

REMISSVAR

2024-11-06

Nationella vårdkompetensrådet,  
Socialstyrelsen

106 30 Stockholm  
info@nationellavardkompetensradet.se  
registratorUHS@socialstyrelsen.se

**Diarienummer 4.3-10609/2023**

## Remissvar - förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning

### SFAMs svar på Nationella vårdkompetensrådets "Förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning"

Vi har valt ut de punkter där vi har tydliga åsikter och något att tillföra.

#### 5.2.1 Stärkt medicinsk kompetens inom kommunal hälso- och sjukvård

**Förslag till insats: Kommuner bör säkerställa att medicinsk kompetens finns på alla ledningsnivåer inom den kommunala hälso- och sjukvården samt att mandat, innehåll och syfte tydliggörs inom och mellan respektive nivå.**

**Förslag till uppföljning: Framgång av kommuners beslutade styrdokument.**

Vad gäller medicinsk kompetens inom kommunal hälso- och sjukvård pågår som ni skriver redan en utredning avseende detta (utredning om stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård (Dir. 2023:98)).

SFAM är positiva till att denna fråga adresseras men skeptiska till att kommuner ska börja anställa läkare med följande argument:

1. Det är bristen på allmänläkare som är primärvårdens problem. Att anställa de få allmänläkare som finns i kommunen istället för i regionerna är bara att späda ut och fragmentera. Finns en risk att detta blir ett hinder för att uppnå ett fastläkarsystem där varje invånare får möjlighet att vara listad på en fast läkare med ansvar för ett rimligt antal invånare som enligt Socialstyrelsen ligger på 1 allmänläkare per 1100 invånare.
2. Läkare anställda av kommun riskerar att bli ensamma i sin läkarroll, alltså att inte ha några läkarkolleger som man har daglig kontakt med. Därmed förlorar man möjligheten till kollegial dialog i fortbildnings- och kvalitetsutvecklings syfte. Bättre då att dessa läkare

är anställda på vårdcentral i regionens regi och att det tydliggörs hur mycket läkartid som är rimligt att kommunen köper in och att man följer upp detta.

3. Finns den medicinska kompetensen inom kommunen att veta vilka läkare som är medicinskt lämpliga att anställa? Hur tillser man att det inte blir läkare som inte passat in någon annan stans som hoppar på dessa tjänster?
4. Tillgång till regionernas journalsystem?
5. Förlust av relationskontinuitet om man tappar sin läkare när man blir HSV-pat. Fler gränssnitt och överrapporteringar. Det skrivs in och ut mycket i HSV, vilket riskerar att leda till täta byten av PAL.
6. Blir inte kommunal läkare ännu ett stuprör? Eller ska man ha en kommunal och en regional läkare och vem är ansvarig för smågrejerna, vaxproppen, nevusexcisionen osv? Och övrigt, hur sker egentligen ansvarsfördelningen?
7. Vår kloka allmänläkarkollega Bengt Järhult sammanfattar mycket av våra åsikter i denna debatttext: [Läkare: Feltänk att anställa kommunala läkare](#)

## 5.2.2 Verksamhetschefer vid universitetssjukvårdsenheter behöver ha vetenskaplig kunskap och kompetens

**Förslag till insats: Regioner bör säkerställa att verksamhetschefer vid universitetssjukvårdsenheter är vetenskapligt meriterade.**

**Förslag till uppföljning: Framgång av regioners beslutade styrdokument.**

SFAM tillstyrker rådets bedömning om att verksamhetschefer behöver ha kunskap och kompetens om forskningens förutsättningar för att kunna rekrytera och behålla kompetent personal för detta ändamål, men att denna inte enkom ska begränsas till det vetenskapliga. SFAM hävdar att samma resonemang bör gälla hela kärnverksamhet.

En verksamhet bör ledas av en person med formell kompetens och erfarenhet inom grunduppdraget, som förstår arbetets innehåll och hur det är organiserat. Ledarskapet kräver kunskap och förståelse för kärnverksamheten, förståelse för vad som behövs för att utföra jobbet med vård och behandling av en patient, för att kunna relatera till olika faktorer och minska risken för felaktiga beslut. För att verkligen förstå medarbetarna förutsättningar och kunna anpassa arbetsvillkoren krävs hög medicinsk kompetens om verksamhetens innehåll och komplexitet. Det skapar även trygghet, tillit och förtroende från medarbetarna samt är attraktivt vid rekrytering av nya medarbetare.

Krav på en hög medicinsk kompetens hos verksamhetschefen är central för:

- ett samlat helhetsansvar

- adekvata prioriteringar
- att kunna utveckla lösningar utifrån verksamhetens samlade behov
- att hantera motstridiga krav och ändrade förutsättningar och balansera dessa mot kärnuppgiften
- att skapa en hållbar och stimulerande arbetsmiljö
- att utveckla verksamheten gällande kunskapsöverföring och kvalitet
- att skapa förutsättningar för god patientsäkerhet

Verksamhetschefen behöver även kunna följa medicinsk utveckling och förstå dess implikationer för verksamheten för att kunna bedriva evidensbaserad hälso- och sjukvård och överföra ny kunskap i den praktiska vården.

#### 5.2.4 Stärk ledarskapet i hälso- och sjukvården genom ett nationellt ledarskapsprogram

**Förslag till insats: Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att ta fram ett nationellt ledarskapsprogram för chefer inom hälso- och sjukvård och tandvård. Förslag till uppföljning: Beslut av regering/riksdag.**

SFAM tillstyrker principiellt förslaget, men vill lämna följande synpunkter: Nationella vårdkompetensrådet lyfter förtjänstfullt ledares svåra uppgift att balansera intressekonflikter och motstridiga krav, vilket i sin tur kräver djup förtrogenhet med inte minst kärnverksamheten. SFAM:s uppfattning är att den utmaningen är extra stor i en så kunskapsintensiv och etiskt utmanande verksamhet som sjukvård och att det inte är självklart att ledarskapsprogram löser huvudproblemen för nuvarande och kommande ledarskap inom vården.

I den mån sjukvårdsledarskap brister är det enligt vår mening inte nödvändigtvis alltid, eller enbart, på grund av chefers ledaregenskaper, och i den mån det är ändå föreligger sådana brister är det inte självklart att utvecklingsprogram rättar till dem. Brister kan lika ofta handla om otillräcklig grundkompetens inom, och erfarenhet av, kärnverksamheten, eller svårigheter att navigera de konflikter som kan uppstå mellan formellt och informellt ledarskap utan tillräcklig legitimitet. Ett vanligt problem är ömsesidigt bristande förtroende mellan chefer utan eller med låg egen medicinsk kompetens och medicinskt kompetenta och erfarna medarbetare, utan chefsroll, inom verksamheten.

Tillitsbaserad styrning har, som rådet antyder, hittills visat sig vara ett tänjbart begrepp med otydlig definition, och i vissa fall närmast en floskel förenad med olika typer av önsketänkande. Framtiden får utvisa om det kan komma att ändras, men SFAM konstaterar att en chef, särskilt

en verksamhetsnära chef, inte kan medges höga frihetsgrader om vederbörande vare sig behärskar den medicinska kärnverksamheten eller åtnjuter medarbetarnas förtroende.

Ett nationellt ledarskapsprogram kan vara av värde, men löser inte de utmaningar som nämns ovan.

I den mån ett nationellt ledarskapsprogram blir verklighet är det angeläget att det tas fram i nära samarbete med de medicinska professionerna, att det präglas av professionellt inflytande och transparens, och ställs under direkt myndighetskontroll snarare än att bli en uppgift för till exempel arbetsgivarorganisationer eller deras samarbetsorgan.

Det är också angeläget att noga väga kostnaderna för ett sådant nationellt program mot den möjliga nyttan, och definiera metoder för utvärdering (med konkret möjlighet till utmönstring). Vi har inte råd att lägga en ännu större andel av de tillgängliga resurserna ovanför eller utanför kärnverksamheten till obevisad nytta.

**5.3.1 Ett systematiskt arbetsmiljöarbete är nödvändigt för en hållbar kompetensförsörjning**  
**Förslag till insats: Regioner och kommuner bör skapa förutsättningar för och följa verksamheternas systematiska arbetsmiljöarbete, bl.a. genom att utveckla insatser som främjar en god arbetsmiljö. Förslag till uppföljning: Framgår av regioners och kommuners beslutade styrdokument.**

"Systematiskt arbetsmiljöarbete" sysselsätter många människor utanför (ovanför) kärnverksamheten, detta trots att just ett korrekt systematiskt arbetsmiljöarbete utgåendet från kärnverksamheten är en av de säkraste rekryteringsfaktorerna för alla vårdyrken. Den absolut viktigaste övergripande arbetsmiljöfrågan är en adekvat bemanning av sjukvården på alla nivåer där SFAMs fokus är Socialstyrelsens målvärde för läkarbemanning i primärvården, 1/1100. Alla andra arbetsmiljöfaktorer är av underordnad betydelse i jämförelse med detta. Inget "systematiskt arbetsmiljöarbete" kompenserar för underbemanning av sjukvården.

**5.3.2 Stöd till prioritering av rätt arbetsuppgifter**

**Förslag till insats: Regioner och kommuner bör arbeta systematiskt med att stödja medarbetarna till att arbeta med arbetsuppgifter som är prioriterade i relation till sin kompetens. Förslag till uppföljning: Framgår av regioners och kommuners beslutade styrdokument.**

SFAM tillstyrker förslaget. Såväl HSL:s portalparagraf som riksdagens prioriteringsriktlinjer har hittills lämnat ett utomordentligt svagt avtryck i den faktiska styrningen av hälso- och sjukvården, i många avseende tvärtom. Korrekta prioriteringar kräver medarbetarkompetens, men en delförklaring till att goda prioriteringar inte görs i praktiken är att vare sig det enskilda patientmötet eller den enskilda klinikens/vårdcentralens verksamhet lämpar sig som underlag för beslut om inbördes prioritering mellan aggregerade grupper av patienter eller åtgärder. Professionens prioriteringsarbete måste kompletteras av politiskt ansvar och

tjänstemannaansvar för att totalresurser och förväntningar matchar. "Allt åt alla" har upphört att vara en legitim politisk beställning för länge sedan. SFAM uppskattar därför att rådet lyfter den centrala slutsatsen att prioritering inte bara handlar om turordning utan i många fall också om att vissa saker inte kan bli gjorda alls. Vi uppskattar att initiativet Choosing wisely, i Sverige benämnt Kloka Kliniska Val, för utmönstring av lågvärdevård uppmärksammas, liksom Kunskapsstyrningens checklista för att undvika över- och underdiagnostik och -behandling. Vi kommer följa utvecklingen av en modell för övergripande horisontell prioritering med stort intresse. Uppgiftsväxling kan vara av stort värde i vissa fall, men vi vill samtidigt lyfta ett varningens finger; det är lätt att överskatta nyttan av, och underskatta de dolda kvalitetsförsämringar, samordningsförluster, arbetsmiljöproblem och kostnadsökningar som inte sällan kan förknippas med, ogenomtänkt uppgiftsväxling. Samtidigt ser vi, som rådet skriver, att en förstärkt verksamhetsnära service och administrativ personal kan frigöra tid och utrymme för särskilt de patientnära legitimationsyrkena

### **5.3.3 Användarvänliga digitala verktyg en förutsättning för en effektiv hälso- och sjukvård**

**Förslag på insats: Regioner och kommuner bör vidta åtgärder för att säkerställa att digitala verktyg är användarvänliga och effektiva**

**Förslag till uppföljning: Framgår av regioners och kommuners beslutade styrdokument.**

SFAM instämmer i problembilden med dagens digitala system och välkomnar insatser för att säkerställa användarvänlighet och effektivitet. Det är eftersträvaransvärt med system som är fullt integrerade, och i den mån det är möjligt automatiserade, för att underlätta för vårdpersonal att få relevant information. SFAM håller med om att ett första steg i rätt riktning är att tidigt involvera vårdpersonalen vid utveckling och upphandling av digitala verktyg.

### **5.3.4 Vårdens medarbetare bör i ökad grad ges möjlighet att delta i fortbildning**

Generellt är vi positiva till den koppling i texten som görs mellan fortbildning, patientsäkerhet, och vårdkvalitet. Vi skulle gärna vilja lägga till de positiva effekterna av fortbildning på rekrytering. Vi instämmer i rubrikens ansats men reagerar på meningen - "Vårdgivarens ansvar att identifiera medarbetarnas utbildningsbehov och ge möjligheter till regelbunden fortbildning och kompetensutveckling". Medarbetarna tilldelas här en genomgående passiv roll. I vården finns flera yrken som kräver legitimation. Ett kännetecken för en professionell utövare är självständighet, vilket innebär kontroll över hur man utför sina arbetsuppgifter, och i detta ligger ett ansvar att själv (gärna i kollegial dialog) identifiera sina utbildningsbehov. Detta får sedan vägas mot verksamhetens behov i ett medarbetarsamtal med verksamhetschefen. En verksamhetschef som har en annan profession kan svårtigen identifiera utbildningsbehov i en annan profession.

I texten skrivs fortbildning och kompetensutveckling som om de innebär olika saker. Det är oklart här vad man menar med det ena begreppet jämfört med det andra. I vid bemärkelse kan man säga att fortbildning är allt som medarbetaren gör i syfte att bibehålla och utveckla sin

kompetens. Kompetensutveckling har en snarlik innebörd, nämligen förstärkning och förnyelse av kompetens. Vi anar här att med fortbildning avser Vårdkompetensrådet formaliserade aktiviteter som ligger utanför själva arbetsinsatsen, men det skulle behöva förtydligas.

I SFAM pratar vi om yrkeslivslångt lärande och ansluter oss till den internationella benämningen CPD (continuing professional development). Vi ser lärandet som en integrerad del av arbetet och att arbetsplatsen är vår viktigaste lärandemiljö. Vi behöver utrymme för såväl inomprofessionell reflektion i kollegial dialog och gemensamt kvalitetsarbete på våra arbetsplatser. En lokalt fortbildningsansvarig läkare kan bidra till att det skapas en god lärandekultur. E-learning och digitala fortbildningsaktiviteter tar allt större plats, men graden av interaktivitet är lägre än vid fysiska möten. Med detta sagt behöver vi delta i fortbildningsaktiviteter utanför arbetsplatsen, i FQ- och Balintgrupper, i sammankomster i det närliggande sjukvårdsområdet, regionalt, nationellt och internationellt. Då kan vi få möjlighet till fördjupning, samla intryck från andra arbetsplatser och få ett omvärldsperspektiv. Arbetsplatsen får inte bli en isolerad ö. Ni skriver att kompetenta och engagerade medarbetare som ges möjlighet att arbeta på toppen av sin kompetens är en förutsättning för en trygg och säker vård av god kvalitet. Vi kan bara hålla med.

Utifrån det perspektivet ser vi positivt på rådets förslag till nationell samordning av systematisk och fortlöpande fortbildning. SFAM förordar en lagtext om obligatorisk fortbildning. Grundbulten i ett nationellt system bör vara den individuella kompetensutvecklingsplanen med regelbunden uppföljning. I primärvården behöver vi i vårdvalens ackrediteringsvillkor få inskrivet kriterier för fortbildning, vilka förutsättningar vårdgivaren ska tillhandahålla, och hur följsamheten till detta ska mätas.

### **5.3.5 Tid och resurser behöver säkerställas för att möjliggöra fortbildning för personalen**

Arbetsmiljön är intimt förknippad med möjlighet till fortbildning. Till följd av en icke hållbar arbetsbelastning avstår allmänläkare i allt för hög grad sitt deltagande i fortbildningsaktiviteter. Det indirekta patientarbetet hopar sig under frånvaron. Grunden till den höga arbetsbelastningen är allmänläkarbristen, där varannan allmänläkarstol står tom. En stor andel av allmänläkarna arbetar dessutom deltid för att orka med sitt arbete. Regionerna står med få undantag handfallna i sina försök att åtgärda allmänläkarbristen. Socialstyrelsens riktvärde 1 specialistläkare i primärvården på 1100 invånare ligger långt bort för de flesta regionerna, men Region Jämtland-Härjedalen har visat att det är möjligt att nå. Det är dit vi behöver komma för att få en förbättrad arbetsmiljö och samtidigt kunna få en resurseffektiv och hållbar hälso- och sjukvård.

Ett annat stort problem idag är att regionerna inte tar ett långsiktigt ansvar för fortbildningen. Det mest påtagliga beviset för regionernas bristande ansvar är deras återkommande påbud om fortbildningsstopp. Sådana drakoniska åtgärder blir kontraproduktiva i ljuset av att hälso- och sjukvården har stora rekryteringsbehov. Fortbildningsaktiviteterna får inte kosta, och resultatet blir en fortbildning med provinsialism som kännetecken. Detta leder till en utarmning av vår kompetens och resultatet för vården blir stagnation i stället för utveckling. I slutändan drabbas den enskilda patienten av sämre vårdkvalitet.

En i lag reglerad text om obligatorisk fortbildning behövs. Genom att skapa nationella kriterier som kan följas i de olika vårdvalen går det att uppnå ett högre deltagande i fortbildning. Om möjligheterna till deltagande i fortbildning stärks kan rekryteringen befrämjas, vilket på sikt kan förbättra arbetsmiljön.

### **5.3.6 Samverkan för att tydliggöra karriärvägar och kompetensstegar som tillvaratar erfarenhet och kompetens**

**Förslag till insats: Regioner, kommuner, universitet och högskolor bör öka möjligheterna till kompetensutveckling och karriärvägar för respektive profession.**

### **Förslag till uppföljning: Framgår av regioners, kommuners och universitet och högskolors beslutade styrdokument**

SFAM tillstyrker detta, särskilt vad gäller ansatsen att skapa alternativ till de "chefs-karriärer" som många gånger är det enda alternativ som står till buds för vårdpersonal som vill utvecklas i sitt yrkesliv. Det är rimligt att skapa möjligheter för yrkesskickliga medarbetare att ta större ansvar i den patientnära vården, med utgångspunkt i den egna grundprofessionen. Det skulle också vara rimligt att utforma sådana möjligheter så att det går att under en begränsad tid arbeta med chefsuppdrag, för att senare återgå till patientnära arbete utan att det upplevs som ett steg bakåt, och utan att det ger negativa konsekvenser för t.ex. löneutveckling. Vi ser positivt på möjligheter att ge tydligt definierade arbetsuppgifter till personer med intresse och drivkraft inom exempelvis handledning, fortbildning och vårdnära kvalitetsutveckling.

### **5.3.7 Samverkan för fler forskarhandledare genom karriärutvecklingsprogram**

Detta är en nyckelfaktor för att stimulera forskning på primärvårdsnivå. Det gäller både för ST-läkare och specialister i allmänmedicin samt andra professioner i primärvården. Regler avseende att vara forskarhandledare skiljer sig åt mellan olika universitet, men genomgående krävs docentkompetens i handledargruppen kring den forskarstuderande. Eftersom forskning inte har en given plats i all primärvård är det mycket viktigt att skapa goda förutsättningar att fortsätta forska för den som nyligen disputerat. Detta är enda vägen mot docentur. En central del är att få forskningstid som en del i tjänsten, som inte är avhängig att löpande söka nya anslag för sin egen arbetstid. Här kan regioner och kommuner spela en viktig roll. Det är ett stort ansvar att ta sig an en forskarstuderande, att som handledare då inte kunna garantera sin egen tid för forskning gör det hela än svårare. Därtill behöver primärvårdsorganisationen inse att docenter är nyckelpersoner för att verksamheten ska kunna möta dessa lagstadgade krav. Att höja forskningskompetensen i ledningsorganisationer kan bidra till detta synsätt.

### **5.3.8 Ta tillvara seniora medarbetares kompetens Förslag till insats: Regioner och kommuner bör genomföra insatser i syfte att öka förutsättningarna för att seniora medarbetare ska vilja arbeta kvar i hälso- och sjukvården. Förslag till uppföljning: Framgår av regioners och kommuners beslutade styrdokument.**

De speciella förutsättningar som rått i svensk primärvård de senaste 7 decennierna med konstant läkarbrist på merparten av landets vårdcentraler har lett till att seniora medarbetares kompetens utnyttjats till att under hög belastning så länge som möjligt hantera så många patienter som möjligt. Detta har ofta resulterat i att kompetenta och erfarna läkare i primärvården valt att helt lämna arbetet vid 65 års ålder, efterlämnande en arbetsbörda som ingen velat ta över.

Att ta tillvara seniora medarbetares kompetens innebär i ett SFAM-perspektiv att redan från 55 års ålder erbjuda tjänster med reducerat patientansvar till förmån för God och Nära handledning av AT-, ST- och yngre specialistläkare. Genom att skapa dessa tjänster med ett varierat innehåll och rimlig belastning skapas dels en god arbetsmiljö för de seniora läkarna vilket ökar möjligheterna att de väljer att arbeta vidare till högre ålder med fortsatt patientarbete men också att en bättre och tryggare arbetsmiljö skapas för alla yngre läkare med handledningsbehov. Denna tryggare arbetsmiljö skapar ett attraktivt arbetsklimat med en positiv cirkel för läkarbemanning av hela primärvården.

### **5.3.9 Inför strukturerad introduktion och mentorskap av nya medarbetare för att rekrytera och behålla personal** Förslag på insats: Regioner och kommuner bör införa introduktions- och mentorskapsprogram för nytexaminerade professioner i hälso- och sjukvården. Förslag till uppföljning: Framgår av regioners och kommuners beslutade styrdokument.

Det är av central betydelse att frågan om strukturerad introduktion och mentorskap läggs i kärnverksamheten och drivs av kärnverksamheten. Generella introduktioner på Regional och Kommunal nivå blir med nödvändighet övergripande och abstrakta med fokus på värdegrunder och övergripande allmänna mål och får därmed marginell betydelse både för att rekrytera och behålla personal.

Verksamheterna ska ha resurser både i form av tid och budget att introducera varje ny medarbetare i allt som är av grundläggande betydelse i det praktiska arbetet på just den arbetsplatsen. Alla medarbetare ska ges möjlighet att regelbundet förbättra denna introduktion genom påpekande av sådant som nya medarbetare inte fått med sig i introduktionen. En gemensam förståelse för alla på arbetsplatsen förekommande yrkesgruppers uppgifter och ansvar är en viktig trivsel/arbetsmiljöfaktor men också ytterst för patientsäkerheten.

Mentorskap bör vara lokalt och kontinuerligt. För SFAM innebär detta att alla läkare alltid ska ha tillgång till en Senior rådgivare/mentor.

Efter avslutad ST-handledning kan handledare kvarstå som mentor men det ska också stå läkaren fritt att välja en ny mentor på den egna arbetsplatsen eller utanför denna. Liksom ST-handledare ges (och avkrävs) adekvat handledarutbildning ska alla läkare erbjudas fortsatt utbildning i mentorskap. Detta leder till ett ökat gemensamt ansvar i läkarkåren för en kontinuerlig kompetensutveckling baserad på den enskilda individens behov i den kontext hen befinner sig men också för hens medansvar för helheten.

### **5.5.3 Stöd till ökad genomströmning och kvalitet i den verksamhetsförlagda utbildningen genom evidensbaserade handledarmodeller**

**Förslag till insats: Regeringen bör ge stöd till ökad genomströmning inom den verksamhetsförlagda utbildningen genom långsiktig finansiering till projektet med utveckling av webbplatsen [kliniskhandledning.se](http://kliniskhandledning.se), som bör breddas till fler vårdprofessioner än för läkare.**  
**Förslag till uppföljning: Beslut av regering/riksdag.**

SFAM anser att handledning av studenter i verksamhetsförlagd utbildning (VFU) är en prioriterad fråga och att handledningen ska vara av god kvalitet. Vad som avses med ökad genomströmning framgår inte av förslaget. SFAM anser att tiden på VFU inom den allmänmedicinska specialiteten inte bör kortas för att "öka genomströmningen". Generalistkompetens är centralt för att studenterna ska kunna fungera som läkare efter examen och allmänmedicinen behöver därför stå för en betydande del av utbildningen.

SFAM anser att god handledning framförallt möjliggörs genom tillräckligt god arbetsmiljö på VFU-enheten och att handledningsuppdrag prioriteras (både genom rimlig ersättning från lärosäten till VFU-enheter och på VFU-enheter genom tid avsatt för handledningsuppdrag och fortbildning för handledare).

Att samla stöd till handledare på ovan nämnd webbplats kan vara en tillgång och ett bra komplement men kan inte kompensera för brister i arbetsmiljö, där handledning inte ges rimliga förutsättningar eller prioritet. Satsningar på ökad kvalitet i VFU bör inte begränsas till finansiering av en specifik webbplats.

**5.5.5 Enhetlighet behövs kring vilka kliniska färdigheter en student bör ha**  
**Förslag till insats: Universitet och högskolor bör enas om de kliniska moment som en student inom en viss hälso- och sjukvårdsutbildning ska kunna genomföra efter genomgången utbildning, oberoende av vilket lärosäte som utfärdar examen.**

**Förslag till uppföljning: Framgår av universitet och högskolors beslutade styrdokument.**

SFAM anser att enhetlighet i kliniska färdigheter efter examen är en prioriterad fråga och uppmanar att universitet och högskolor samordnar sig i frågan. SFAM anser att den numera legitimerande läkarutbildningen ställer högre krav på förvärvad generalistkompetens under grundutbildningen, för att studenterna ska fungera som läkare efter examen. Allmänmedicinen behöver därmed vara en betydande del av grundutbildningen och examinationer.

Det är en förutsättning för god och jämlik vård.

### **5.6.2 Förenade anställningar även för biträdande lektorer**

SFAM är positivt inställda till ökad samverkan mellan universitet/högskolor och primärvården. Genom att arbeta i dessa verksamheter samtidigt ökar sannolikt kvaliteten och kompetensen för

den person som undervisar och forskar på primärvårdsnivå. Detta oavsett profession. Vi anser dock att anställningsformen är sekundär till huvudfrågan som handlar om att skapa stabila, tilltalande förutsättningar att kunna arbeta parallellt i dessa verksamheter. Om det sker genom stabil finansiering för forskning från regioner och kommuner, eller genom en förenad anställning är sekundärt. En risk med ökad förekomst av förenade anställningar tidigt i karriären är att kliniskt verksamma personer glider ur den kliniska verksamheten, då försvinner snabbt klinisk kompetens och relevans för den som undervisar och forskar.

### 5.6.3 Satsning på forskarskolor där forskningen är underdimensionerad

Den nationella forskarskolan i allmänmedicin är ett mycket gott exempel på en framgångsrik forskarskola. Ett stort antal doktorander i allmänmedicin har passerat vilket bidragit till stärkt kompetens, nätverksbildande och internationalisering på ett sätt som annars varit omöjligt. För att forskarskolor ska lyckas krävs flera delar: 1) syftet ska vara att möta de forskarstuderandes behov, och inte organisationens behov att visa framfötterna, exempelvis finns flera nystartade forskarskolor inom ämnet "nära vård" som är dåligt definierat ofta utan förankring bland de som forskar och är kliniskt verksamma i primärvården. 2) Forskarskolan ska vara tvärprofessionell för att skapa starkare och bredare nätverk där forskningsfrågor kan belysas ur olika perspektiv. 3) Forskarskolan ska främja internationalisering under tiden som forskarstuderande. 4) Forskarskolan ska främja nätverksbyggande även på handledarnivå.

För Svensk förening för allmänmedicin

Magnus Isacson  
ordförande SFAM