

## **Verksamhetsberättelse 2023**

### **Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige**

#### **Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige och dess uppdrag**

Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige är ett samverkansforum mellan regioner, kommuner och lärosäten. Rådet omfattar verksamheterna i följande sju län: Dalarna, Gävleborg, Södermanland, Uppsala, Värmland, Västmanland och Örebro. Övergripande mål med rådets verksamhet är att effektivisera kompetensförsörjningen av hälso- och sjukvården och tandvården. Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige riktar initialt sitt arbete mot de yrken som kräver högskoleutbildning. Vid förändring av uppdraget för det nationella vårdkompetensrådet anpassas uppdraget för det regionala vårdkompetensrådet. Utgångspunkter för rådets arbete är att en effektivare och bättre samordnad kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården kan bidra till en mer jämlik, säker, effektiv och hållbar hälso- och sjukvård.

#### **Aktiviteter 2023**

Rådets medlemmar (n=20) representerar tre huvudmannagrupper (region, kommun och lärosäten). Rådet har haft två möten under året, i mars på Mälardalens universitet och i november på Högskolan i Gävle. Arbetsutskottet är ett beredande organ till rådet och representeras av sex ledamöter från rådet, från de tre huvudmannagrupperna. Arbetsutskottet har haft sju möten under året och berett ärenden och förberett rådets möten. Fokus för 2023 har varit det fortsatta arbetet i rådets arbetsgrupper. Arbetsgrupperna representeras av personer från de tre huvudmannagrupperna, men inte nödvändigtvis av ledamöter i rådet. Under året har Arbetsgrupp för kunskapsutbyte och samordning av utbildningstjänster för läkare på allmän- (AT) och basnivå (BT) slutrapporterat. Rådet har bland annat beslutat starta en arbetsgrupp för att samverka kring frågor som rör utbildning till specialistsjuksköterska och om en aktivitetsplan för arbetet under 2024. Förutom arbetsgrupper så har rådet en valberedning som tillförsäkrar val av nya ledamöter till rådet och arbetsutskottet. Rådets arbete och arbetsutskott hålls ihop av Sjukvårdsregion Mellansveriges kanslifunktion.

I mars skickades en skrivelse till Socialdepartementet från Regionala vårdkompetensrådet Södra och Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige för att göra Socialdepartementet uppmärksam på, och inleda en dialog om, behovet att se över de glapp som finns mellan aktörerna lärosäten, region/kommun, Universitetskanslersämbetet, UKÄ, och Socialstyrelsen med flera i ansvarsfrågan om att starta nya utbildningar utifrån utbildningsbehov inom hälso- och sjukvården. Utbildningsbehov som är större än vad varje region/kommun själva kan hantera via uppdragsutbildningar tillsammans med enstaka lärosäten. Frågan lyftes initialt till Nationella vårdkompetensrådet som hänvisade frågan vidare till Socialdepartementet. Skrivelse bifogas. Socialdepartementet har inte återkopplat under året.

Under året har följande arbetsgrupper jobbat på uppdrag av rådet:

- Inventera och utveckla handledarutbildning för VFU både inom hälso- och sjukvården och tandvården
- Kartlägga befintliga modeller för att stärka karriär-/kompetensvägar i klinisk vård
- Undersöka behovet av utbildning i intermediärvård för sjuksköterskor
- Kartlägga befintliga typer av anställningar och ekonomiska modeller för förenade anställningar och andra typer av kombinationstjänster /samarbetsmodeller i kommuner och regioner
- Kunskapsutbyte och samordning av utbildningstjänster för läkare på allmän- (AT) och basnivå (BT)
- Utredda behovet av introduktionsfas/etableringsfas för att stärka den kliniska kompetensen

Respektive grupps årsrapport bifogas.

Arbetsgruppen ”Inventera behov av utbildningar för den primärkommunala hälso- och sjukvårdssektorn” har varit vilande under 2023.

### **22 mars Rådsmöte**

Vid årets första möte utsågs Karin Blomberg till ordförande till och med mars 2025.

Nationella vårdkompetensrådets kansli, informerade om regeringsuppdraget till det Nationella rådet att ta fram förslag till en nationell plan för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.

Verksamhetsförlagd utbildning, VFU, var temat för mötets andra del. Presenterades bland annat Universitetskanslersämbetets tematiska utvärdering av utbildning som leder till sjuksköterskeexamen med fokus på färdighet och förmåga och de rekommendationer bedömargruppen lämnat, diskuterades hantering av de nya EU-anpassade examensmålen för barnmorskor och sjuksköterskor från och med 2024 och justeringen av antalet VFU-veckor, samt rapporterades från arbetsgrupp Inventera och utveckla handledarutbildning för VFU, både inom hälso- och sjukvården och tandvården.

Informeras även om utredningen Samordnat arbete för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i Sjuksköterskeutbildningen (Dir. 2022:101). Mötet avslutades med diskussioner om vilken den viktigaste VFU frågan är, vad ”rätt” handledarkompetens är och hur rådet kan samverka för att få till fler handledar-utbildade inom hälso- och sjukvården och fler VFU-platser med hög kvalitet.

Beslutades tillskriva både det nationella vårdkompetensrådet och utredningen de förslag Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige har gällande nationellt ansvar för områden kopplade till verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen. Skrivelsen bifogas.

### **16 november Rådsmöte**

Vid höstmötet deltog representanter både från Nationella vårdkompetensrådet och dess kansli.

Informeras om aktuella frågor och rådets arbetssätt. Hans Wiklund, särskild utredare och nationell samordnare, rapporterade om utredningen Samordnat arbete för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen (Dir. 2022:101).

Beslutades även om rådets aktivitetsplan för 2024.

Framtidens vårdkompetens var temat för mötets andra del. Inledningsvis presenterade Anna Lif, Eskilstuna kommun, Samhällskontraktets arbete om framtidens vårdkompetens.

Samhällskontraktet är ett partnerskap mellan Mälardalens universitet, Västerås stad och Eskilstuna kommun.

Därefter diskuterade rådet kring vilka kompetenser som kommer behövas i framtiden, behov av nya arbetssätt och vad Regionala och Nationella vårdkompetensrådet kan bidra med.

### *Nationella vårdkompetensrådet*

Ärenden från Nationella vårdkompetensrådet har rapporterats på Regionala vårdkompetensrådets möten. Rådet har en god samverkan med det Nationella vårdkompetensrådet. Det finns en etablerad struktur för möten mellan ordförande i Nationella vårdkompetensrådet och ordförande för de Regionala vårdkompetensråden, samt mellan Nationella vårdkompetensrådets kansli och kanslierna för de Regionala vårdkompetensråden. Där diskuteras aktuella frågor samt planeras samverkan för gemensamt arbete med vårdens kompetensförsörjning. Det Nationella rådet har tre ledamöter verksamma i Mellansverige, som alla deltar på det regionala rådets möten när de har möjlighet.

Representanter från Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige och dess arbetsgrupper har under året deltagit i aktiviteter ordnade av det Nationella rådet, bland annat i workshops rörande arbetet med nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning, diskussionsmöte om AT/BT, workshop om gemensamma arbetssätt mellan det Nationella och de Regionala vårdkompetensråden, och workshop för att ta fram förslag till insatser för stärkt kompetensförsörjning av barnmorskor i hälso- och sjukvården med fokus på förlossningsvården.

## **Bilagor**

1. Inventera och utveckla handledarutbildning för VFU både inom hälso- och sjukvården och tandvården
2. Kartlägga befintliga modeller för att stärka karriär-/kompetensvägar i klinisk vård
3. Undersöka behovet av utbildning i intermediärvård för sjuksköterskor
4. Kartlägga befintliga typer av anställningar och ekonomiska modeller för förenade anställningar och andra typer av kombinationstjänster /samarbetsmodeller i kommuner och regioner
5. Slutrapport Kunskapsutbyte och samordning av utbildningstjänster för läkare på allmän- (AT) och basnivå (BT)
6. Utred behovet av introduktionsfas/etableringsfas för att stärka den kliniska kompetensen
7. Skrivelse med förslag gällande nationellt ansvar för områden kopplade till verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen
8. Skrivelse till Socialdepartementet om behovet av nationell samordning av utbildning inom hälso- och sjukvården

## Årsrapport 2022

# Arbetsgrupp: Inventera och utveckla handledarutbildning för VFU, både inom hälso- och sjukvården och tandvården

### 1. Verksamhet

På uppdrag av Regionalt vårdkompetensråd Mellansverige ska arbetsgruppen inventera och utveckla handledarutbildning för verksamhetsförlagd utbildning, VFU, både inom hälso- och sjukvården och tandvården.

### 2. Möten

Arbetsgruppen består av följande personer:

Lärosäten: Matts Olovsson, Uppsala universitet, sammankallande och Ingrid Andersson, Karlstads universitet.

Region: Annsofi Blomquist, Region Västmanland och Maria Gradin, Region Örebro län.

Kommuner: Carina Ahlstedt, Uppsala kommun och Britta Schaar, Orsa kommun.

Arbetsgruppen har sammanträtt sex gånger under 2023 och använts sig av både digitala och fysiska möten.

### 3. Aktiviteter under året

Uppdragsbeskrivningen innefattar följande aktiviteter:

Aktivitet	Kommentar
1. Synkronisera vårt arbete med Nationella vårdkompetensrådets VFU-ansvarig	1. Skrivelse till nationell samordnare för fler VFU-platser i sjuksköterskeutbildningen Hans Wiklund, och Nationella vårdkompetensrådet angående att 1) Att tillhandahålla ett högkvalitativt studentplaceringsverktyg 2) Att tillhandahålla ett basutbud av digitala handledarutbildningar för de som ska handleda studenter som gör VFU 3) skapa en handledarkompetensportfölj
2. Kartlägga vad för inslag av handledarutbildning som finns på olika program och diskutera om det är önskvärt att alla som går en vårdutbildning också har en	Som det ser ut på vårdutbildningarna idag så finns ledarskapsutbildning med på olika sätt. Dock tycks det vara så att handledning av studenter på VFU inte finns med i den ledarskapsutbildning som ges idag. Det lär ha funnits med tidigare. Vi ser det som viktigt att en



grundläggande handledarutbildning under sin grundutbildning	grundläggande handledarutbildning skrivs in i Högskoleförordningen, att ämnet undervisas och examineras. Vi har diskuterat en skrivelse till NVK angående detta. Arbetet under 2023 har lett fram till att vi ser detta som ett högprioriterat område för 2024 där målet med arbetet är att komma med ett förslag till en grundläggande VFU-handledarutbildning under grundutbildning till vården.
3. Påbörja diskussion om vad för handledarkompetens som olika typer av VFU-handledare rimligen bör ha för att bidra till VFU av hög kvalitet	Det här har vi diskuterat mycket i VFU-gruppen. Alla som handleder under VFU bör ha en väl anpassad och genomtänkt handledarutbildning. Bland övriga kompetenser finns antal år inom sitt yrke, andra ledarskapsfarenheter. Det vi ser är att olika nivåer av handledare bör ha olika nivåer av handledarutbildning. Pedagogiska ledare såsom huvudhandledare bör ha minst 7,5 hp handledarutbildning medan de som handleder "på golvet" bör ha en anpassad utbildning. Utbildningar bör ges i moduler så att man kan plocka det man behöver. Vidare anser vi att alla som handleder i vården bör genomgå en kort digital introduktionsutbildning i handledning. Efter en enkätundersökning i början av 2023 så kan vi konstatera att kraven på vad för handledarutbildning man ska ha för att få handleda studenter under VFU variera avsevärt mellan olika sjuksköterskeutbildningar i Region Mellansverige.

Andra aktiviteter som tillkommit under året och som inte fanns med i den ursprungliga uppdragsbeskrivningen:

Aktivitet	Kommentar
1.	

#### 4. Övrigt

Vi har väldigt bra samtal i gruppen.

## Årsrapport 2023

# Arbetsgrupp: Kartlägga befintliga modeller för att stärka karriär-/kompetensvägar i klinisk vård

### 1. Verksamhet

På uppdrag av Regionalt vårdkompetensråd Mellansverige ska arbetsgruppen kartlägga befintliga modeller för att stärka karriär-/kompetensvägar i klinisk vård.

### 2. Möten

Arbetsgruppen består av följande personer:

Lärosäten:

Karin Blomberg, professor, prodekan Fakulteten för Medicin och Hälsa, Örebro universitet

Kommuner:

Mattias Gustafsson, HR chef, Vingåkers kommun

Regioner:

Eva Lindqvist Österberg, ordförande sjukvårdsregionala kompetensförsörjningsgruppen, sammankallande

Arbetsgruppen har sammanträtt 4 gånger under året och använt sig av digitala möten. Gruppen har gett Regionala vårdkompetensrådet muntlig lägesrapport under året.

### 3. Aktiviteter under året

Uppdragsbeskrivningen innefattar följande aktiviteter:

Aktivitet	Kommentar
Kunskapsinhämtning Bevaka Utbildningsdepartementets uppdrag U2021/00256 Uppdrag att föreslå flera vägar till vården. <a href="#">Uppdrag att kartlägga och föreslå fler vägar till vården - Regeringen.se</a>	Arbetsgruppen har tagit del av ett flertal rapporter som finns angående karriärmodeller/kompetensstegar.
Kunskapssammanställning	Samtliga rapporter som vi har tittat på finns samlade i ett digitalt team. Materialet ska sammanställas och beskrivas i den rapport som ska presenteras under våren 2024

Kartlägga befintliga modeller i sjukvårdsregionen?	Vi har hämtat uppgifter från det nätverk som leds från SKR.
Kartlägga befintliga nätverk Nationellt	SKR driver ett arbetsgivarnätverk som stöd för lokala processledare i samtliga regioner och ett urval kommuner. Nätverket syftar till att ge inspiration och stöd i det lokala arbetet och stödja samarbete och erfarenhetsbyte mellan regioner och Kommuner. Ansvarig för nätverket på SKR har deltagit vid ett av arbetsgruppens möten för att vi ska dra nytta av det arbetet som redan pågår samt undvika dubbelarbete. Genom nätverket på SKR har vi tillgång till hur det ser ut nationellt
Synkronisera vårt arbete med nationella nätverk	Enligt ovan
Utveckla enkät	En enkät är framtagen för att kartlägga hur det ser ut i sjukvårdsregionen. Lärosäten i sjukvårdsregionen har också fått besvara en enkät.
Inhämta synpunkter på enkäten	Vi har stämt av frågorna med kollegor inom respektive organisation.
Datainsamling (enkät)	Enkäten lämnades till samtliga regioner, lärosäten och kommuner i sjukvårdsregionen. Svarsfrekvensen är låg och vi ska ta ställning till hur vi kan gå vidare med det resultat som finns
Sammanställa resultatet	Enkätsvaren sammanställs och bearbetas.
Sammanställning rapport	Vi räknar med att rapporten är klar under våren 2024
Planering eventuell workshop	En workshop kan bidra till att sprida kunskap men också att arbetsgruppen kan hämta synpunkter för fortsatt arbete med karriärmodeller.
Summering av 2023	Arbetsgruppen har arbetat med rapporten under året. Det återstår dock en del arbete med diskussion och konklusion.

#### 4. Övrigt

Ett omfattande arbete angående karriärmodeller/kompetensstegar pågår på SKR. I vårt uppdrag har ingången varit att ha en dialog med ansvarig på SKR för att



undvika dubbelarbete och framför allt dra nytta av det som sker på SKR. Detta finns också beskrivet i tabellen ovan.



## Årsrapport 2023

### Arbetsgrupp: Undersöka behovet av utbildning i intermediärvård för sjuksköterskor

#### 1. Verksamhet

På uppdrag av Regionalt vårdkompetensråd Mellansverige ska arbetsgruppen undersöka behovet av utbildning i intermediärvård för sjuksköterskor.

#### 2. Möten

Arbetsgruppen består av följande personer:

Regionrepresentanter:

Maria Thor, samordnare kompetensutveckling, HS, Region Örebro län (sammankallande)

Catrine Björn, övergripande studierektor för SSK, Region Gävleborg

Mathilda Almbacke, Specialistsjuksköterska MIMA och verksamhetsutvecklare, Medicinkliniken vid Västerås sjukhus, Region Västmanland

Lärosätesrepresentanter:

Anna Letterstål, Akademichef, Mälardalens universitet

Arbetsgruppen har inte sammanträtt under året, eftersom man inväntat resultat från den remissrunda, gällande definition av intermediärvård, som startade i slutet av 2022. Ingen återkoppling kring utfall från den har skett, som kommit arbetsgruppen till kännedom.

Uppdragsbeskrivningen innefattar följande aktiviteter:

Aktivitet	Kommentar
Kartläggning av redan befintliga IMA-utbildningar	Kartläggning klar 2022.
Stämma av behov och utmaningar i slutenvården.	Gjordes klart 2022.
Undersöka behov av kommunal medverkan i vår grupp.	Gjordes klart 2022.
Invänta nationell definition av intermediärvård	Definitionen gick ut på remissrunda i slutet av 2022 och ingen återkoppling har skett kring utfallet av den under 2023. Remissrundan sträckte sig fram till april-23.
Undersöka/diskutera behov och utformning av IMA-utbildning	Eftersom remissrundan gällande definitionen inte återkopplats har vi inte kommit vidare i den här frågan under 2023.



Undersöka/diskutera vilka möjligheter olika lärosäten har att ta fram och genomföra IMA-utbildning.	Den workshop vi hade tänkt anordna blev aldrig av pga utebliven återkoppling på definitionen av intermediärvård.
Ge förslag på hur en IMA-utbildning skulle kunna utformas, antal högskolepoäng mm	Vi har flera förslag på upplägg och utformning som vi arbetade fram under 2022.

Andra aktiviteter som tillkommit under året och som inte fanns med i den ursprungliga uppdragsbeskrivningen:

Aktivitet	Kommentar
Inga aktiviteter har skett under 2023 eftersom det inte hänt något nytt centralt.	

Komplettering januari 2024: Gruppen har fått besked att inom Nationellt system för kunskapsstyrning har Nationell arbetsgrupp (NAG) Intermediärvård för vuxna patienter tagit fram rekommendation:

[Vägledning för organisation och kompetens inom intermediärvård \(skr.se\)](#)

## Årsrapport 2023

# Arbetsgrupp: Kartlägga befintliga typer av anställningar och ekonomiska modeller för förenade anställningar och andra typer av kombinationstjänster/ samarbetsmodeller i kommuner och regioner

### 1. Verksamhet

På uppdrag av Regionalt vårdkompetensråd Mellansverige ska arbetsgruppen kartlägga befintliga typer av anställningar och ekonomiska modeller för förenade anställningar och andra typer av kombinationstjänster/ samarbetsmodeller i kommuner och regioner. Gruppen ska ta fram en hållbar struktur för förenade anställningar och andra typer av kombinationstjänster/samarbetsmodeller i kommuner och regioner, inklusive kombinationer såsom klinisk verksamhet och undervisning.

### 2. Möten

Arbetsgruppen består av följande personer:

Regionrepresentanter:

Annica Lundin, Biträdande förhandlingschef, Region Uppsala

Anna Granath, tf förhandlingschef, Region Västmanland

Tina Lood, HR-partner, FoU, Region Örebro län

Pia Linde, förhandlingschef, Region Örebro län (sammankallande)

Kommunrepresentanter:

Sahra Strandberg, bitr. förvaltningschef vård- och omsorg, Örebro kommun

Lärosätesrepresentant:

Martin Wahlén, biträdande kanslichef för medicin och farmaci, Uppsala universitet.

Arbetsgruppen har sammanträtt 3 gånger under året i form av en arbetsdag och två digitala möten. Muntlig redovisning har gjordes till AU i oktober.

### 3. Aktiviteter under året

Uppdragsbeskrivningen innefattar följande aktiviteter:

Aktivitet	Kommentar
Rapportskrivning	Under hösten 2023
Kartlägga och sammanställa befintliga typer av anställningar och ekonomiska modeller för förenade anställningar och andra typer av kombinationstjänster/	Inventering genomfördes inom arbetsgruppens egna organisationer under 2022.

samarbetsmodeller i kommuner och regioner	
Kartlägga och sammanställa utmaningar och problem <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gränsdragningar regioner, kommuner och universiteten</li> <li>- Kopplat till olika professioner</li> </ul>	Kartläggning är gjord och sammanställning genomförd.
Kartlägga och sammanställa goda exempel på lösningar inom andra områden (ex. inom skolverksamhet)	Ej genomfört
Sammanställa framtida behov och förutsättningar <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nära vård</li> <li>- Strukturering av vården</li> <li>- Attraktivitet – kompetensförsörjning</li> </ul>	Genomfört till viss del
Mallar / modeller – underlag för kvalitetssäkra avtal: Lön Arbetsmiljö Arbetstid Andra villkor När det inte funkar Behov: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Central samordning</li> <li>- Enhetlig rådgivning</li> </ul>	Klart under 2023 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Befintliga modeller redovisas i rapporten</li> <li>- Ställningstagande i rapporten är att centrala parter behöver hantera och lösa frågan. Vi anser att centrala avtal och modeller är en förutsättning för en rättssäker hantering av dessa tjänster.</li> </ul>
Avstämning och samordning med Nationella vårdkompetensrådet	Ej genomfört

Andra aktiviteter som tillkommit under året och som inte fanns med i den ursprungliga uppdragsbeskrivningen: Inga ytterligare aktiviteter har tillkommit.

Aktivitet	Kommentar
Bevaka pågående nationella utredningar.	Uppdraget till utbildningsdepartementet om att utreda samverkanslösningar mellan universitet/högskolor och andra parter. Genomfört, ingen slutrapportering finns 2023.

# Slutrapport arbetsgrupp AT-BT

**Sjukvårdsregionalt kunskapsutbyte och  
samordning av utbildningstjänster för  
läkare på allmän- (AT) och basnivå (BT)**

Version: 1



# Innehåll

1. Bakgrund .....	3
2. Sammanfattning av Nationella vårdkompetensrådets rekommendationer .....	5
3. Dimensionering av AT-tjänster i sjukvårdsregion Mellansverige .....	5
4. Normtid för AT i sjukvårdsregion Mellansverige.....	9
5. Verksamheter som utbildar AT-läkare i sjukvårdsregion Mellansverige.....	11
6. Övriga insatser för att öka kapacitet och kvalitet på AT i region Mellansverige.....	13
6.1 Sammanfattning från Region Gävleborg .....	13
6.2 Sammanfattning från Region Värmland .....	15
6.3 Sammanfattning från Region Sörmland .....	16
6.4 Sammanfattning från Region Uppsala.....	17
6.5 Sammanfattning från Region Örebro län .....	19
6.6 Sammanfattning från Region Västmanland.....	22
6.7 Sammanfattning från Region Dalarna .....	23
7. Ledning och styrning av klinisk utbildning i sjukvårdsregion Mellansverige.....	25
8. Nationella, regionala och lokala nätverk inom AT-BT-organisationen .....	26
9. Slutsatser .....	28
10. BILAGA 1-7 Verksamheter med AT-utbildning i region Mellansverige.....	30
11. BILAGA 8-14. Utbildningsorganisationer i region Mellansverige.....	36

# 1. Bakgrund

Regionala vårdkompetensrådet i Mellansverige (RVKR) beslutade 2022 att tillsätta sju arbetsgrupper kopplade till RVKR-aktivitetsplan. Arbetsgruppen AT-BT syftar till att bygga ett nätverk för sjukvårdsregionalt kunskapsutbyte och samordning av utbildningstjänster för läkare på allmän- (AT) och basnivå (BT). Arbetsgruppen har representation från de aktörer som direkt berörs av utbildningstjänsterna AT och BT, vilket i dagsläget innebär representanter för regional hälso- och sjukvård i alla sju län.

Hälso- och sjukvårdsregionernas representanter i RVKR har utsett deltagarna i arbetsgrupp AT-BT. Mellansvenska regionens kommuner och lärosäten är inte representerade i arbetsgruppen. Vid eventuella framtida uppdrag med koppling till tex. legitimationsgrundande läkarprogrammet kan gruppen behöva utökas med representation från regionens två lärosäten med läkarutbildning (Örebro och Uppsala universitet).

<b>Arbetsgrupp AT-BT Sjukvårdsregion Mellansverige</b>	
<b>Region Örebro län</b> Ann-Kristin Rönnberg (sammanställande) Utbildningschef	<b>Region Värmland</b> Lisa Sprengel Övergripande studierektor BT/ST
<b>Region Uppsala</b> Christina Halford Bitr. FoU-direktör	<b>Region Sörmland</b> Ahmed Abidin AT/BT-chef
<b>Region Västmanland</b> Maria Vosough AT/BT-chef, ÖG studierektor AT	<b>Region Gävleborg</b> Maria Palm Övergripande studierektor AT/BT/ST
<b>Region Dalarna</b> Åsa Husmark Verksamhetschef Centrum för läkarutbildning	<i>Administratör; Camilla Frisö Åsell Utbildningscentrum Region Örebro län</i>

Gruppens arbete har, i enlighet med sitt uppdragsdirektiv, huvudsakligen skett med utgångspunkt från kunskapsunderlaget; *Tre rekommendationer för att hantera övergången till den nya läkarutbildningen*<sup>1</sup>, som fokuserar på;

<sup>1</sup> <https://www.nationellavardkompetensradet.se/aktuellt/nyheter/tre-rekommendationer-for-att-hantera-overgangen-till-den-nya-lakarutbildningen/>.

- Normtid för AT bör vara 18 månader
- Verksamhetsbas för AT-tjänstgöring bör breddas
- Kapaciteten för AT-handledning bör ökas och kvalitetssäkring ses över

Mål	Aktivitet	Ansvar	Tid
<b>Förbättrad kunskap om organisation och styrning av AT/BT inom aktuella regioner.</b>	Kartlägga och sammanställa hur styrning, redovisning och organisation av utbildningstjänster AT/BT ser ut i regionerna.	Arbetsgrupp AT/BT	Q3-4 2022
<b>Kartläggning av befintliga nätverk kopplade till AT/BT-organisation.</b>	Identifiera befintliga nätverk för AT/BT-organisation som våra regioner deltar i och etablera en funktionell struktur för kommunikation med dessa arbetsgrupper.	Arbetsgrupp AT/BT	Q3-4 2022
<b>Kartläggning av aktuell implementering av nationella rådets rekommendationer (2022:1) inom de Mellansvenska regionerna.</b>	Kartlägga om och i så fall hur förslagen i Nationella AT/BT-gruppens rapport (Nationella vårdkompetensrådet 2022:1) har implementerats i våra mellansvenska regioner.	Arbetsgrupp AT/BT	Q3-4 2022

*Figur 1. Uppdragsdirektiv för arbetsgrupp AT/BT i Regionalt vårdkompetensråd Mellansverige.*



## 2. Sammanfattning av Nationella vårdkompetensrådets rekommendationer

### *I) Normtid för AT-block bör vara 18 månader*

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

### *II) Verksamhetsbas för AT-tjänstgöring bör breddas*

”För att öka kapaciteten för AT bör en större del av sjukvården involveras än idag. I samverkan med Regionrepresentanter, Sveriges Läkarförbunds utbildnings- och forskningsråd och Svenska Läkaresällskapets utbildningsdelegation har arbetsgruppen tagit fram ett förslag på verksamheter som oftast underutnyttjas för AT-tjänstgöring, men där man kan uppnå målen. Exempel på verksamheter som kan ge en breddad bas för AT är beroendemedicin, infektionsmedicin och kvinnokliniker. I en skrivelse från Socialstyrelsen, Avdelningen för behörighet och statsbidrag, framhålls att den nuvarande regleringen ger utrymme för att använda fler verksamheter i AT på det sätt som anges i arbetsgruppens underlag”

### *III) Kapaciteten för AT-handledning bör ökas och kvalitetssäkring ses över*

”För att kunna utöka handledarkapaciteten föreslår arbetsgruppen att regionerna tydligare synliggör AT/BT-handledning i hälso- och sjukvårdsorganisationen samt följer upp och efterfrågar utbildningsresultat. Handledaruppdraget bör göras attraktivt genom utbildning, organisering och implementering av nya former för AT-handledning som ger ökad kapacitet och kvalitet. Till exempel är det viktigt att regionerna utnyttjar den regeländring som medfört att ST-läkare kan handleda AT-läkare. Andra goda exempel som används är så kallad gaffelhandledning, där en specialist handleder flera yngre kollegor samtidigt, och interprofessionell handledning, där olika professioner handleder varandra i olika moment. Samtidigt är det viktigt att kvalitetssäkra handledningen, så att inte ökad genomströmning leder till kvalitetsförsämringar. En samordning av utbildningsuppdragen på regional nivå kan underlätta uppföljning och utvärdering – och därmed kvalitetssäkring”

## 3. Dimensionering av AT-tjänster i sjukvårdsregion Mellansverige

Nationellt finns ett underskott av AT-tjänster i Sverige och regionernas möjligheter att utöka antalet AT-tjänster har därför varit i fokus för genomlysning och stimulansåtgärder i form av riktade statsbidrag till regionerna under 2022. I nationell rapportering presenteras antalet AT-tjänster ofta i relation till regionens invånartal. Indexet ger ett perspektiv på hur tjänsterna bör fördelas nationellt men den

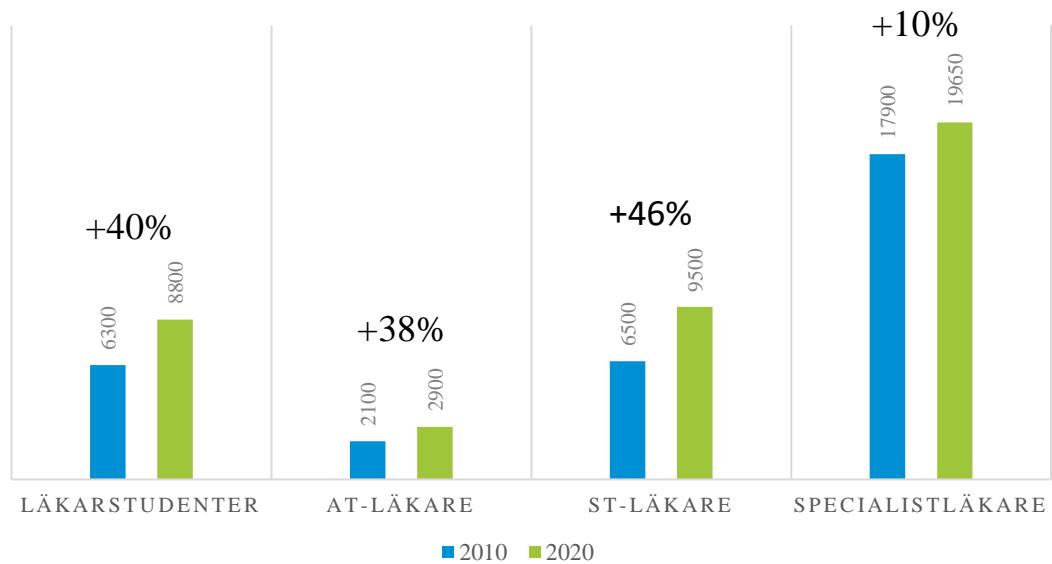
sammantagna bilden av utbildningsuppdrag för läkare är dock mer komplex. Utöver handledning av AT-läkare har regionerna, i varierande utsträckning, även ansvar för klinisk handledning av läkarstudenter under verksamhetsförlagd utbildning (VFU) och bas- (BT) och specialisttjänstgöring (ST) för legitimerade läkare.

Dimensionering av utbildningstjänster (AT-BT-ST) för läkare samt klinisk utbildning av läkarstudenter i de mellansvenska regionerna redovisas i tabell 1. Riksgenomsnitt för antal AT-tjänster var 15,35 per 100 000 inv. år 2022. Flertalet mellansvenska regioner överskrider idag riksgenomsnittet och samtliga har utökat antalet AT-tjänster under 2022 när ekonomi i form av riktade stadsbidrag tillfördes. Flera regioner planerar även att bibehålla den utökade volymen under 2023.

<b>Region</b>	<b>Antal AT-tjänster 2022 per 100 000 inv. (antal tjänster)</b>	<b>Antal AT-tjänster 2023 per 100 000 inv. (antal tjänster)</b>	<b>Antal BT-tjänster 2023 per 100 000 inv. (antal tjänster)</b>	<b>Studentveckor 2022 per 100 000 inv. (antal VFU-veckor)</b>	<b>Antal ST-läkare 2022 per 100 000 inv. (antal läkare)</b>
<b>Dalarna</b>	21,5 (62)	22,1 (64)	4,9 (14)	520 (1500)	110 (318)
<b>Sörmland</b>	20,8 (63)	19,9 (60)	13,2 (40)	213 (642)	128 (386)
<b>Örebro</b>	18,6 (56)	19,2 (58)	6,6 (20)	1604 (4923)	103 (315)
<b>Värmland</b>	18,0 (51)	16,9 (48)	4,3 (12)	666 (1890)	92 (260)
<b>Gävleborg</b>	20,3 (58)	20,3 (58)	1,8 (5)	260 (750)	109 (311)
<b>Västmanland</b>	17,6 (48)	17,6 (48)	2,9 (8)	350 (975)	98 (273)
<b>Uppsala</b>	12,6 (50)	12,6 (50)	3,2 (12)	1900 (7600)	116 (465)
<b>Riket</b>	15,35	-	-	-	-

*Tabell 1. Antal utbildningsläkare och läkarstudenter i relation till befolkningstal i de mellansvenska regionerna.*

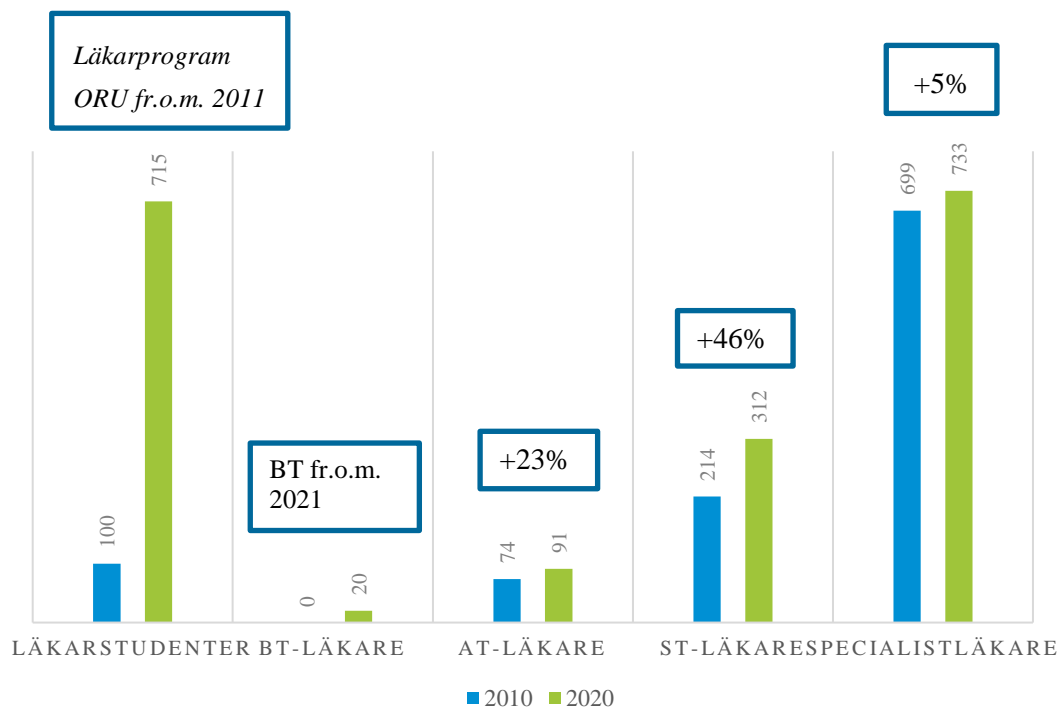
Bristande handledarkapacitet vid obligatoriska placeringar inom framför allt psykiatri och allmänmedicin beskrivs i de mellansvenska regionerna som en begränsande faktor vid dimensionering av AT-tjänster. Andelen studenter och läkare som behöver formaliserad klinisk handledning har ökat i större utsträckning än antalet specialistläkare i Sverige under de senaste tio åren (figur 1).



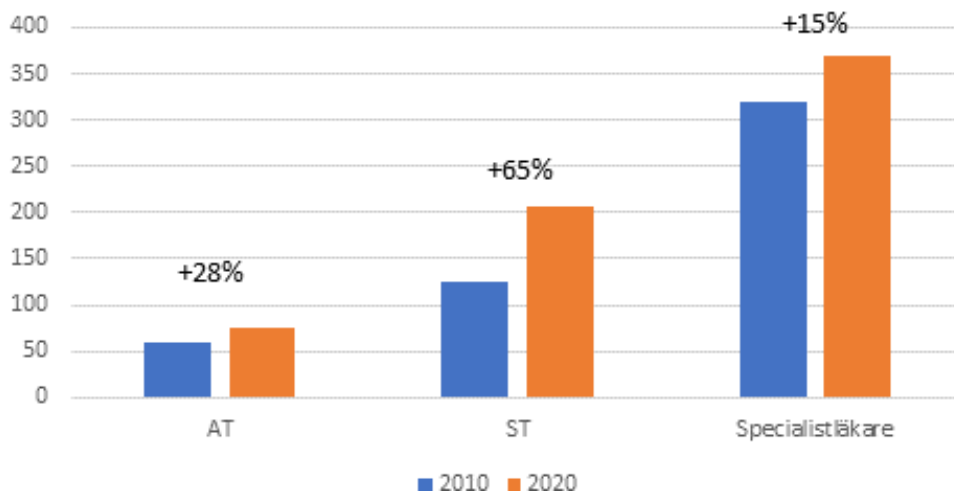
Figur 1. Förändringar i Sverige avseende antal läkarstudenter, utbildningsläkare och regionanställda specialistläkare år 2010 jämfört med år 2020.<sup>2</sup>

Motsvarande utveckling har setts i flera av de mellansvenska sjukvårdsregionerna då behovet av fler utbildningstjänster har tillkommit parallellt med behov av utökad klinisk handledning av läkarstudenter och införande av bastjänstgöring för läkare. Exempel från Region Örebro län och Region Västmanland illustreras i figur 2-3.

<sup>2</sup> Ref. UKÄ och Nationella vårdkompetensrådet.



Figur 2. Förändring i Region Örebro län avseende antal läkarstudenter, utbildningsläkare och regionanställda specialistläkare år 2010 jämfört med år 2020.



Figur 3. Förändringar i Region Västmanland avseende utbildningsläkare (AT-ST) och regionanställda specialistläkare år 2010 jämfört med år 2020.

Arbetsgruppen identifierar, förutom brister i handledarkapacitet, även andra faktorer som begränsar regionernas möjligheter att ytterligare utöka antalet AT-tjänster;

- lokalytor för utbildningsläkare räcker inte till i många verksamheter
- reducerat eller förändrat vårduppdrag i verksamheter med AT försämrar möjligheterna att uppnå lärandemål under placeringen
- patientunderlaget är ibland för begränsat i relation till utbildningsmålen vid vissa placeringar
- begränsade ekonomiska resurser för personal- och utbildningskostnader för AT-läkare
- chef och ledarskap inom AT-organisationen utgörs huvudsakligen av läkare med deltidsuppdrag och tidsbegränsade förordnanden
- mandat och ansvarsfördelning mellan verksamheter och AT-organisation är ibland oklart formulerade vilket försvårar långsiktigt kvalitets- och förändringsarbete
- svårigheter att rekrytera till pedagogiska uppdrag som tex. studierektor och Läkarchef för AT- och BT-läkare

## 4. Normtid för AT i sjukvårdsregion Mellansverige

Nationell rekommendationen om normtid 18 månader för AT syftar till att öka takten på AT-gruppens genomströmning till legitimation och därigenom bereda plats för fler tjänster. En kortare tjänstgöring frigör även ekonomi för fler tjänster i regionerna. Tre av sju mellansvenska regioner har anpassat sin tjänstgöring till 18 månaders normtid. Ytterligare en region (Uppsala) har reducerad normtid vid universitetssjukhuset, dock inte vid länets länsdelssjukhus.

Regioner som utlyser AT-block med inriktning mot forskning (Örebro, Uppsala, Värmland) kommer även fortsättningsvis att inrätta längre block för dessa tjänster. Tid avsatt för vetenskaplig fördjupning belastar inte klinisk handledningskapacitet och bedöms inte påverka regionernas dimensionering av AT-tjänster. Även AT-block med inriktning mot pedagogik (Örebro, Uppsala) bibehålls i nuvarande omfattning med samma argument. Att stimulera intresse och fördjupning inom pedagogik bedöms som prioriterat och kan på sikt gynna utbildningsuppdraget genom återväxt av medarbetare med pedagogisk kompetens.

Region	Sjukhus	Normtid AT (mån)	Kommentar
<b>Dalarna</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Falu lasarett</li> <li>2. Mora lasarett</li> <li>3. Avesta</li> <li>4. Borlänge</li> <li>5. Ludvika</li> <li>6. Säter</li> </ol>	21	Fortsätter tillsvidare med 21 månaders AT. Fyra AT-starter per år.
<b>Gävleborg</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gävle sjukhus</li> <li>2. Hudiksvalls sjukhus</li> </ol>	18	AT 18 månader from 2023. Fyra starter/år.
<b>Sörmland</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mälarsjukhuset</li> <li>2. Nyköpings lasarett</li> <li>3. Kullbergsska sjukhuset</li> </ol>	21	AT 18 månader föreslaget. Fyra starter/år.
<b>Värmland</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Centralsjukhuset Karlstad</li> <li>2. Torsby lasarett</li> <li>3. Arvika lasarett</li> </ol>	21	AT 18 månader föreslaget. Fyra starter/år.
<b>Västmanland</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Västmanlands sjukhus Köping</li> <li>2. Västmanlands sjukhus Västerås</li> <li>3. Västmanlands sjukhus Sala (ej AT)</li> <li>4. Västmanlands sjukhus Fagersta (ej AT)</li> </ol>	18	AT 18 månader sedan 2021. Fyra starter/år.
<b>Uppsala</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Akademiska sjukhuset</li> <li>2. Lasarettet i Enköping</li> </ol>	18/21*	AT 18 mån vid Akademiska sjukhuset. Två starter/år. *AT 21 månader vid lasarettet i Enköping. Två starter/år.
<b>Örebro</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Universitetssjukhuset Örebro</li> <li>2. Karlskoga lasarett</li> <li>3. Lindesbergs lasarett</li> </ol>	18	AT 18 månader från och med 2023. Fyra starter/år.

Tabell 2. Normtid för allmäntjänstgöring i de mellansvenska regionerna.

Förändringar med avseende på normtid är, i flertalet av regionerna, nyligen genomförda eller på väg att genomföras under 2023. Utvärderingar med avseende på tex. ekonomi, utbildningskvalitet, lärandemiljö, målpuppfyllelse och administration är således ännu ej färdigställda. Region Gävleborg och Region Örebro län startar sina första AT-grupper med 18 månaders tjänstgöring i februari 2023.

Intern kvalitetsgranskning genomförs årligen i alla regioner. Extern granskning i form av AT-SPUR planeras inte i sex av sju regioner (övertägs av Region Värmland).

Eftersom AT-tjänst är under avveckling bedöms istället extern utvärdering i form av ST/BT-SPUR vara prioriterad framöver.

---

### *Gruppens synpunkter på normtid AT 18 månader*

---

- *Kan ge ekonomiskt utrymme för fler AT-tjänster*
- *Kan ge en utökad handledarkapacitet*
- *Möjligheter att erbjuda en valfri specialitet under AT minskar*
- *AT-läkare får kortare tid att uppnå samma mål*
- *Mindre marginal för frånvaro = ökad förekomst av förlängd tjänstgöring*
- *Mindre bidrag till vårdproduktion vilket leder till ökad belastning på verksamheter som tidigare avlastats av AT-läkarnas kliniska tjänstgöring*
- *Kortare tid för handledare att bedöma kompetenser hos AT-läkare*
- *Ökat behov av administrativt stöd inom AT-organisationen*
- *Kortare placeringar förbereder verksamheterna inför kommande bastjänstgöringar (BT)*

## **5. Verksamheter som utbildar AT-läkare i sjukvårdsregion Mellansverige**

Nationella vårdkompetensrådets arbetsgrupp rekommenderar en kartläggning av vilka kliniska verksamheter, utöver de traditionella, som kan bidra till att lärandemål för AT uppfylls. Socialstyrelsens avdelning för behörighet och statsbidrag framhåller också i en skrivelse att nuvarande reglering ger utrymme för att använda fler verksamheter i AT på det sätt som rekommenderas.<sup>3</sup>

Lärandemål som ligger inom invärtesmedicinska och kirurgiska specialiteter berörs i första hand och en bredare bas av verksamheter, där förutsättningar att uppnå dessa mål finns, kan potentiellt bidra till ökad genomströmning. Exempel på verksamheter

---

<sup>3</sup> [Se bilaga 2. SoS bedömning Dnr 3.3-25803/2021](#)

som föreslås ge en breddad bas för AT är tex. beroendemedicin, infektionsmedicin och verksamheter inom gynekologi och obstetrik och geriatrik. Arbetsgruppen bedömer dock att det framför allt är en bristande tillgång till lämplig placering inom psykiatri och allmänmedicin som utgör den begränsande faktorn för antalet tjänster i region Mellansverige. Med utgångspunkt från Socialstyrelsens målbeskrivning för AT inom tex. psykiatri bedöms endast ett fåtal ytterligare verksamheter kunna erbjuda förutsättningar för AT-utbildning. En breddad bas av verksamheter inom invärtesmedicin och kirurgi skapar större spridning av utbildningsuppdraget men totalt sett inte fler utbildningsplatser.

Arbetsgruppen bedömer att en utökning av antal verksamheter som utbildar AT-läkare ger begränsade vinster i genomströmning men riskerar istället att påverka utbildningskvalitet negativt. En introduktion av nya verksamheter till AT-utbildning innebär merarbete för såväl vårdverksamheternas chefer, studierektorer och handledare som för AT-organisationens chefer, studierektorer och administratörer. En viss breddning av placeringar har ändå genomförts i de mellansvenska regionerna, dock huvudsakligen på större sjukhus. Ortopedi, urologi, geriatrik och infektion är exempel på verksamhetsområden utöver de traditionella där delar av AT-tjänstgöring genomförs i nuläget. Arbetsgruppens uppfattning är att lokala förutsättningar måste få vara avgörande för placeringsstruktur och en djupare analys av verksamhetsplaceringar bedöms inte tillföra arbetsgruppen något ytterligare. Lokala och regionala skillnader i vårduppdrag inom samma verksamhetsområde försvårar jämförelse av placeringens faktiska innehåll. Placering av AT-läkare är således en fråga som bäst löses i den lokala AT-organisationen. För detaljer i mellansvenska regionernas respektive placeringsstruktur se bilaga 1-7.

---

### *Gruppens synpunkter på AT-utbildning i fler verksamheter*

---

- *Fler verksamheter ges möjlighet att möta AT-läkare och potentiellt rekrytera framtida ST-läkare*
- *Ökad kapacitet för klinisk handledning*
- *Kunskap om regelverk, lärandemål, bedömningsmetoder och lokala rutiner behöver spridas och hållas uppdaterade i fler verksamheter*
- *När en AT-läkare behöver tjänstgöra i flera olika verksamheter för att uppnå sina mål inom samma medicinska inriktning kommer kontinuitet och trygghet i relation till handledare och arbetsmiljö att försämrats*
- *Handledare och studierektorer på korta placeringar får svårare att bedöma kompetens och måluppfyllelse hos AT-läkare*
- *Mer tid går åt till introduktion i nya verksamheter på bekostnad av klinisk tjänstgöring*



## 6. Övriga insatser för att öka kapacitet och kvalitet på AT i region Mellansverige

Arbetsgruppen har sammanställt respektive regions insatser inom fem områden (A-E) som bedöms påverka kapacitet och kvalitet på AT;

- A. Utbildning av kliniska handledare
- B. Utvärdering (intern och extern) av AT-utbildning
- C. Incitament kopplade till pedagogiska uppdrag
- D. Metodik inom klinisk handledning och bedömning
- E. Handledarkapacitet

### 6.1 Sammanfattning från Region Gävleborg

#### A. Handledarutbildning

Samtliga ST-läkare och specialister erhåller grundläggande handledarutbildning (3 dagars kurs). Tillgången handledarutbildning är god och årligen genomförs ca 4 kurser. Även en webbaserad handledarutbildning finns att tillgå för samtliga anställda i regionen med handledaruppdrag oavsett yrkeskategori.

#### B. Utvärdering, intern och extern, av utbildningskvalitet för AT-läkare

Regelbundna möten för utvärdering av AT sker i både Gävle och Hudiksvall.

##### *Gävle sjukhus*

AT-läkarna ett eget medbestämmandeorgan kallat AT-rådet som har stormöten med alla AT-läkare en gång per termin. I AT-rådet finns en ordförande, en sekreterare och AT-representanter för varje huvudavsnitt i tjänstgöringen som löpande i mellantiden samlar in återkopplingar om placeringarna. Under stormötet sammanställs dessa och även allmänna frågor kring tjänstgöringen tas upp. Dessa återkopplas sedan i ett separat möte till AT-ledningen (AT-chef, AT-ansvariga och studierektorer) för vidare behandling och återföring till klinik. I Gävle har vi också en utvärderingsenkät AT-läkarna anonymt fyller i efter varje avslutat avsnitt. AT-chef har minst två personliga samtal med varje enskild AT-läkare under tjänstgöringen (likt de formaliserade Medarbetarsamtalen varje medarbetare i organisationen har en gång per år), ett i början av tjänstgöringen och ett i slutet.

##### *Hudiksvalls sjukhus*

Utvärdering sker dels genom en webbenkät som ska fyllas i efter varje avslutad placering och som återkopplas till berörd verksamhet en gång per termin.

Vid Hudiksvalls sjukhus finns ett AT-utbildningsutskott som är till för att följa utbildningskvaliteten under AT med möten 2 gånger per termin. Där deltar representanter för de olika AT-grupperna, AT-ansvariga från alla placeringar inom AT, AT-studierektorer, AT-chef och AT-samordnare. Där lyfts både kritik och positiva exempel samt förbättringsförslag och uppföljning av vad som togs upp vid senaste mötet.

Alla schemalagda utbildnings-/undervisningstillfällen utvärderas och återkopplas. Inom primärvården ska varje hälsocentral årligen ansöka om godkännande att vara utbildningscentral med krav avseende framför allt handledningskapacitet. SPUR-granskning av AT Hudiksvall genomförd 2015. Ingen ytterligare extern granskning planeras för tillfället.

### **C. Incitament för att stimulera verksamheter/medarbetare till pedagogiska uppdrag**

På varje klinik som tar emot läkarstudenter för VFU utses en läkarstudentansvarig läkare som för uppdraget har avsatt tid och ett lönetillägg. Tillika har samtliga våra studierektorer och AT-ansvariga läkare avsatt tid och lönetillägg för sina uppdrag. Uppdragsbeskrivningar finns för tydlighet om ansvar och mandat. Sedan 2021 finns centrala medel som verksamheterna kan ansöka om. Kvalitetspengarna, som omfattar 250 000 kr årligen och utgörs av GU-alf medel från Uppsala universitet, ska genom olika insatser höja kvaliteten av de kliniska placeringarna eller underlätta mottagandet och samordningen av läkarstudenterna som kommer för sin VFU. Medlen kan tillfalla klinik eller enskild person/grupp av personer beroende av specificerad aktivitet. Våra AT-, BT samt ST-läkare finansieras med centrala medel (inklusive ST-läkare hos privat vårdgivare).

### **D. Metoder för klinisk handledning och bedömning**

#### *Gävle sjukhus*

Varje AT-läkare har en huvudhandledare som är specialist i Allmänmedicin som arbetar på samma hälsocentral AT-läkaren är placerad på. AT-läkaren träffar sin huvudhandledare i början på sin AT under startmånaden i Primärvården och håller sedan kontakt med denne under sin slutenvårdsperiod, för att sedan återkomma till samma hälsocentral för sina sista fem månader.

Inom slutenvårdsklinikerna genomförs handledarkollegium ett par gånger per termin där varje AT-läkare utvärderas. Varje AT-läkare har en personlig handledare (ST eller specialist) på varje huvudavsnitt under tjänstgöringen som de har tre handledarträffar med under placeringen. En gång i veckan har AT-gruppen i slutenvården grupphandledning med AT-ansvariga. På primärvårdsavsnittet har de schemalagd handledning en gång i veckan med sin huvudhandledare. Det finns en AT-ansvarig

på varje huvudavsnitt i slutenvården som är en namngiven kliniskt verksam ST-läkare alt. specialist på respektive klinik. Studierektor för slutenvårdsavsnitten och en studierektor i Primärvården finns. Dessa är båda kliniskt verksamma specialister. Gaffelmottagning: Ortopeden Gävle har en välfungerande gaffelmottagning med handledning. Framtagande av beskrivande modeller för bredare implementering i slutenvården men även primärvården planeras för kommande år. Peer learning: Utbildningsinsatser planeras för 2023.

#### *Hudiksvalls sjukhus*

Alla AT-läkare har en huvudhandledare inom primärvården, specialist i allmänmedicin, som följer adepten under hela AT-tiden. Alla AT-läkare startar med en månad i primärvård och då inleds kontakten med huvudhandledaren och en handledningsplan för AT-tiden upprättas. Varje grupp AT-läkare har dessutom en grupphandledare, specialist i allmänmedicin, som följer under hela AT-tiden med träffar två gånger per termin. Personlig handledare utses på respektive huvudavsnitt under AT. Det ser lite olika ut mellan kliniker hur ofta det finns schemalagd tid för handledning. Bedömning sker genom medsittning, handledarsamtal och klinikers kollegium. Gemensamt AT-kollegium där vi utvärderar alla AT-läkare två gånger per termin. Samma funktioner avseende AT-ansvariga och studierektorer som i Gävle.

#### **E. Handledarkapacitet inom ST-gruppen**

AT-läkare har daglig klinisk handledning av ST-läkare och specialistläkare. BT-läkarna har en huvudhandledare som är specialist i Allmänmedicin, den dagliga kliniska handledaren kan vara specialist eller ST-läkare. Många ST-läkare är föräldralediga och på randningar så det är svårt att avgöra handledarkapaciteten över tid.

En systematisk genomlysning av i vilken utsträckning som ST-läkare fungerar som handledarresurs för AT- och BT-läkare har inte genomförts i Region Gävleborg. Mot bakgrund av att handledarkapaciteten kan uppfattas som en begränsande faktor bör en översyn vara av värde för regionen. Samtliga ST-läkare erhåller handledarutbildning.

## **6.2 Sammanfattning från Region Värmland**

*Inget underlag från Region Värmland*

## 6.3 Sammanfattning från Region Sörmland

### A.Handledarutbildning:

Grundläggande handledarutbildning (3 dagarskurs) för samtliga ST-läkare och specialister. Tidigare hade vi haft 4 års ST-erfarenhet för att kunna komma in på handledarkursen men nyligen har vi tagit bort detta krav, alla ST-läkare kan genomgå handledarutbildning.

Det finns många specialister som har gått sin handledarutbildning > 5 år sedan. Det planeras att samordna en dags handledarkurs för dem.

### B. Utvärdering, intern och extern, av utbildningskvalitet för AT-läkare

Regelbundna AT-utvärderingar sker var tredje månad för varje placering (internmedicin, kirurgi, ortopedi, psykiatri, primärvård).

Alla AT-läkarna svarar på en enkät inför utvärderingar. Det finns separata schemalagda utvärderingsmöten med internmedicin (infektion, barn, geriatrik), kirurgi (ortopedi, anestesi), psykiatri och primärvården. AT-läkare placerade i respektive kliniker, AT-studierektorer från respektive kliniker, övergripande AT-studierektorer från slutenvård och öppenvård samt AT-chefen deltar i dessa möten, där AT-läkarna kan lämna muntlig konstruktiv feedback och positiv feedback, kommentera enkätresultatet samt ge förbättringsförslag. AT-studierektorer ansvarar för att återkoppla enkätresultatet och AT-läkarna samt AT-enhetens synpunkter samt förbättringsförslag till respektive verksamhetschef/Läkarchef.

I varje respektive placering finns ett AT-råd som består av 2-3 AT-läkare, de utvärderar respektive placeringar (handledning, arbetsbördan, jourarbete, arbetsmiljöfrågor) en gång per månad och rapporterar till AT-chefen och klinik AT-studierektorer samt övergripande AT-studierektorer. På det sättet får AT-enheten fortlöpande information om eventuella brister och kan snabbt föra en dialog med kliniken.

### C. Incitament för att stimulera verksamheter/medarbetare till pedagogiska uppdrag

Region Sörmland behöver jobba mycket med den här frågan. Det finns obefintliga möjligheter för pedagogiska uppdrag. Vissa AT-, BT- och även ST-klinik studierektorer får inte tid avsatt för sina uppdrag även om det står på pappret.

#### **D. Metoder för klinisk handledning och bedömning**

Klinisk handledning är beroende av senior kollegans utbildningsintresse och stressnivå/tidspress därför har varierande kvalitet mellan kliniker och även i samma klinik samt varierar över tiden beroende på hur bemanningen ser ut på kliniker. Bara en klinik har gaffelmottagning för AT-läkare, det fungerar väldigt bra från båda produktions- och utbildningssynvinkeln.

Vid kompetensbedömning används medsittnings-blankett. Alla AT-läkare tas upp vid ett AT-kollegium/kvartal, det innebär att under internmedicin (6mån), kirurgi/ortopedi (6 mån) samt primärvård (6 mån) placeringar utvärderas varje AT-läkare minst två gånger och under psykiatriplacering hinner utvärderas en gång, resultatet återkopplas via klinikhandledare vid kommande handledningstillfälle.

#### **E. Handledarkapacitet inom ST-gruppen**

Det varierar mellan kliniker och över tid beroende på hur många ST-läkare är i hemkliniken. ST-läkarna har många och långa interna och externa sidotjänstgöring, en del blir föräldralediga och en del har inte hunnit genomgå handledarutbildning.

### **6.4 Sammanfattning från Region Uppsala**

Vid Akademiska sjukhuset är utbildningsenheter med ansvar för olika delar av det samlade läkarutbildningsuppdraget förlagda till FoU-avdelningen:

- 1) AT-enhet
- 2) BT-enhet (regionalt uppdrag)
- 3) ST-enhet (sjukhusbaserade specialiteter Region Uppsala)
- 4) EKP (Enhet för kliniska placeringar, regionalt uppdrag) som i samverkan med universitet, högskolor och kommunala vård- och omsorgsutbildningar ansvarar för kliniska placeringar av studenter och elever
- 5) KTC (Kliniskt träningscentrum, regionalt uppdrag).

Den samlade organisationen skapar goda förutsättningar för samarbete i frågor som rör planering, kvalitetssäkring och uppföljning för de olika läkarutbildningsuppgifterna.

Vid Lasarettet i Enköping finns AT-chef, Handläggare, och AT-studierektorer med ansvar för AT-läkare anställda vid Lasarettet i Enköping. AT-cheferna vid Akademiska sjukhuset och Lasarettet i Enköping har ett nära samarbete och samverkar i frågor som tex. handledning, internutbildning, planering av tjänstgöring, uppföljning av AT, rekrytering.

### **A. Utbildning av kliniska handledare**

Uppsala universitet och Region Uppsala arbetar med utveckling av webbaserad handledarutbildning i modulform. För de kliniska läkarutbildningsuppdragen finns pedagogisk handledarutbildning i Region Uppsalas regi, i form av fysiska utbildningstillfällen. Tillgången till pedagogisk handledarutbildning är god. Årligen genomförs minst 5 kurser per termin. Reservtillfällen läggs in i grundplaneringen, och genomförs vid högt söktryck.

### **B. Utvärdering**

Vid Akademiska sjukhuset sker enkätbaserad uppföljning löpande under hela AT, med uppföljning av varje tjänstgöringsavsnitt. I uppföljningen besvarar AT-läkarna frågor som rör introduktion, handledning, kvalitet i återkoppling, utbildningsklimat, och frågor om hur handledare och andra medarbetare har fungerat som ett stöd för AT-läkarna under deras tjänstgöring i berörda verksamheter. Resultaten sammanställs årligen och återrapporteras till berörda verksamheter. Pris delas ut till den verksamhet som uppnått bäst resultat. Vid Lasarettet i Enköping är arbete med uppföljning under utveckling.

### **C. Incitament**

AT- och BT-tjänster finansieras med regionala medel. Jourersättning finansieras till viss del regionalt, och till viss del av de verksamheter där jourerna har genomförts. Det finns riktlinjer som reglerar tidsåtgång för AT-, BT-studierektorsuppdragen och för uppdrag som AT-ansvarig. Verksamheterna ersätts för den arbetstid dessa uppdrag omfattar. AT-, BT-studierektorer och AT-ansvariga vid Akademiska sjukhuset har ett fast uppdragstillägg.

### **D. Metoder**

AT-läkarna har daglig klinisk handledning av specialister och ST-läkare. Medsittning genomförs under respektive tjänstgöringsblock. AT-läkare vid Akademiska sjukhuset har utöver den dagliga handledningen också blockspecifik handledning i grupper om 2-3 AT-läkare (var tredje vecka) och psykologledd reflektionshandledning med fokus på samtalsmetodik (var tredje vecka). I Primärvården har AT-läkare en personlig handledare under hela tjänstgöringsperioden med regelbundna handledningssamtal inbokad i tjänstgöringsschemat.

### **E. Handledarkapacitet.**

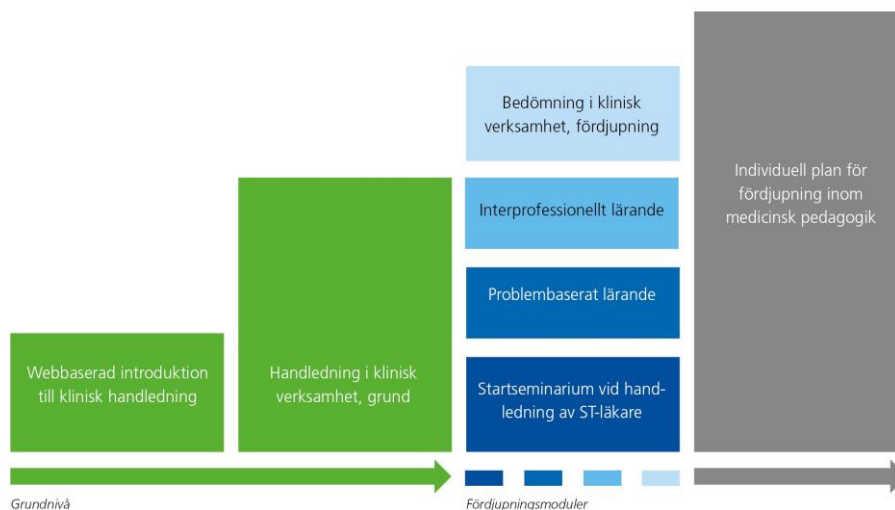
För AT-läkare fungerar ST-läkare i stor utsträckning som handledare i det dagliga kliniska arbetet. AT-läkarna har under sin tjänstgöring vid Akademiska sjukhuset tidigare schemalagts främst under dag/kvälls- och helgpas, men schemaläggs sedan en tid tillbaka också nattetid under tjänstgöring inom internmedicin, kirurgi och psykiatri - som ett led i att säkra så hög utbildningskapacitet som möjligt. AT-läkare

som tjänstgör vid Lasarettet i Enköping, där utbildningskapaciteten är god, går i nuläget dag/kväll och helgpas.

## 6.5 Sammanfattning från Region Örebro län

Region Örebro län har förlagt uppdraget att organisera, utvärdera och utveckla klinisk utbildning till ett tvärprofessionellt Utbildningscentrum. Utbildningscentrum hanterar samverkan med alla grund- och specialistutbildningar som anordnas av universitet, högskola och skola men även samverkan och organisation runt regionens utbildningstjänster för läkare (AT, BT, ST) och psykologer (PTP). En gemensam organisation för klinisk utbildning av läkare från grund- till specialist syftar till att skapa förutsättningar för samverkan i planering av såväl utbildningsplatser som handledarutbildning oavsett utbildningsnivå.

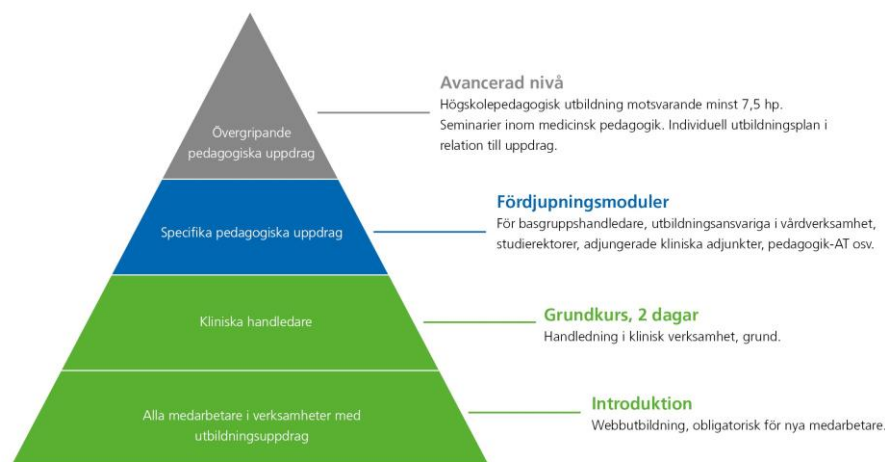
**A. Utbildning** av kliniska handledare inom regional hälso- och sjukvård sker i nära samverkan med Örebro universitet. Utbildningsnivå är kopplad till olika pedagogiska uppdrag (fig. 5). Nivån för andel medarbetare med grundläggande handledarutbildning (två gröna moduler) utgör även en målindikator i Region Örebro läns utbildningsstrategi. Målsättningen är att andelen medarbetare med grundläggande handledarutbildning ska vara  $\geq 90\%$  i verksamheter med utbildningsuppdrag.



Figur 4. Grund- och fördjupningsutbildningar för handledare i klinisk verksamhet. Utbildningarna drivs i samverkan mellan Region Örebro län och Örebro universitet.

Tillgången till grundläggande handledarutbildning är för närvarande god inom ramen för regionens kurssamverkan med Örebro universitet. Fyra kurstillfällen per termin erbjuds på grundnivå och läkargruppen har goda möjligheter till kursplats tack vare ett kvoterat intag som säkrar framför allt ST-läkares tillgång till utbildningen.

Påbyggnadsmodul med fokus på fördjupning inom bedömningsmetoder kommer att erbjudas en gång per termin från och med mars 2023.



Figur 5. Exempel på kompetenspyramid för kliniska handledare.

**B. Utvärdering** sker i form av en läns gemensam webbaserad enkät till AT-läkare i samband med varje avslutat tjänstgöringsavsnitt. Enkäten sammanställs en gång per år och resultatet återkopplas till verksamheterna och till förvaltningens utbildningsråd. Utvalda målandikatorer följs upp i Utbildningscentrums verksamhetsberättelse.

Chefer och AT-ansvariga i vårdverksamheterna kommer från 2023 att utvärdera AT-organisationen inom ramen för en övergripande ”Utbildningsenkät” som utdelas vart tredje år. Extern granskning i form av AT-SPUR genomfördes senast 2015. Någon ytterligare SPUR-granskning planeras inte med tanke på tjänstens kommande avveckling. Utbildningscentrum tar även del av den nationella fackliga enkät som SYLF sammanställer.

På Universitetssjukhuset i Örebro (USÖ) finns i tillägg en struktur för återkoppling från AT-läkarna under *pågående* tjänstgöring på kirurg- och medicinblocken. Ungefär halvtid genom placeringen hålls en träff med syfte att AT-läkarna personligen kan återkoppla kring introduktion, handledning, möjlighet till måluppfyllelse samt utbildningsmiljö i verksamheten och det finns möjlighet att åtgärda eventuella brister under placeringens gång. Ett liknande avstämningsmöte sker också under psykiatriplaceringen samt primärvårdsplaceringen för samtliga AT-läkare i länet.

AT-läkarnas egen översiktliga kompetensutveckling och måluppfyllelse utvärderas i samband med så kallade ”AT-handledarkollegier”, som har ett liknande upplägg som



specialistkollegium för ST. Detta finns i funktion inom verksamheterna medicin- och kirurgi på USÖ samt i Karlskoga och är under utformning i Lindesberg.

**C. Incitament** i form av fast lönetillägg och meritvärde för pedagogiska uppdrag vid tjänstekonvertering används inom Region Örebro län för att stimulera medarbetare till övergripande pedagogiska uppdrag. ST-läkare kompenseras för försenad specialistlön vid övergripande pedagogiska ansvarsuppdrag i regionen. Regionala riktlinjer reglerar tidsåtgång för studierektorsuppdrag (AT-ST) i vårdverksamheten.

Verksamhetsområden där AT-läkare placeras ersätter jourtjänstgöring. Övriga personalkostnader och studiepott för AT-läkare utgår från regionens Utbildningscentrum.

**D.Handledningsmetoder** vid AT-handledning i klinisk verksamhet sker i dagsläget huvudsakligen genom ”medsittning” och individuella träffar med utsedd handledare för placeringen. Vid träffarna finns möjlighet att diskutera såväl kliniska fall som förhållningssätt och professionell utveckling. Vid enstaka placeringar förekommer även grupphandledning inom ramen för kliniskt arbete.

Handledning i par (tex. peer-learning) kan tillföra ett mervärde för inläring och även vara tidsbesparande för handledare. Peer-learning praktiseras dock inte i dagsläget vid handledning av utbildningsläkare i regionen. Utbildningsinsatser för kliniska handledare planeras under 2023-2024.

Strukturerade interprofessionella utbildningsaktiviteter för AT-läkare utöver handledning runt teamarbete i den kliniska vardagen finns inte i regionen. Enstaka verksamheter praktiserar så kallad ”gaffelmottagning” vid handledning av AT-läkare vilket bedöms gynna såväl vårdproduktion som utbildningsmiljö. Det finns ett behov av att kartlägga i vilken utsträckning som tidsbesparande och kvalitetshöjande handledningsmodeller används vid handledning av läkare och vilket stöd som krävs för införande av tex. peer-learning på bredare front.

*Grupp-, distans-, och parhandledning* kan teoretiskt öka kapaciteten men tydliga former för införande och utförande behöver tas fram i regionen för att säkra såväl integritet, sekretess, kvalitet och jämlik tillgång till handledning. Handledning av utbildningsläkare på distans (digitalt) bedöms generellt som mindre lämpligt. Frågor som berör sekretess och integritet behöver hanteras när patienter är närvarande eller diskuteras inom ramen för digitala vårdmöten som handleds. Kunskap och förståelse, färdighet och förmåga, värderingsförmåga och förhållningssätt utgör delar av en helhet och klinisk handledning bedöms vara ett hantverk som huvudsakligen bör utövas i det fysiska rummet. Moment inom klinisk handledning som berör tex.

reflektion eller teoretisk fördjupning kan dock i vissa fall lämpa sig för distanshandledning utan att kompromissa med kvalitet eller integritet.

### **E. Handledarkapacitet.**

AT-läkarna i regionen handleds ofta av ST-läkare. ST-läkare kan fungera såväl som klinisk handledare som i rollen som personlig handledare under placeringen. Någon systematisk genomlysning av i vilken utsträckning som ST-läkare fungerar som handledarresurs för AT- och BT-läkare har dock ännu inte genomförts i Region Örebro län. Samma medarbetare utför ofta klinisk handledning och kompetensbedömning för alla utbildningsnivåer (grundutbildning-BT-AT-ST). Med tanke på utbildningsuppdragets utökning under sista decenniet (figur 2) och förväntad utbildningsträngsel under övergångsperioden år 2027-2030, bedöms en översyn och revidering av hur handledaruppgiften fördelas vara av värde för regionen.

## **6.6 Sammanfattning från Region Västmanland**

### **A. Utbildning av kliniska handledare (grund-, påbyggnads-)**

En digital handledarutbildning riktad till AT- och BT- handledare har tagits fram. Den går igenom AT- och BT-föreskrifter samt grundläggande kunskaper kring hur man stödjer lärande, metoder för kompetensbedömning samt etik och kommunikation i handledning.

### **B. Utvärdering, intern och extern, av utbildningskvalitet för AT-läkare**

Görs löpande via AT-enheten; med AT-läkare, studierektorer och verksamhetschefer. AT-chef och studierektor träffar AT-läkarna två gånger under tjänstgöringen för medarbetarsamtal där också utvärdering av de kliniska placeringarnas arbetsmiljö samt utbildningskvalitet sker. Åtta gånger per år sker avstämning med AT-ansvariga i verksamheterna. En gång per år sker möte med verksamhetschefer för de obligatoriska placeringarna för återkoppling av utvärdering av arbetsmiljö och utbildningskvalitet. Årligen sker även en medarbetarundersökning gemensam för hela regionen där resultatet för AT- och BT-läkarna analyseras och inkorporeras i vårt systematiska förbättringsarbete.

### **C. Incitament för att stimulera verksamheter/medarbetare till pedagogiska uppdrag**

Finns ingen gemensam modell för detta i Region Västmanland. Finns inte någon etablerad modell för ledarskaps-ST. Det är olika i verksamheterna om AT-studierektorsuppdrag genererar ersättning och/eller tid. Det finns ett förordnande som AT-studierektor i allmänmedicin som finansieras av Vårdval (20%), i övrigt finns inte

förordnanden eller tjänster som AT- eller BT-studierektor på klinikerna utan uppdraget ryms in i ordinarie ST- eller specialistläkartjänster.

#### **D. Metoder för klinisk handledning och bedömning**

Sker genom medsittning och handledningssamtal. Alla har namngiven handledare. Endast i primärvården fungerar schemalagd handledning, en timme per vecka. Övrig handledning sker efter överenskommelse. Peer-learning ännu ej aktuellt för läkare. Generellt är det svårt att få till AT-kollegium i slutenvården. På AT-kollegium utvärderar läkargruppen gemensamt AT-läkarnas progress och dessa får återkoppling via sin handledare. Detta har blivit än svårare nu sedan införandet av 18 månaders AT då det sker frekventa byten och AT-läkaren är kortare tid på slutenvårdsklinikerna.

#### **E. Handledarkapacitet inom ST-gruppen**

Individuell handledare för AT-läkare är övervägande ST-läkare. För BT har det än så länge varit fler specialister. Den dagliga instruktionen/handledningen sker av överläkare på slutenvårdsavdelning, ST-läkare (primärjour) på akutmottagningar, specialist/ST-läkare på VC. Förekommer endast gaffelmottagning på den utbildningsvårdcentral där alla BT-läkare har sin 6 månader allmänmedicinplacering.

## **6.7 Sammanfattning från Region Dalarna**

#### **A. Utbildning av kliniska handledare**

Samtliga nya ST-läkare (infört våren 2020) deltar i ett startseminarium ½ dag. Handledare som behöver repetera regelverket är också välkomna, men deltagandet har varit lågt i den gruppen. Innehållet fokuserar på ST-utbildning (tex. krav på individuella utbildningsplaner, handledning och bedömning, dokumentation samt regler för det vetenskapliga delmålet), men basal information ges om regelverk för BT samt om struktur på regionens BT-utbildning inklusive rutiner och metoder för bedömning.

Handledar- och ledarskapsutbildning (3 dagar, samma externa kursgivare sedan flera år) där samtliga ST-läkare deltar, och de flesta tidigt under ST, vilket uppmuntras (av befintliga ST-läkare dec 2022 har 81 % genomfört kursen). Kursen fokuserar på Handledning, bedömning och återkoppling samt ledarskap i det dagliga arbetet. Handledarkurs på en dag för BT-handledare. De med uppdrag som BT-handledare prioriteras, men alla är välkomna att delta.

För specialister har tidigare rekommenderats deltagande i ST-kursen som repetition. Deltagandet har varit lågt. Vi testade en dags repetitionsutbildning pre-pandemi med bra kursutvärdering och har i samråd med SR-gruppen för ST beslutat fortsätta med

det upplägget. Bör genomföras när man får ett handledaruppdrag för ST-läkare som går efter en ny föreskrift (ny för handledaren), vilket i tid borde bli minst vart sjunde år. Start januari 2023. Planeras två gånger/år, en för slutenvården och en för allmänmedicin med viss anpassning av innehåll, 20 platser/tillfälle. Kursen är framtagen med tanke på ST-handledning, men ger mest sannolikt positiva effekter även i handledningen av AT- och BT-läkare.

### **B. Utvärdering, intern och extern, av utbildningskvalitet för AT-läkare**

Regelbundna muntliga utvärderingar med AT-läkarna sker 3,12,15 och 17 månader in på deras AT. Utöver detta arrangeras AT-råd en gång per månad. AT-råden organiseras av AT-läkarna själva men AT-organisationen deltar vid varje möte. Två ggr/år är det AT-avstämnings möte där AT-organisationen, AT-ansvariga på klinikerna samt verksamhetscheferna deltar. Vid dessa möten går samtliga AT läkare igenom beträffande professionell utveckling, måluppfyllelse och eventuella behov av extra handledning och stöd. Sedan sju år tillbaka har vi implementerat fredagsfeedback med kontinuerlig enklare konstruktiv feedback. Utöver detta finns ett skriftligt återkopplingsdokument med flertal punkter (se punkt D) där vi ber specialisterna fylla i efter varje klinisk vecka, i praktiken var 4-6:e vecka.

### **C. Incitament för att stimulera verksamheter/medarbetare till pedagogiska uppdrag**

Handledarna samt verksamhetscheferna får skriftlig återkoppling av AT-studierektor efter avslutningssamtal med AT-läkarna. I övrigt finns det inte så mycket. Detta är helt klart ett utvecklingsområde.

### **D. Metoder för klinisk handledning och bedömning**

Sit-in. Fredags-feedback. Skriftligt återkopplingsdokument som utvärderar teoretiska och praktiska färdigheter, kliniskt omdöme, självständigt arbete, förmåga att känna sina begränsningar, ansvarstagande, patient/anhörigkontakt, samarbets förmåga, bemötande, rapportering, dokumentation, vetenskapligt förhållningssätt, pedagogisk förmåga, arbetskapacitet, förmåga att hantera stress samt nattarbete och jour.

### **E. Handledarkapacitet inom ST-gruppen**

AT och BT-läkare handleds av både ST läkare och specialister. AT läkarna handleder även varandra, bland annat vid introduktionsjourer där de går dubbelt med en mer erfaren AT läkare. Huvudhandledarträffar arrangeras en gång per månad, där diskuteras handledning framför allt ur en mer etisk synvinkel men där man även coachar varandra beträffande olika aspekter av handledning.

## 7. Ledning och styrning av klinisk utbildning i sjukvårdsregion Mellansverige

Strukturer för ledning och styrning av uppdrag inom klinisk utbildning varierar i de mellansvenska regionerna. Underlag i form av regionernas organisationskisser och linjestrukturer ses i bilaga 8-14.

Övergripande, långsiktiga strategidokument inom utbildningsområdet finns endast i ett fåtal av de mellansvenska regionerna. Strategiarbete som syftar till att formulera realistiska och begripliga mål kan potentiellt skapa en samsyn runt hur utbildningsuppdraget ska organiseras, utföras och utvärderas ute i kliniska verksamheter.

Övergripande mål			
	Klinisk utbildning av hög kvalitet	Klinisk utbildning med hög utvecklingspotential	Klinisk utbildning som bidrar till kompetensförsörjning
<b>Effektmål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hög andel medarbetare med relevant utbildning inom klinisk handledning och pedagogiskt ledarskap</li> <li>Tydliga karriärvägar och incitament för pedagogisk meritering för regionens medarbetare</li> <li>God arbetsmiljö för studenter och elever under klinisk utbildning</li> <li>Hög andel tvärprofessionellt samarbete i planering och genomförande av klinisk utbildning</li> <li>Goda möjligheter för medarbetare med utbildningstjänst inom regionen att uppnå målen för legitimation eller utbildningsbevis</li> <li>Interna utvärderingar med goda omdömen</li> <li>Externa granskningar med goda omdömen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aktiv intern samverkan inom regionen kring klinisk utbildning</li> <li>Aktiv extern samverkan med aktuella lärosäten och skolor</li> <li>Utveckling och implementering av digitala stöd kopplade till klinisk utbildning</li> <li>God anpassningsförmåga till de omställningar som nya och reviderade utbildningar eller förändrade vårduppdrag innebär för klinisk utbildning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bidra i nationell och regional samverkan avseende såväl praktikplatser som utbildningstjänster</li> <li>Medarbetare, studenter och elever som haft sin kliniska utbildning inom Region Örebro län arbetar i hög utsträckning kvar inom länet efter avslutad utbildning</li> <li>Aktuella avtal för klinisk utbildning inom regionen för alla förekommande yrken inom vården</li> <li>Bidra till goda möjligheter till internationella utbyten inom ramen för klinisk utbildning</li> </ul>

Figur 6. Exempel på mål och indikatorer från Utbildningsstrategi Region Örebro län 2021-2030.

Strategiska mål, uppdrag, mandat och tydliga beslutsvägar bildar skelett för utbildningsorganisationen. Av tradition finns starka muskler i form av engagemang för handledning inom vårdens alla yrkesgrupper. Många tar ett stort kollegialt ansvar för blivande kollegor och nya medarbetare men saknar tyvärr ofta strukturella förutsättningar och kompetens för utbildningsuppdraget.

*”Utan skelett kan vi inte röra oss framåt, då är vi bara en hög med muskler”*



Gemensamma nationella mål och kvalitetsindikatorer för klinisk utbildning saknas idag. Likaså saknas samsyn runt vilka krav som ställs på verksamheter vid uppföljning av kvantitet och kvalitet kopplat till utbildningsuppdragen.

---

*Gruppens synpunkter på ledning och styrning av utbildningsuppdrag*

---

- *Rekommendationer avseende relevanta mål och kvalitetsindikatorer för klinisk utbildning och handledning bör formuleras på nationell nivå*
- *Rekommendationer för hur rapportering och uppföljning av utbildningsuppdrag ska ske inom hälso- och sjukvården bör formuleras på nationell nivå*

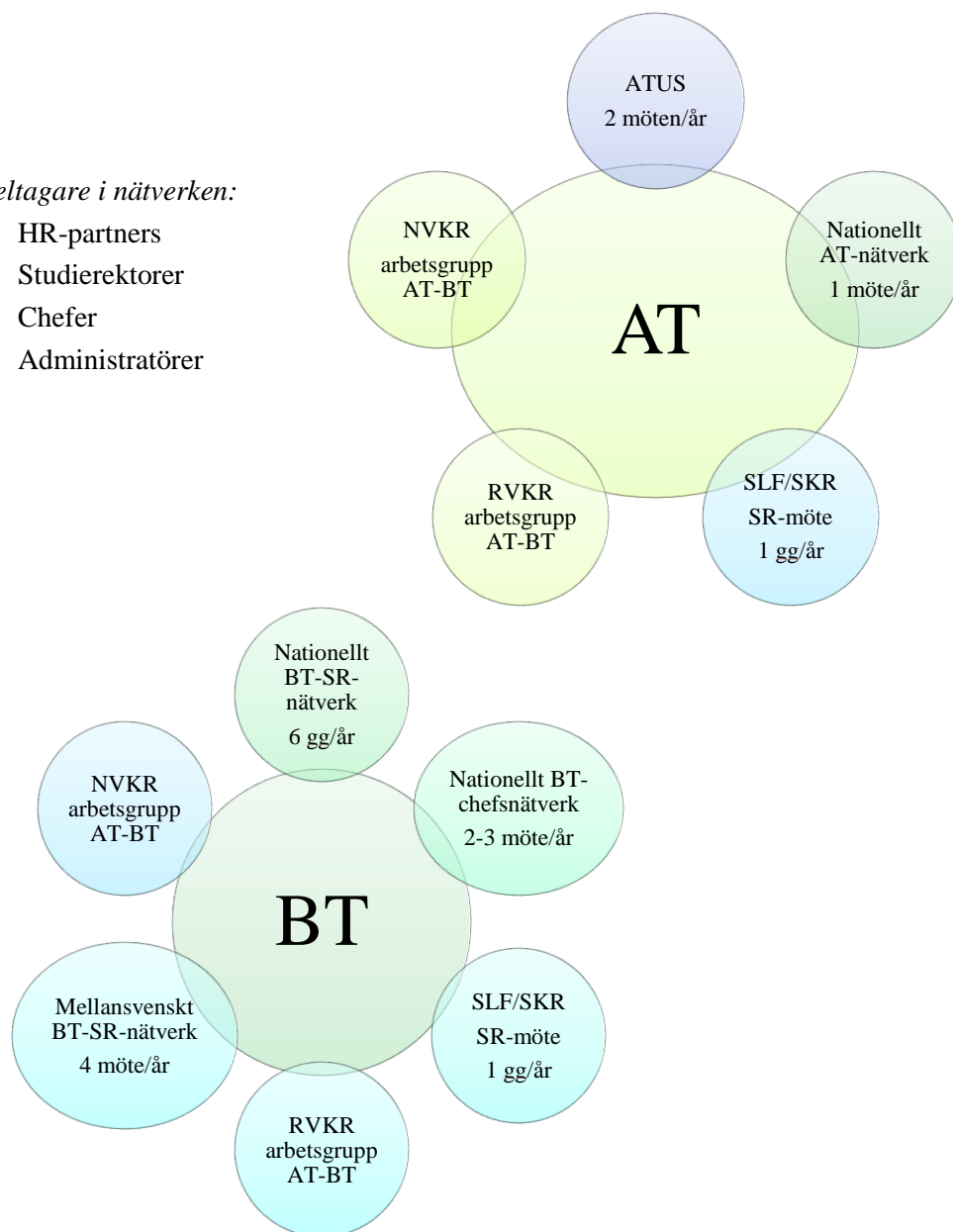
## **8. Nationella, regionala och lokala nätverk inom AT-BT-organisationen**

Extern samverkan mellan utbildnings- och rekryteringsansvariga inom AT-BT-organisationer i Sverige sker traditionellt via informella nätverk. Flertalet nätverk är nationella men avgränsningar till enbart universitetssjukhus eller till ett geografiskt sjukvårdsområde förekommer.

Ordförandeskap/sammankallande roterar mellan regionerna och mötesstruktur kan således variera beroende på mötesledare. Mötesfrekvens varierar från 1-4 ggr per år och beror ofta på hur etablerad tjänstgöringsformen är. Vid införande av nya regelverk eller helt nya tjänstgöringsformer är behovet av omvärldsbevakning och stöd ofta större. Mötesformerna växlar mellan digitala och fysiska möten och innehåller ibland fortbildning med inbjudna föreläsare (tex. nationellt AT-nätverk, SLF/SKR SR-dag)

*Deltagare i nätverken:*

- HR-partners
- Studierektorer
- Chefer
- Administratörer



*Figur 7. Översikt över nätverk och arbetsgrupper som förekommer inom AT-BT-organisation i Sverige.*

Nätverken saknar beslutsmandat och har sällan några formella uppdragsdirektiv. Man styr sin agenda och mötesfrekvens utifrån gruppens eller mötesledarens behov. Deltagarna har oftast inte någon formell rapporteringsskyldighet till sina respektive arbetsgivare. Nätverken delar erfarenheter och kunskap mellan varandra och sammanställer ibland gemensamma kunskapsunderlag.

---

### *Gruppens synpunkter på samverkansformer runt AT-BT*

---

- *Etablerade nätverk upplevs som mycket givande för deltagarna, framför allt i samband med större förändringar i regelverk*
- *Flertalet nätverk skulle gynnas av samordning och tydligare uppdragsdirektiv*
- *Frågeställningar och deltagare inom nätverken överlappar varandra i stor utsträckning*

## **9. Slutsatser**

Mellansvenska vårdkompetensrådets arbetsgrupp AT-BT har i sitt arbete identifierat ett antal områden som begränsar såväl antal utbildningstjänster som kvalitet på genomförd utbildning i regionerna. Arbetsgruppen vill framför allt lyfta tre områden som behöver uppmärksammas i det nationella arbetet.

- Delmål med stark koppling till en specifik verksamhet (ex BT2) bör vara i proportion till den tjänstgöringstid som kan erbjudas i relation till normtid och övriga delmål. Omotiverat högt ställda mål riskerar dels att begränsa antalet utbildningstjänster men även att pressa handledare till intygande av kompetens trots bristfälligt underlag.
- Planering av utbildningsuppdrag bör ske synkront med planering av lokaler och vårduppdrag för att säkra förutsättningar för måluppfyllelse i aktuell verksamhet. Ett reducerat vårduppdrag påverkar direkt såväl handledarkapacitet som det patientunderlag som var ämnat att ge utbildningsläkare möjlighet att uppnå sina delmål.
- Brister i regionernas egna organisationer skapar interna flaskhalsar i hanteringen av utbildningsfrågor. Utbildningsorganisationerna behöver struktureras, bemannas och rustas med kompetens inom förändringsledning inför kommande års stora omställningar. Avveckling av AT- och etablering av BT-tjänster i stor skala kommer att ställa krav på tydlighet i beslutsvägar och forum för samråd med såväl högsta HS-ledning som med kliniska verksamheter med kritiska utbildnings- och vårduppdrag.

Arbetsgruppen har i och med denna slutrapport avslutat sitt nuvarande uppdrag för det mellansvenska vårdkompetensrådet. Samordningsvinster inom AT-BT på sjukvårdsregional nivå bedöms av gruppen som begränsade och fokus behöver ligga



på nationell och lokal samverkan. Befintliga AT-BT-nätverk fyller i dagsläget syftet att utbyta erfarenheter och goda exempel på studierektorsnivå. Arbetsgruppen önskar dock fortsätta stå till RVKR förfogande om relevanta frågor inom AT-BT behöver beredas.

Tre personer från arbetsgruppen kommer att medverka vid Nationella VKR arbetsgrupp AT-BT möten under våren – hösten 2023 där den nationella gruppens agenda framåt kommer att diskuteras. Vi ber att få återkomma till RVKR med förslag till uppdrag för arbetsgruppen om vi efter dessa möten får uppslag på arbete som kan komplettera det nationella arbetet

*För arbetsgrupp AT/BT:*

*Ann-Kristin Rönnberg  
Utbildningschef  
Region Örebro län*

## 10. BILAGA 1-7 Verksamheter med AT-utbildning i region Mellansverige

### Bilaga 1. Verksamheter med AT-utbildning i Region Gävleborg, Gävle sjukhus

Verksamhetsområde	Tidsperiod	Kommentar
<i>Kirurgiska specialiteter min 4.5 månader (från och med starter 2023)</i>		
Kirurgi	Operativa blocket: 4,5 månader	
Ortopedi	Ingår i Op (5 v)	
Urologi	Ingår i Op	
ANIVA	1,5 vecka	
Obstetrik Gynekologi	Valbar	
Akutmottagning	Ingår i Opblocket (Kir resp. Ort)	Ca 40-45% av plac. (24/7 verksamhet)
<i>Invärtesmedicinska specialiteter min 4.5 månader</i>		
Medicin	4,5 månader	
Infektion	Valbar	
Barn- och ungdomsmedicin	Ingår i Medicin och som valbar	
Akutmottagning	Ingår i Medicin	Ca 40-45% av plac. (24/7 verksamhet)
<i>Psykiatri min 3 månader</i>		
Allmänpsykiatri	3 månader	
Beroendemedicin	Ingår ovan	Företrädesvis föreläsningar
Akutmottagning	Ingår ovan	Ca 40-45% av plac. (24/7 verksamhet)
<i>Allmänmedicin min 6 månader</i>		
Vårdcentral	6 månader	
Jourcentral	Ausk under ovan	

## Verksamheter med AT-utbildning Region Gävleborg, Hudiksvalls sjukhus

Verksamhetsområde	Tidsperiod	Kommentar
<i>Kirurgiska specialiteter min 4.5 månader</i>		
Kirurgi/urologi inkl akutmott	12 veckor	15 veckor om fördjupning kirurgi (valfri)
Ortopedi Inkl akutmott	5 veckor	
Anestesi	2 veckor	
Obstetrik Gynekologi	Valfri 3 veckor	
ÖNH	Valfri 3 veckor	
<i>Invärtesmedicinska specialiteter min 4.5 månader</i>		
Internmedicin/kardiologi Inkl akutmott	18 veckor	21 veckor om fördjupning medicin (valfri)
Infektion	-	
Barn- och ungdomsmedicin	Valfri 3 veckor	
<i>Psykiatri min 3 månader</i>		
Vuxenspsykiatri Inkl jourtjg	3 månader	
Beroendemedicin	auskultation	
BUP	auskultation	
<i>Allmänmedicin min 6 månader</i>		
Vårdcentral	6 månader	
Jourcentral		

## Bilaga 2. Verksamheter med AT-utbildning i Region Sörmland

Verksamhetsområde	Tidsperiod
Kirurgi	Allmän kirurgi 13-15v Ortopedi 6v Anestesi 2v
Obstetrik och Gynekologi	0
Kärlkirurgi	2 veckor
Akutmottagning	9-11v under kirurgi, ortopedi
Invärtesmedicin	13-19v

Infektion	1 mån
Geriatrisk	3v
Barn- och ungdomsmedicin	2-8v
Njurmedicin	0-2
Akutmottagning	7-9v under internmedicin
<i>Psykiatri min 3 månader</i>	
Avdelning	4v + 4v mottagning
Akutmottagning	4v
<i>Allmänmedicin min 6 månader</i>	
Vårdcentral	20v
Jourcentral	4v

### Bilaga 3. Verksamheter med AT-utbildning i Region Uppsala

Verksamhetsområde	Tidsperiod	Kommentar
<i>Kirurgiska specialiteter min 4.5 månader (AS)*, 6 mån (LE)*</i>		
Kirurgi	AS, LE	
Urologi	AS	
Ortopedi	AS, LE	
Anestesi	AS, LE	
Intensivvård	AS	
Akutmottagning	AS, LE	
<i>Invärtesmedicinska specialiteter min 4.5 månader AS, 6 mån LE</i>		
Internmedicin	AS, LE	
Kardiologi	AS, LE	
Geriatrisk	AS	
Stroke	AS, LE	
Infektion	AS, (LE)	
Akutmottagning	AS, LE	
<i>Psykiatri min 3 månader</i>		
Slutenvård		
Akutmottagning		
<i>Allmänmedicin min 6 månader</i>		
Vårdcentral		
Jourmottagning		

\*Akademiska sjukhuset (AS). Lasarettet i Enköping (LE)

#### Bilaga 4. Verksamheter med AT-utbildning i Region Värmland

Verksamhetsområde	Tidsperiod	Kommentar
<i>Kirurgiska specialiteter min 4.5 månader</i>		
Kirurgi	3 månader	
Ortopedi	2 månader	
ANIVA	1 månad	
Akutmottagning		
<i>Invärtesmedicinska specialiteter min 4.5 månader</i>		
Medicin	6 månader inkl. jourtjänstgöring	
Akutmottagning	-	
<i>Psykatri min 3 månader</i>		
Allmänpsykiatri	3 månader inkl. jourtjänstgöring	
Akutmottagning	-	
<i>Allmänmedicin min 6 månader</i>		
Vårdcentral	6 månader inkl. jourtjänstgöring	
Jourcentral	-	

#### Bilaga 5. Verksamheter med AT-utbildning i Region Örebro län

Verksamhetsområde	Tidsperiod	Kommentar
<i>Kirurgiska specialiteter (min 4.5 mån)</i>		
Kirurgi	6v (USÖ) 1-2v (Karlskoga lasarett) 6v (Lindesberg)	avser antal avdelningsveckor under tjänstgöringsavsnittet
Urologi	5-6v (USÖ)	Endast vid AT på USÖ
Ortopedi	4v (USÖ) 3-4v (Karlskoga lasarett) 1v (Lindesbergs lasarett)	
ANIVA	2v	På respektive sjukhus
Akutmottagning	5v (USÖ) 13v (Karlskoga lasarett) 8v (Lindesbergs lasarett)	
<i>Invärtesmedicinska specialiteter (min 4.5 mån)</i>		
Invärtesmedicin	10-11v (USÖ) 3-4v (Karlskoga lasarett)	avser antal avdelningsveckor under tjänstgöringsavsnittet

	14-16v (Lindesbergs lasarett)	
Infektion	6-9 v (USÖ)	Endast vid AT på USÖ (enstaka AT-läkare)
Geriatrisk	6-7v (USÖ)	Endast vid AT på USÖ (enstaka AT-läkare)
Akutmottagning	5-7 v (USÖ) 12 v (Karlskoga lasarett) 6-8 v (Lindesbergs lasarett)	
<i>Psykiatri (min 3 mån)</i>		
Beroendemedicin	2-3v	
Specialistpsykiatri	8v	
Allmänpsykiatri	8v	Enstaka AT läkare placeras 1v på ECT-enheten
Barn- och ungdomspsykiatri	3v	En del av AT-läkarna
Akutmottagning	2-3v	
<i>Allmänmedicin (min 6 mån)</i>		
Vårdcentral	6 mån	
Jourcentral	6-10 jourpass på jourcentral	

## Bilaga 6. Verksamheter med AT-utbildning i Region Västmanland

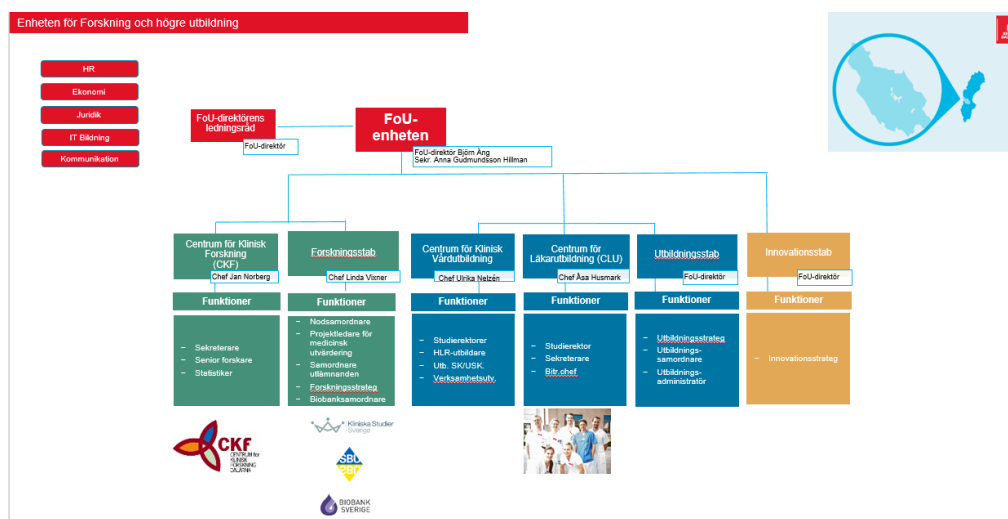
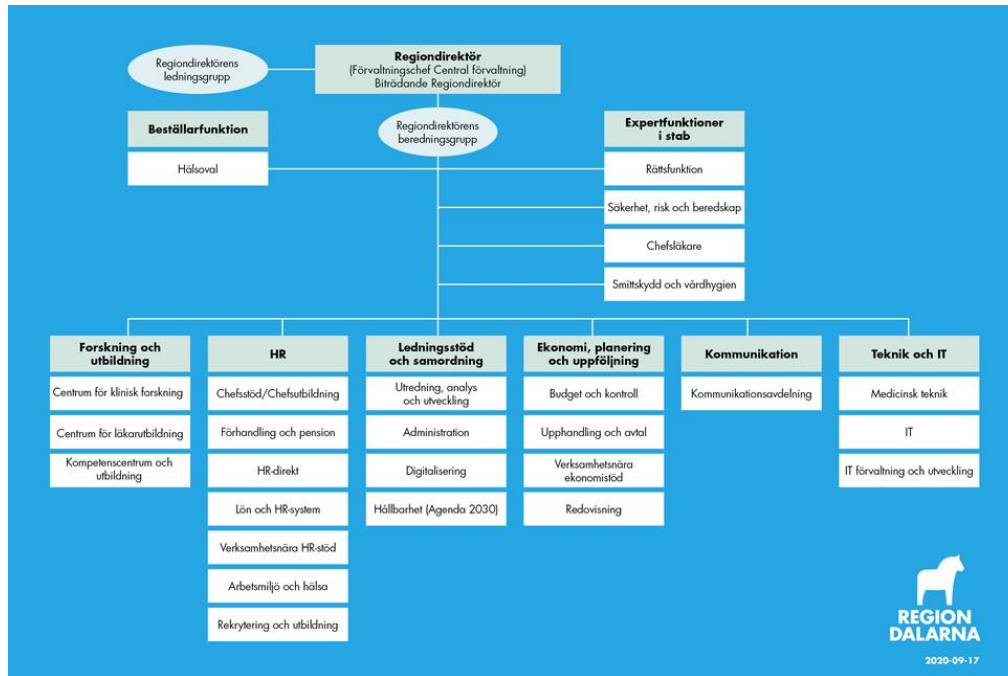
Verksamhetsområde	Tidsperiod	Kommentar
<i>Kirurgiska specialiteter min 4.5 månader</i>		
Kirurgi	Minst 8 v	
Ortopedi	Minst 4 v	
Urologi	Minst 1 v	
ANIVA	Minst 1 v	
Obstetrik och Gynekologi	Valfri placering max 2 v	
Kärkirurgi	0-2 v	
Akutmottagning	Ingår i ovanstående placeringar	
<i>Invärtesmedicinska specialiteter min 4.5 månader</i>		
Invärtesmedicin	Hela placeringen exkl. ev. valfri del	
Infektion	Valfri 2 v	
Geriatrisk	Valfri 2 v	
Barn- och ungdomsmedicin	Valfri 2 v	
Akutmottagning	Ingår i ovanstående placeringar	
<i>Psykiatri min 3 månader</i>		
Slutenvård	12 v, kombineras med akutpsykiatri	Fortlöpande dialog
Öppenvård	Ej aktuellt nu pga brist på handledare	
Barn- och ungdomspsykiatri	Valfri placering 1-4 v	
Akutmottagning	12 v, kombineras med placering slutenvård	
<i>Allmänmedicin min 6 månader</i>		
Vårdcentral	26 v	
Jourcentral	1-2 jourer	

## Bilaga 7. Verksamheter med AT-utbildning i Region Dalarna

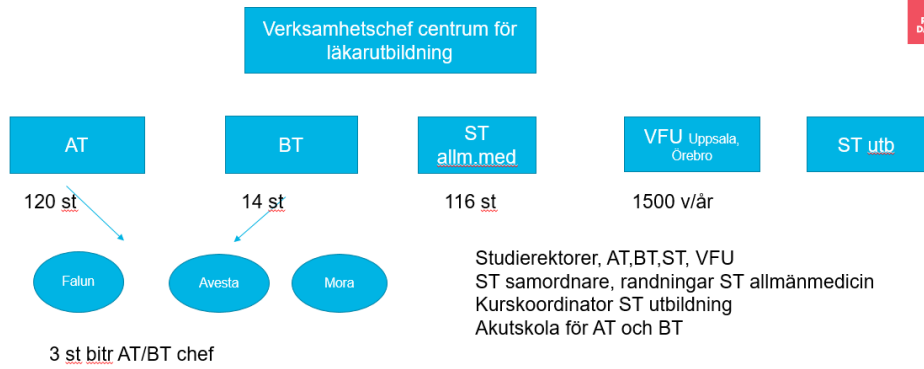
*Inget underlag från Region Dalarna*

# 11. BILAGA 8-14. Utbildningsorganisationer i region Mellansverige

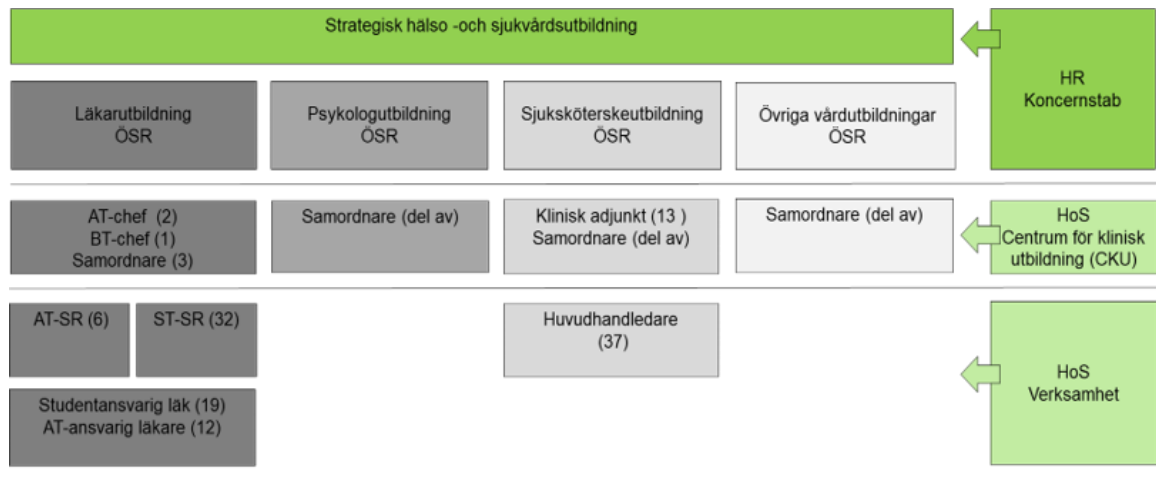
## Bilaga 8. Utbildningsorganisation - Region Dalarna



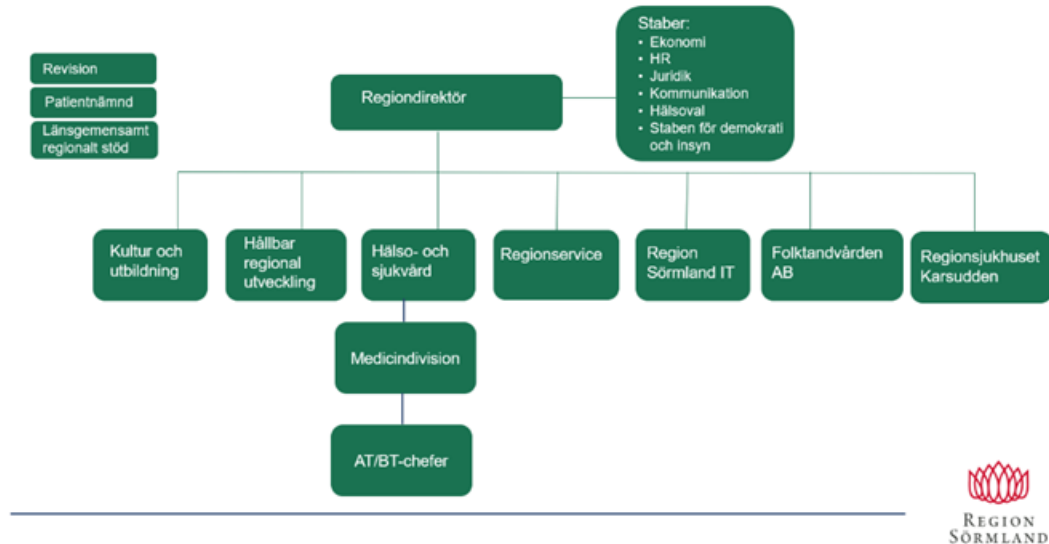




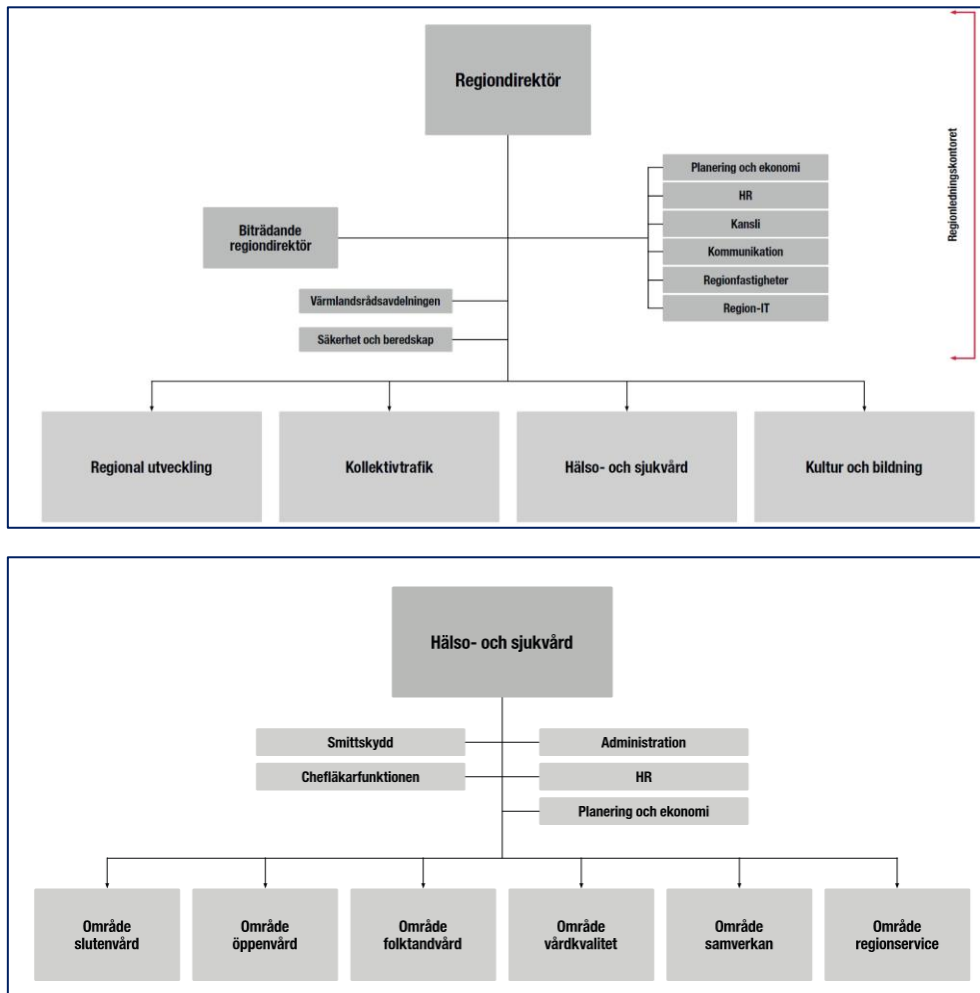
### Bilaga 9. Utbildningsorganisation - Region Gävleborg



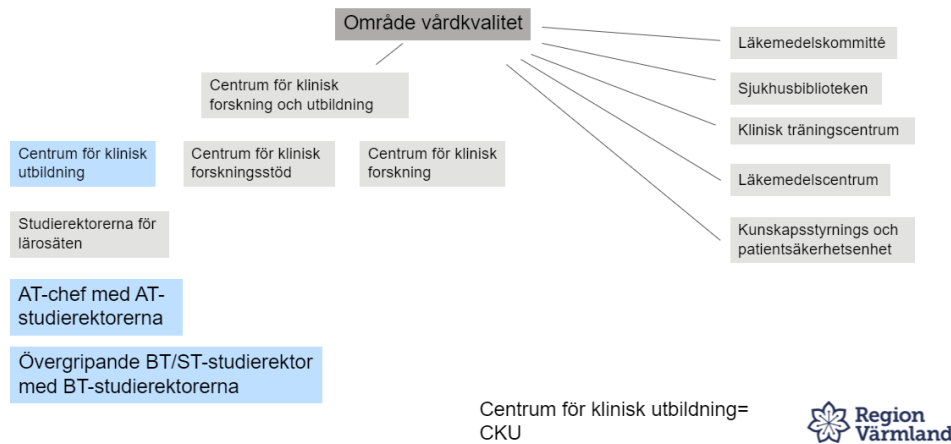
## Bilaga 10. Utbildningsorganisation - Region Sörmland



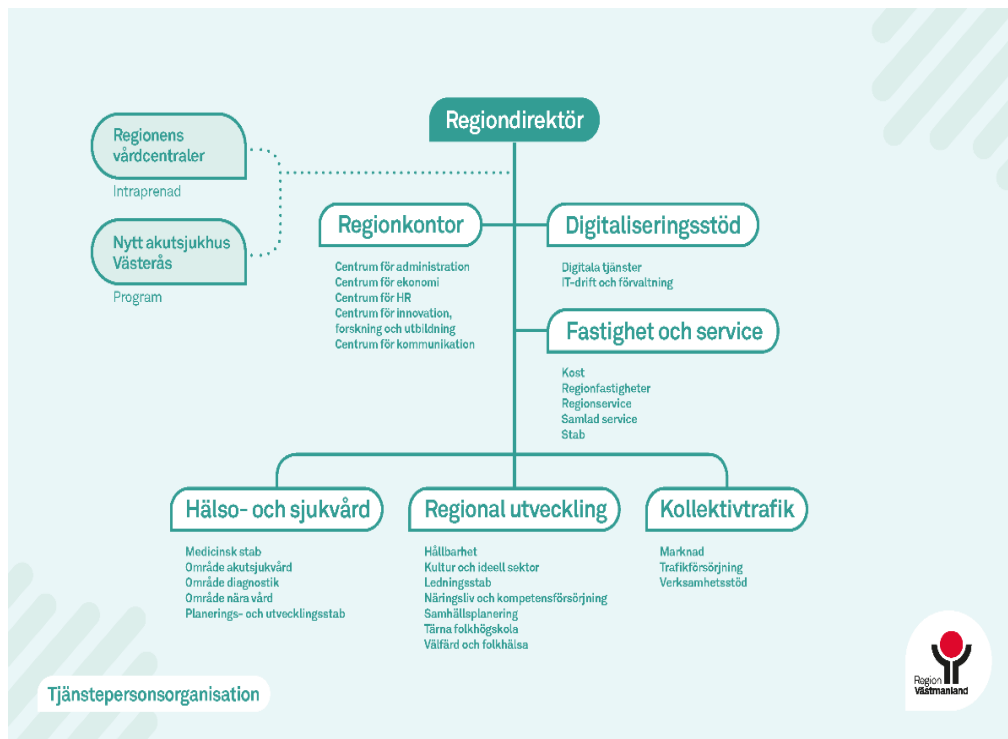
## Bilaga 11. Utbildningsorganisation - Region Värmland



# Organisation AT och BT



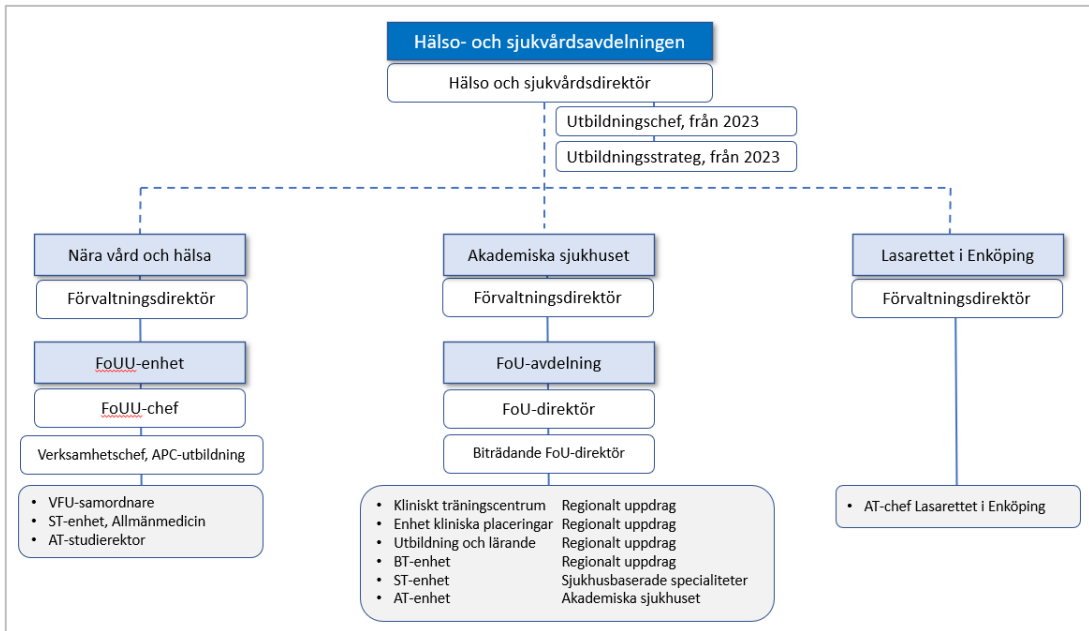
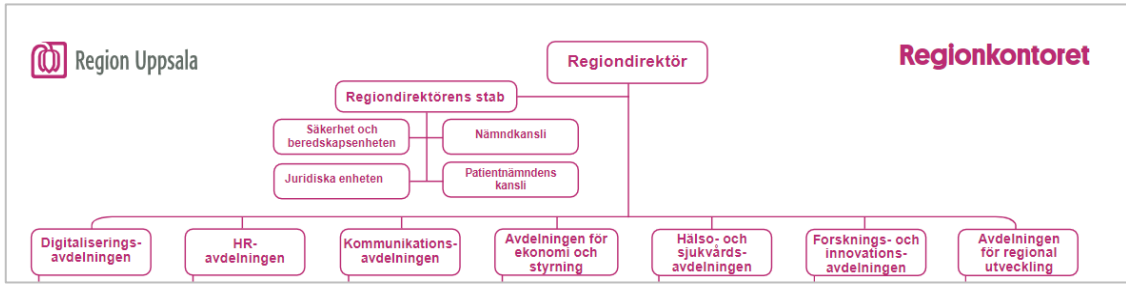
## Bilaga 12. Utbildningsorganisation - Region Västmanland



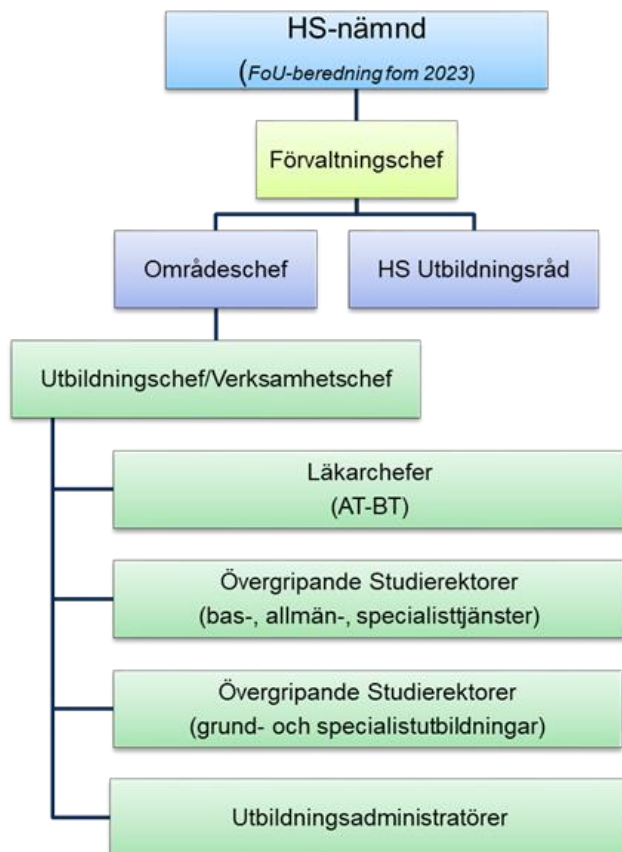
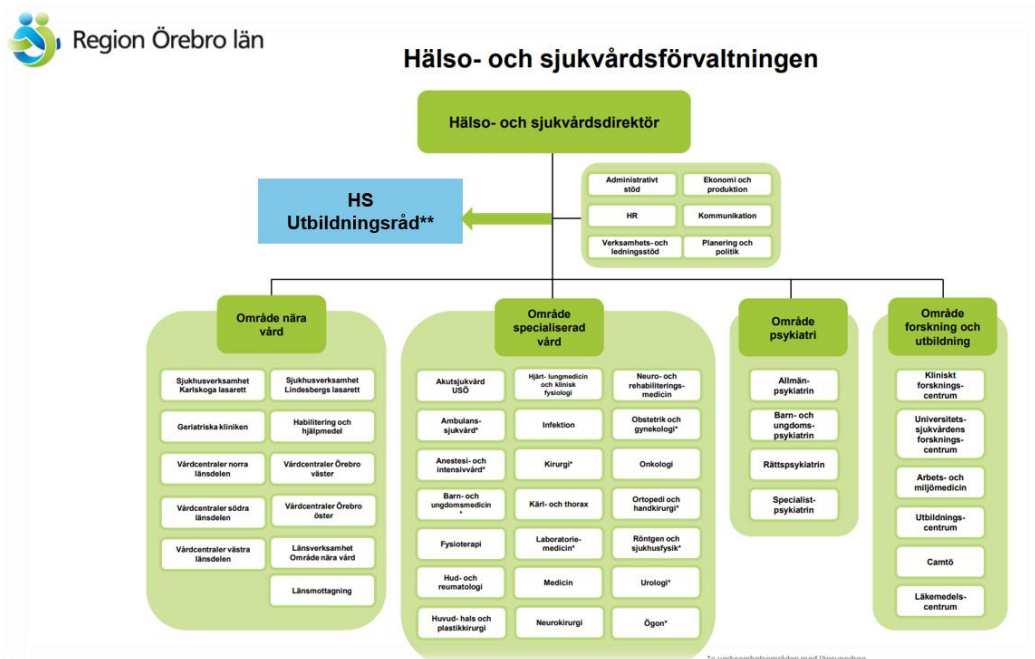
## Organisation

- Regiondirektör → Hälso- och sjukvårdsdirektör → Planerings- och utvecklingsstab → AT-chef och SR / BT-chef och SR
- Regiondirektör → Centrum för innovation, forskning och utbildning → Utbildningsenheten → RÖ-ST-SR, SR-läkarstud, SR- övriga vårdutb.
- Samverkan i Utbildningsråd där också verksamhetschefer, PV-chef och HR-chef är representerade
- Samverkan direkt mellan AT- BT-utbildning och Utbildningsenhet

## Bilaga 13. Utbildningsorganisation - Region Uppsala



## Bilaga 14. Utbildningsorganisation - Region Örebro län



## Årsrapport 2023

# Arbetsgrupp: Utred behovet av introduktionsfas/etableringsfas för att stärka den kliniska kompetensen

### 1. Verksamhet

På uppdrag av Regionalt vårdkompetensråd Mellansverige ska arbetsgruppen utreda behovet av introduktionsfas/etableringsfas för att stärka den kliniska kompetensen.

### 2. Möten

Arbetsgruppen består av följande personer:

Regionrepresentanter:

Viola Olsson, Region Västmanland (lämnat uppdrag fr o m nov 2023)

Patrik Jonsson, Region Västmanland, Sammankallande (tillträtt uppdraget nov 23)

Catrine Björn, Region Gävleborg

Kommunrepresentanter:

Hanna Sandlund Löf, Uppsala kommun

Lärosätesrepresentanter:

Vakant

Arbetsgruppen har sammanträtt 4 gånger under året och använts sig av digitala möten. Gruppen har arbetat fram ett förslag på uppdragsbeskrivning som arbetsutskottet för Regionala vårdkompetensrådet godkänt.

### 3. Aktiviteter under året

Uppdragsbeskrivningen innefattar följande aktiviteter:

Aktivitet	Kommentar
Definiera begreppen etableringsfas/introduktionsfas	Utfört.  Med tillåtelse från Sjukvårdsregion Mellansveriges kanslifunktion har gruppen valt att initialt avgränsa uppdraget till att gälla sjuksköterskor i Sverige.
Kartlägg och jämför vilka upplägg som används idag	Påbörjas vårterminen 2024.  Sedan våren 2023 finns det ett påbörjat arbete med <i>Nationella nätverket för introduktionsprogram för sjuksköterskor</i> i



	Sverige. Arbetsgruppen ska försöka ta ansats i detta pågående arbete för att inte dubbelarbeta.
--	---

Andra aktiviteter som tillkommit under året och som inte fanns med i den ursprungliga uppdragsbeskrivningen:

Aktivitet	Kommentar
Definiera begreppet klinisk kompetens	VT 2024. Önskvärt klart till mars.





Till:

Nationell samordnare för fler VFU-platser i  
sjuksköterskeutbildningen Hans Wiklund, och  
Nationella vårdkompetensrådet

## Förslag gällande nationellt ansvar för områden kopplade till verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen

Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige, bestående av kommuner, lärosäten och regioner i länen Dalarna, Gävleborg, Södermanland, Uppsala, Värmland, Västmanland och Örebro, har arbetat med området Verksamhetsförlagd utbildning, VFU, i sjuksköterskeutbildningen. Under arbetet har några områden visat sig ha en sådan karaktär att det bästa är nationella lösningar.

Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige vill till utredningen Samordnat arbete för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen, Dir. 2022:101, därför föreslå att utredningen föreslår nationell hantering av nedan tre områden och att Nationella vårdkompetensrådet får i uppdrag att ansvara för det.

Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige föreslår Nationella vårdkompetensrådet att arbeta för att få ansvar för nedan tre områden.

Följande tre områden ser Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige att det krävs nationella lösningar för:

### 1. Att tillhandahålla ett högkvalitativt studentplaceringsverktyg

Idag finns en rad lokala lösningar som inte fungerar bra och inte uppfyller de krav som ställs i lagstiftning (GDPR, tvåfaktorsautentisering, etc.).

Denna programvara skulle erbjudas alla som utbildar till yrken som omfattas av det uppdrag Nationellt vårdkompetensråd har.

### 2. Tillhandahålla ett basutbud av digitala handledarutbildningar för de som ska handleda studenter som gör VFU

Ett gott exempel är [www.handledning.se](http://www.handledning.se) som i huvudsak riktar sig till de som handleder läkarstudenter vid VFU. Idag ansvarar varje lärosäte för att ta fram sina egna utbildningar vilket leder till ojämn kvalitet och resursslöseri.

### 3. Handledarkompetensportfölj

En digital resurs där handledare kan samla sina meriter i form av genomgångna handledarutbildningar/kurser, yrkeserfarenhet, handledarerfarenhet av VFU, andra handledar- eller ledarmeriter, på ett systematiskt sätt. Portföljen ska genom sin konstruktion också kunna vara ett stöd när man behöver fördjupa eller bredda sin kompetens som VFU-handledare.

För Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige

*Karin Blomberg*

Karin Blomberg (Oct 11, 2023 07:14 GMT+2)

Karin Blomberg  
Ordförande

# Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige

## Regionala vårdkompetensrådet Södra

Skrivelse

Anna Benemark  
Processledare i Regionala vårdkompetensrådet Södra  
0768-87 18 89  
Anna.benemark@skane.se

Datum 2023-03-17 1 (3)  
Version 1.0  
Dnr

## Skrivelse om behovet av nationell samordning av utbildning inom hälso- och sjukvården

### Sammanfattning och hemställan

Behovet av nya kompetensformer inom hälso- och sjukvården ökar i takt med omfattande nya kunskaper inom diagnostik, terapi och teknik. De befintliga systemen för grund-, vidare- och fortbildning inom hälso- och sjukvårdens yrken är idag bristfälligt synkroniserade nationellt och inte i alla delar anpassade för hälso- och sjukvården. Det föreligger också uppenbara brister inom kvalitetskontroll och uppföljning. Det är därför angeläget att en nationellt samlad lösning avseende framtagande och koordinering av relevanta utbildningar snarast formuleras. Med tanke på Socialdepartementets centrala funktion avseende hälso- och sjukvården, synes det rimligt att frågan initieras och koordineras därifrån. Regionala vårdkompetensrådet lyfter detta angelägna område med det specifika exemplet koloskopi (slangkikarundersökning av tjock- och ändtarmen).

### Bakgrund

Inom hälso- och sjukvården sker en närmast exponentiell ökning av kunskapen inom diagnostik, terapi och teknik. Detta ställer stora krav på grundutbildningarna inom vårdyrkena, men också på vidareutbildning och fortbildning ("livslångt lärande"). Inte bara de nya kunskaperna i sig måste förmedlas utan också tillämpningen, vilken även medför nya vårdförhållanden och patientgrupper. Detta skapar behov av både nya arbetsformer och kompetens hos befintliga yrkesgrupper men också införandet av nya yrkesprofiler.

Utbildningsansvaret inom hälso- och sjukvården är idag splittrat och utan nationell synkronisering. Grundutbildningar inom legitimationsyrkena åvilar universitet och högskolor, efter volymdirektiv från regeringen. Vidareutbildning sker idag på olika sätt. Specialistutbildning av läkare sker under ansvar av arbetsgivaren med godkännande och specialistförklaring av Socialstyrelsen. För sjuksköterskor sker specialistutbildningen akademiskt, medan Socialstyrelsen utfärdar specialistbehörighet. Fortbildning för alla

yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården är odefinierad och oreglerad, utan kontinuerlig kvalitetskontroll och helt upp till arbetsgivaren. Sverige avviker därvid påtagligt från flertalet västländer, där certifierad och kontinuerlig fortbildning krävs för bibehållande av till exempel läkarlegitimation.

### **Aktuella förhållanden och exempel**

Det råder för närvarande ett omfattande och ackumulerat underskott avseende både fortbildning med tillhörande kvalitetskontroll och organisation för utbildning inom nya kompetensbehov i hälso- och sjukvården. Detta är väl belagt av vårdprofessionernas organisationer, från forskning inom medicin och omvårdnad samt av regionerna med flera.

Ett konkret exempel avseende koloskopi belyser problemet. För närvarande utförs cirka 120 000 koloskopier/år i landet. Behovet uppskattas öka med cirka 30 % de närmaste 4–5 åren till följd av demografin, ökade terapeutiska möjligheter och införandet av screening för tjock- och ändtarmscancer. Kraven ökar också på att koloskopierna är av så kallad högkvalitetstyp och uppfyller internationella evidensbaserade kvalitetskriterier<sup>1</sup>. Detta inte minst för att screeningen skall nå eftersträvd effekt med minskad dödlighet i tjock- och ändtarmscancer<sup>2</sup>. I dagsläget finns ingen standardiserad koloskopiutbildning, utan detta åvilar varje enskild klinik som utövar verksamheten. Det finns inte heller någon extern kvalitetskontroll.

För att möta det ökade volymbehovet har utbildning av endoskopisjuksköterskor inletts. Det innebär att arbetsuppgifter överföres till en annan yrkesgrupp ("task shifting"), i detta fall från läkare till sjuksköterskor. För närvarande sker detta i akademisk form vid Blekinge Tekniska Högskola och i arbetsgivarregi bland annat vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Båda utbildningarnas innehåll och examinationsformer har dock fått definieras av utbildningsenheterna själva, då inga nationella kravspecifikationer finns. Utbildnings- och certifieringskraven inom endoskopi varierar mellan olika länder. Till exempel har Storbritannien en mycket välutvecklad organisation (Joint Advisory Group on Gastrointestinal Endoscopy), med volyms- och kvalitetskrav både för grundkompetens och bibehållen certifiering för koloskopisten och enheten<sup>3</sup>. Behovet är således stort även för Sverige, där koloskopiutbildningen är ett talande exempel, att ta fram en nationellt förankrad lösning, avseende grundutbildning, kvalitetskontroll och kontinuerlig fortbildning<sup>4</sup>.

### **Slutsats**

Med ovanstående bakgrund och exempel, uppfattar Regionala vårdkompetensrådet Södra och Mellansverige att en generell översyn av vidareutbildningsstrukturen, med tillhörande kvalitetskrav, inom hälso- och sjukvården snarast är påkallad för att säkerställa behovet av nya kompetensformer. Det är också angeläget att precisera vilka myndigheter och organ som uppbär detta ansvar.

2023-03-17

Karin Blomberg

Ordförande

Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige

Johanna Holmberg

Ordförande

Regionala vårdkompetensrådet Södra

<sup>1</sup> Rembacken et al 2012, Endoscopy; Rex et al 2015, Gastrointest Endoscopy

<sup>2</sup> Corley et al 2014, NEJM. Kaminski et al 2010, NEJM

<sup>3</sup> Siau 2018 Endoscopy

<sup>4</sup> Thorlacius et al 2017, Läkartidningen