

## **Verksamhetsberättelse 2022**

### **Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige**

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

Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige är ett samverkansforum mellan regioner, kommuner, 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 2022**

Rådets medlemmar (n=20) representerar tre huvudmannagrupper (region, kommun och lärosäten). Rådet har haft två möten under året, i mars på Örebro universitet och i november på Uppsala universitet. Arbetsutskottet är ett beredande organ till rådet och representeras av sex ledamöter från rådet, från de tre huvudmannagrupperna. Arbetsutskottet har haft fem möten under året och berett ärenden och förberett rådets möten. Fokus för 2022 har varit det fortsatta arbetet i rådets arbetsgrupper. Arbetsgrupperna representeras av personer från de tre huvudmannagrupperna, men inte nödvändigtvis av ledamöter i rådet. Det beslutades i mars att starta ytterligare en arbetsgrupp, Arbetsgrupp för kunskapsutbyte och samordning av utbildningstjänster för läkare på allmän- (AT) och basnivå (BT), vilket innebär att rådet har beslutat om totalt sju arbetsgrupper. Rådet har även beslutat om en aktivitetsplan för arbetet under 2023. 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.

Följande arbetsgrupper har under året rapporterat sitt arbete på rådets möten:

- Inventera och utveckla handledarutbildning för VFU både inom hälso- och sjukvården och tandvården
- Kartlägga befintliga modeller för att stärka karriär-/kompetensvägar i klinisk vård
- Inventera behov av utbildningar för den primärkommunala hälso- och sjukvårdssektorn
- 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)

Respektive grupps årsrapport bifogas.

Arbetsgruppen för att utreda behovet av introduktionsfas/etableringsfas för att stärka den kliniska kompetensen är ännu inte uppstartad.

### ***25 mars Rådsmöte***

Vid mötet diskuterades förväntningar på samverkan i Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige. Rådets arbetsgrupper presenterades och respektive län visade sin lokala samverkansorganisation.

### ***17 november Rådsmöte***

Monika Samuelsson, Region Sörmland, avtackades som ordförande och Karin Blomberg, Örebro universitet, tog över som ställföreträdande ordförande.

Det beslutades om en aktivitetsplan för 2023 och rådets sex arbetsgrupper gav en lägesrapport. Projektet länsgemensam kompetensförsörjningsplan för Örebro län presenterades för rådet.

### ***Nationella vårdkompetensrådet***

Ärenden från Nationella vårdkompetensrådet har rapporterats på Regionala vårdkompetensrådets möten. Under året har rådets samverkan med det Nationella vårdkompetensrådet utvecklats och det finns nu 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.

Representanter från Regionalt vårdkompetensråd Mellansverige och dess arbetsgrupper har under året deltagit i aktiviteter ordnade av det Nationella rådet, bland annat i workshops rörande arbetet med frågor om klinisk forskning i relation till regeringsuppdraget om kompetensförsörjning i primärvården, om frågor rörande verksamhetsförlagd utbildning (VFU), kompetensförsörjning barnmorska med fokus på förlossningsvården och om yrkesrollen avancerad specialistsjuksköterska (AVS).

## **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. Inventera behov av utbildningar för den primärkommunal hälso- och sjukvårdssektorn
4. Undersöka behovet av utbildning i intermediärvård för sjuksköterskor
5. Kartlägga befintliga typer av anställningar och ekonomiska modeller för förenade anställningar och andra typer av kombinationstjänster /samarbetsmodeller i kommuner och regioner
6. Kunskapsutbyte och samordning av utbildningstjänster för läkare på allmän- (AT) och basnivå (BT)

## 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

Region: Annsوفي Blomquist, Region Västmanland, Eva Lindqvist Österberg(221004), Region Värmland, Angelica Fredholm (221005), Region Värmland, Maria Gradin, Region Örebro län

Kommuner: Carina Ahlstedt, Uppsala kommun

Arbetsgruppen har sammanträtt sex gånger under året och använts sig av både digitala och fysiska möten. Gruppen har gett Regionalt vårdkompetensråd muntlig lägesrapport i februari och november, samt en skriftlig lägesrapport till arbetsutskottet i september.

#### 3. Aktiviteter under året

Uppdragsbeskrivningen innefattar följande aktiviteter:

Aktivitet	Kommentar
1. Kartlägga vilka handledarutbildningar som finns och hur de är organiserade vid universitet/högskolor, regioner och kommuner.	Vi har kartlagt vad för handledarutbildningar som finns vid de universitet och högskolor som har sjuksköterskeutbildning och som väntat ser det olika ut på olika orter. Det tycks gå mot modulutbildningar där en handledare successivt kan bygga på med nya kursmoduler allteftersom behov uppkommer.
2. Kartlägga vad för handledarutbildning som olika program idag kräver/önskar att deras VFU-handledare har	Vi har kartlagt för samtliga sjuksköterskeprogram i region Mellansverige. Dessutom har det tagits fram hur det ser ut vid olika vårdutbildningar vid Uppsala universitet. Önskemålet om handledarutbildning uttrycks ibland som ska-krav men betydligt oftare som ett bör-krav. Ibland är önskemålet om handledarutbildning väldigt vagt uttryckt där det inte står något annat än att en handledare bör ha en handledarutbildning.

<p>3. Synkronisera vårt arbete med den Nationella VFU-samordnaren</p>	<p>Vi hade ett digitalt möte med Hans Wiklund 221116. Vi diskuterade hans uppdrag, hur han tänkt jobba med sitt uppdrag och hur han såg på vår roll i detta. Mötet varade en dryg timma. Vår uppfattning är att Hans är väl insatt i VFU-problematikens komplexitet och att han kommer att jobba brett och systematiskt med frågan. En klar styrka är att hand ser det som centralt att VFU ska hålla hög kvalitet och att handledarens roll i detta är mycket viktig.</p>
<p>4. Synkronisera vårt arbete med Nationella vårdkompetensrådets VFU-ansvarig</p>	<p>Det har varit ett möte med den nationella VFU-gruppen 221205. Det mötet handlade om trepartsgemensamma VFU-avtal. I övrigt finns i nuläget ingen synkronisering mellan våra aktiviteter och nationella VFU-gruppen. Hans Wiklund tyckte vi skulle jobba vidare med handledarfrågan, handledarkompetens och handledarutbildning.</p>
<p>5. 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 grundläggande handledarutbildning under sin grundutbildning</p>	<p>Det här är en svår fråga. 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.</p>
<p>6. Påbörja diskussion om vad för handledarkompetens som olika typer av VFU-handledare rimligen bör ha för att bidra till VFU av hög kvalitet</p>	<p>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 ledarskapsfareneter,</p>

#### 4. Övrigt

Vi har väldigt bra samtal i gruppen.

## Årsrapport 2022

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

#### 1. Verksamhet

På uppdrag av Regionalt vårdkompetensråd Mellansverige ska arbetsgruppen ska 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, Södermanlands kommuner

Regioner:

Eva Lindqvist Österberg, ordförande sjukvårdsregionala kompetensförsörjningsgruppen, sammankallande

Arbetsgruppen har sammanträtt 7 gånger under året och använt sig av digitala möten. Gruppen har gett Regionala vårdkompetensrådet muntlig lägesrapport i februari och november, samt en skriftlig lägesrapport till arbetsutskottet i september.

#### 3. Aktiviteter under året

Uppdragsbeskrivningen innefattar följande aktiviteter:

Aktivitet	Kommentar
Kunskapsinhämtning Bevaka Utbildningsdepartementets uppdrag U2021/00256 Uppdrag att föreslå flera vägar till vårddyrken. <a href="#">Uppdrag att kartlägga och föreslå fler vägar till vårddyrken - 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 vårt digitala team. Materialet ska sammanställas och beskrivas i den rapport som ska presenteras under våren 2023.

Kartlägga befintliga modeller i sjukvårdsregionen?	Vi har hämtat uppgifter från det nätverk som SKR leder.
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	Den 23 februari kommer resultatet av enkätsvaren sammanställas och bearbetas.
Sammanställning rapport	Vi räknar med att rapporten är klar under april månad.
Planering eventuell workshop	Vi tror att en workshop kan bidra till att sprida kunskap men också att arbetsgruppen kan hämta synpunkter för fortsatt arbete med karriärmodeller.

#### 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 2022

### Arbetsgrupp: Inventera behov av utbildningar för den primärkommunala hälso- och sjukvårdssektorn

#### 1. Verksamhet

På uppdrag av Regionalt vårdkompetensråd Mellansverige ska arbetsgruppen ska inventera behov av utbildningar för den primärkommunala hälso- och sjukvårdssektorn.

#### 2. Möten

Arbetsgruppen består av följande personer:

Kommuner:

Sahra Strandberg, Örebro kommun, sammankallande, från september 2022

Carina Ahlstedt, Uppsala kommun,

i nära samverkan med samtliga länsrepresentanter.

Lärosäten: Maria Engström, Högskolan i Gävle

Region: Regionerna avvaktar

Arbetsgruppen har sammanträtt 3 gånger under året och använts sig av både digitala och fysiska möten. Gruppen har gett Regionalt vårdkompetensråd muntlig lägesrapport i februari och november, samt en skriftlig lägesrapport till arbetsutskottet i september.

#### 3. Aktiviteter under året

Uppdragsbeskrivningen innefattar följande aktiviteter:

Aktivitet	Kommentar
Dialog med Länsrepresentanter om möjliga vägar och planering att genomföra uppdrag	Genomfört
Inventera behov av utbildningar/ kompetensbehov för den primärkommunala hälso- och sjukvårdssektorn	Genomfört, kommer att kompletteras under 2023
Kategorisera utbildningar/ kompetensbehov inom vissa områden	Pågående

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

<b>Aktivitet</b>	<b>Kommentar</b>
Inventeringen kom att innefatta även chefer i den primärkommunala sektor och deras behov av kompetensutveckling	



## Årsrapport 2022

### 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 (sammanställande)

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 sammanträtt fem gånger under året och använts sig av både digitala och fysiska möten. Gruppen har gett Regionalt vårdkompetensråd muntlig lägesrapport i februari och november, samt en skriftlig lägesrapport till arbetsutskottet i september.

#### 3. Aktiviteter under året

Uppdragsbeskrivningen innefattar följande aktiviteter:

Aktivitet	Kommentar
Kartläggning av redan befintliga IMA-utbildningar	Kartläggning är klar och vi hittar IMA-utbildning på fyra lärosäten i Sverige: Uppsala, Lund, Karolinska och Göteborg. Samtliga på 7.5 hp
Stämman av behov och utmaningar i slutenvården.	Löpande kontakt med verksamheter på olika sätt, där vi fått lägesbilder och behov beskrivna för oss. Mathilda arbetar själv kliniskt inom intermediärvård och är således väl förankrad i utmaningarna. Representanter från slutenvården kommer bjudas in till workshopen för att ytterligare beskriva behovet samt kunna påverka utbildningens utformning.

Undersöka behov av kommunal medverkan i vår grupp.	Vi bedömer inte att vi behöver representation av kommunen i den här frågan, då dessa patienter aldrig kommer vårdas i kommunal regi.
Invänta nationell definition av intermediärvård	Definitionen är ute på remissrunda och väntas inte vara klar före årsskiftet 22/23.
Undersöka/diskutera behov och utformning av IMA-utbildning	Vi har diskuterat denna punkt och har idéer om hur en utbildning ska utformas. Vi vill dock inte föregå den workshop som planeras under Q2-2023, där vi tänker bjuda in såväl olika professioner från vården som lärosäten för att få geografisk och klinisk spridning i diskussionerna.
Undersöka/diskutera vilka möjligheter olika lärosäten har att ta fram och genomföra IMA-utbildning.	Inväntar den workshop som planeras äga rum under Q2-2023, där representanter från lärosäten kommer bjudas in.
Ge förslag på hur en IMA-utbildning skulle kunna utformas, antal högskolepoäng mm	Inväntar workshop Q2-2023 men har flera förslag på upplägg och utformning utifrån ett pressat läge inom slutenvården och att kompetensutveckling behöver anpassas till rådande omständigheter, dvs klinisk förankring, bedrivs nära verksamheten och sikta rätt mot målen/behoven.

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

Aktivitet	Kommentar
Stämt av med fortbildningsgruppen i det nationella vårdkompetensrådet kring vårt förslag och upplägg gällande den planerade workshopen samt rapporterade status i samband med det regionala vårdkompetensrådets möte i Uppsala i november-22.	

## Årsrapport 2022

# 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 5 gånger under året och använts sig av både digitala och fysiska möten. Gruppen har gett Regionala vårdkompetensrådet muntlig lägesrapport i februari och november, samt en skriftlig lägesrapport till arbetsutskottet i september.

### 3. Aktiviteter under året

Uppdragsbeskrivningen innefattar följande aktiviteter:

Aktivitet	Kommentar
Kartlägga och sammanställa befintliga typer av anställningar och ekonomiska modeller för förenade anställningar och andra typer av kombinationstjänster/	Inventering är genomförd inom arbetsgruppens egna organisationer samt ställt frågan i mellansvenska nätverket.



# Årsrapport 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. BILAGA 1-7 Verksamheter med AT-utbildning i region Mellansverige.....	29
10. BILAGA 8-14. Utbildningsorganisationer i region Mellansverige.....	35

# 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

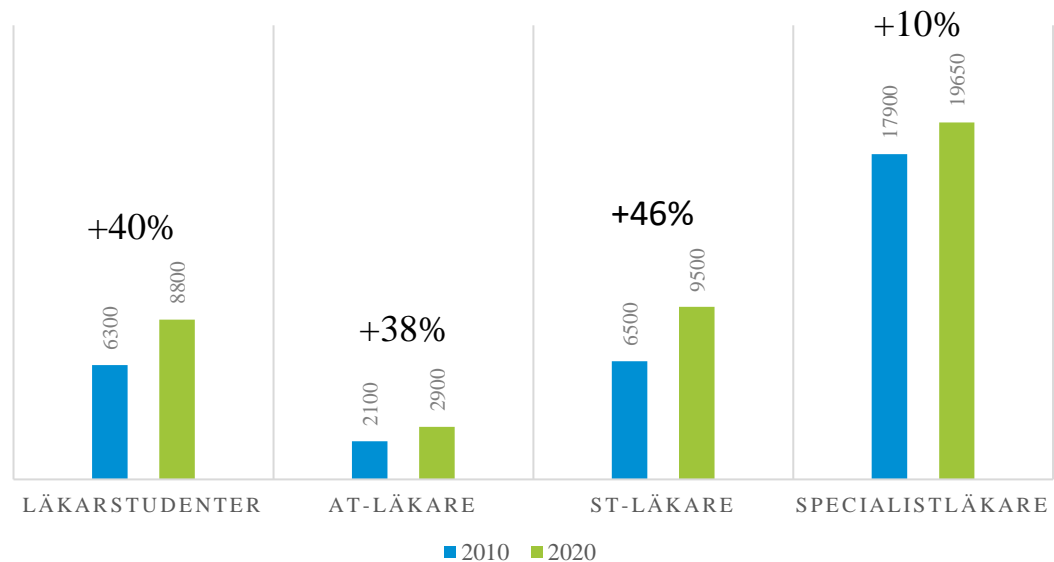
sammantagna bilden av utbildningsuppdrag för läkare är dock mer komplex. Utöver handledning av AT-läkare har regionerna, i varierande utsträckning, även ansvar för klinisk handledning av läkarstudenter under verksamhetsförlagd utbildning (VFU) och bas- (BT) och specialisttjänstgöring (ST) för legitimerade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

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

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

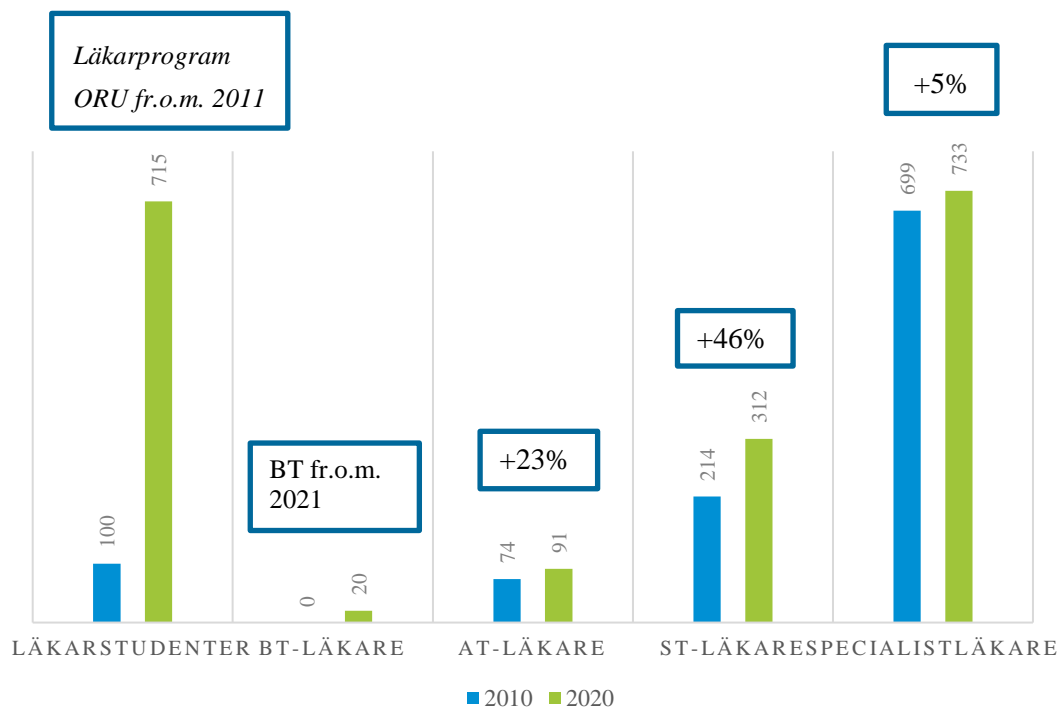
Bristande handledarkapacitet vid obligatoriska placeringar inom framför allt psykiatri och allmänmedicin beskrivs i de mellansvenska regionerna som en begränsande faktor vid dimensionering av AT-tjänster. Andelen studenter och läkare som behöver formaliserad klinisk handledning har ökat i större utsträckning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



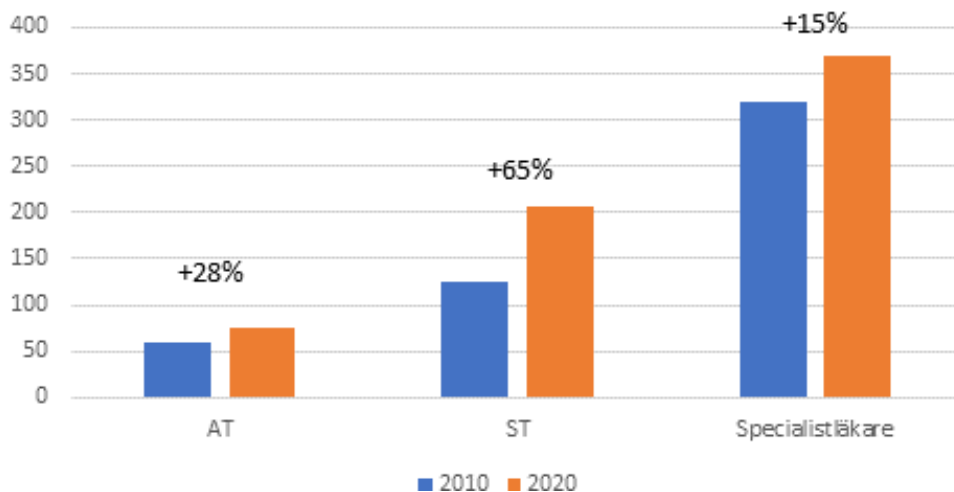
Figur 1. Förändringar i Sverige avseende antal läkarstudenter, utbildningsläkare och regionanställda specialistläkare år 2010 jämfört med år 2020.<sup>2</sup>

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-startar 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 från 2023. Fyra startar/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 startar/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 startar/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 startar/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 startar/år. *AT 21 månader vid lasarettet i Enköping. Två startar/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 startar/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 klinikens 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 läkarutbildningsuppdragen.

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 läkarutbildningsuppgifterna 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-studierektorsuppgifterna 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.**

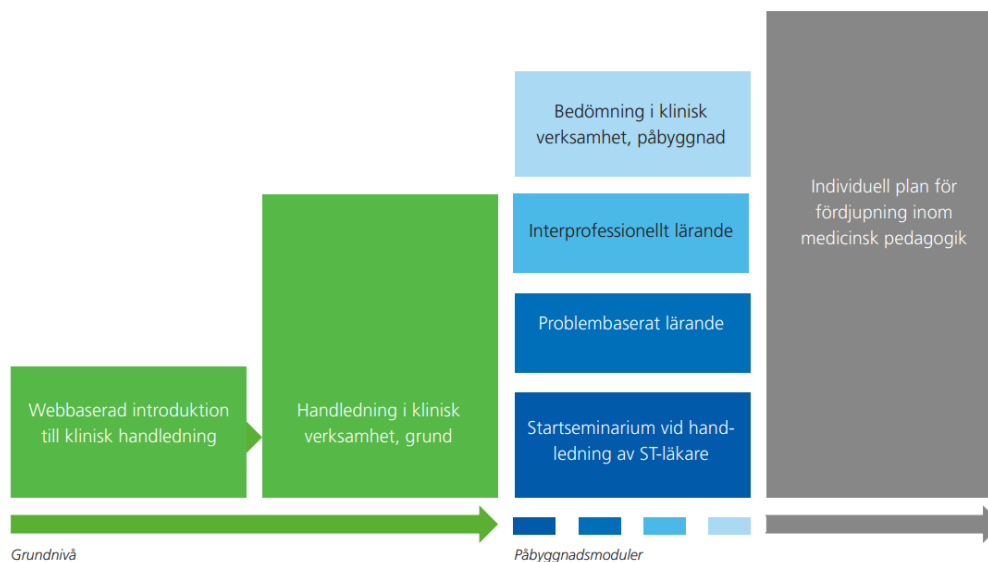
För AT-läkare fungerar ST-läkare i stor utsträckning som handledare i det dagliga kliniska arbetet. AT-läkarna har under sin tjänstgöring vid Akademiska sjukhuset tidigare schemalagts främst under dag/kvälls- och helgpas, men schemaläggs sedan en tid tillbaka också nattetid under tjänstgöring inom internmedicin,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

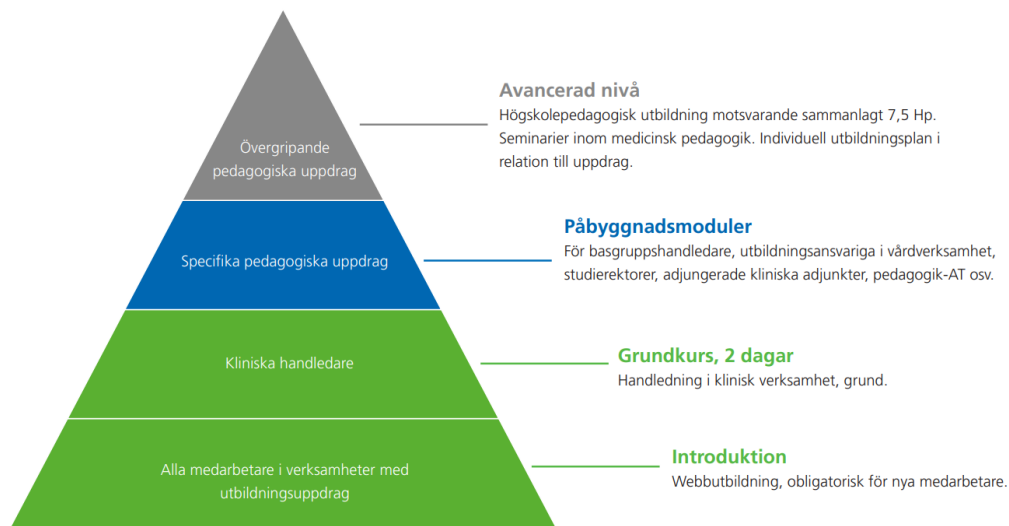
**A. Utbildning** av kliniska handledare inom regional hälso- och sjukvård sker i nära samverkan med Örebro universitet. Utbildningsnivå är kopplad till olika pedagogiska uppdrag (fig. 5). Nivån för andel medarbetare med grundläggande handledarutbildning (två gröna moduler) utgör även en målindikator 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 påbyggnadsutbildningar 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. Kompetenspyramid för kliniska handledare inom Region Örebro län.

**B. Utvärdering** sker i form av en länsgemensam 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*

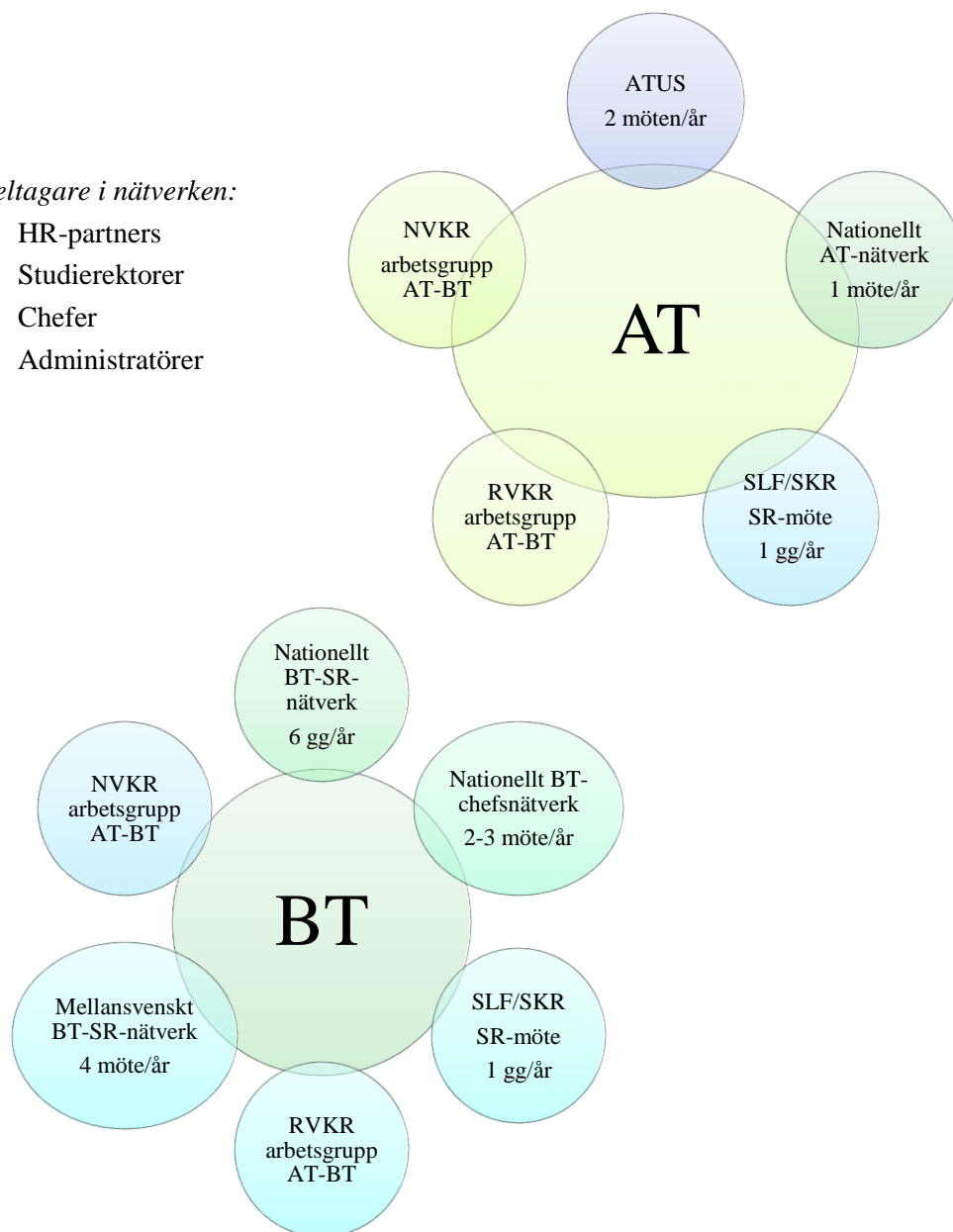
## **8. Nationella, regionala och lokala nätverk inom AT-BT-organisationen**

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. 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>Psykatri 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>Psykatri 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
Geriatric	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	
Geriatric	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>Psykiatri 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**

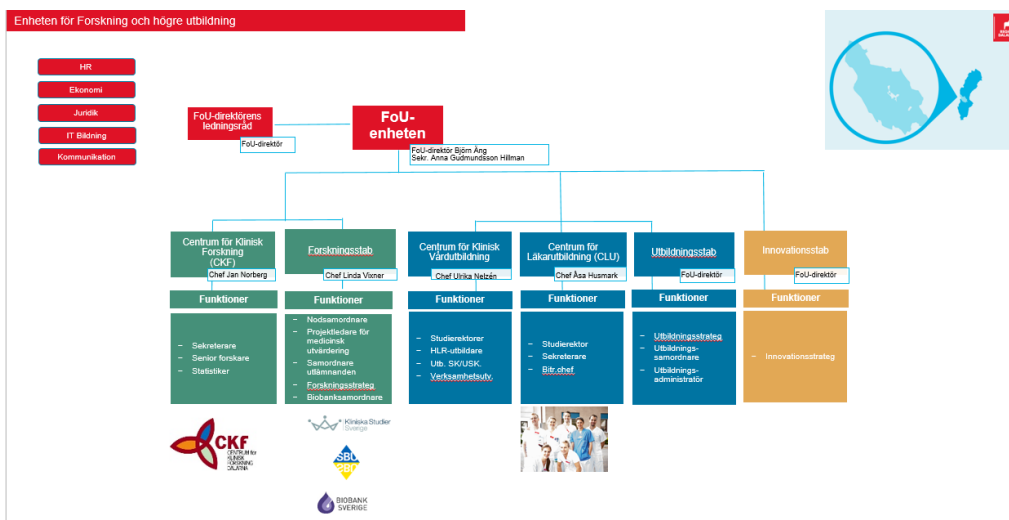
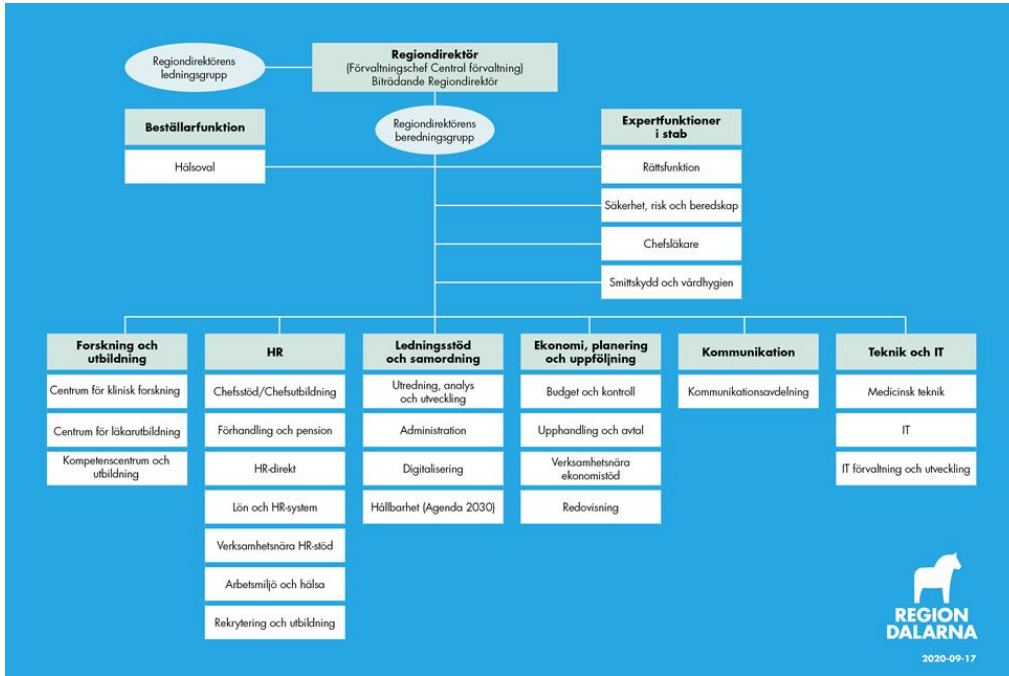
Verksamhetsområde	Tidsperiod	Kommentar
<i>Kirurgiska specialiteter min 4.5 månader</i>		
Kirurgi	Minst 8 v	
Ortopedi	Minst 4 v	
Urologi	Minst 1 v	
ANIVA	Minst 1 v	
Obstetrik och Gynekologi	Valfri placering max 2 v	
Kärkirurgi	0-2 v	
Akutmottagning	Ingår i ovanstående placeringar	
<i>Invärtesmedicinska 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	

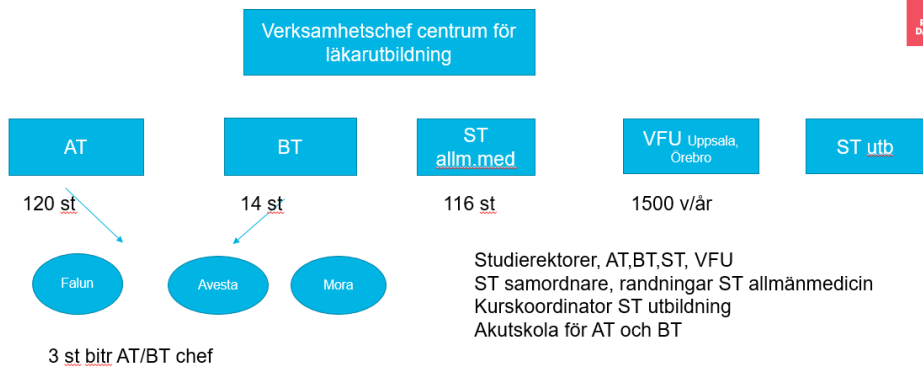
**Bilaga 7. Verksamheter med AT-utbildning i Region Dalarna**

*Inget underlag från Region Dalarna*

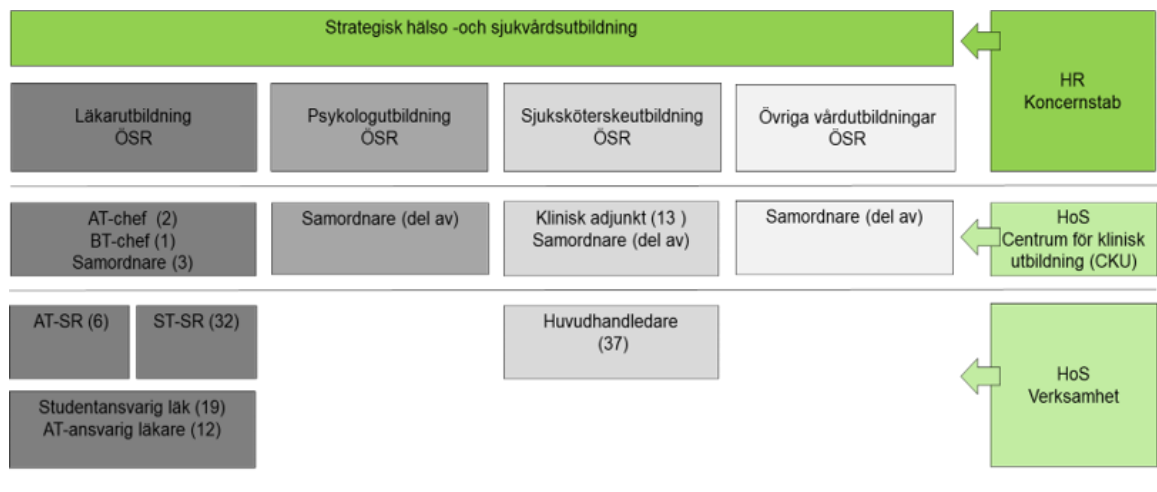
# 10. BILAGA 8-14. Utbildningsorganisationer i region Mellansverige

## Bilaga 8. Utbildningsorganisation - Region Dalarna



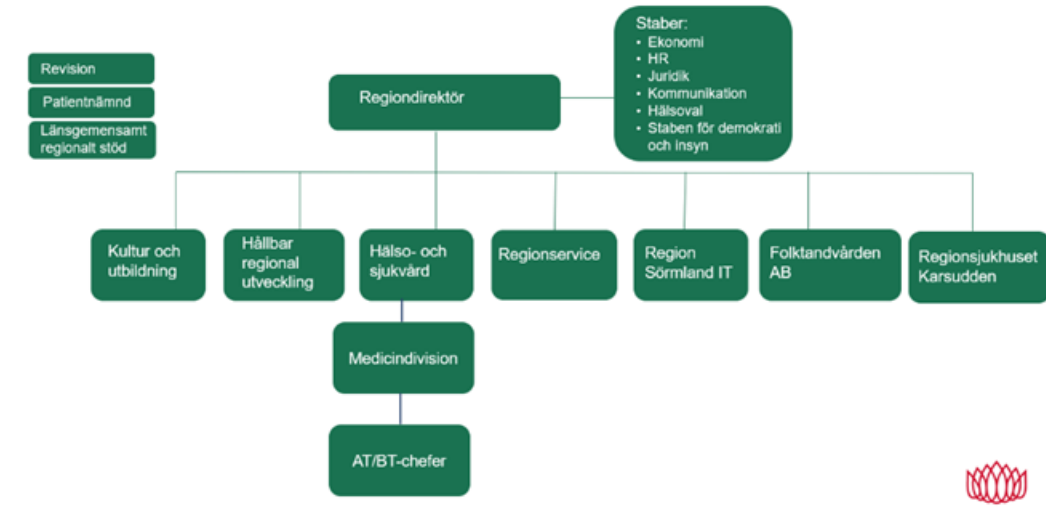


## Bilaga 9. Utbildningsorganisation - Region Gävleborg

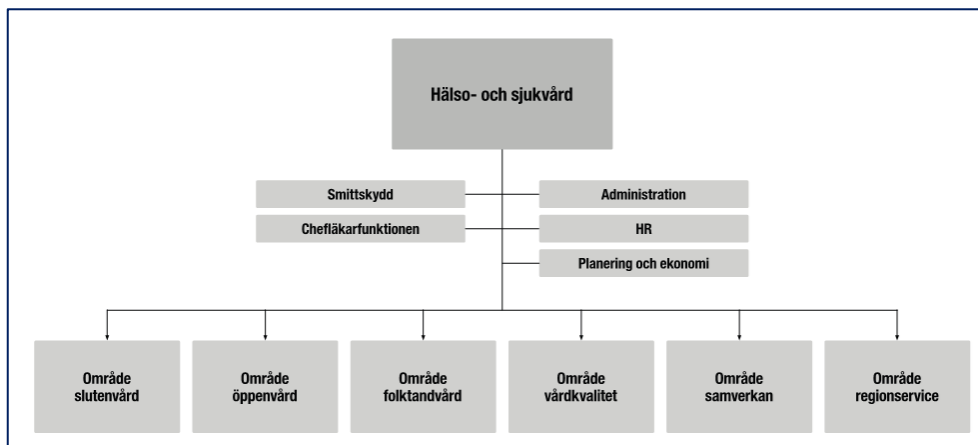
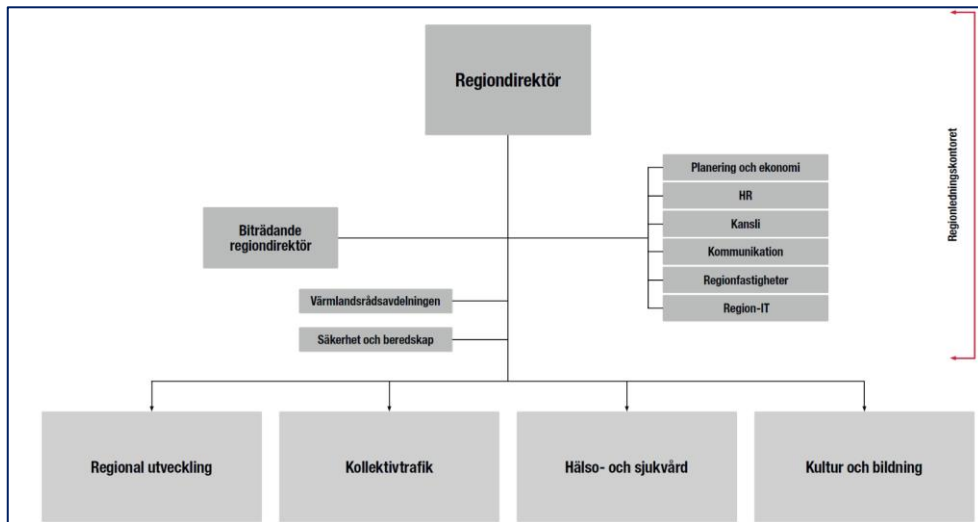




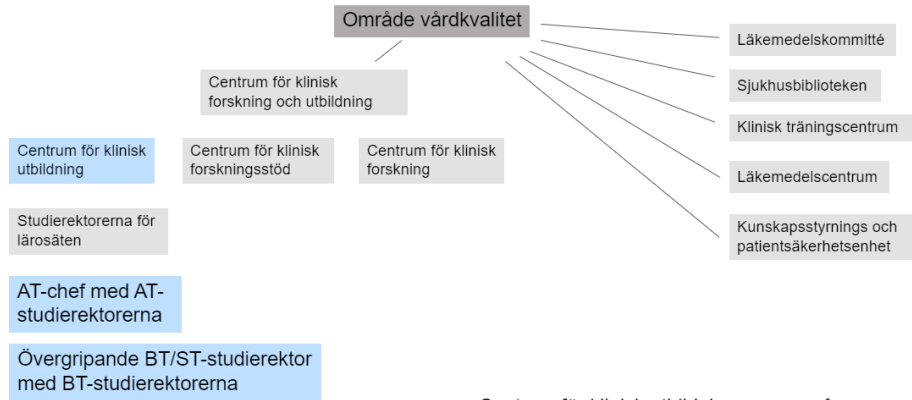
## Bilaga 10. Utbildningsorganisation - Region Sörmland



## Bilaga 11. Utbildningsorganisation - Region Värmland



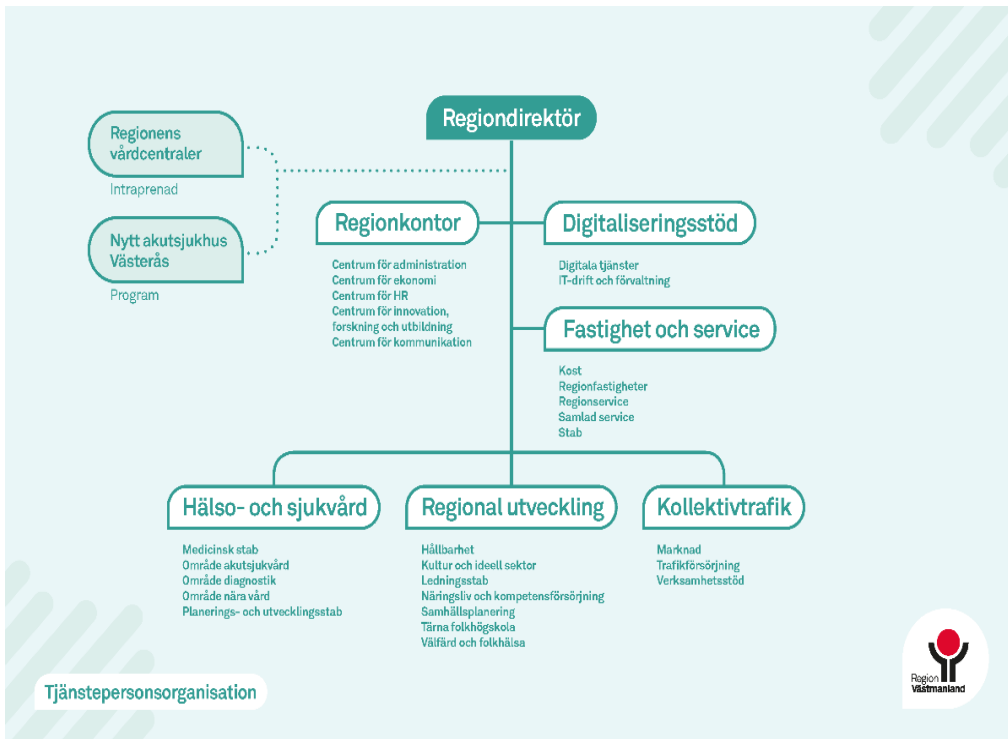
# Organisation AT och BT



Centrum för klinisk utbildning=  
CKU



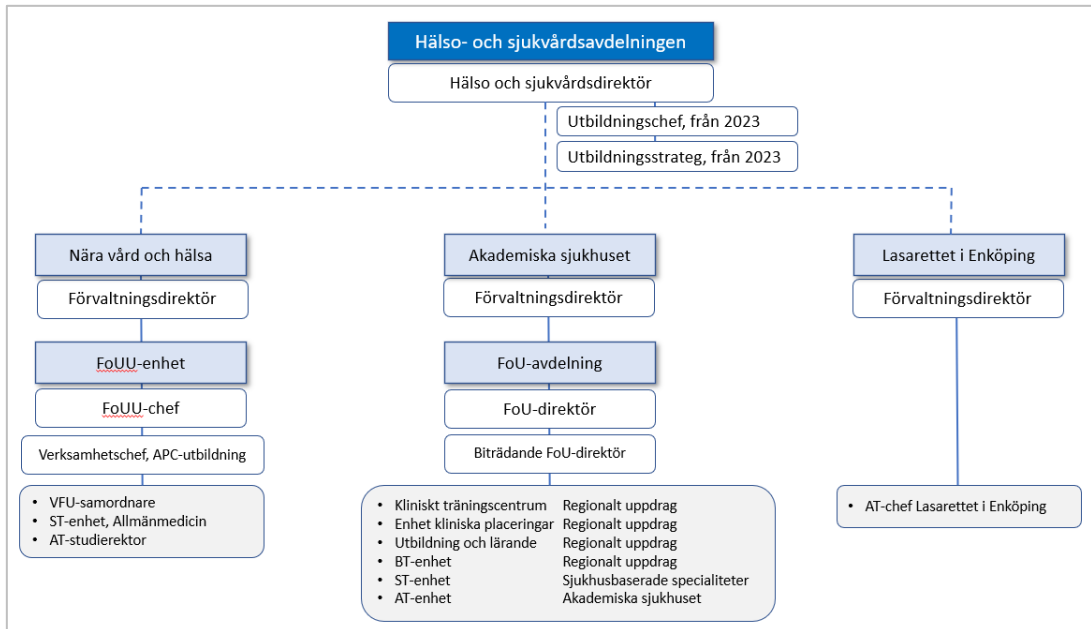
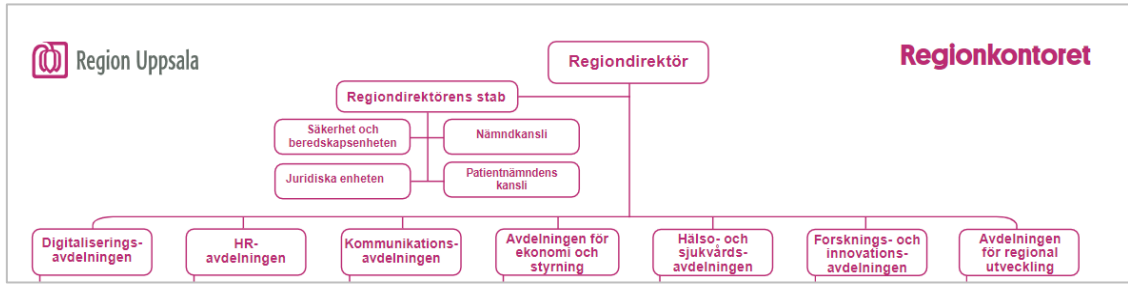
## Bilaga 12. Utbildningsorganisation - Region Västmanland



## 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

