

Ny modell i Värmland för effektivare planering av ST

Landstinget i Värmland inför en ny, framsynt strategi för planering av ST-utbildning. Chefsöverläkarna inom medicinskt näraliggande specialiteter skall få ett gemensamt, länsövergripande, ansvar för ST-planeringen.

Samtidigt kompletteras utbildningen med ledarskapsträning och viss grundläggande utbildning i administration och ekonomi. Syftet är att främja kvalitetsutveckling och att tydliggöra ansvaret för att det utbildas specialistläkare i tillräcklig omfattning.

Förslaget om en ST-planering antogs i mitten av april av landstingets styrelse och baseras på en färsk utredning om hur den framtida läkarförsvaret i Värmland skall kunna tryggas. Utredningen har genomförts av en arbetsgrupp bestående av överläkare Göran Bern och stabschef Harald Ludviksen vid centralsjukhuset i Karlstad och planeringssekreterare Urban Lindblad från landstinget.

Modellen innebär att chefsöverläkarna inom varandra näraliggande medicinska områden, exempelvis alla kirurgiska specialiteter, åläggs att gemensamt ansvara för att ST-planeringen motsvarar landstingets behov, både i nuet och mer på sikt. Perspektivet på framförhållning och planering av ST förändras. Man går i praktiken från enskilda klinikers behov till hela specialistens behov i länsövergripande mening.

Nyordningen innebär i sak att varje chefsöverläkargrupp, alternativt chefsöverläkaren för en länsspecialitet tar fram en noga genomtänkt utbildningsplan för den framtida läkarförsvaret. Av planen skall framgå antal planerade ST-tjänster per år, förslag till utbildningsplaceringar och finansiering.

Satsning för framtiden

Parallellt med den strukturella omorganisationen kommer ST-utbildningen i Värmland att byggas på med en, i praktiken obligatorisk, fyraveckors kurs i ledarskap, administration, ekonomi och vissa etiska och sociala frågor.

– Projektet är i sin helhet en viktig satsning för framtiden. Arbetet med att utbilda nya specialister bör fortgå med mer strategiskt inriktad framförhållning

än vad vi varit vana vid. Det gäller att förtydliga ansvaret för att specialistutbildning av läkare sker i tillräcklig omfattning men att samtidigt också presentera hållbara finansieringsmodeller för den framtida specialistläkarutbildningen.

– För att kunna nå höjd kvalitet på läkarna bör man kontinuerligt också se över ST-utbildningens innehåll och former, anser Göran Bern.

Arbetsgruppen har inventerat den värmländska läkarkårens åldersfördelning. Utredningen har bl a jämfört antalet läkare under ST-utbildning med beräknat utbildningsbehov i förhållande till förväntade pensionsavgångar. Resultatet visar på ett överraskande stort glapp mellan antalet läkare i utbildning och antalet aktiva specialister:

– Antalet utbildningstjänster sjönk relativt kraftigt efter utbildningsreformen då FV blev ST. På vissa kliniker i Värmland finns idag en ganska brydsam åldersfördelning med en ansamling av läkare i övre medelåldern, säger Göran Bern.

En bärande tanke bakom modellen i Värmland är att de specialiteter och kliniker som har en snäv åldersspridning skall agera i tid för att mota den demografiska återväxtproblematiken.

Osäker återväxt

Läget vid barn- och ortopedkliniker vid centralsjukhuset i Karlstad tydliggör utvecklingen.

Vid barnkliniken är samtliga specialister födda inom en tioårsperiod, de flesta på 1940-talet. Samtidigt har barnkliniken inte en enda utbildningstjänst just nu.

Arbetsgruppen skriver i sin rapport till landstinget att barnkliniken närmar sig ett läge, där läkarnas ålder gör att primärjournalbelastningen riskerar bli hälsovådlig.

– Det är en höggradigt allvarlig situation. Det tar totalt ca tio år att utbilda en ny, självständigt fungerande specialist. Man måste inse att det tar tid att överföra kompetens. Det går inte att sitta och invänta begynnande pensionsavgångar innan man börjar utbilda de läkare som skall ta över.

– När det gäller ortopedkliniken i Karlstad inrättades inte en enda ST-tjänst under åren 1992–94. Nu skall man plötsligt utbilda tre nya ST-läkare samtidigt för att hinna ikapp. Det är en utbildningsuppgift som ortopedkliniken i Karlstad har svårigheter att klara av.

– Den kvalificerade handledning

som ST-läkarna kräver skall nu förmedlas av en redan hårt reducerad grupp specialister. Resultatet blir självklart negativt, bl a med återverkningar på sjukvårdsproduktionen.

Göran Bern anser att handledning är en generellt viktig fråga som måste betonas mer och uppvärderas i utbildningsdebatten.

–Om man går 20–25 år tillbaka i tiden förekom handledning som ett naturligt och väl integrerat inslag i den kliniska vardagen. Man var i allmänhet några få läkare per avdelning. Överläkaren var tvungen att lära de nya som kom. I takt med sjukvårdens expansion, under 1970- och 80-talen försvann mycket av den utbildningsmässiga kontinuiteten.Handledningsansvaret späddes ut. På den punkten måste vi tillbaka till delar av det gamla.

Ingen extern sökande

I en ytterligare ansats att snabbt och radikalt råda bot på problemen vid ortopedkliniken i Karlstad försökte man rekrytera en specialist utifrån landet. Inte heller den strategin visade sig fungera:

– Problemet är att stora delar av det

FAKTARUTA

Fram till och med 1991 fördelades FV-blocken centralt i Sverige. Med ST-reformen (1992) lades ansvaret för den framtida läkarförsvaret över på de enskilda landstingen. Den försämrade ekonomin i landstingen i kombination med en rädsla att inrätta ST-tjänster – ST-läkare blir tillsvidareanställda i motsats till FV – har medfört att antalet nya utbildningstjänster 1994 sjönk till under 400.

Några landsting som inriktar sig på att bedriva en effektiv sjukvård med enbart specialister – utbildning och handledning av nya specialister tar och måste få ta tid – räknade med att anställa nya specialister utifrån, när de gamla slutade. Det har dock visat sig att tillgången på specialister är låg – inget landsting utbildar ens för sitt eget behov.

Landstinget i Värmland har – som enda landsting i landet – nått upp till samma antal utbildningstjänster som fanns 1991, dvs före ST.

Generellt i landet kan man vänta sig stora pensionavgångar efter 2005. Vid vissa kliniker/specialiteter finns en mycket snäv åldersspridning som – okorrigerad – utgör ett hot mot tillräcklig återväxt.

medicinska utbildningsmaskineriet i Sverige har gått i stå på grund av ST-reformen i kombination med lågkonjunkturen. Den idé som vissa landsting haft om att man inte behöver någon egen ST-utbildning eftersom det vid behov går att köpa specialister håller inte. En sådan strategi är i själva verket fullständigt orealistisk. För om ingen utbildar specialister för eget behov så kommer det inte heller att finnas några att köpa utifrån, konstaterar Göran Bern.

– Det finns även personliga och sociala faktorer som motverkar mer omfattande geografisk rörlighet bland läkare. När det gäller specialistläkare är de flesta gott och väl medelålders och, genom barn och familj, ofta bundna till den region där de bor.

Göran Bern säger att huvudmålet är ett kontinuerligt utbildningsflöde och en policy för jämn och regelbunden nyanställning vid varje klinik.

– Om antalet nya ST-läkare är för lågt riskerar man att få en ryckighet i specialistförsörjningen. I vissa lägen kan det därför finnas skäl att anställa fler ST-läkare än vad som i dagens läge är sjukvårdsmässigt motiverat, alternativt att t ex byta en överläkare mot två ST.

En förhoppning som knyts till den nya Värmländska modellen är att de olika chefsöverläkargrupperna skall kunna precisera utbildningsflödet på ett mer komplett sätt än vad som t ex framgår av statistik över pensionsavgångar. Antalet förväntade pensioneringar klassas i utredningen som en mycket osäker parameter som inte t ex räknar in att folk försvinner ut ur bilden också av andra orsaker.

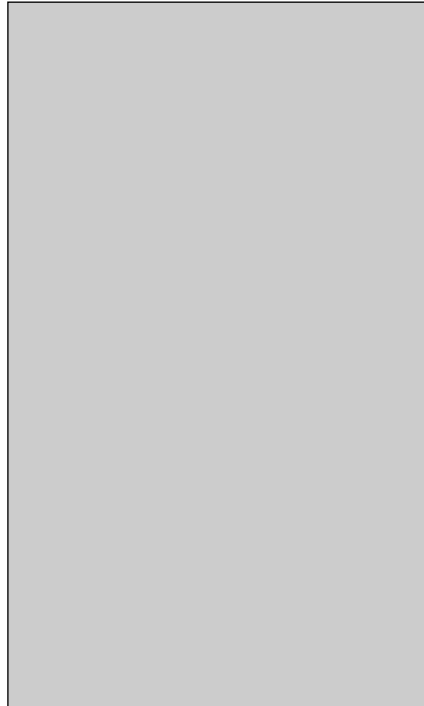
Ryggsäckspengar

I ST-modellen ingår även en speciell ryggsäcksmodell för finansiering och avlöning. Varje utbildningsläkare förses med en egen utbildningspeng som följer honom/henne oavsett var i länet som tjänstgöringen genomförs.

– En viktig skillnad mellan ST och den gamla FV-modellen är att det inte längre finns någon central utbildningspott. Utbildningsmedel försvinner numer in i den vanliga vården och användningen går sällan att precisera. Vi vill slå fast att den klinik som anställer en ST har ett utbildningsansvar hela vägen fram till komplett specialisering, inklusive randutbildning etc.

– För att reformen inte skall bli för dyr för enskilda kliniker har vi sagt att de första tre månaderna betalar avsändande klinik hela lönen.

Under tjänstgöring mellan tre och sex månader betalar sändande och mottagande klinik hälften var och efter sex månaders tjänst betalar den mottagande kliniken.



–Arbetet med att utbilda nya specialister bör fortgå med mer strategiskt inriktad framförhållning än vi varit vana vid, säger Göran Bern, överläkare vid centralsjukhuset i Karlstad.

Alla kostnader för jourtjänst skall betalas av mottagande klinik.

–Fördelen är att ryggsäckspengar renodlar det ekonomiska ansvaret samtidigt som det går att ställa krav på innehåll i utbildningen i samband med randtjänstgöringen. Uppstramade rutiner i den vägen kommer även att minimera risken för onödigt tjafs klinikerna emellan om vem som egentligen skall betala vad.

Göran Bern poängterar att den nya modellen är ett grundförslag med åtföljande frihet – för de klinikchefer som så önskar – att göra upp om andra överenskommelser som kan passa bättre i en viss lokal situation.

Utökat utbildningsinnehåll

ST-utbildningen i Värmland byggs enligt förslaget på med fyra veckors kurs i ledarskap, administration, ekonomi och vissa etiska och sociala spörsmål. Syftet är framförallt att skärpa läkarnas ekonomiska och administrativa kompetens.

Påbyggnadskursen är ämnesmässig, om än i mindre skala, inspirerad av den sortens trainee-utbildning som förekommer inom det privata näringslivet.

Göran Bern framhåller att redan under sina allra första tjänstgöringar får en underläkare arbetsledande funktioner, bl a med delansvar i beslut som leder till ekonomiska konsekvenser.

–Ju längre läkaren kommer i sin

tjänstgöring desto mer ökar kraven på ekonomiska och administrativa kunskaper. Så gott som varenda kostnad i sjukvården initieras i mötet läkare–patient. Samtidigt vet vi att undervisningen i ledarskap, ekonomi och administration är närmast minimal under grundutbildningen.

De extra ST-kurserna skall även inkludera ett antal etikseminarier och diskussion kring vissa sociala frågor. Den blivande specialisten möter många gånger t ex patienter med sviter av missbruk och misshandel, vilket kräver särskild förståelse och kunskaper om hur sjukvården och samhället samverkar.

Göran Bern påpekar att konstellationen etik–prioriteringar blir allt viktigare i sjukvården och att den enskilde läkaren måste vara väl förberedd. I synnerhet när ett kärvt ekonomiskt läge innebär hårda prioriteringar ända ner på individplanet.

Samtliga nya ST-läkare i Värmland förutsätts gå extrakursen. Då arbetsförhållandena är väsentligt olika vid länsrespektive länsdelssjukhus föreslås att ST-läkare inom de basala specialiteterna bereds tillfälle att tjänstgöra vid båda dessa typer av sjukhus.

De extra utbildningsveckorna kommer att finansieras via en central pott. Beräknad kostnad per kursvecka är ca 160 000 kronor, vilket inkluderar föreläsare och internat. Sedermera förutsätts alla som vill bli specialist i Värmland gå igenom denna ledarskapsutbildning.

Parallellt med arbetet i Värmland pågår liknande arbeten i andra landsting. Även inom Socialdepartementet och Landstingsförbundet pågår arbeten som rör framtida läkarförsörjning.

Slutrapport i höst

Den värmländska arbetsgruppen avser att presentera en slutrapport om läkarförsörjningen i slutet av 1996. Rapporten kommer då bl a att inkludera ett konkret förslag till dimensionering av läkarutbildningen i framtiden. Ett sådant förslag gick inte att ta fram i den första utredningsrundan. Man inväntar ännu exakta besked från landstingets sk hushållningsgrupp om fördelningen av 250 miljoner kronor i extra sparbetning för sjukvården under närmast kommande treårsperiod.

– Hushållningsgruppens förslag kommer givetvis att få betydelse också för dimensioneringen av ST. Om det blir tal om stora strukturförändringar, t ex i form av nedlagd akutverksamhet eller liknande så minskar utbildningsbehovet. Vi kommer därför att under hösten 1996 uppdatera och justera också den inventering av läkartjänster som vi gjort, avslutar Göran Bern.

Bo Lennholm