

ARBETSGRUPPENS RAPPORT 2026



ST & FORSKNING

*– med en ökad andel privata vård-
givare i svensk sjukvård*



Svenska
Läkaresällskapet

Innehållsförteckning

Förord.....	4
Sammanfattning.....	5
1. Inledning.....	7
2. Syfte.....	8
3. Metod.....	8
4. Bakgrund.....	8
4.1 Ett nytt vårdlandskap förändrar förutsättningarna för utbildning och forskning.....	8
4.2 Regionernas upphandling av vård.....	11
4.3 Ersättningssystem för vård, utbildning och forskning.....	12
4.4 Socialstyrelsens godkännande av specialistkompetens.....	14
5. Påverkan på ST-utbildningen.....	17
5.1 Basal vård utan utbildningsläkare påverkar möjligheten till bra ST-utbildning.....	17
5.2 Brister i uppföljning och kontroll av specialistutbildning hos privata vårdgivare med begränsat uppdrag.....	19
6. Påverkan på forskningen.....	22
7. Konklusion.....	23
8. Målbilder och rekommendationer.....	26
8.1 Målbilder.....	26
8.2 Rekommendationer för SLS fortsatta arbete.....	27
Referenser.....	29

Förord

Svensk hälso- och sjukvård befinner sig i snabb förändring. Under de senaste decennierna har andelen privat utförd, offentligt finansierad vård, ökat – inte minst inom delar av specialistvården. Denna utveckling har bidragit till ökad tillgänglighet för många patienter, men den har också väckt viktiga frågor om hur grundläggande uppdrag som utbildning av framtidens läkare och klinisk forskning kan säkerställas i ett förändrat vårdlandskap.

Vid Svenska Läkaresällskapets (SLS) fullmäktigemöte 2024 väcktes dessa frågor genom motioner från flera av våra medlemsföreningar. Motionärerna pekade på risker för både specialistutbildning och forskning när stora patientvolymerna flyttas till verksamheter där utbildnings- och forskningsuppdraget är otydligt reglerat eller inte följs upp tillräckligt. Fullmäktige beslutade att tillsätta en arbetsgrupp med uppdrag att inventera och sammanställa ett underlag som beskriver hur en ökande andel privata vårdgivare påverkar möjligheterna till forskning, ut- och fortbildning. I uppdraget ingick dessutom att ta fram en handlingsplan tillsammans med berörda delegationer som SLS kan utgå ifrån i dialog med berörda beslutsfattare nationellt och regionalt.

Arbetsgruppen har på ett förtjänstfullt och gediget sätt inventerat nuläget, belyst både problem och goda exempel samt sammanställt ett kunskapsunderlag som tydligt visar var utmaningarna finns. Rapporten visar att det inte råder någon motsättning mellan privat och offentligt driven vård i sig, men att utbildning och forskning inte kan betraktas som sidouppdrag. Där vården bedrivs måste också förutsättningar finnas för lärande, handledning och kunskapsutveckling. Det är ett gemensamt ansvar som behöver tas av regioner, privata vårdgivare och statliga aktörer – med professionen som en självklar part i dialogen.

Jag vill rikta ett varmt tack till arbetsgruppens ledamöter och dess ordförande Linus Axelsson för ett omfattande och väl genomfört arbete. Ett särskilt tack riktas även till medlemsföreningar och externa aktörer som generöst bidragit med sin kunskap och sina perspektiv.

Rapporten utgör ett viktigt underlag för Svenska Läkaresällskapets fortsatta arbete och för den dialog vi behöver föra med beslutsfattare, myndigheter och Sveriges Kommuner och Regioner. Vår förhoppning är att rapporten ska bidra till ett mer långsiktigt, sammanhållet och hållbart synsätt på utbildning och forskning i hela den offentligt finansierade vården – till gagn för både dagens och morgondagens patienter.

Catharina Ihre Lundgren, ordförande Svenska Läkaresällskapet

ST OCH FORSKNING MED EN ÖKAD ANDEL PRIVATA VÅRDCIVARE I SVENSK SJUKVÅRD

Sammanfattning

I Sverige har specialistutbildning av läkare sedan länge skett i regionernas regi. Helt naturligt, då nästan all vård tillhandahållits av regionerna själva, och därmed har också de som kunnat erbjuda en adekvat specialistutbildning varit regionerna. Regionerna har också ett lagreglerat uppdrag att utbilda specialistläkare som motsvarar ett framtida behov.

Idag är privata vårdgivare som har avtal med regionerna att utföra viss vård dock ett allt större inslag i vården. Inom primärvården finns välfungerande samarbeten och finansieringsmodeller för specialistutbildning oavsett driftsform, men inom specialistvården är detta mindre utvecklat. Detta påverkar utbildning av nästa generations specialistläkare, då underlaget för deras utbildning inom regionernas egen verksamhet blir alltmer begränsat.

Vid Svenska Läkaresällskapetets (SLS) fullmäktige 2024 hade ett antal specialitetsföreningar inkommit med två remisser som berörde frågan om utbildning och forskning med en allt större andel privata vårdgivare. SLS gav ett uppdrag till denna arbetsgrupp att inventera frågeställningarna och återkomma med förslag på hur SLS bör agera.

Vid vår inventering har vi funnit två stora utmaningar vad gäller utbildning. Privata vårdgivare bedriver, främst i storstadsregionerna, en stor andel av den basala vården inom ett brett utbud av specialiteter utan att ST-läkare närvarar i så stor omfattning som vi bedömer skulle behövas för att ge framtidens specialistläkare optimal utbildning. Det bedrivs också ST-utbildning inom vissa specialiteter på mindre privata enheter där det inte samordnas sidoutbildningar i regionen vilket gör att ST-läkarna inte får plats för adekvat placering på enhet med avancerad vård, och där målbeskrivningen för specialistutbildningen då är svår att uppnå, samt svår för Socialstyrelsen att bedöma.

Vi har också funnit att det finns stora utmaningar för forskning på privata enheter. Utmaningarna liknar dem som mindre enheter inom regiondriven vård har, möjligen med lite sämre förutsättningar då de flesta regioner har vissa medel för forskningsstöd, vilket finns i mindre utsträckning i privat vård.

Samtidigt har vi funnit goda exempel på väl fungerande samarbete mellan regioner och privata vårdgivare, både inom utbildning och forskning. Vår sammantagna bedömning är att regionerna och många av de privata vårdgivarna ser att utmaningarna finns och har en ambition att utveckla ett framtida samarbete. Ett hinder uppfattar vi är de nuvarande utformningarna av vårdavtal samt att regionernas utbildningsansvariga inte involveras i relationerna mellan privata vårdgivare och regionerna i tillräcklig omfattning.

Vi ser dock att det redan under året har tagits initiativ i de större regionerna för att förbättra samarbetet. Vi ser också att regeringens utredare i betänkandet SOU 2025:63 har påpekat vikten av bättre samarbete mellan regioner och privata vårdgivare i utbildning för specialistläkare, samt bättre kontroll av ST-utbildningar, i linje med de slutsatser vi kommit fram till och haft en dialog med utredningen om. Vi konstaterar också att de privata vårdgivarnas organisation, Vårdföretagarna, är positivt inställda till ett ökat samarbete med SLS och regionerna i frågan.

1. Inledning

Flera delföreningar inom SLS har uppmärksammat utmaningar med ökande omfattning av privata vårdgivare där det uppstår särskilda problem vad gäller utbildning (vidare- och fortbildning) samt forskning. Flera föreningar har själv försökt agera i frågan, men upplevt att det har varit svårt att få gehör i diskussioner med regioner och berörda myndigheter.

Vid SLS fullmäktige 2024 behandlades två motioner från ett stort antal delföreningar som båda tog upp ämnet; motion 1 om handlingsplan för forskning och utbildning med ökande andel vård hos privata vårdgivare och motion 2 om risker med ST-läkarutbildning i privat regi.

Nämnden besvarade motionerna tillsammans och vid fullmäktige beslutades att bifalla andemeningen i motionerna och att tillsätta en temporär arbetsgrupp.

Arbetsgruppen fick i uppdrag att

- inventera och sammanställa ett underlag som beskriver hur en ökande andel privata vårdgivare påverkar möjligheterna till forskning, utbildning, samt
- ta fram en handlingsplan som SLS kan utgå från i dialog med SKR och berörda beslutsfattare.

Frågan om fortbildning lyftes ut ur uppdraget då tidigare rapporter från Läkarförbundet har visat att det inte är så stor skillnad mellan privata och offentliga arbetsgivare vad gäller fortbildning. Fortbildningen är ett problemområde och hanteras i annan ordning inom SLS. Till arbetsgruppen utsågs representanter från tre delföreningar som motionerat (Svensk Kirurgisk Förening, Svensk Ortopedisk Förening och Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi), representanter för utbildnings- och forskningsdelegationerna samt kanslistöd.

Arbetsgruppen har bestått av följande personer:

Linus Axelsson, Svensk Kirurgisk Förening, ordförande

Hans Hjelmqvist, SLS delegation för utbildning

Malin Jonsson Fagerlund, SLS delegation för forskning

Anne Garland, Svensk Ortopedisk Förening

Mahsa Tayefi, Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi

Susann Asplund Johansson, SLS kansli

Anders Bengtsson, SLS kansli

2. Syfte

Syftet med arbetsgruppens rapport är att ge ett underlag som beskriver hur en ökande andel privata vårdgivare påverkar möjligheterna till ST-utbildning och forskning. Utifrån underlaget ska arbetsgruppen bedöma om förutsättningarna för en god ST-utbildning och forskning har påverkats och föreslå en handlingsplan som SLS kan utgå från i dialog med vårdens huvudmän och berörda beslutsfattare om arbetsgruppen ser ett behov av detta.

3. Metod

Arbetsgruppen har träffats varannan vecka över länk från december till juni, och haft två fysiska möten. Till arbetsgruppens möten har bjudits in gäster med relevant kunskap från Socialstyrelsen, Behörighetsutredningen, SKR, ÖSTUS (Universitetssjukhusens studierektorsnätverk), Vårdföretagarna, forskare på ämnet, berörda verksamhetsföreträdare för både privat och offentlig vård, upphandlingskompetens samt redovisats arbete som medlemsföreningar redan gjort. Arbetsgruppen har också skickat ut en enkät till medlemsföreningarna. Vi har vidare anlitat en extern utredare med kontakter inom hälso- och sjukvårdsförvaltningar som lämnat ett underlag till utredningen. Det sammantagna materialet har arbetsgruppen sedan analyserat och sammanställt. Utifrån det framtagna underlaget har arbetsgruppen sedan föreslagit en vidare handlingsplan för SLS.

4. Bakgrund

4.1 Ett nytt vårdlandskap förändrar förutsättningarna för utbildning och forskning

Sjukvården har stora utmaningar vad gäller tillgänglighet, och Sverige har i en europeisk jämförelse låg tillgänglighet. Sverige har också en vårdstruktur där en stor del av vården skett på sjukhus, jämfört med andra länder. Ett obligatoriskt vårdvalssystem för primärvården infördes 2010 där privata vårdgivare kunde etablera sig i Sverige med mål att öka tillgänglighet och patientnöjdhet. Snart därefter infördes i några regioner (främst Stockholm) även vårdvalssystem för viss specialistvård, och i dagsläget finns ett stort antal privata enheter som tillhandahåller vård enligt vårdvalssystemet, lagen om valfrihetssystem (LOV).

Succesivt har även allt fler enheter för privat specialiserad vård upphandlats via lagen om offentlig upphandling (LOU), främst i större regioner. LOV och LOU har inte etablerats för alla delar av specialistvården, utan främst för vård med tydliga vårdförlopp såsom olika operativa ingrepp, vård som sker främst inom öppenvård såsom dermatologi samt vissa radiologiska och

kliniska laboratoriespecialiteter. För LOU kan regionerna vid upphandling sätta tak för hur mycket vård som får utföras, medan detta inte gäller för LOV. S:t Görans sjukhus i Stockholm privatiserades redan år 2000. Det är fortsatt det enda privata akutsjukhuset i Sverige och avviker i sin struktur från övrig privat vård i Sverige.

I regionernas uppdrag ingår att "det ska finnas möjlighet till anställning för läkares specialiseringstjänstgöring inklusive bastjänstgöring i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet" (Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) 2017:30, ändrad 2018:1997). Innan vårdvalsreformen och en ökande andel privata vårdgivare, tillhandahöll dåvarande landsting den specialiseringstjänstgöring (ST) som de på olika grunder ansåg sig behöva. Strukturer för ST-utbildning var etablerad i samtliga regioner, och var integrerad i den övriga vården, inklusive S:t Görans sjukhus. Något tydligt uppdrag utöver HSL enligt ovan finns inte vad gäller omfattningen av ST-utbildningen.

Finansiering av ST-tjänster ansvarar varje region själv för, och med vissa undantag har kostnaderna för ST ingått i den ersättning som vårdgivaren får för den vård som bedrivs på enheten, ofta med en kompletterande central utbildningsbudget. När vården och ST-utbildningen bedrivs i regionernas egen regi var och är kostnaderna nästan uteslutande integrerade i den ordinarie verksamheten och särredovisas inte, dock ofta med undantag för externa utbildningar. Då randutbildning i andra regioner sker finns regionala avtal som i allmänhet endast reglerar lönekostnader.

När vårdvalsreformen genomfördes etablerades strukturer i regionerna för ST i allmänmedicin oavsett om vården bedrevs i regionens egen regi eller privat, ofta med någon form av central finansieringsmodell och kopplad till regionernas centrala vårdvalsfunktion. För specialistvården har inte samma utveckling skett.

De utvärderingar som har gjorts avseende konsekvenserna av införandet av privata vårdgivare har huvudsakligen fokuserat på tillgång till vård, jämlikhetsperspektiv och kostnader, och endast i mycket begränsad omfattning berört konsekvenser för utbildning, forskning eller akutsjukvård. Det har funnits påpekanden att det var av vikt att den privata specialiserade vården också skulle involveras i det utbildningsuppdrag (och andra gemensamma uppdrag såsom jourverksamhet) som regionerna har, bland annat i Läkarförbundets rapport "ST i en föränderlig sjukvård" (2014). Där identifieras många av de utmaningar inom fortbildning som fortfarande föreligger, men som inte ledde till några påtagliga förändringar som vi kunnat identifiera.

I en del vårdavtal ingår ett utbildningsuppdrag i avtalet, men i praktiken efterlevs det långt ifrån alltid. Ofta är det formulerat i en standardtext som inte är applicerbar i den kontext den privata vården bedrivs, till exempel när vården bedrivs i en annan del av landet än där potentiella ST-läkare (eller läkarstudenter/sjuksköterskestudenter) verkar. Som exempel kan nämnas privat urologi i Stockholm som upphandlats av Region Skåne och innefattar utbildningsplatser för Region Skåne. Även när det i praktiken skulle vara praktiskt möjligt sker dock ST-utbildning endast i liten omfattning. Med det sagt finns också välfungerande undantag, som "Uppsalamodellen" och Region Östergötlands avtal med Capio i Motala.

Huvuddelen av den vård som upphandlats enligt de olika modellerna är basal vård med stora volymer. Den basala vården är ofta enkel att definiera, och det går att skapa fungerande prismodeller. I flera fall innebär dock upphandlingen av den basala vården att den försvinner från de enheter som bedriver ST-utbildning. Inte sällan har detta fått stora konsekvenser, då arbetet med den basala vården är en viktig grund i lärandet för ST-läkare. Flera enheter med ST-utbildning kan inte längre erbjuda den vårdverksamhet som krävs för att ST-läkare ska kunna bli godkända enligt Socialstyrelsens krav. Där inget fungerande avtal om ST-utbildning slutits med de enheter som upphandlats upphörde utbildningen på flera enheter i landet. Exempel på detta är otorhinolaryngologin i Stockholm och kirurgin i Östergötland. I efterhand skapades nya lösningar i dessa fall via nya avtal, då det var uppenbart att situationen var ohållbar. Men fortsatt sker begränsat med utbildning på de flesta upphandlade enheter. Konsekvenserna blir att ST-läkare har svårare att få adekvat träning i den basala vården.

Omvänt har också en del privata vårdenheter, med ett mycket begränsat vårdåtagande där endast basal vård ingår, anställt egna ST-läkare. Detta har inte samordnats i regionen, och den utbildning de till slut kunnat erbjudas har ifrågasatts. De kan inte uppnå specialitetsmålen på den egna enheten, utan randning på andra enheter behövs, och utan samordning i regionen har den utbildning de till slut kunnat erbjudas ifrågasatts. Flera fall med återkommande kompletteringar av underlaget till Socialstyrelsen har funnits, men godkännande sker ofta till slut då de begränsade formella kraven som Socialstyrelsen ställer har uppfyllts. De reella kompetenserna har dock varit svårvärderade.

Klinisk forskning utgår i Sverige i stor utsträckning från universitetssjukvårdsenheter. När patienterna med behov av basal vård flyttas ut från dessa, blir detta patientunderlag svårt att beforska. Det finns privata enheter med väletablerad forskningsstruktur, och ett nära samarbete med andra enheter, men även detta är undantagsfall. En stor del av patienterna som får vård på upphandlade enheter ingår inte i någon studie.

Vad gäller övriga vårdprofessioners utbildning konstaterades det i utredningen "Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning" (SOU 2024:9), som publicerades den 1 februari 2024, att privata aktörer idag spelar en allt större roll. Utredningen föreslår att staten bör skriva avtal om vårdvetenskaplig utbildning, lärande och forskning, så kallade Vulf-avtal, där även privata aktörer ingår.

4.2 Regionernas upphandling av vård

Vårdavtal sluts mellan regionerna och privata vårdgivare. Avtalen kan vara enligt Lagen om vårdval (LOV) eller Lagen om offentlig upphandling. (LOU). I avtalen finns i allmänhet krav på de privata vårdgivarna att erbjuda utbildningsutrymme för studenter och specialistutbildning. I de flesta fall är avtalstexten generellt formulerad. Efter samtal med upphandlingsvariga tolkar vi att utformningen av generella krav ska ge förutsättningar för de vårdenheter som har behov av att externalisera en del av till exempel ST utbildning för att utforma mer specifika avtal med de privata enheterna. De verksamhetsansvariga vi diskuterat med upplever dock att de har ett mycket begränsat mandat att ställa krav på att utbildning ska ske på de privata upphandlade enheterna, utan hamnar istället i en ny förhandling där de får avstå ekonomiska medel för att ge ST-läkare möjlighet att göra delar av sin utbildning på lämplig privat enhet. Omvänt uppfattar flera privata enheter att den inte har ett ansvar att erbjuda delar av ST-utbildning utan extra ersättning, och att de överenskommelser om ersättning som slutits avtalen inte innefattar utbildning av ST-läkare (däremot VUB-utbildning och praktik under grundutbildning). Således föreligger inte alltid en samsyn i vad avtalen innebär. Vi har inte kunnat se hur uppföljningen av en generell avtalstext enligt ovan sker, och om någon privat vårdgivare har fått anmärkning för att de inte följt avtalen.

Det finns dock flera exempel där man redan i ett avtal har specificerat hur många ST-läkare som ska göra delar av sin utbildning på en enhet, och de privata vårdgivarna kan och har då kalkylerat för kostnaderna. Dock utnyttjar regionerna inte alltid denna möjlighet. Det finns också flera exempel där man har ett etablerat samarbete kring ST-utbildning mellan en regions enhet och en privat vårdgivare, där den privata vårdgivaren minskar sin produktion och därmed ersättning utan att man uppfattar att det är tvingande i avtalen, då man från båda parter ser andra fördelar med ett samarbete.

En uppfattning som framförts från både privata vårdgivare och verksamhetsföreträdare är att det för en framgångsrik upphandling och utfall av utbildningsuppdrag behövs deltagande från

verksamhetsföreträdare och studierektorer, som kan väga av behov och praktiska förutsättningar för att avtalen ska kunna utnyttjas av regionerna.

Vi har låtit en separat extern utredare titta vidare på området med fokus på storstadsregionerna. Det intryck utredaren fått efter dialog med avtalsansvariga, ST ansvariga, verksamhetsföreträdare och andra berörda är att det långsamt har blivit ett bättre samarbete mellan regionerna och de privata vårdgivarna, men att det skiljer sig mycket inom olika områden. Internt i t ex Stockholmsregionen finns det en otydlighet vem som har ansvaret för implementeringen av de avtal som finns, och dialogen mellan ST-ansvariga och avtalsansvariga är inte tydlig. Det finns också inslag av att man som privat vårdgivare medvetet kan "straffa ut sig" från utbildningsansvaret genom att erbjuda en dålig utbildningsmiljö.

I den separata utredningen föreslås vidare handlingsstrategier. En första tydlig strategi är att regioner tydligare skulle inskräpa att ett utbildningsuppdrag är ett krav för att ett vårdval ska fortgå. Ett förtydligande av omfattningen av utbildningsuppdraget, anpassat till respektive specialitet, skulle konkretisera eventuella brister och tydliggöra för alla parter det gemensamma uppdraget. Att ge tydligare ekonomiska incitament, via extra ersättning eller ekonomiska avdrag är också en möjlig handlingsstrategi för regionerna, liksom att avsluta avtal (LOV eller LOU) om inte utbildning sker i tillräcklig omfattning. På ett nationellt plan skulle en översyn av föreskrifterna för ST kunna driva regionerna mot avtal bättre anpassade till ST-läkarnas utbildningsbehov.

4.3 Ersättningssystem för vård, utbildning och forskning

4.3.1 *Ersättningssystem för vård – en kortfattad översikt*

Ersättning för offentlig vård sker på olika sätt, både i Sverige och i världen. Historiskt har svensk vård ofta varit anslagsfinansierad från en region, vilket betyder att en vårdenhet får budgetmedel och sedan utför den vård som ingår i uppdraget, med de ekonomiska begränsningar som finns. Ofta accepteras ett överdrag av budget. Forskning har visat att det ger tämligen god kostnadskontroll, men stimulerar inte effektivitet eller produktivitet. Inom den offentliga vården, särskilt inom primärvård, är det också vanligt med kapitation, vilket innebär att en vårdenhet får ett visst grundanslag för att hantera en population, vilket anses stimulera effektiviseringar mer än anslagsfinansiering. För privata upphandlade vårdgivare, särskilt inom specialistvård passar anslagsfinansiering eller kapitationsersättning mindre bra. I de avtal som finns ersätts ofta utförd vård genom vårdepisodersättning, åtgärdsersättning eller ersättning

som utgår från DRG (diagnosrelaterade grupper). Dessa ger högre produktivitet per utförd vårdåtgärd, men ger låg kostnadskontroll om man inte kan koppla det till ett maxåtagande.

En vårdepisod innebär i detta sammanhang innebär att man ersätter ett definierat vårdförlopp, till exempel förbesök, operationstillfälle och uppföljning. Åtgärdsersättning innebär att man ersätter en specifik åtgärd, till exempel en höftoperation, medan DRG ersättning innebär att vårdgivaren ersätts utifrån den DRG-kod som sätts vid vårdkontakter, ofta kopplat till en procentsats av det DRG som sätts. Alla dessa modeller anses ge högre produktivitet men sämre kostnadskontroll. Vårdepisodersättning driver effektivisering medan DRG- och åtgärdsersättning inte gör detta. Även vårdepisodersättning och åtgärdsersättning utgår i allmänhet från kostnaden för vård enligt DRG. Dessa tre ersättningsmodeller ger också en viss risk för "plocka russin ur kakan" situationer, då svårt sjuka patienter ofta ger samma eller snarlik ersättning som patienter med mindre komorbiditet. Vård kan också ersättas ur patientens egen ficka eller via försäkringsbolag till privat vårdgivare helt utanför regionens ansvar, ofta en åtgärdsersättning som den privata vårdgivaren själv bestämmer.

DRG används också när regioner debiterar varandra för vård som utförts utanför regionen patienten är skriven i, kompletterat med "ytterfallsdebitering" för situationer när kostnaderna överstiger DRG med stor marginal. Det sistnämnda görs företrädesvis från regionsjukhus, övriga offentliga vårdgivare saknar oftast förutsättningar för att debitera ytterfall, utan får ersättning enligt DRG.

DRG-ersättning utgår från regionernas kostnad för vård relaterat till den vård som utförs. De flesta av Sveriges regioner rapporterar detta underlag till SKR, som i sin tur ger ett underlag till Socialstyrelsen som skapar DRG-listor, där varje DRG är kopplat till en vikt, som sedan kopplas till ett belopp som bestäms i respektive sjukvårdsregion. Rapporteringen sker ner på vårdepisodsnivå, där kombinationen av diagnoser och åtgärder för en vårdepisod ger ett visst DRG enligt ett fastlagt system. En vårdepisod här kan vara ett slutenvårdstillfälle, mottagningsbesök eller liknande. I underlaget ingår de kostnader regionen har för sjukvård med ett fåtal undantag, såsom politisk organisation.

I princip ska kostnader för utbildning och forskning som inte finansierats med externa anslag undantas, men detta görs i praktiken inte, då regionerna har svårt att isolera dessa kostnader, undantaget grundutbildningar såsom läkarstudenter som ersätts separat. Kostnaderna fördelas sedan på de DRG-vårdepisoder regionen utfört, så specifikt kopplat till varje vårdepisod som det är praktiskt möjligt och detta ger en kostnad per patient, KPP, dock är det egentligen kostnad

per vårdepisod det innebär. Utifrån KPP revideras årligen den så kallade DRG-vikten, vilket sedan kan kopplas till ersättningssystemen. Regionernas förmåga att ge ett detaljerat underlag skiljer sig, och det finns viss variation i underlagen till SKR. I praktiken innebär detta att regionernas kostnad för vård även innehåller kostnader för utbildning med viss variation för hur detaljerade underlagen är, och med olika grad av exkludering av kostnader som inte ska vara med.

Om man granskar de underlag som finns i upphandlingar av privat specialistvård i region Skåne, ser man att de ofta hamnar på en ersättningsnivå på cirka 70% av DRG. Regionen förväntar sig alltså att privata vårdgivare kan utföra vården 30% billigare än regionen själv. En del i detta kan förklaras av att utbildning ofta inte sker hos privata vårdgivare i samma utsträckning som hos regionerna, men också av att regionerna har ett förstahandsansvar för att vård finns för befolkningen, krisberedskap, pandemivård etc. Rimligen förväntar sig regionen också att de privata vårdgivarna är effektivare än de själva är. Hur regionen har kommit fram till 70% är dock oklart för oss. Olika regioner har valt olika modeller för ersättning av privat specialiserad vård, med varierande inslag av ersättningsmodeller enligt ovan.

4.3.2 Ersättningssystem för forskning på mindre enheter

Forskningsfinansiering på privata enheter sker huvudsakligen på samma sätt som på andra enheter som inte är knutna till forskningscenter, till exempel universitetssjukvårdsenheter. Det finns privata vårdgivare som har vissa resurser till forskning, dock är dessa ofta med en tydlig inriktning mot verksamhetsutveckling. Likaledes finns det ofta i de mindre regionerna forskningsmedel via lokala FoU-enheter som kan sökas. Oavsett är det marginella skillnader avseende driftsformen, det är kopplingen till forskningsenheter som väsentligen påverkar finansieringen av forskningsverksamhet.

4.4 Socialstyrelsens godkännande av specialistkompetens

Socialstyrelsen tog fram till 2012 in yttranden från två externa bedömare vid prövning av om kraven på tjänstgöringstid var uppfyllda och om målen i målbeskrivningen för ST var uppnådda. Dessa bedömningar var ett led i myndighetens prövning vid ansökan om specialistkompetens. Arbetsgruppen har kartlagt varför detta system avskaffades samt om regelverket för läkare skiljer sig från motsvarande regelverk för tandläkare.

Nedan ges en översiktlig bakgrund till förändringarna i regelverket – deras införande, borttagande och vad som gäller idag.

Åren 2001–2002 fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att genomföra en översyn av specialistutbildningen och dess indelning. Detta ledde till ett förslag om en ny struktur med bas-, gren- och tilläggspecialiteter. Tidigare återfanns specialitetsindelningen i förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (FYHS), men 2009 överfördes denna till Socialstyrelsens egna föreskrifter.

Föreskrifterna SOSFS 2008:17 trädde i kraft den 1 september 2008 och reglerade bland annat hur specialiseringstjänstgöringen (ST) skulle genomföras. En ny översyn av specialitetsindelningen genomfördes 2011–2012, vilket resulterade i SOSFS 2015:8, som trädde i kraft den 1 maj 2015. En större ändring skedde sedan i samband med införandet av bastjänstgöring (BT), där föreskriften HSLF-FS 2021:8 trädde i kraft den 1 juli 2021.

Redan i Socialstyrelsens översyn från 2003 identifierades verksamhetschefens dubbla roll som både utbildningsansvarig och examinator som problematisk. Det föreslogs därför en kompletterande extern granskning eller en specialistexamen som alternativ. Resultatet blev att externa bedömare infördes genom SOSFS 2008:17.

Enligt 7 kap. 9–11 §§ i dessa föreskrifter skulle Socialstyrelsen hämta in yttranden från två externa bedömare vid prövningen av specialistkompetens. Dessa bedömare utsågs av myndigheten för tre år, på förslag av specialitetsföreningar eller sektioner inom Läkaresällskapet, och skulle ha specialistkompetens inom relevant område. Bedömningen omfattade tre huvudpunkter: att tjänstgöringar och lärandemetoder varit relevanta för delmålen, att de intygande personerna haft adekvat kompetens samt att eventuella tjänstgöringar utomlands intygats på korrekt sätt.

Från 1 januari 2010 infördes dock en möjlighet att frångå kravet på externa yttranden vid särskilda skäl. Socialstyrelsen konstaterade då att alla specialitetsföreningar ännu inte lämnat in förslag på bedömare, vilket fördröjde handläggningen.

Den 1 september 2012 upphävdes slutligen reglerna om externa bedömare. De ersattes av ett system med nio sakkunniga specialistläkare, där varje person ansvarade för ett definierat medicinskt område. Avsikten var att skapa en mer enhetlig och effektiv handläggning, eftersom det tidigare systemet visat sig resurskrävande. Socialstyrelsen framhöll även att det varit svårt att utbilda externa bedömare i enhetlig tillämpning. SLS hade inga invändningar mot

förändringen, men betonade vikten av att det fanns flera sakkunniga inom varje område och att man också skulle beakta framtida förändringar i specialitetsindelningen.

I föreskriften SOSFS 2015:8 reglerades tydligare att kompetensbedömningen skulle ske fortlöpande och dokumenteras av handledare och verksamhetschef. Intyget om specialistkompetens skulle undertecknas av dessa i samråd med studierektor. I sitt remissvar (dnr 4.1.1–27795/2014) framförde SLS att enbart verksamhetschefens intygande inte gav tillräcklig rättssäkerhet. Man efterfrågade fortlöpande bedömningar med objektiva och validerade metoder, samt en nationell specialistexamen.

I HSLF-FS 2021:8 gjordes ytterligare justeringar. Det tydliggjordes att det var den huvudansvariga handledaren som skulle bedöma ST-läkarens utveckling, och att slutbedömningen skulle göras av handledaren tillsammans med ytterligare en specialist inom specialiteten.

Socialstyrelsen övervägde 2021 att justera bilagorna 4 och 7 till föreskriften, så att utfärdarna av intyg skulle behöva beskriva hur bedömningen skett. Efter samråd med aktörer som SKR, SLS och Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi (SSDV) bedömdes dock att underlaget för föreskriftsändring inte var tillräckligt.

Det nuvarande regelverket, från 1 juli 2021, innebär att Socialstyrelsen inte granskar eller godkänner utbildningskliniker som sådana. Ansvar för utbildningens kvalitet och innehåll vilar på vårdgivaren. En huvudansvarig handledare ska bedöma ST-läkarens kompetensutveckling kontinuerligt med utgångspunkt i målbeskrivningen för specialiteten och det individuella utbildningsprogrammet. Huvudhandledaren samt ytterligare en specialistkompetent läkare intygar att alla kompetenskrav i målbeskrivningen är uppfyllda. Verksamhetschefen intygar att ST-läkaren fullgjort specialiseringstjänstgöringen. Så länge intygen är korrekt ifyllda kan ansökan om specialistkompetens godkännas.

Socialstyrelsen har inte mandat att i förväg bedöma utbildningsmiljön och granskar inte om kompetenskraven faktiskt uppnåtts i praktiken – såvida inte signaler om oegentligheter inkommit. I så fall kan medicinskt sakkunniga kopplas in. Detta innebär att det saknas andra mekanismer för systematisk uppföljning eller granskning av utbildningsmiljöer än rekommenderad extern granskning vart 5:e år (t ex SPUR). Specialitetsföreningarna har egna rekommendationer om hur målen ska uppnås, men dessa ska Socialstyrelsen inte ta hänsyn till i sin bedömning.

Systemet med externa bedömare infördes ursprungligen som en kvalitetskontroll av ST-läkarnas kompetensprövning, men avskaffades 2012 till följd av långa handläggningstider och praktiska svårigheter med enhetlighet. SLS ställde sig inte emot detta, men efterfrågade bättre struktur på det ersättande systemet. Bedömningsansvaret har flyttats från verksamhetschef (2008) till handledare och specialist i kombination (2021). Dokumenterade fortlöpande bedömningar är idag grunden för intyget, men inte det enda underlaget.

Föreningarnas roll i kompetensbedömningen har minskat. SLS har konsekvent betonat vikten av att professionen deltar aktivt i bedömningen av specialistkompetens. Socialstyrelsen har ännu inte föreslagit föreskriftsändringar gällande oseriöst intygande, men frågan kan komma att aktualiseras i framtida översyner.

Frågan om specialistexamination har diskuterats länge i sjukvårdssverige och inom SLS. Hittills har t.ex. Läkarförbundet avvisat att ha en obligatorisk examination, och SLS har inte tagit ställning. I SOU 2025:63 föreslås att en specialistexamination *kan vara* en del av underlaget för Socialstyrelsens bedömning av specialistkompetens.

5. Påverkan på ST-utbildningen

5.1 Basal vård utan utbildningsläkare påverkar möjligheten till bra ST-utbildning

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har 2021 tagit fram rapporten "En lag som kräver omtag" där konsekvenser beskrivs av införandet av vårdval. Flera regioner har uppmärksammat att vårdvalen i den öppna specialiserade vården fått konsekvenser för den specialiserade vårdens organisering och funktion som helhet. I Region Uppsala ledde vårdvalet (och ersättningsmodellen) till svårigheter för sjukhusen att integrera vårdvalet för kataraktoperationer i övrig verksamhet, vilket gjort att sjukhusen lämnade vårdvalet (Region Uppsala 2020). I Stockholm har medarbetare på de större sjukhusen bedömt att den strukturella förändringen i den specialiserade vården, genom vårdvalen, leder till att de förlorar medarbetare och stora patientgrupper till privata vårdgivare, och att det i förlängningen gjort det svårare för de regionala verksamheterna att bedriva utbildning och forskning (Wettermark & Hellström 2017 – enbart tillgänglig via Region Stockholms diarie).

Även Region Skåne har gjort liknande observationer, där revisioner har belyst att det saknas ett övergripande system för hur ansvaret för ST-läkare ska fördelas i relation till vårdvalen och den ökande förekomsten av privata vårdgivare (Region Skåne 2017). I Stockholm var en konsekvens att man inom vårdvalsmodellen skapade förutsättningar för en regionägd enhet för basal ÖNH-vård, så att man återigen fick förutsättningar att bedriva ST utbildning av/för ÖNH-läkare i regionen.

I rapporten "En lag som kräver omtag" konstateras dock att professionsföreträdare också ser flera möjliga fördelar med valfrihetssystemen, framför allt större möjlighet till patientinflytande, men de betonar risken för ökad ojämlikhet mellan patientgrupper och negativa konsekvenser för sjukvårdssystemet i stort, framför allt gällande utbildning, kompetensförsörjning och forskning.

Arbetsgruppen skickade ut en enkät till samtliga medlemsföreningar och sektioner i SLS som företräder specialiteter som har ST-läkare. Av 47 tillfrågade svarade 35 (varav två efter enkäten var stängd, men vi har valt att inkludera dem trots detta). 13 föreningar svarade att de ser att en ökad volym av vård sker på enheter där utbildning inte sker, och att det har påverkat ST-läkares utbildning. Denna utveckling återfinns både inom opererande specialiteter inklusive anestesi, psykiatriska specialiteter, för radiologiska och kliniska laboratoriespecialiteter och öppenvårdsspecialiteter.

Två föreningar hade svarat att det fungerar väl trots förändringen. Utifrån enkäten verkade dock ingen förändring skett för medicinska specialiteter med stort akutuppdrag, med undantag för anestesi och intensivvård, eller för specialiteter där större delen av uppdraget är högspecialiserad vård. Sju föreningar har på något sätt agerat i frågan, ofta via studierektorsnätverk eller i dialog med företrädare för privata vårdgivare. Nio föreningar hade kännedom om att utbildning inkluderats när regionerna upphandlat privat vård, varav tre tyckte det fungerar väl, en att det inte fungerar väl, och fem hade exempel på både välfungerande och icke fungerande situationer. I kommentarer noteras att utbildning kan finnas med i avtalen men att det i praktiken inte sker.

Vidare ses i enkäten att åtta föreningar känner till fall där ST-läkare inte fått placeringar som egentligen är en förutsättning för att uppnå målen i ST. Detta kan vara att ST-läkare anställda på en enhet som huvudsakligen bedriver avancerad vård inte får ta del av basal sjukvård som innefattas i specialiteten, men även omvänt; att läkare anställda på en privat enhet inte får en randning på en enhet som bedriver mer specialiserad vård.

Problemets storlek är svårt för specialitetsföreningarna att uppskatta och framgår inte av enkäten. Dock finns en del exempel från data i kvalitetsregister. Andelen ljumskbräck som opererats på enheter utan regelbunden närvaro av ST-läkare är 2023 29% och för gallkirurgi 9% samma år, men då nästan hälften av kolecystektomierna i Sverige görs akut innebär det att knappt en femtedel av planerade operationer lämpliga för utbildning av unga ST-läkare inte finns tillgängliga för handledning och undervisning.

Inom ortopedi utförs idag cirka 40% av alla höft- och knäproteser och 60% av all ländryggskirurgi för spinal stenoser av privata vårdgivare. Omfördelningen mot privata vårdgivare har accentuerats under och efter pandemin, vilket har medfört att det har blivit alltmer utmanande att få tillgång till de basingrepp som ingår i målbeskrivningen för ST-läkare. Dock finns flera exempel på samarbeten där ST-läkare gör delar av sin placering hos privata vårdgivare inom ortopedi.

Inom radiologi sker cirka hälften av undersökningarna i Stockholm via privata vårdgivare utan utbildningsansvar, för övriga landet en betydligt mindre andel. Dessutom görs nästintill alla akuta bedömningar nattetid i Sverige via privata vårdgivare verksamma i andra länder.

5.2 Brister i uppföljning och kontroll av specialistutbildning hos privata vårdgivare med begränsat uppdrag

Utveckling mot en större andel privata vårdgivare har påverkat ST-utbildningens innehåll, tillgång till kurser och utbildningar samt kvalitet, särskilt inom vissa specialiteter och regioner. Detta stycke belyser hur vårdvalsreformen har påverkat ST-utbildningen, med särskilt fokus på dermatovenereologi och handkirurgi, samt sätter det svenska utbildningssystemet i relation till internationella riktlinjer och praxis.

5.2.1 *Dermatovenereologi*

Inom dermatovenereologi har vårdvalet haft särskilt tydliga konsekvenser. I Region Stockholm finns ett stort antal vårdvalsmottagningar inom hudsjukvård som har egna ST-läkare, där flera enheter själva begränsar sitt diagnosutbud. Denna selektivitet innebär att ST-läkare får en snäv klinisk exponering, vilket strider mot Socialstyrelsens målbeskrivning för specialiteten. Bland de diagnoser och moment som ofta saknas återfinns akuta hudtillstånd och jourverksamhet, konsultverksamhet på sjukhus, allvarliga läkemedelsreaktioner och autoimmuna

blåsdermatoser, barndermatologi, bensår, könssjukdomsutredningar samt multidisciplinär handläggning och avancerad topikal behandling.

Ersättningsmodellen i vårdvalet, där ekonomisk ersättning utgår per patient eller åtgärd, har dessutom gjort det mer lönsamt att anställa många underläkare och ST-läkare trots att det ofta saknas förutsättningar för strukturerad handledning och tillgång till komplexa fall. Många ST-läkare genomför hela eller större delen av sin utbildning inom vårdvalet, utan att handledningen sker inom sjukhusets ramar. Det saknas samordning med sjukhusen, överblick över placeringar och det finns ingen obligatorisk kvalitetskontroll av utbildningen.

Professionen har under flera år arbetat aktivt för att uppmärksamma bristerna i ST-utbildningen inom vårdvalet. Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi (SSDV) reviderade målbeskrivningen 2021 med krav på att ST-läkaren under minst fyra år av sin ST-utbildning ska tjänstgöra under handledning på en dermatovenereologisk enhet, som genom att ge ST-läkaren en tillsvidareanställning tar helhetsansvar för den tjänstgöring och kompletterande utbildning som behövs för att hen ska uppnå kompetenskraven i målbeskrivningen. Enheten där ST-läkaren är anställd ska i sin dagliga verksamhet ha interdisciplinär samverkan med flera andra specialiteter och handlägga akuta och/eller komplexa dermatovenereologiska konsultationer kring både inneliggande patienter och patienter i öppen vård. Syftet är att ge ST-läkaren vana vid akuta och komplexa tillstånd och deras handläggning. Därtill ska enheten ha en bred dermatovenereologisk verksamhet som möjliggör för ST-läkaren att bli självständig avseende handläggning av vanliga och viktiga dermatovenereologiska tillstånd. SSDV anser att detta endast kan tillgodoses via anställning på sjukhusklinik.

SSDV har också haft upprepade kontakter med Socialstyrelsen, Läkarförbundet och det nationella ST-rådet samt Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och politiker i Region Stockholm. Brev och debattartiklar har publicerats, och engagemanget har varit stort bland ST-läkare, handledare och verksamhetschefer.

SSDV har konstaterat att det ännu saknas tydliga avtal som säkerställer utbildningens bredd, kvalitet och kontroll. Vårdvalet inom dermatologi i Stockholm har utvecklats till ett parallellt utbildningssystem, utan samordning, transparens eller långsiktig kompetensförsörjning. Som en direkt följd av denna utveckling har Region Stockholm nu mellan 10 och 20 specialister i dermatovenereologi som inte uppfyller de krav som specialitetsföreningen anser vara nödvändiga för att kunna verka som specialistläkare. Dessa läkare saknar i flera fall kompetens att arbeta på ett akutsjukhus, där individuell kompetens för hantering av akuta hudtillstånd,

svåra läkemedelsreaktioner, inneliggande patienter, barndermatologi, könssjukdomsutredningar och avancerad behandling är en självklar del av arbetet. Detta är en allvarlig konsekvens av ett oreglerat system, som påverkar både patientsäkerheten och möjligheten att upprätthålla en hög och jämlik vård.

Internationellt avviker Sverige tydligt från etablerade standarder. Enligt en enkät från European Board of Dermato-Venereology (EBDV) 2020, där 24 länder deltog, kräver samtliga länder minst fyra års tjänstgöring inom dermatovenereologisk enhet på sjukhus. Inget annat land tillåter att hela eller större delen av utbildningen sker hos icke godkända privata aktörer. Femton länder har regelbundna inspektioner av utbildningar, med krav på åtgärder eller återkallelse av tillstånd vid brister, och 17 länder reglerar nationellt antalet ST-platser – till skillnad från Sverige.

Norges motsvarighet till SSDV, NSDV, har i ett öppet brev uttryckt oro över att svenska dermatologer med bristfällig ST-utbildning får arbeta i Norden genom det ömsesidiga erkännandet av specialistkompetens, vilket de menar hotar vårdkvaliteten i hela regionen. EBDV:s dokument "European Training Requirements" fastslår krav på minst fyra års utbildning inom DV inklusive sjukhuserfarenhet. Sverige är det enda EU-land som inte följer detta, trots att vi strävar efter harmonisering på andra områden, såsom bastjänstgöringen (BT).

Sammantaget riskerar det svenska systemet att utbilda specialister som inte är tillräckligt förberedda för framtidens vårdbehov. Det är särskilt oroande när dessa specialister samtidigt erkänns i övriga nordiska länder utan ytterligare granskning. Sveriges modell strider mot europeiska riktlinjer och försvårar harmoniseringen av utbildningskrav.

5.2.2 *Handkirurgi*

Svenska Handkirurgiska Föreningen (SHF) har, i likhet med dermatologin, uppmärksammat problematiken med privata vårdgivare som avser att genomföra hela ST-utbildningen inom en verksamhet med begränsat kliniskt innehåll. Det innebär att läkare utbildas i miljöer där endast en del av specialitetens bredd finns representerad, vilket riskerar att urholka både utbildningens kvalitet och specialistkompetensens värde.

Handkirurgi är en liten specialitet och utbildningen är starkt koncentrerad till universitetssjukhus, där den nödvändiga bredden av verksamhet finns. Under 2023 kontaktades SHF av en privat aktör som ville möjliggöra specialistbevis för fem ortopedier genom en alternativ utbildningsväg. SHF anser att deras kliniska miljö saknar den kliniska bredden där

viktiga delar av utbildningen så som akuta fall, komplex kirurgi och många av de tillstånd som krävs för att uppnå specialistkompetens, men precis som inom dermatovenereologin saknas tillgång till stora delar av handkirurgins kliniska spektrum, såsom akuta fall, mikrokirurgi, barnmissbildningar och tumörkirurgi.

SHF ser en risk med att nuvarande tillitsbaserade system för specialistutbildning inte är anpassat till dagens vårdstruktur. Det saknas oberoende granskning av om delmål faktiskt uppfylls, och det finns inget system för förhandsbedömning av utbildningsmiljöer. I en privat kontext där ekonomiska incitament kan påverka utbildningens innehåll blir detta särskilt problematiskt.

För att värna specialitetens kvalitet har SHF bland annat reviderat utbildningsboken, justerat kursstrukturen och fört dialog med Socialstyrelsen och Svenska Läkaresällskapet. Trots dessa insatser kvarstår behovet av att se över regelverket, så att det säkerställer jämlik, bred och kvalitetssäkrad specialistutbildning oavsett vårdgivare.

6. Påverkan på forskningen

Som tidigare nämnts ovan (5.1) så skickades en enkät ut till samtliga medlemsföreningar och sektioner i SLS som företräder specialiteter som har ST-läkare. Av 47 tillfrågade svarade 35 specialitetsföreningar. På frågan om man uppfattar att akademisk forskning bedrivs i tillräcklig utsträckning vid privata upphandlade vårdgivare svarar en specialitetsförening ja, 13 st nej och 13 st vet ej. Tre specialitetsföreningar har agerat i frågan, 12 har inte gjort det och två vet ej.

Exempel på åtgärder är;

- arbetar aktivt för att stärka de kliniska universitetssjukvårdsenheterna,
- vi har aktivt motsatt oss vårdval, och
- man har tillsatt en arbetsgrupp.

Det framkommer stora skillnader mellan olika specialiteter men också regionala skillnader. Enkäten visar även att vissa privata vårdgivare inte bedriver forskning och inte heller fyller i kvalitetsregister. Det nämns också goda exempel inom ex ortopedi; Capio Artro Clinic, Ortho Center, Aleris Elisabethsjukhuset m.fl. Inom neurokirurgin finns minst ett centrum som bedriver spinal neurokirurgi och klinisk forskning.

Vid intervjuer av utvalda privata vårdgivare som bedriver mycket forskning framkommer svårigheter att bedriva forskning och utbildning utan att vara en universitetssjukvårdsenhet

(USVE) då mycket av universitetens ersättningsmodeller bygger på detta. Om man inte uppnår USVE-status så blir det svårare att bedriva forskning och grundutbildning då viss del av ersättningen uteblir. Här uppfattar vi också att man i vissa fall från stora universitetskliniker motarbetat försök hos akademiskt aktiva privata vårdgivare att bli USV-enheter. En av de få, möjligen den enda, privata vårdgivaren som har USV-enheter är Capio S:t Göran. Där har man en FoU-chef som sitter med i sjukhusets ledningsråd och man har en övergripande koll på den forskning som bedrivs och finansierar denna i viss utsträckning. Det tycks som att de stora privata vårdgivare som har disputerade läkare i sjukhus/koncern-ledningen tycks prioritera forskning högre.

När vi intervjuat och diskuterat olika privata vårdgivare i forskningskontext så framkommer det att vid de enheter som är forskningsaktiva också finns vetenskapligt grundade chefer och ledare som brinner för att utveckla verksamheten på ett akademiskt sätt.

Registerforskning är viktig aspekt av möjligheten att bedriva forskning och som har goda förutsättningar i Sverige genom våra hälsodataregister och de frivilliga nationella kvalitetsregistren (NKR). Inrapporteringen till NKR varierar mellan olika vårdgivare, specialiteter och kliniker. För flera register fungerar rapporteringen från privata vårdgivare väl men inom vissa specialiteter finns det uppenbara brister. Detta innebär att stora patientunderlag riskerar att inte inkomma i NKR och att det därmed blir svårare att bedriva registerforskning. Registreringen inom den privata vården är även viktig för att säkra kvaliteten i svensk vård, men den aspekten tas inte upp vidare i denna rapport.

Vår uppfattning är att situationen gällande forskning på privata vårdenheter liknar den som föreligger på mindre, offentligt drivna, vårdenheter. Där det bedrivs forskning är det i stor utsträckning beroende av eldsjälar som genomdriver forskning trots de strukturella utmaningarna.

7. Konklusion

Sveriges regioner har förstahandsansvaret för att erbjuda befolkningen vård. I uppdraget ingår även att erbjuda ST-utbildning av den kvalitet och den omfattning att det motsvarar det framtida behovet.

Vården ska erbjudas nära patienten och innefattar vårdgaranti. Regionerna har även ett tydligt uppdrag att ha en katastrofmedicinsk beredskap. Oreglerat stöder också regionerna indirekt det helt nödvändiga arbete som sker i specialitetsföreningar, kunskapsorganisationen etc. En

förutsättning för att dagens vårdlandskap ska fungera är att medarbetare tillåts utföra vissa arbetsuppgifter kopplade till dessa uppdrag på arbetstid.

Med detta har regionerna ett förstahandsansvar för att vården i regionen och landet motsvarar befolkningens nuvarande och framtida behov, men regionen behöver inte själva utföra alla uppgifter.

Utvecklingen över tid efter fattade politiska beslut har lett till att en allt större andel av medicinska bedömningar och behandlingar utförs hos upphandlade privata vårdgivare. Det har varit positivt för tillgängligheten för utvalda patientgrupper och även den offentliga vården har utvecklats av de privata vårdgivarnas effektivitets- och kvalitetssträvan. Omfördelningen mot privata vårdgivare har accentuerats under och efter pandemin vilket har medfört att personal anställd inom offentlig vård flyttat ut till privata vårdgivare. Det är där vården bedrivs som också forskning och utbildning behöver ske. Konsekvenserna av utvecklingen på just utbildning och forskning har inte analyserats i tillräcklig omfattning och ej heller på ett adekvat sätt inkluderats i många av de avtal som tagits fram. De fåtal rapporter och analyser som gjorts där brister avseende utbildning och forskning påpekats har heller inte lett till någon väsentlig förändring. I de fall utbildning och eventuellt forskning är inkluderat i avtalen har detta inte heller följts upp på ett adekvat sätt. Att regionerna har dålig kostnadsuppföljning på i verksamheten integrerad utbildning och forskning samt andra nödvändiga uppdrag för att vården ska fungera bidrar till svårigheterna att synliggöra behovet och resursåtgången och oförmåga att följa upp konsekvenser av fattade beslut.

Anmärkningsvärt är också den svaga kontrollen av såväl ST-utbildningens kvalitet och omfattning som den enskilde läkarens kompetens som regleras i HSLF-FS 2021:8.

Socialstyrelsen kan varken kräva eller kontrollera att förutsättningarna för adekvata utbildningsförutsättningar finns på den enhet där ST-läkaren har sin tjänst. Verksamheten ska kontrolleras regelbundet av extern aktör, vilket oftast sker via frivilliga SPUR-inspektioner i Sverige, men det finns endast en rekommendation att detta ska ske vart 5:e år. Sanktioner saknas vid uteblivna åtgärder efter uppföljning av att anmärkningar mot verksamheten. I stort litar man på att regionerna tar ett ansvar för utbildningen, vilket de historiskt också i stor utsträckning har gjort. I praktiken kan man dock som privat, eller för all del offentlig, vårdgivare bedriva ST-utbildning på en enhet utan vare sig studierektor eller huvudansvarig handledare på plats, med extern bedömning med glesare intervall än vart 5:e år och med en extern bedömare av ST-läkarens kompetens från en annan enhet.

Verksamhetschefen som företräder vårdgivaren behöver inte vara läkare, men det ska finnas läkarkompetens i ledningen (HSL kap4). Enligt HSL kan vårdgivare vara "statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet". En utbildning enligt ovanstående förutsättningar skulle kunna vara adekvat och välfungerande, men risken att den inte är det är påtaglig. Eventuell granskning kan endast ske av IVO efter anmälan eller på eget initiativ, vilket vi inte känner till om så skett i praktiken. I grunden är regelverket utformat som ett förtroende mellan stat och regioner, men när tredje part i form av privata vårdgivare nu är en allt vanligare aktör finns risk att nuvarande ordning missbrukas, och att ST-läkare utan adekvat utbildning godkänns. I det nuvarande systemet finns således en risk att läkare kan bli godkända som specialister trots att deras utbildning inte motsvarar kraven enligt målbeskrivningen.

Att utbilda ST-läkare är ofta kostsamt. Kostnaden skiljer sig mellan olika specialiteter, men för en adekvat ST-uppfattar många privata vårdgivare inte ersättningen som ges via LOV- eller LOU-avtal som tillräcklig. Samtidigt är investeringen i nästa generations specialister en förutsättning för att morgondagens och framtidens vård ska fungera. Regionerna tar idag ett stort, om än inte tydligt specificerat, kostnadsansvar för framtidens specialister, oavsett om de kommer att arbeta i den egna regionen, andra regioner eller för andra vårdgivare. Vi ser en risk i att regionerna inte kommer att ta detta kostnadsansvar i samma utsträckning i framtiden, inte minst om de ser att de själva inte drar nytta av investeringen i utbildning. Idag har regionerna inte någon tydlig uppfattning av vad ST-utbildning kostar. Däremot har de upphandlade enheterna ofta en god bild av vilka kostnader som uppstår vid utbildningsuppdrag. Regionerna bör skaffa sig en bättre uppfattning av sina kostnader för utbildning, så att de kan värdera behov och kostnad av att upphandla utbildningsuppdrag.

Här behöver regionerna också väga in kostnader för resor, dubbelt boende etc. Man bör också vara öppen för att hitta adekvata anställningsvillkor som ger möjligheter till att utföra delar av utbildning på privata upphandlade enheter. Omvänt måste också regionerna ta det samordnande ansvaret att säkra kvaliteten på de ST-läkare som arbetar i regionen, oavsett om de är anställda av regionen eller av utförare upphandlad av regionen.

Även om utbildning är upphandlat av regionerna från privata vårdgivare är det en utmaning att integrera det med den kliniska vardagen på regionens kliniker, som ofta prioriterar kortsiktiga lösningar av sin bemanningssituation. I liten utsträckning finns en helhetsbild av hur ST-utbildning ska ske i regionen när vård upphandlas och flyttas ut.

Under våren har behörighetsutredningen presenterat sin rapport “Stärkt patientsäkerhet genom rätt kompetens – utifrån hälso- och sjukvårdens och tandvårdens behov” (SOU 2025:63). Vi kan konstatera att utredningen noterat flera av de brister som vi påpekar i rapporten, särskilt avseende processen för hur en specialistutbildnings kvalitet säkerställs, vilket är positivt. Två exempel på utredningens bedömningar där arbetsgruppen samtycker rör betydelsen av en specialistexamination och en mer utvecklad kvalitetsgranskning, t.ex. SPUR. Arbetsgruppen anser dock att utredningen borde gått längre i sina rekommendationer och föreslå en obligatorisk specialistexamen (utifrån respektive specialitets förutsättningar) samt obligatoriska regelbundna kvalitetsgranskningar av SPUR-modell. En svaghet i utredningen är att flera av de problem och brister som belyses inte utmynnar i konkreta förslag på åtgärder.

Vidare påpekar regeringens produktivitetskommission i en nyligen släppt rapport (SOU 2025:96) att man inte kunnat se en förbättrad kvalitet eller produktivitet på nationell nivå som en följd av en större andel offentligt finansierad privat vård och nämner forskning och kompetensförsörjning som utmaningar. I rapporten föreslås flera förändringar för att förbättra styrningen av privat upphandlad vård, där man till exempel föreslår att Socialstyrelsen ska stödja vårdens huvudmän vid utformning av ersättningssystem för vård.

8. Målbilder och rekommendationer

8.1 Målbilder

För SLS fortsatta arbete behövs gemensamma tydliga målbilder. Förslag på målbilder är:

ST-utbildning med adekvat patientunderlag

Patienter som får vård genom offentliga medel ska också vara tillgängliga för utbildning till morgondagens patienters gagn.

ST-utbildning med säkerställd kvalitet

Utbildning av svenska läkarspecialister ska ske med säkerställd kvalitet. Det innebär att utbildning ska ges på enheter med adekvat verksamhet och med en god kvalitetskontroll av utförd specialiseringstjänstgöring.

Forskning på ett större befolkningsunderlag

Akademisk representation och forskningsaktivitet där patienterna finns, för att säkerställa hög kvalitet för framtidens patienter.

8.2 Rekommendationer för SLS fortsatta arbete

För att nå målbilderna krävs ett helhetsgrepp med aktiviteter på nationell nivå. Vi ser att SLS kan spela en viktig roll i det fortsatta arbetet, inte minst nu när behörighetsutredningen har uppmärksammat delar av de utmaningar vi beskrivit. SLS och specialitetsföreningarnas starka ställning innebär att sällskapet kan lyfta upp frågan på den politiska agendan, i samarbete med berörda aktörer som SKR och Vårdföretagarna.

Utifrån målbilderna bör SLS konkret verka för:

1. Att driva mot regering och regioner att alla som bedriver offentligt finansierad vård ska bidra med utbildning för nästa generations läkare, med likvärdiga ekonomiska förutsättningar. Detta ska ingå i de avtal som skrivs mellan regioner och privata (och offentliga) utförare, och det är av vikt med adekvat uppföljning av avtalen.
2. Att driva frågan gentemot Socialstyrelsen och regeringen om bättre kontroll av enheter som bedriver specialistutbildning, och säkra godkännandeprocessen av specialister. Det är av största vikt att SLS har en dialog med Socialdepartementet om Socialstyrelsens godkännandeuppdrag samt att man även lyfter frågan i ST-rådet. Den svaga kontrollen av ST-utbildningen är anmärkningsvärd. Vidare bör SLS ta ett tydligt ställningstagande i frågan om specialistexamen.
3. Att hela populationen ska finnas tillgänglig för forskning. Frågan om forskning hos privata vårdgivare bör integreras i befintlig SLS-struktur där den passar in, t.ex. forskningsdelegationen, med mål att uppnå en forskning med tillgång till större patientunderlag. Vidare bör SLS lyfta forskningsperspektivet i samarbetet med Kungliga vetenskapsakademien och Vetenskapsrådet.

Ytterligare aktiviteter för SLS att överväga:

4. Privat vård är i dag en del av det svenska vårdlandskapet. Rent praktiskt måste SLS därför även ha Vårdföretagarna som en dialogpartner för att driva frågor som är av gemensamt intresse. T.ex. bör SLS driva gentemot Vårdföretagarna att de i sina uppförandekoder och krav tydliggör att medlemsföretag som bedriver specialistutbildning ska följa specialitetsföreningarnas utbildningsböcker. Vårdföretagarna bör även, när så är möjligt, lyfta förutsättningarna som finns för utbildning hos medlemsföretagen i upphandlingsdialoger med regionerna.
5. SLS bör uppvakta regeringen att ge Socialstyrelsen eller Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ett uppdrag att analysera kvaliteten på utbildning och forskning hos privata vårdgivare.
6. En kartläggning av kostnad och resursåtgång för den forskning och utbildning som bedrivs i klinisk verksamhet bör göras av lämplig myndighet, t.ex. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. När den faktiska kostnaden för ST-utbildning och forskning synliggjorts underlättas planering och uppföljning.

7. SLS bör uppmärksamma de goda exempel som finns av samarbete mellan privata vårdgivare och regioner, både för ST-utbildning och forskning, så att dessa kan inspirera till fler bra samarbeten, möjligen i SLS tematidning.
8. SLS bör via studierektorsnätverket lyfta frågan om vikten att ha med studierektorer (utbildningsansvariga) i upphandlingarna av privata vårdgivare, för att utbildningsfrågor ska integreras i upphandlingar på ett sätt som möter sjukvårdens framtida behov.
9. SLS bör överväga att vara mer aktiv genom deltagande i debatter och författande av debattartiklar där ämnet lyfts, möjligen tillsammans med Vårdföretagarna och/eller SKR. Vidare bör företrädare för SLS aktivt kommentera debattartiklar i ämnet utifrån det underlag SLS nu har.
10. SLS bör i ett fortsatt arbete inventera hur andra länder i Europa hanterar både godkännandeprocess för specialisttjänstgöringar, och hur privat och offentlig vård integreras i forskning och utbildning, om detta ej görs av andra myndigheter.
11. SLS bör se vilka politiska vägar SLS kan använda för att påverka/uppvakta beslutsfattare i de målbilder som beskrivits. Gruppen har under arbetets gång sett att bara det faktum att frågan har lyfts och problemen belysts har inneburit att de instanser vi interagerat med har uppmärksammat detta. T.ex. har regionerna vi varit i kontakt med sett att det är en fråga de behöver arbeta vidare med. Även den statliga utredningen (SOU 2025:63) har tagit upp de frågor som vi lyft och föreslår olika åtgärder.

Referenser

Sveriges läkarförbunds fortbildningsenkät

[fortbildningsenkät-2023-rapport.pdf](#)

Motionerna till SLS Fullmäktige 2024, inkl. nämndens svar. Beslutet var i enlighet med förslaget.

[handlingar-sls-fullmaktige-2024-1.pdf](#) (se sid 6–10)

LOV: [Lag \(2008:962\) om valfrihetssystem | Sveriges riksdag](#)

LOU: [Lag \(2016:1145\) om offentlig upphandling | Sveriges riksdag](#)

[Professionals' perspectives on a market-inspired policy reform: A guiding light to the blind spots of measurement - Sara Korlén, Isis Amer-Wählin, Peter Lindgren, Ulrica von Thiele Schwarz, 2017 Health Service management Research 2017](#)

Ersättning i sjukvården, *Peter Lindgren*, SNS 2014

[Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer - SNS](#)

Betänkande av Vårdansvarskommittén 2025 (SOU 2025:62)

[Ansvaret för hälso- och sjukvården - Regeringen.se](#)

Betänkande av Behörighet och yrkesreglering inom hälso- och sjukvård (SOU 2025:63)

[Stärkt patientsäkerhet genom rätt kompetens – utifrån hälso- och sjukvårdens och tandvårdens behov - Regeringen.se](#)

ST i en föränderlig sjukvård, Sveriges läkarförbund 2014

[Microsoft Word - Slutrapport färdig v 1502116](#)

Ersättningssystem i vårdval, SKR 2029

[Ersättningssystem i vårdval | SKR Webbfamilj | SKR](#)

Ersättningsmodeller och nationell vårdförmedling, Socialstyrelsen 2025

[PowerPoint-presentation](#)

En lag som kräver omtag, Vård och Omsorgsanalys Rapport 2021:10

[En lag som kräver omtag | Vård- och omsorgsanalys](#)

Fler möjligheter till ökat välbefinnande, Produktivitetskommissionen (SOU 2025:96)

[Fler möjligheter till ökat välbefinnande - Regeringen.se](#)

Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning (SOU 2024:9)

[Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning - Regeringen.se](#)

Wettermark, B. & Hellström, M. (2017). Vårdval 10 år – Vad vet vi om dess effekter? Stockholm: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting. Diarienummer: HSN 2017–1485.

"Förutsättningar för fortbildning saknas" - En rapport om läkarnas möjligheter till fortbildning från Sveriges läkarförbund, SLF 2023

[fortbildningsenkät-2023-rapport.pdf](#)

Anell 2012 – avpublicerad

Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukhusvård, Vård och Omsorgsanalys Rapport 2012:2

[Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård | Vård- och omsorgsanalys](#)

Konkurrens, kontrakt och kvalitet – hälso- och sjukvård i privat regi, Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi och Myndigheten för vårdanalys 2014:5

[Microsoft Word - ESO 2014 5 Primärvården](#)

Nationellt kvalitetsregister för gallstenskirurgi och ERCP (GallRiks)

[Förstasidan - GallRiks](#)

Svenskt Bråckregister

[Om Svenskt Bråckregister](#)



Svenska
Läkaresällskapet

ADRESS Klara Östra Kyrkogata 10, Box 738, 101 35 Stockholm
TELEFON 08-440 88 60 **E-POST** sls@sls.se **WEBB** www.sls.se