). Därefter är inte tjänstgöring inom primärvården en del av ST för andra specialiteter än allmänmedicin.

Avsikten med att ST-läkare från andra specialiteter än allmänmedicin ska tjänstgöra på en vård-/hälsocentral även i resterande del av ST handlar bl.a. om att se vården utifrån ett bredare vårdkedje- och systemperspektiv. ST-läkarens kunskaper utvecklas över tid från grundutbildning till vidareutbildning. Erfarenhet av interaktion med patienter och kollegor på olika vårdnivåer bidrar till fördjupad kompetens om komplexitet och arbetssätt inom vården. Det är viktigt att ST-läkare inom samtliga specialiteter har bättre beredskap för att vara en del av god och nära vård. För att primärvården ska kunna utgöra navet och samordna patientens vård krävs att läkare på samtliga vårdnivåer har förutsättningar att medverka till detta.

Syfte med primärvårdstjänstgöringen

Det övergripande syftet med primärvårdstjänstgöringen för andra ST-läkare än inom allmänmedicin, är att stödja omställningen till nära vård. Diskussionsunderlaget utgår från Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2015:8 och HSLF-FS 2021:8) om läkarnas specialiseringstjänstgöring samt dess målbeskrivningar. Här anges de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som krävs för att få ett bevis om specialistkompetens. Målbeskrivningarna består av delmål varav flera skulle kunna uppfyllas genom tjänstgöring på en vård-/hälsocentral.

Syfte för primärvårdstjänstgöringen:

- Stärka samverkan mellan primärvård och specialistvård
- Förbättra kunskap om och förståelse för primärvårdens uppdrag och förutsättningar
- Relationsskapande för att främja innovativa och effektivare arbetssätt mellan olika professioner, specialiteter och vårdnivåer kring gemensamma patienter
- Stärka den personcentrerade vården för patienten genom en mer sammanhållen och koordinerad vård som präglas av helhetssyn
- Effektivare användning av resurser som bl.a. kan bidra till att avlasta sjukhusen

Områden att diskutera

Diskussionsmaterialet innehåller följande delar:

- Urval av läkarspecialiteter
- Tidsaspekt på primärvårdstjänstgöringen
- Förutsättningar för ST i primärvården
- Påverkan på ST-läkarens specialitet
- Tjänstgöringens innehåll

Urval av läkarspecialiteter

Socialstyrelsen vill diskutera läkarspecialiteter som skulle kunna vara aktuella för tjänstgöring på en vård-/hälsocentral. Förslagsvis skulle det kunna vara ett urval av läkare som genomför en ST i en basspecialitet. Det vill säga inte grenspecialitet, tilläggsspecialitet eller dubbelspecialisering. Då är denna form av tjänstgöring endast aktuell om ST-läkaren inte har genomfört primärvårdstjänstgöring inom ramen för ST tidigare.

Förslag på parametrar att ta hänsyn till vid urval av specialiteter som skulle kunna vara lämpliga för denna tjänstgöring är:

- vanligt förekommande läkarspecialiteter som arbetar inom primärvården
- vanliga diagnoser som hanteras inom primärvården
- vanliga kroniska diagnoser som hanteras både av primärvård och specialistvård
- vilken kompetens som krävs för att bli en fast läkarkontakt i primärvården
- olika patientgrupper som behöver en fast läkarkontakt inom primärvården
- läkare inom olika specialiteter som är verksamma inom gemensamma verksamheter såsom akademiska vårdcentraler, sjukhus hemma, mobila team samt övriga samverkansytor

Urval av specialiteter för diskussion:

- Akutsjukvård
- Barn- och ungdomsmedicin
- Barn- och ungdomspsykiatri
- Geriatrik
- Hud- och könssjukdomar
- Internmedicin
- Kardiologi
- Kirurgi
- Obstetrik och gynekologi
- Onkologi
- Ortopedi
- Psykiatri
- Reumatologi
- Öron-, näs- och halssjukdomar
- Infektionssjukdomar
- Lungsjukdomar
- Neurologi
- Radiologi
- Rehabiliteringsmedicin
- Urologi
- Ögonsjukdomar

- Annan?
- Samtliga basspecialiteter?

Frågor att diskutera

- Vilka läkarspecialiteter kan vara aktuella för en primärvårdstjänstgöring?
 - de med nära samverkan med primärvården?
 - de med anknytningsytor till primärvården?
 - samtliga basspecialiteter?

Tidsaspekt på primärvårdstjänstgöringen

ST är en målstyrd utbildning utan tidsangivelser för måluppfyllelse. För att uppfylla delmål och syfte med tjänstgöringen på en vård-/hälsocentral kan olika lång tid krävas bl.a. beroende på tidigare erfarenhet och vilken specialitet ST-läkaren har valt. Det behöver också finnas tillräckligt med tid för handledaren på vård-/hälsocentralen att göra en bedömning av ST-läkarens kompetensutveckling och måluppfyllelse.

Även om utbildningen är målstyrd bör en relevant tidsaspekt diskuteras. Tjänstgöringstiden skulle förslagsvis kunna variera mellan fyra och tolv veckor. De specialiteter som har en nära samverkan kring gemensamma patienter skulle exempelvis kunna välja längre tjänstgöringstid inom primärvården. Hur mycket tid och erfarenhet ST-läkaren behöver inom egen specialitet innan tjänstgöringen bör också beaktas.

Exempel på olika upplägg av primärvårdstjänstgöringen:

- En tjänstgöringsperiod på 4–12 veckor, tidigast efter att halva tjänstgöringstiden inom egen specialitet är genomförd
- En tjänstgöringsperiod på 6–8 veckor i slutet av andra året, därefter återkomma till samma verksamhet ca 1 - 2 veckor årligen under resterande del av ST
- En tjänstgöringsperiod på 6–8 veckor i slutet av andra året, därefter återkomma till samma verksamhet en dag per vecka under följande 4 - 6 veckor
- Två uppdelade tjänstgöringsperioder på 4–6 veckor, både efter två års och efter fyra års tjänstgöringstid
- Annat alternativ?

Frågor att diskutera

- Vilken tidsaspekt är relevant för primärvårdstjänstgöringen?
- När i ST ska tjänstgöringen förläggas?
 - början, mitten eller slutet av ST
- Hur kan tjänstgöringstiden utformas?
 - sammanhållen, uppdelad, integrerad eller återkommande perioder

Förutsättningar för ST i primärvården

Struktur för handledning och samverkan med ST-läkarens huvudplacering föreslås fungera på samma sätt som vid andra sidotjänstgöringar. Vård-/hälsocentral ska ha en uppbyggd struktur för tjänstgöring och handledning. Det kan vara en fördel om ST-läkaren har möjlighet att återvända till den vård-/hälsocentral där hen tidigare har genomfört sin AT eller BT.

Primärvårdstjänstgöringen kräver tillgång till handledare, både huvudhandledare inom ST-läkarens specialitet och en handledare på vård-/hälsocentralen. Handledaren i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin [4]. Förslagsvis bör det finnas möjlighet att samordna handledning och att handleda i grupp om det finns flera ST-läkare som tjänstgör i verksamheten. Digitala lösningar skulle kunna vara ett komplement vid handledning.

Socialstyrelsen är medveten om att en utökad tjänstgöring i primärvården kommer kräva mer planering eftersom antalet ST-läkare som ska tjänstgöra kommer att öka, liksom behovet av handledning. Enligt nationella vårdkompetensrådet råder det för närvarande inte generell brist på handledare bland regionerna, men enstaka vårdcentraler på landsbygden kan ha brist på specialister i allmänmedicin och därmed svårigheter med handledning. Det finns en samsyn i flera regioner att tillgången på handledare generellt inte är en begränsande faktor för hur många ST-läkare som kan anställas [5].

Påverkan på ST-läkarens specialitet

Läkarnas ST är en utbildningstjänst. Socialstyrelsen vill betona att primärvårdstjänstgöringen handlar om ovanstående syfte och inte om att öka arbetskraften inom primärvården.

Det är av vikt att utbildningen inte förlängs utan breddas och fördjupas genom primärvårdstjänstgöringen. Många specialiteter har flera sidotjänstgöringar, kurser och jourpass som tar mycket tid och utrymme i anspråk. Det bör därför finnas strategier så att ST-läkaren kan genomföra sidotjänstgöringar utan att hemmakliniken får svårt att fungera, ex för att täcka jourpass.

Frågor att diskutera

- hur gör man primärvårdstjänstgöringen attraktiv för olika ST-läkare?
- hur skapas utrymme för primärvårdstjänstgöringen i befintlig ST

Tjänstgöringens innehåll

För att primärvårdstjänstgöringen ska bli meningsfull för ST-läkaren behöver det finnas tydliga mål, en tydlig struktur och resurser för tjänstgöringen.

ST-läkaren ska ha möjlighet att planera olika delmål utifrån Socialstyrelsens målbeskrivning för aktuella specialitet, som kan uppfyllas under tjänstgöringen. Som exempel kan delmål STa6 uppfyllas i primärvården. Där framgår bland annat att ST-läkaren ska kunna förmedla kunskaper inom den egna specialitetens ämnesområde till olika målgrupper samt kunna planera och genomföra undervisning, men även handleda medarbetare och studenter.

ST-läkaren bör få riktade patienter inom egen specialitet men även en blandning av patienter kan vara värdefullt, det bör vara en flexibilitet utifrån specialitet och individuella önskemål. ST-läkaren kan med fördel träna sin roll som konsult inom egen specialitet och då anpassa sig till de förhållanden som gäller för primärvården. På så vis breddar ST-läkaren sin egen kompetens samt får förståelse för vad som kan och inte bör hanteras i primärvården. Det ska även finnas utrymme för preventivt hälsoarbete inom specialiteten.

Under primärvårdstjänstgöringen bör det finnas utrymme för att träna samverkan i form av kunskapsutbyte via olika forum och teamsamverkan. Både inom läkargruppen men även med andra professioner som samarbetar kring patienterna i verksamheten. ST-läkaren bör även få inblick i verksamhetens olika samverkansarenor såsom exempelvis mobila team och hemsjukvården.

Frågor att diskutera

- hur kan man uppnå ökad samverkan genom primärvårdstjänstgöringen

Referenser:

25. Regeringens proposition 2021/22:72 Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform. Stockholm 2021.
26. God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39). Stockholm: Norstedts Juridik; 2018.
27. Kompetens för en fast läkarkontakt i primärvården-underlagsrapport för kunskapsstödjande kompetensmål. Socialstyrelsen 2023.
28. Läkarnas specialiseringstjänstgöring, Målbeskrivningar 2021. Socialstyrelsen: Åtta.45 Tryckeri AB; 2021.
29. Kompetensförsörjning inom primärvården, slutrapport. Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet 2022.

Bilaga 3 - Bas-, gren- och tilläggsspecialiteter i Sverige

Tabell 1 - Indelning och namn på de läkarspecialiteter som finns i Sverige.

Specialistgrupp	Specialistbevis
Barn- och ungdomsmedicinska specialiteter	<i>Basspecialitet:</i> Barn- och ungdomsmedicin <i>Grenspecialiteter:</i> Barn- och ungdomsallergologi, Barn- och ungdomshematologi och onkologi, Barn- och ungdomskardiologi, Barn- och ungdomsneurologi med habilitering, Neonatologi
Bild- och funktionsmedicinska specialiteter	<i>Basspecialitet:</i> Klinisk fysiologi, Radiologi <i>Grenspecialiteter:</i> Neuroradiologi
Enskilda basspecialiteter	<i>Basspecialitet:</i> Akutsjukvård, Allmänmedicin, Arbets- och miljömedicin, Hud- och könssjukdomar, Infektionssjukdomar, Klinisk farmakologi, Klinisk nutrition, Klinisk genetik, Onkologi, Reumatologi, Rättsmedicin, Socialmedicin och folkhälsa
Invärtessmedicinska specialiteter	<i>Basspecialitet:</i> Endokrinologi och diabetologi, Geriatrik, Hematologi, Internmedicin, Kardiologi, Lungsjukdomar, Medicinsk gastroenterologi och hepatologi, Njurmedicin
Kirurgiska specialiteter	<i>Basspecialitet:</i> Anestesi- och intensivvård, Barn- och ungdomskirurgi, Handkirurgi, Kirurgi, Kärlkirurgi, Obstetrik och gynekologi, Ortopedi, Plastikkirurgi, Thoraxkirurgi, Urologi, Ögonsjukdomar, Öron-, näs- och halssjukdomar <i>Grenspecialiteter:</i> Hörsel- och balansrubbningar, Röst- och talrubbningar
Laboratoriemedicinska specialiteter	<i>Basspecialitet:</i> Klinisk immunologi och transfusionsmedicin, Klinisk kemi, Klinisk mikrobiologi, Klinisk patologi
Neurologiska specialiteter	<i>Basspecialitet:</i> Klinisk neurofysiologi, Neurologi, Neurokirurgi, Rehabiliteringsmedicin
Psykiatriska specialiteter	<i>Basspecialitet:</i> Barn- och ungdomspsykiatri, Psykiatri <i>Grenspecialitet:</i> Rättspsykiatri,
Tilläggsspecialiteter	Allergologi, Arbetsmedicin, Beroendemedicin, Gynekologisk onkologi, Nuklearmedicin, Palliativ medicin, Skolhälsovård, Smärtlindring, Vårdhygien, Äldrepsykiatri

Bilaga 4 - Antal specialistläkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården efter specialitet 2022

Samt antal svenskt utbildade läkare som fått sitt första specialistbevis år 2022.

Specialitet	Antal	Nya specialister
Specialistläkare i akutsjukvård	412	49
Specialistläkare i allergologi	77	0
Specialistläkare i allmänmedicin	6 602	421
Specialistläkare i anestesi och intensivvård	1912	98
Specialistläkare i arbets- och miljömedicin	158	3
Specialistläkare i arbetsmedicin	184	0
Specialistläkare i barn- och ungdomsallergologi	116	0
Specialistläkare i barn- och ungdomshematologi och onkologi	115	0
Specialistläkare i barn- och ungdomskardiologi	58	0
Specialistläkare i barn- och ungdomskirurgi	75	0
Specialistläkare i barn- och ungdomsmedicin	1080	72
Specialistläkare i barn- och ungdomsneurologi medhabilitering	158	0
Specialistläkare i barn- och ungdomspsykiatri	432	21
Specialistläkare i beroendemedicin	63	0
Specialistläkare i endokrinologi och diabetologi	316	2
Specialistläkare i geriatrik	532	36
Specialistläkare i gynekologisk onkologi	49	0
Specialistläkare i handkirurgi	135	3
Specialistläkare i hematologi	298	2
Specialistläkare i hud- och könssjukdomar	451	27
Specialistläkare i hörsel- och balansrubbningar	57	0

Specialitet	Antal	Nya specialister
Specialistläkare i infektionssjukdomar	546	36
Specialistläkare i internmedicin	1218	178
Specialistläkare i kardiologi	1075	18
Specialistläkare i kirurgi	1447	77
Specialistläkare i klinisk farmakologi	50	6
Specialistläkare i klinisk fysiologi	194	14
Specialistläkare i genetik	59	5
Specialistläkare i immunologi och transfusionsmedicin	83	7
Specialistläkare i klinisk kemi	109	8
Specialistläkare i mikrobiologi	116	7
Specialistläkare i neurofysiologi	67	4
Specialistläkare i klinisk nutrition	X	
Specialistläkare i klinisk patologi	389	15
Specialistläkare i kärlkirurgi	192	6
Specialistläkare i lungsjukdomar	257	8
Specialistläkare i medicinsk gastroenterologi och hepatologi	390	0
Specialistläkare i neonatologi	204	0
Specialistläkare i neurokirurgi	133	3
Specialistläkare i neurologi	540	29
Specialistläkare i neuroradiologi	147	0
Specialistläkare i njurmedicin	255	2
Specialistläkare i nuklearmedicin	111	0
Specialistläkare i obstetrik och gynekologi	1456	77
Specialistläkare i onkologi	546	26
Specialistläkare i ortopedi	1499	89
Specialistläkare i palliativ medicin	194	0

Specialitet	Antal	Nya specialister
Specialistläkare i plastikkirurgi	166	2
Specialistläkare i psykiatri	1891	106
Specialistläkare i radiologi	1310	83
Specialistläkare i rehabiliteringsmedicin	152	5
Specialistläkare i reumatologi	277	15
Specialistläkare i rättsmedicin	44	3
Specialistläkare i rättspsykiatri	77	0
Specialistläkare i röst- och talrubbningar	24	0
Specialistläkare i skolhälsovård	33	0
Specialistläkare i smärtlindring	141	0
Specialistläkare i socialmedicin	14	2
Specialistläkare i thoraxkirurgi	119	6
Specialistläkare i urologi	459	23
Specialistläkare i vårdhygien	16	0
Specialistläkare i äldrepsykiatri	11	0
Specialistläkare i ögonsjukdomar	823	36
Specialistläkare i öron-, näs- och halssjukdomar	645	41
Alla specialistläkare	30 760	1672

X = 1 - 3

Källa: Utdrag från Socialstyrelsens statistikdatabas 2025-01-08

Av listan framgår antalet specialistläkare inom olika specialiteter. Det är dock oklart om samtliga arbetar inom dessa specialiteter eller om de har dubbelspecialisering, det vill säga specialistkompetens i flera specialiteter.

Antalet nya svenskutbildade förstagångsspecialister som erhöll sitt första specialistbevis år 2022 uppgick till 1 672. Antalet utlandsutbildade specialister var 178, vilket innebär att det totala antalet nya förstagångsspecialister under 2022 var 1 850.

Bilaga 5 – Läkares ST

Läkarutbildning och AT

Läkarutbildningen omstrukturerades och blev legitimationsgrundande 2021. Innan dess behövde studenterna genomföra en allmäntjänstgöring (AT) för att få sin läkarlegitimation. De första studenterna som påbörjade den nya 6-åriga läkarutbildningen 2021, beräknas vara färdiga 2027. AT pågår parallellt innan den fasas ut. För att den nylegitimerade läkarens kliniska kompetensnivå inte ska bli lägre när AT avskaffas har BT införts som en första inledande del av läkarnas ST²¹.

ST och BT

ST är en utbildningstjänst och det krävs en läkarlegitimation för att få genomföra den. ST regleras av HSLF-FS 2021:8 och Socialstyrelsens äldre föreskrifter SOSFS 2015:8 tillämpas också enligt övergångsbestämmelser. Skillnaden mellan föreskrifterna är främst att läkare som utbildas enligt HSLF-FS 2021:8 inleder sin ST med BT. Tiden för ST har därmed förlängts från 5 till 5,5 år för de som utbildar sig enligt den nya föreskriften. Det är vilken typ av läkarexamen som läkaren har som avgör vilken föreskrift som är aktuell för läkaren. Läkare med den äldre typen av läkarexamen som kräver AT för legitimation får genomföra ST enligt de äldre bestämmelserna. För närvarande är det därför främst utlandsutbildade med svensk legitimation utfärdad efter den 1 juli 2021 som gör ST inklusive BT enligt 2021 års föreskrifter.

BT kan genomföras som en fristående del eller integrerad i ST. En läkare kan påbörja övriga delar av ST samtidigt som han eller hon fullgör BT men en ansökan om godkänd BT bör göras inom de två första tjänstgöringsåren. BT genomförs en gång och behöver inte upprepas vid ytterligare specialisering²².

För att få ett bevis om specialistkompetens krävs att läkaren har intyg om godkänd BT, uppfyller kraven på tjänstgöringstid och utbildningsaktiviteter samt uppfyller kompetenskraven i Socialstyrelsens målbeskrivning²³.

²¹ En sexårig utbildning för läkarexamen. Promemoria 2018-06-14 U2018/02704/UH Utbildningsdepartementet. Regeringskansliet

²² 4 kap. 1 § tredje stycket PSF och allmänna råd under 3 kap. 1 § HSLF-FS 2021:8

²³ Läkarnas specialiseringstjänstgöring, Målbeskrivningar 2021. Socialstyrelsen: Åtta.45 Tryckeri AB; 2021

Målbeskrivning

Målbeskrivningarna anger de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som krävs i utbildningen för specialiteten. Utgångspunkten är att delmål för BT uppnås före delmål för ST (STa, STb och STc). Av målbeskrivningen framgår krav på utbildningsaktiviteter såsom klinisk tjänstgöring under handledning, auskultation, kurs och utvecklingsarbete. Delmålen STa och STb är specialitetsövergripande medan delmålen för STc är specifika för specialiteterna²⁴. Ibland krävs tjänstgöring inom andra specialiteter²⁵. Målbeskrivningen är inte detaljstyrd över var dessa ska genomföras. De olika specialitetsföreningarna har dock rekommendationer om kliniska tjänstgöringar som bör ingå för att ST-läkaren ska uppnå specifika mål.

Handledning

God handledning är centralt för blivande specialistläkare. Handledningen ska vara strukturerad med regelbundna utvecklingssamtal och kontinuerlig uppföljning. ST-läkaren ska ha tillgång till en studierektor och en handledare i den omfattning som motsvarar behovet. Verksamhetschefen där ST-läkaren genomför sin huvudsakliga tjänstgöring har det övergripande ansvaret och ansvarar för att ST-läkare har tillgång till utbildningsprogram och huvudansvarig handledare. Huvudansvarig handledare ska ha specialistkompetens i ST-läkarens specialitet och har ansvar för ST-läkarens handledning under hela tjänstgöringen. ST-läkaren ska även ha en handledare för varje specifik del av tjänstgöringen. Handledare och studierektor ska ha handledarutbildning. En handledare kan vara ansvarig för flera ST-läkare inom ramen för olika uppdrag²⁶.

Kurser under ST

Av målbeskrivningarna framgår att ST-läkaren ska delta i en eller flera kurser för att uppfylla kompetenskraven. Det kan vara interna eller externa kurser, kurser via specialistföreningar eller specialistkompetenskurs så kallad SK-kurs. SK-kurser utgör en mindre del av det totala utbudet av kurser och är upphandlade utifrån målbeskrivningarna och finansierade av staten. De är tänkta att bidra till att ST-läkarna ska uppfylla de kompetenskrav som finns i målbeskrivningarna för respektive specialitet²⁷.

²⁴ Läkarnas specialiseringstjänstgöring, Målbeskrivningar 2021. Socialstyrelsen: Åtta.45 Tryckeri AB; 2021

²⁵ Råd och stöd, specialiseringstjänstgöring ST. Svenska Läkarförbundet. Länk hämtad 2024-06-26. <https://slf.se/rad-och-stod/utbildning/specialiseringstjanstgoring-st/>

²⁶ Kompetensförsörjning inom primärvården, slutrapport. Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet 2022

²⁷ <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/utbildning/sk-kurser/>

Bilaga 6 – Aktuella specialiteter

Utifrån Socialstyrelsens utredning gäller nedanstående motivering till sidotjänstgöring i primärvården för ST-läkare i Geriatrik, Internmedicin och psykiatri.

- Samtliga dessa specialiteter är viktiga samarbetspartners och har en nära samverkansytta med primärvården.
- Vårdnivåerna har flera gemensamma patientgrupper som kräver särskild uppmärksamhet och anpassad vård.
- För blivande specialister inom dessa specialiteter är det särskilt viktigt att ha kunskap om hela patientens vårdkedja.
- Sidotjänstgöring i primärvården medför att de får kunskap om vad som händer innan och efter att patienten har skickats hem från den specialiserade vården.
- Det finns ett särskilt behov av att man som ST-läkare får kännedom och förståelse för primärvårdens förutsättningar att ta hand om gemensamma patienter.
- För patienter med komplexa tillstånd är samverkan med primärvården avgörande för att säkerställa att patientens vårdbehov tillgodoses.
- Det krävs tydlig kommunikation och samordning mellan vårdnivåerna för att patienten ska få en god och säker vård.
- ST-läkare bör ha kunskap om kommunal hälso- och sjukvård, då många patienter vårdas i ordinärt och särskilt boende, och samverkan krävs för exempelvis direktinskrivning och säker utskrivning.

Geriatrik

För blivande geriatriker är det viktigt att förstå hela vårdkedjan – särskilt vad som sker före och efter sjukhusvistelse. Kunskap om primärvårdens förutsättningar är avgörande för god samverkan och trygg vård för patienter med komplexa behov.

Erfarenhet av sidotjänstgöring i primärvården

Det förekommer att ST-läkare i geriatrik redan idag gör sidotjänstgöring i primärvården. Enligt dessa ST-läkare har sidotjänstgöringen bidragit till naturliga kontaktvägar, vilket ökat samverkan och underlättat vid remissbedömningar.

ST-läkarna framför att det varit givande med primärvårdens perspektiv för att förstå det övergripande systemet. De har fått ökad förståelse för primärvårdens förutsättningar och patientflöden. Det är en fördel att fördjupa sig i riktade patienter inom sin specialitet vilket kan gynna både samverkan och innovation. Sidotjänstgöringen har fött tankar om hur vården

och samverkan kan förbättras. Det är en otydlig ansvarsfördelning mellan primärvård och specialiserad vård men gränserna för vad som kan och inte ska skötas i primärvården har blivit tydligare.

”Självklar samverkan för sköra äldre patienter, hur vården bäst bedrivs för att säkra kompetens och kontinuitet”

Internmedicin

För blivande specialister i internmedicin är det viktigt att förstå hela vårdkedjan, inklusive vad som sker före och efter sjukhusvistelse. Kännedom om primärvårdens förutsättningar är central för att samverkan kring patienter med komplexa behov ska fungera. God vård kräver tydlig kommunikation och samordning mellan vårdnivåerna.

Erfarenhet av sidotjänstgöring i primärvården

Vissa ST-läkare i internmedicin väljer att göra sidotjänstgöring i primärvården. En ST-läkare lyfter att det breda sjukdomspanoramat inom primärvården och tankesättet kring vilka undersökningar och blodprover som verkligen är indicerade ger värdefulla erfarenheter och perspektiv till läkare som arbetar på en medicinklinik. Detta kan bidra till en bättre och mer resurseffektiv vård.

För ST-läkare är det värdefullt att förstå hur vård- och hälsocentraler fungerar. Inom primärvården får de hantera kroniska diagnoser som inte längre behandlas på sjukhus, som diabetes typ 2, hypertoni och sköldkörtelproblem. Här kan ST-läkaren inte bara förändra läkemedelsbehandling, utan också följa upp och träffa samma patient vid flera tillfällen, vilket ger en bättre kontinuitet i vården.

”Nyttigt att se patienter med folksjukdomar i stabilt skede och uppföljning av patienter som vårdats på sjukhus.”

Psykiatri

För blivande psykiatriker är det viktigt att ha kunskap om första linjens psykiatri men även om grundläggande somatiska sjukdomar. Patienter med psykiska besvär eller psykiatriska diagnoser har ibland svårt att ta hand om sin fysiska hälsa. Därför behöver ST-läkaren ha god kunskap om vanliga somatiska sjukdomar för att kunna möta dessa patienters behov på ett sammanhållet sätt.

I primärvården får ST-läkare erfarenhet av att skilja mellan psykiska och somatiska symtom, samt hantera patienter där en psykiatrisk orsak misstänks ligga bakom somatiska symptom, och vice versa. Dessutom får ST-läkaren en helhetssyn på patientens vårdresa, inklusive vad som sker innan och efter

en sjukhusvistelse, samt en förståelse för primärvårdens förutsättningar och vad de kan förvänta sig av primärvården.

Erfarenhet av sidotjänstgöring i primärvården

Det är vanligt att ST-läkare i psykiatri väljer att göra sidotjänstgöring i primärvården, främst för att uppfylla de somatiska målen. De lyfter att placeringen gett värdefull insikt i primärvårdens handläggningstider, utmaningar och förutsättningar.

ST-läkare i psykiatri upplever att sidotjänstgöring i primärvården ger värdefull inblick i hur differentialdiagnoser och remisser hanteras utifrån primärvårdens förutsättningar, även de remisser som psykiatrikern avvisat. De har lärt sig att prioritera och att inte utreda alla ospecifika somatiska symtom, vilket ofta sker inom specialistvården. Placeringen ses också som ett sätt att bibehålla kompetens inom somatisk vård. Psykiatrikern har ofta ett medicinskt ansvar även för patientens kroppsliga hälsa, till exempel blodtryckskontroller eller uppföljning av somatiska sjukdomar. Detta ställer krav på att psykiatriker har en grundläggande och aktuell kunskap om vanliga somatiska tillstånd

”Stor andel av psykiatriska åkommor hanteras av primärvården. Det är viktigt att ha förståelse och respekt för deras arbetssätt”

Bilaga 7 – ST målbeskrivning

Utifrån Socialstyrelsens målbeskrivning: STa och STb delmål är övergripande på systemnivå och återfinns i alla målbeskrivningar. De kan uppfyllas på hemmakliniken men även inom primärvården. Exempel på delmål som med fördel kan uppfyllas i primärvården är:

- **STa6:** Lärande – kunna ta ansvar för kontinuerligt lärande, förmedla kunskaper inom egna specialitetens ämnesområde till olika målgrupper, planera och genomföra undervisning samt handleda medarbetare och studenter.
- **STb2:** Sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete - Kunna vägleda patienter i frågor om levnadsvanor i syfte att förbättra hälsa och förebygga sjukdomar. Kunna stödja patienter i att upprätt hålla friska funktioner i samband med sjukdom och behandling.
- **STc** delmål är specialitetsspecifika men det finns delmål som helt eller delvis kan uppfyllas inom primärvården.

Geriatrisk

Enligt specialitetsföreningen kan ST-läkaren uppfylla delar av kraven för flera delmål i primärvården, såsom exempelvis STc12 och c13.

Nedan ges exempel på delmål från 2015 års målbeskrivning som delvis kan uppfyllas i primärvården:

- c1 – c7: Delmålen handlar bland annat om att läkaren självständigt ska kunna identifiera, diagnostisera och behandla akuta och allvarliga internmedicinska tillstånd samt vanliga sjukdomar inom närliggande specialiteter. Detta inkluderar säker läkemedelsanvändning med hänsyn till individuella faktorer, handläggning av multisjuka patienter, särskilt äldre, samt initiering av palliativ vård. God kunskap om gerontologi, åldersrelaterade sjukdomar och helhetssyn i behandlingen är också central.
- c12, kunna handlägga sjukdomstillstånd samt primär och sekundärpreventiva insatser inom olika vårdformer såsom slutenvård, mottagningsverksamhet, särskilt boende och hemsjukvård
- c13, ha kunskap om äldreomsorgens organisation och behärska samverkan med andra vårdgivare, behärska tillämpningen av de lagar och andra föreskrifter som gäller för vård och behandling av äldre

Internmedicin

Specialistföreningen för internmedicin framför att utifrån ST-läkarens målbeskrivning för olika c-delmål skulle delar av STc3, c4, c10 och c11 kunna uppfyllas i primärvården.

- c3, behärska läkemedelsanvändning i syfte att kunna individualisera behandlingen utifrån ålder, kön, vikt, njurfunktion och samsjuklighet, ha kunskap om läkemedelsrelaterade problem inklusive polyfarmaci
- c4, kunna självständigt handlägga vanliga och allvarliga sjukdomstillstånd vid multisjuklighet hos patienter i allmänhet och hos äldre patienter i synnerhet, ha kunskap om hur helhetssyn tillämpas för individualiserad behandling
- c10, kunna handlägga somatiska internmedicinska problem hos patienter med psykiatrisk sjukdom och beroendesjukdom, kunna handlägga psykosomatiska tillstånd med internmedicinska symtom
- c11, ha kunskap för att kunna anlägga en helhetssyn på patienten, i synnerhet vid förekomst av multipla diagnoser och problem

Psykiatri

C-delmålen är specialitetsspecifika och för ST-läkare i psykiatri finns möjlighet att uppfylla delar av dessa från 2015 och 2021 års målbeskrivning:

- c1, behärska handläggning av vanliga och viktiga psykiska sjukdomar med betoning på de stora folksjukdomarna, såsom affektiva sjukdomar, ångestsyndrom, psykosjukdomar och personlighetsstörningar. Ha kunskap om bakomliggande mekanismer för uppkomsten av dessa sjukdomar och om deras behandling
- c2, kunna handlägga övriga psykiska sjukdomar
- c3, kunna handlägga akutpsykiatriska tillstånd samt kunna initialt handlägga katastrofpsykiatriska situationer
- c5, ha kunskap om differentialdiagnostik mellan internmedicinska och neurologiska sjukdomar respektive psykiska sjukdomar. Kunna upptäcka och initialt handlägga somatiska tillstånd hos patienter med psykisk sjukdom
- c7, ha kunskap om neurodegenerativa sjukdomar med tonvikt på viktiga demenstillstånd. Kunna diagnostisera och handlägga patienter med psykisk sjukdom och samtidig kognitiv störning
- c12, ha kunskap om samordning och uppföljning av patienter över lång tid, vilket bland annat innefattar en kombination av psykofarmakologiska och psykosociala insatser i samarbete med andra yrkesgrupper. Ha kännedom om brukarorganisationers roll som resurs

Bilaga 8 – Kompetensmål

Bilagan innehåller Socialstyrelsens kompetensmål för fast läkarkontakt, avsedda för specialistläkare och ST-läkare inom allmänmedicin. Målen är utformade för att tydliggöra de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som krävs för att bedriva en god och säker primärvård.

Kompetensmålen kan med fördel användas som stöd vid sidotjänstgöring för ST-läkare inom andra specialiteter, de kan bidra till ökad förståelse för primärvårdens arbetsområden och samverkansformer. Handledare och ST-läkare kan använda bilagan som ett underlag för planering, genomförande och bedömning av sidotjänstgöringen.

Kompetensmål

Från Kompetensmål för Fast läkarkontakt

Kompetensområde	Kompetensmål
1. Primärvårdens uppdrag, ansvar och förutsättningar	• Uppvisa kunskap om primärvårdens uppdrag och ansvar • Uppvisa kunskap om primärvårdens styrning och organisation • Uppvisa kunskap om uppdrag och ansvar hos aktörer som primärvården samverkar med • Uppvisa kunskap om de förutsättningar som råder för vård i hemmet eller olika former av särskilt boende
2. Lagar och andra regler	• Kunna tillämpa lagar och andra regler som är särskilt relevanta för primärvården, inklusive reglering inom socialtjänstens område
3. Allmänmedicinskt arbetssätt och förhållningssätt	• Kunna handlägga sjukdomar, tillstånd och behov som förekommer hos patienter i primärvården, inklusive multisjuklighet • Kunna särskilja sjukdom från andra faktorer som kan ta sig uttryck som hälsoproblem • Kunna stödja patienter i att hantera hälsoproblem som har sin grund i andra faktorer än sjukdom, såsom förändrad livssituation, stress eller sorg • Kunna prioritera insatser och åtgärder utifrån en bedömning av vad som gynnar den enskilda patienten, på kort och lång sikt • Kunna samordna och administrera insatser och åtgärder för en enskild patient • Kunna tillämpa en ändamålsenlig remisshantering

Kompetensområde	Kompetensmål
4. Etik	- Kunna prioritera insatser och åtgärder från en enskild patient utifrån en avvägning mellan hälso- och sjukvårdens samlade resurser och patientens behov, på kort och lång sikt - Kunna bemöta patienter och deras närstående med respekt och empati även när deras handlingar eller perspektiv inte motsvarar det önskade eller förväntade
5. Personcentrering	- Kunna lägga upp och genomföra vård och behandling med utgångspunkt i en enskild patients förutsättningar, behov och förmågor - Kunna beakta patientens hela livssituation – inklusive nutid och historia – i vård och behandling - Kunna främja förutsättningar för patienters och närståendes delaktighet i vård och behandling
6. Möten och kommunikation med patienter och närstående	- Kunna välja mötesform med utgångspunkt i den enskilda patientens förutsättningar, behov eller önskemål - Kunna kommunicera lyhört och på ett sätt som bygger förtroende med patienter och närstående
7. Samverkan	Kunna ta ett ansvar för samverkan kring en enskild patient, såväl inom som utanför den egna organisationen
8. Teamarbete	- Uppvisa kunskap om vad som ingår i närliggande yrkesgruppers kunskaps- och ansvarsområden - Kunna samarbeta kring en enskild patient i team med medarbetare från egen och annan yrkesgrupp - Kunna samarbeta kring en enskild patient i team med medarbetare från andra organisationer
9. Lärande	Kunna ta ett ansvar för att ny medicinsk kunskap – även från den specialiserade vården – omsätts i den egna verksamheten
10. Försäkringsmedicin	- Uppvisa kunskap om socialförsäkringssystemet och dess tillämpningar - Kunna bedöma behov av sjukskrivning utifrån en sammantagen bedömning av en enskild patients hälsotillstånd samt behov på kort och lång sikt
11. Läkemedel	- Uppvisa kunskap om effekter av polyfarmaci - Kunna följa upp en enskild patients samlade läkemedelsbehandling och kunna vidta adekvata åtgärder när så behövs - Kunna omvärdera egna och andras beslut i fråga om en enskild patients läkemedelsbehandling
12. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete	Kunna handlägga hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser med beaktande av en enskild patients hälsotillstånd och livssituation

Kompetensområde	Kompetensmål
	Kunna stödja patienters och närståendes förmåga att få tag i, förstå, värdera och använda sig av hälsoinformation
13. Uppföljning och rehabilitering	- Kunna ta ett ansvar för uppföljningen av en enskild patients behandling – såväl pågående som avslutad – med beaktande av patientens samtliga vårdinsatser och behov - Kunna ta ett ansvar för rehabiliteringen av en enskild patient med beaktande av patientens samtliga behov samt livssituation
14. Äldre	- Uppvisa kunskap om hur sjukdomar hos äldre personer kan påverka varandra - Uppvisa kunskap om vad skörhet innebär och hur det kan påverka en äldre persons förutsättningar och behov - Kunna anpassa läkemedelsbehandlingen utifrån den sköra äldre patientens specifika behov - Uppvisa kunskap om hur kognitiv svikt – till exempel till följd av en eller flera demenssjukdomar – kan ta sig uttryck hos en äldre person - Kunna ta ett övergripande ansvar för en äldre patients sammantagna medicinska behov
15. Barn och ungdomar	- Uppvisa kunskap om barns normala utveckling och kunna identifiera avvikelser ifrån detta hos ett enskilt barn - Uppvisa kunskap om normal utveckling i ungdomsåren och kunna identifiera avvikelser ifrån detta hos en enskild ung person - Kunna bedöma mognadsnivån hos ett enskilt barn eller en enskild ung person och kunna anpassa behandlingen och bemötandet utifrån detta - Kunna handlägga hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för barn och ungdomar - Kunna stötta och vägleda en vårdnadshavare eller annan närstående kring ett enskilt barns hälsa - Uppvisa kunskap om förhållanden under vilka barn eller ungdomar kan fara illa - Kunna identifiera tecken på att ett enskilt barn eller en enskild ung person far illa eller riskerar att fara illa och kunna vidta adekvata åtgärder

Kompetensområde	Kompetensmål
16. Psykisk ohälsa	• Uppvisa kunskap om faktorer som kan göra en person mer sårbar för psykisk ohälsa än andra • Uppvisa kunskap om hur faktorer som ålder, kön och könsöverskridande identitet eller uttryck kan påverka hur psykisk ohälsa tar sig uttryck hos en patient • Kunna särskilja psykiatriska tillstånd från annan form av psykisk ohälsa hos patienter • Kunna följa upp en enskild patients psykofarmakabehandling, inklusive den som ordinerats av annan läkare, och kunna vidta adekvata åtgärder när så behövs • Kunna handlägga fysiska symtom hos patienter som kan ha sitt ursprung i psykisk ohälsa • Kunna bedöma behov av annan behandling än medicinsk – till exempel psykoterapi – hos en enskild patient • Kunna bedöma suicidrisk hos en enskild patient och kunna vidta adekvata åtgärder
17. Riskbruk, skadligt bruk och beroende	• Uppvisa kunskap om hur ett riskbruk av alkohol kan ta sig uttryck hos patienter och hur ett skadligt bruk av alkohol kan förebyggas • Uppvisa kunskap om symtom på skadligt bruk och beroende av skadliga substanser • Kunna vägleda patienter med riskbruk, skadligt bruk eller beroendeproblematik, inklusive informera om möjliga hälsokonsekvenser • Kunna genomföra känsliga samtal om riskbruk, skadligt bruk och beroende • Kunna beakta risker för skadligt bruk och beroende vid läkemedelsbehandling
18. Personer med funktionsnedsättning	• Uppvisa kunskap om fysiska, psykiska och intellektuella funktionsnedsättningar som förekommer hos patienter i primärvården (inklusive den som kommunerna ansvarar för) och hur de kan påverka hälsan hos den enskilda patienten • Uppvisa kunskap om hur åldrandet kan påverka personer med intellektuell eller annan funktionsnedsättning • Kunna anpassa handläggningen och bemötandet utifrån behoven hos en enskild patient med en eller flera funktionsnedsättningar
19. Personer i utsatthet	• Uppvisa kunskap om hur en persons hälsa kan påverkas av faktorer som utanförskap, fattigdom, hemlöshet eller trångboddhet och av att befinna sig i ett sammanhang där hot eller våld förekommer • Uppvisa kunskap om hur olika former av utsatthet kan ta sig uttryck hos en patient

Källa: Kompetens för fast läkarkontakt i primärvården



Läkarnas specialiseringstjänstgöring inom primärvården – (artikelnr 2025-8-9704)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.