Datum: 2024-11-19

Tid: kl. 09:00-17:00

Plats: Regionhuset, Västerås

Ledamöter
Mikael Andersson Elfgren (M), ordförande
Jenny Landernäs (M)
Stephanie Bruksgård (M)
Malin Gabrielsson (KD), Förste vice ordförande
Lina Eriksson (L)
Ingvar Jonsson (SD)
Gisela Carstinge (SD)
Janeth Persson (SD)
Kenneth Östberg (S), Andre vice ordförande
Ulrika Spårebo (S)
Karolina Myllergård (S)
Marino Wallsten (S)
Daniel Pettersson (S)
Barbro Larsson (C)
Heidi-Maria Wallinder (V)

Ersättare
Mikael Söderlund (M)
Elin Granqvist (KD)
Richard Fallqvist (L)
Joakim Öryd (SD)
Angelica Stigenberg (S)
Felicia Granath (V)
Magnus Ekblad (C)

Övriga
Maria Linder, regiondirektör
Agnetha Jonsson, förvaltningsdirektör Fastighets- och serviceförvaltningen
Eva Lindahl, kommunikationsdirektör
Katarina Simert, ekonomidirektör
Lars Öhman, förvaltningsdirektör Digitaliseringsstöd
Annika Tjernström, hr-direktör
Sophie Andersson, regionstabsdirektör
Fredrik Alm, kanslichef
Christina Ersson, sekreterare

1 Fastställande av föredragningslista

Förslag till beslut
Den preliminära föredragningslistan fastställs.

2 Föregående protokoll

Förslag till beslut
Protokollet från sammanträdet 2024-10-22 har justerats i föreskriven ordning.

3 Justering

Förslag till beslut
Ingvar Jonsson (SD) utses att tillsammans med ordföranden justera dagens protokoll.

4 Nästa sammanträde

Förslag till beslut
Regionstyrelsens nästa ordinarie sammanträde ska äga rum tisdagen den 10 december 2024.

5 Samverkan med fackliga organisationer

Ärendet i korthet
Ärendena i föredragningslistan har behandlats enligt samverkansavtal.

Förslag till beslut
Informationen noteras.

6 Anmälningar för kännedom

Förslag till beslut
Informationen noteras.

Anmälningar
- RV240017-9 Protokoll regionstyrelsens arbetsutskott 2024-10-08 signerat
- HSF240287-3.1 Samverkansnämnden Sjukvårdsregion Mellansveriges protokoll 16 feb 2024 (2/3)
- HSF240287-3.2 Beslutad Återrapport Aktivitetsplan Samverkansnämnden Sjukvårdsregion Mellansverige 2023 (3/3)
- RV240124-11 §140 RF Delårsrapport 2 2024 Regionen Västmanland
- RV240599-3 Protokoll styrelsemöte 2024-09-24 Svealandstrafiken
- RV240018-5 Protokoll strategisk regional beredning 2024-10-11 - signerat
- RV240961-1.1 Styrelseprotokoll 191 2024-10-17 AB Transitio
- RV240961-1.2 Delårsbokslut per 2024-08-30 (3/3) AB Transitio
- RV240953-2 Kallelse till Västmanlands Tolkservice föreningsstämma 2024 - sammanslaget dokument

- RV240987-1.1 Meddelande från styrelsen 12/2024 – Tilläggsöverenskommelse cancerdiagnostik (2/2)
- RV240975-1 Styrelseprotokoll Samordningsförbundet Västmanland 2024-10-21
- RV240017-10 Protokoll regionstyrelsens arbetsutskott 2024-11-05 signerat

7 Muntlig information

Ärendet i korthet

- Förvaltningsplan 2025 för Förvaltningen för digitaliseringsstöd
- Förvaltningsplan 2025 för Fastighets- och serviceförvaltningen
- Förvaltningsplan 2025 för Regionkontoret
- Månadsrapport oktober 2024 - Region Västmanland
- Återrapport med anledning av nämndinitiativ om uppföljning av anställningsstopp
- Parkeringssituationen vid Västmanlands sjukhus Västerås

Förslag till beslut

Informationen noteras.

8 Avsägelse och fyllnadsval - Forum för hållbar regional utveckling (RV240985)

Sammanfattning

Magnus Ekblad (C), Västerås kommun, har i skrivelse inkommen 2024-11-04 anhållit om befrielse från uppdraget som ersättare för representant i Forum för hållbar regional utveckling.

Fyllnadsval

Ersättare för representant i Forum för hållbar regional utveckling
1. Eva-Lotta Svensson (C), Västerås kommun

Förslag till beslut

1. Anhållan beviljas.
2. Fyllnadsval av ersättare för representant i Forum för hållbar regional utveckling förrättas enligt redovisat förslag.

9 Avsägelse och fyllnadsval - Nätverket Hälsa och Demokrati. (RV240986)

Sammanfattning

Eva-Lotta Svensson (C), Västerås kommun, har i skrivelse inkommen 2024-11-04 anhållit om befrielse från uppdraget som ersättare i Nätverket Hälsa och Demokrati.

Fyllnadsval

Ersättare i Nätverket Hälsa och Demokrati
1. Christina Ulvede (C), Västerås kommun

Förslag till beslut

1. Anhållan beviljas.
2. Fyllnadsval av ersättare i Nätverket Hälsa och Demokrati förrättas enligt redovisat förslag.

10 **Förvaltningsplan 2025-2027 Förvaltningen för digitaliseringsstöd** (FDS240109)

Sammanfattning

Regionen förverkligar den politiska vilja som uttrycks av Regionfullmäktige med hjälp av mål- och uppdragsstyrning. Styrsignalerna dokumenteras och förmedlas i dokumentkedjan regionplan, förvaltningsplan och verksamhetsplan.

Förvaltningsplanen för förvaltningen för digitaliseringsstöd utgår från regionplan 2025-2027. I förvaltningsplanen beskrivs vilka aktiviteter som ska genomföras för att förverkliga mål och uppdrag givna av regionfullmäktige och regionstyrelse. I planen fastställs förvaltningens ekonomiska förutsättningar med uppgift om ersättningar, investeringar och budget. Planen ligger till grund för regionstyrelsens löpande uppföljning av mål, uppdrag och genomförande.

Förslag till beslut

1. Förvaltningsplan för Förvaltningen för digitaliseringsstöd 2025-2027 godkänns.
2. Regionstyrelsens ordförande får i uppdrag att teckna förvaltningsplan med förvaltningsdirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Förvaltningsplan 2025-2027- förvaltningen för digitaliseringsstöd
- Förvaltningsplan Förvaltningen för digitaliseringsstöd 2025-2027
- §215 RSAU Förvaltningsplan 2025-2027 Förvaltningen för digitaliseringsstöd

11 **Förvaltningsplan Fastighets- och serviceförvaltningen 2025-2027** (FSF240032)

Sammanfattning

Regionen förverkligar den politiska vilja som uttrycks av Regionfullmäktige med hjälp av mål- och uppdragsstyrning. Styrsignalerna dokumenteras och förmedlas i dokumentkedjan regionplan, förvaltningsplan och verksamhetsplan.

Förvaltningsplanen för Fastighets- och serviceförvaltningen utgår från Regionplan 2025-2027. I förvaltningsplanen beskrivs vilka aktiviteter som ska genomföras för att förverkliga mål och uppdrag givna av regionfullmäktige och regionstyrelse. I planen fastställs förvaltningens ekonomiska förutsättningar med uppgift om ramar, ersättning, investeringar och budget. Planen ligger till grund för regionstyrelsens löpande uppföljning av mål, uppdrag och genomförande.

Förslag till beslut

1. Förvaltningsplan för Fastighets- och serviceförvaltningen 2025- 2027 godkänns.
2. Regionstyrelsens ordförande får i uppdrag att teckna förvaltningsplan med förvaltningsdirektör

Expedieras till

Agnetha Jonsson, förvaltningsdirektör, Fastighets- och serviceförvaltningen

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Förvaltningsplan för fastighets- och serviceförvaltningen 2025-2027
- Fastighets- och serviceförvaltningens förvaltningsplan 2025-2027
- §216 RSAU Förvaltningsplan Fastighet- och serviceförvaltningen 2025-2027

12 Förvaltningsplan för Regionkontoret (RV240902)

Sammanfattning

Regionen förverkligar den politiska vilja som uttrycks av Regionfullmäktige med hjälp av mål- och uppdragsstyrning. Styrsignalerna dokumenteras och förmedlas i dokument-kedjan regionplan, förvaltningsplan och verksamhetsplan.

Förvaltningsplanen för Regionkontoret utgår från Regionplan 2025 - 2027. I förvaltnings-planen beskrivs vilka aktiviteter som ska genomföras för att förverkliga mål, uppdrag och inriktning givna av regionfullmäktige och regionstyrelse. I planen fastställs förvaltning ens ekonomiska förutsättningar med uppgift om ramar, ersättning, investeringar och budget. Planen ligger till grund för regionstyrelsens löpande uppföljning av mål, upp drag och genomförande.

Förslag till beslut

1. Förvaltningsplan för Regionkontoret 2025 - 2027 godkänns.
2. Regionstyrelsens ordförande får i uppdrag att teckna förvaltningsplan med förvaltningsdirektören.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse förvaltningsplan Regionkontoret 2025-2027
- Förvaltningsplan 2025-2027 Regionkontoret
- §217 RSAU Förvaltningsplan för Regionkontoret

13 Månadsrapport oktober 2024 - Regionen totalt (RV240124)

Sammanfattning

Oktoberrapporten 2024 för Region Västmanland redovisas. Rapporten beskriver utfallet till och med oktober 2024 samt en helårsprognos.

Verksamhetens resultat till och med oktober är minus 321 miljoner kronor, vilket är något bättre än samma period föregående år. Balanskravsresultatet för perioden är minus 574 miljoner kronor att jämföra med samma period föregående år på minus 745 miljoner kronor.

Helårsprognosen visar ett balanskravsresultat på minus 625 miljoner kronor, en förbättring med 75 miljoner kronor jämfört med augustiprognosen. Detta beror främst på att nämnder och förvaltningar har förbättrat sina prognoser samt ökade skatte-intäkter. Underskottet kan i sin helhet täckas av tidigare avsatta medel för tillfälliga kostnadsökningar.

Förslag till beslut

1. Regionstyrelsen noterar att beslutade kostnadsdämpande åtgärder har börjat visa effekt både vad gäller driftskostnader och bemanning, men ytterligare effekter av pågående och planerade åtgärder är nödvändiga för att nå en ekonomi i balans.
2. Region Västmanlands månadsrapport per oktober 2024 läggs till handlingarna.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Månadsrapport oktober 2024 Region Västmanland
- Månadsrapport oktober 2024 inkl prognos

14 Remiss av förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning - DL 21/11 (dnr. 4.3-10609/2023) (HSF240383)

Sammanfattning

Socialstyrelsen har överlämnat remiss av förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning till Region Västmanland för yttrande. Ett förslag till yttrande redovisas.

Förslag till beslut

Förslaget godkänns och överlämnas till Socialstyrelsen som Region Västmanlands yttrande.

Beslutsunderlag

- Remiss av förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning - DL 21/11 (dnr. 4.3-10609/2023) (2/3)
- Nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning 240620 (3/3)
- Missiv-Remiss av förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning - DL 21/11 (dnr. 4.3-10609/2023) (1/3)
- Yttrande över remiss av förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning
- §219 RSAU Remiss av förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning - DL 21/11 (dnr. 4.3-10609/2023)

15 Uppdrag med anledning av bifallen motion: Utvärdera intraprenaden! (RV230857)

Sammanfattning

Regionfullmäktige beslutade 2024-10-15 § 144 att bifalla ett motionsyrkande om att att regionen gör en utvärdering av intraprenaden, utifrån såväl verksamheternas och personalens perspektiv som patienternas.

Förslag till beslut

Regiondirektören får i uppdrag att se till att regionen gör en utvärdering av intraprenaden, utifrån såväl verksamheternas och personalens perspektiv som patienternas.

Beslutsunderlag

- §144 RF Motion om utvärdera intraprenaden
- Motion: Utvärdera intraprenaden!

10

FDS240109

Datum 2024-11-04

Vårt diarienummer FDS240109

Förvaltningen för digitaliseringsstöd, Digitaliseringsstöd stab
Emil Johansson
Epost: emil.c.johansson@regionvastmanland.se
Telefon: +46214818773

FÖRVALTNINGSPLAN 2025-2027 FÖRVALTNINGEN FÖR DIGITALISERINGSSTÖD

Förslag till beslut

1. Förvaltningsplan för förvaltningen för digitaliseringsstöd 2025-2027 godkänns.
2. Regionstyrelsens ordförande får i uppdrag att teckna förvaltningsplan med förvaltningsdirektör.

Ärendet i korthet

Regionen förverkligar den politiska vilja som uttrycks av Regionfullmäktige med hjälp av mål- och uppdragsstyrning. Styrsignalerna dokumenteras och förmedlas i dokumentkedjan regionplan, förvaltningsplan och verksamhetsplan.

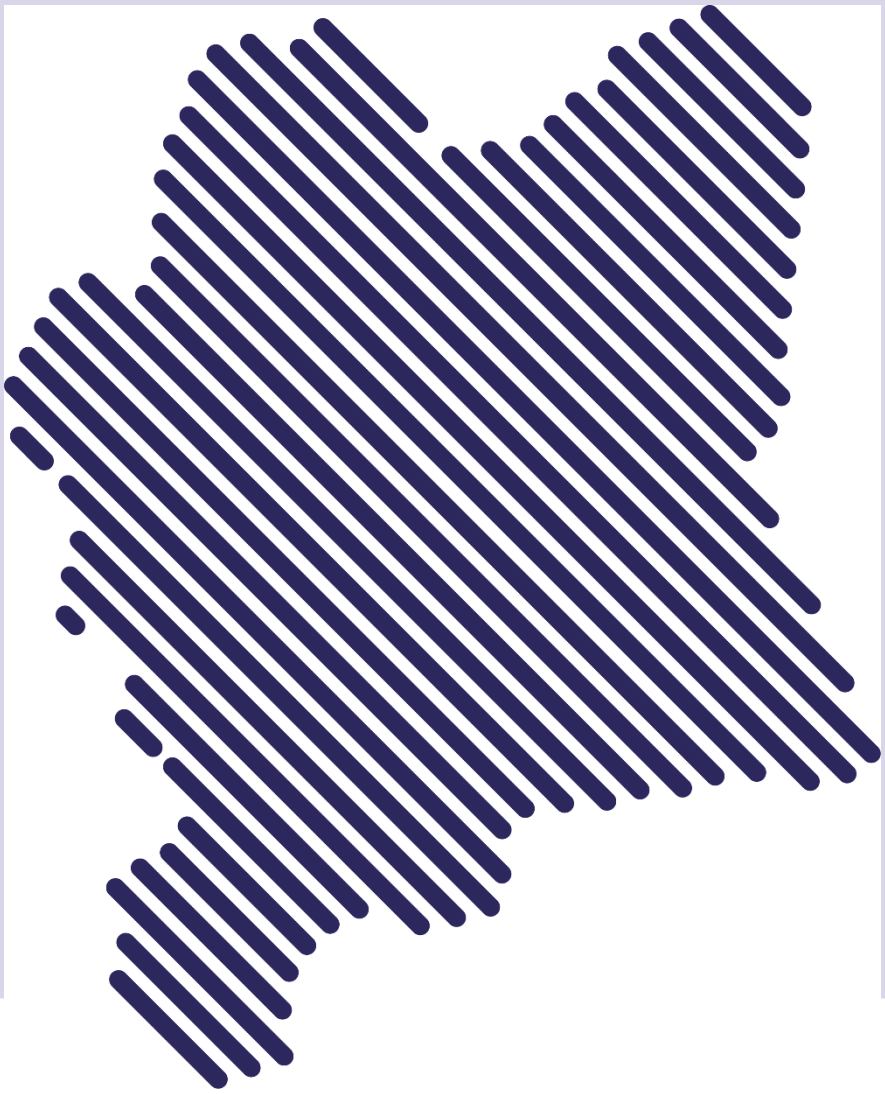
Förvaltningsplanen för förvaltningen för digitaliseringsstöd utgår från regionplan 2025-2027. I förvaltningsplanen beskrivs vilka aktiviteter som ska genomföras för att förverkliga mål och uppdrag givna av regionfullmäktige och regionstyrelse. I planen fastställs förvaltningens ekonomiska förutsättningar med uppgift om ersättningar, investeringar och budget. Planen ligger till grund för regionstyrelsens löpande uppföljning av mål, uppdrag och genomförande.

Beslutet skickas till

Lars Öhman, förvaltningsdirektör, Förvaltningen för digitaliseringsstöd

Förvaltningen för digitaliseringsstöd

Förvaltningsplan och budget 2025–2027



Region Västmanland

Region Västmanland

Innehåll

Förvaltningsplan och budget 2025–2027 ..... **1**
Innehåll **2**
Förvaltningens grunduppdrag **3**
Planering och uppföljning i förvaltningen **4**
Mål och uppdrag **5**
Förvaltningens mål och indikatorer **6**
Plan för genomförande av uppdrag och måluppfyllelse **7**
Ekonomiska förutsättningar **8**
Intern kontroll **10**

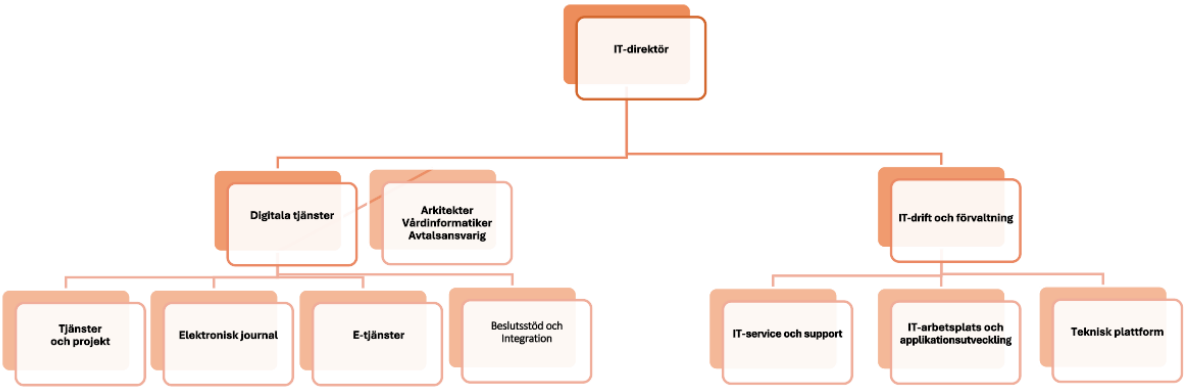
Region Västmanland

Förvaltningens grunduppdrag

Grunduppdrag enligt reglemente och lagstiftning

- Vara drivande i den strategiska utvecklingen med stöd av IT och digitalisering utifrån invånarens behov inom Region Västmanland.
- Stödja regionens verksamheter i dess verksamhetsutveckling med hjälp av digital teknik/ digitala tjänster, med fokus på effekthemtagning.
- Bidra till ett ökat samarbete regionalt och nationellt för utveckling av gemensam digital infrastruktur och digitala lösningar.
- Leverera stabila och säkra digitala lösningar till Regionens verksamheter, uppdragstagare och samarbetspartners, utifrån beslutade leveranssätt och leveransmodeller.
- Medverka i utveckling, förbättring och effektivisering av verksamheten inom ramen för uppdraget.

Förvaltningens organisationsschema



Planering och uppföljning i förvaltningen

Planering

Förvaltningsplanen beskriver förvaltningens mål, uppdrag och ram samt vilka åtgärder som ska genomföras för att nå måluppfyllelse. Förvaltningsplanen utgår från Regionplan samt strategi för Digitalisering som fastställts av regionstyrelsen.

För att nå uppsatta mål arbetar förvaltningen med en tydlig målstyrning av verksamheten. Övergripande mål inom respektive perspektiv finns artikulerade i kritiska framgångsfaktorer, aktiviteter samt mätbara mål.

Genomförandet av beslutade aktiviteter sker inom ramen för regionens systemförvaltningsmodell för vidmakthållande och/ eller utvecklingsprojekt där prioritering och uppföljning av aktiviteterna sker i samråd med övriga förvaltningar inom Regionen, alternativt som personliga mål vilka följs upp under året i samband med regelbundna utvecklingssamtal. Att arbeta över enhetsgränser och/ eller i samverkan med interna/ externa samarbetspartners är en naturlig del av förvaltningens arbete och en förutsättning för genomförandet av beslutade mål och uppdrag.

Uppföljning

Förvaltningsdirektör och berörda verksamhetschefer ansvarar för att överenskomna aktiviteter genomförs.

Mål och uppdrag

Mål från fullmäktige och regionstyrelse/nämnd

Regionfullmäktige	Regionstyrelse/nämnd
Nöjda och trygga invånare	FDS ska ha nöjda kollegor och kunder
Effektiva och ändamålsenliga tjänster av god kvalitet	FDS tillgänglighet ska vara god FDS verksamhet/tjänster ska bedrivas med god kvalitet
Engagerade medarbetare med rätt kompetens	FDS medarbetare är engagerade och utvecklas
Ekonomi i balans	FDS ska bedrivas inom given ram/fastställd budget

Uppdrag från fullmäktige och regionstyrelse/nämnd

Id	Regionfullmäktige och styrelse/nämnd
RF25-01	Under 2025 ska hälso- och sjukvårdsnämnden fokusera på att förverkliga HoS2029
RF25-07	Under 2025 ska regionstyrelsen och samtliga nämnder prioritera digital teknik och metoder som minskar administrativ tid och dämpar kostnadsutvecklingen
RF25-09	Regionstyrelsen ska under 2025 vidta ytterligare åtgärder för att uppnå Region Västmanlands mål för kris- och katastrofmedicinsk beredskap
RF25-10	Under 2025 ska regionstyrelsen verka för att öka andelen externfinansiering och samverkan med akademi och näringsliv i pågående och framtida forsknings- och innovationsprojekt.
RF25-11	Under 2025 ska regionstyrelsen och samtliga nämnder vidta åtgärder för att öka andelen egen personal och fortsätta öka frisknärvaron.
RF25-12	Under 2025 ska regionstyrelsen och, samtliga nämnder vidta åtgärder för att sänka regionens kostnadsnivå och hålla nere kostnadsutvecklingstakten så att regionens underskott minskar

Förvaltningens mål och indikatorer

Mål	Indikator	Målvärde År 2025	Nuläge 2023	Redo-visas
FDS ska ha nöjda kollegor och kunder	NKI (Nöjd kund-index)	73	70,8	Å
FDS tillgänglighet ska vara god	Leveranstid av standardutrustning (arbetsdagar)	≤ 5	3,17	D2, Å
FDS verksamhet/ tjänster ska bedrivas med god kvalitet	Andelen uppkomna fel lösta inom 3 arbetsdagar	≥ 90%	94%	D2, Å
FDS medarbetare är engagerade och utvecklas	Hållbart medarbetar-engagemang (HME-index)	87	86	Å
	Andel chefer som genomfört utbildning i utvecklande ledarskap (UL)	100%	100%	Å
	Andel medarbetare som genomfört utbildning i utvecklande medarbetarskap (UM)	80%	-	Å
	Sjukfrånvaro	Behålla	4,6%	M, D, Å
FDS ska bedrivas inom fastställd budget	Prognos/ekonomiskt resultat	+/- 0	4,1 Mnkr	M, D, Å

Plan för genomförande av uppdrag och måluppfyllelse

Inledning

Inledande övergripande text om hur förvaltningen kommer att arbeta med mål, inriktning och uppdrag för att åstadkomma önskad förändring:

Aktiviteter för att nå mål, inriktning och uppdrag

Aktivitet/projekt	Koppling till	Beräknad effekt	Tidplan etapper	Ansvarig
Utifrån HOS2029 och i samarbete med HSF, utveckla digitala lösningarna för invånare/patient att vara i kontakt med vården.	RF25-01	Effektivare arbetssätt	2025	FDS
Verka för införandet av sammanhållen journal för kommunal elevhälsa i länet	RF25-01	Ökad kvalitet	2025	FDS
I samarbete med övriga förvaltningar beskriva möjlig verksamhetsutveckling av befintliga administrativa processer	RF25-07	Effektivare arbetssätt	2025	FDS
Bidra till automatisk överföring av journalinformation till kvalitetsregister	RF25-07	Effektivare arbetssätt	2025	FDS
Inleda ett sammanhållet och strategiskt arbete kring artificiell intelligens (AI) inom Regionens egna verksamheter med syftet att identifiera effektivitetsvinster och risker	RF25-07	Effektivare arbetssätt	2025	FDS
Leda regionens arbete kring informationssäkerhet med målet att vara certifieringsbara enligt ISO 27001	RF25-09	Ökad kvalitet	2025	FDS
I samarbete med kommunerna utveckla arbetet kring cybersäkerhet i länet	RF25-09	Ökad säkerhet	2025	FDS
Säkerställa livscykelhanteringen av regionens IT-infrastruktur/ utrustning	RF25-09	Ökad driftsäkerhet	2025	FDS
Genomföra regelbundna penetrations och sårbarhetsanalyser	RF25-09	Ökad säkerhet	2025	FDS
Bidra till en digital infrastruktur för testdata som främjar vår förmåga att delta i och genomföra studier	RF25-10	Ökad innovationsförmåga	2025	FDS
Fortsätt satsning på kompetensutveckling, medarbetarskap, ledarskap samt hälsofrämjande arbete, UL/UM	RF25-11	Engagerade medarbetare	2025	FDS
Fortsätta arbetet med att utveckla en effektiv och attraktiv hybrid arbetsplats	RF25-11	Attraktiv arbetsgivare	2025	FDS
Utvecklat samarbete och planering av inköp med inköpsfunktionen	RF25-12	Effektivare arbetssätt	2025	FDS
Bidra till att modellen för effekthemtagning används vid investeringar och nya arbetssätt.	RF25-12	Rätt initiativ prioriteras	2025	FDS

Ekonomiska förutsättningar

Ersättningar

Beslutade ersättningar ur regionstyrelsens anslag

Budgeterat 18 mnkr, Cosmics utvecklingsprogram.

Intäktsfinansierade verksamheter

Tabellen nedan visar prisförändring i procent, pris- och volymförändring samt total beräknad intäkt för intäktsfinansierade verksamheter. Prisförändringen beror på att verksamheter inom Regionkontoret har gått från intäktsfinansierade till ramfinansierade, vilket innebär att FDS fått lägre kostnader och kan då sänka priserna med motsvarande. Volymförändringen avser ökad volym av hyrtjänster såsom datorer, skrivare etc.

Verksamhet	Prisförändring i procent	Prisförändring i (mnkr)	Volymförändring (mnkr)	Total beräknad intäkt (mnkr)
Digitaliseringsstöd	-2,6%	-7,1	3	472

Investeringar

Förvaltningens planeringsramar för inventarier och utrustning uppgår till 49,2 mnkr för år 2025 (42 mnkr avser 2025 års ram samt ytterligare 6 mnkr tillskjutna från tidigare år) varav de 49,2 mnkr så avser 1,2 mnkr externa parter som är självfinansierade. Nedan framgår större planerade investeringar år 2025 samt förväntad effekt av dessa.

Större investeringar	Ny- eller reinvesteringar	Orsak	Investeringsbelopp (mnkr)	Förväntad effekt
Hyr-PC	Reinvestering	Föråldrad teknik	19,8	Driftsäkerhet
Kopiatorer	Reinvestering	Föråldrad teknik	1,9	Driftsäkerhet
Accesspunkter	Reinvestering	Föråldrad teknik	7,8	Driftsäkerhet
Accesswitchar	Reinvestering	Föråldrad teknik	8,5	Driftsäkerhet
Teams videokonferens	Reinvestering	Föråldrad teknik	1,3	Driftsäkerhet
Servrar för virtuell servermiljö samt Cosmic servrar	Reinvestering	Föråldrad teknik	2,4	Driftsäkerhet
Utökning lagring, blocklagring	Reinvestering	Föråldrad teknik	1,8	Driftsäkerhet
Ny hårdvara till backup	Reinvestering	Föråldrad teknik	1,1	Driftsäkerhet
Distributionsswitchar	Reinvestering	Föråldrad teknik	1,1	Driftsäkerhet
Controllerpar	Reinvestering	Föråldrad teknik	1,3	Driftsäkerhet

Budget

	Budget 2025 (Tkr)	Budget 2024 (Tkr)
RS anslag	18 000	18 000
Förs av övriga tjänster	415 665	419 544
Övriga intäkter	39 124	50 756
Intäkter	**472 789**	**488 300**
Personalkostnader	-135 699	-142 657
Material och varor	-27	-26
Förändring förråd, sålda varors kostnad	-11 800	-12 300
Lokal- och fastighetskostnad	-7 884	-7 615
Hyra av anl. Tillgångar	-10 460	-10 280
Förbruknings inv. och förbruknings mtrl	-1 065	-1 115
Reparation och underhåll	-819	-1 129
Kostnad för transportmedel	-448	-398
Transport och frakter	-96	-101
Resekostnader	-130	-220
Tele och post	-776	-826
Övriga tjänster (licenser, serviceavtal etc)	-208 316	-210 617
Övriga kostnader	-48 709	-59 132
Avskrivningar	-44 075	-39 933
Finansiella kostnader	-2 485	-1 951
Summa kostnader	**-472 789**	**-488 300**
Resultat	**0**	**0**

Intern kontroll

Regionövergripande kontrollområden

Risk	Granskningsområde	Berört reglemente, policy eller regler	Metod för granskning	Riskvärden (västentlighet och risk)	Granskning klar	Ansvarig för granskning
Avtal gällande personal följs inte vilket leder till merkostnader	Kontroll av ny lön vid förändrad anställningsform i samma uppdrag.	Avtal, riktlinjer	Kontroll av avslutade tillsvidareanställningar som har följts av timanställning under perioden 2024-06-01-2025-05-31	(S=4, K=3)	2025-08-15	CHR
Bedömning av kemiska arbetsmiljö- och miljörisker genomförs inte enligt lagkrav och fastställd rutin, vilket leder till risk för människors hälsa, miljö, patientsäkerhet samt bristande lagefterlevnad	Kontroll att bedömning av kemiska arbetsmiljö- och miljö-risker sker	Lag och rutiner	Stickprovskontroll	(S=4, K=3) 12	2025-08-15	Staben
Bristande avtalstrohet vid inköp får ekonomiska konsekvenser	Kontroll av om inköpen görs utifrån upphandlade eller direktupphandlade avtal	Inköpspolicy	Stickprovskontroll av om inköp som görs av annan än upphandlad leverantör görs via tillåten direktupphandling och om artiklarna som köps av upphandlade leverantörer ingår i avtalet.	(S=3, K=3) 9	2025-08-15	CE
Risk att avstängning av media och systemlösningar sker utan samordning med anläggningsägare och skötare	Kontroll om avstängning av media och systemlösningar har kommunicerats enligt rutin	Rutin	Stickprovskontroll på genomförda avstängningar under perioden september 2024-maj 2025	(S=3, K=4) 12	2025-08-15	FSF
Risk att passerkort/nycklar används av obehöriga	Kontroll av om personer med passerkort /nycklar har rätt behörighet.	Riktlinjer	Stickprovskontroller på passerkort /nycklar	(S=3, K=4) 12	2025-08-15	Staben

MÖTESPROTOKOLL

Mötesdatum
2024-11-05

Regionstyrelsens arbetsutskott

Plats och tid	Sammanträdesrum Mälaren, Regionhuset, Västerås kl. 09:00-10:00
Beslutande ledamöter	Mikael Andersson Elfgren (M) (Ordförande), Malin Gabrielsson (KD) (Förste vice ordförande), Lina Eriksson (L) (deltar på distans), Ingvar Jonsson (SD) (deltar på distans), Kenneth Östberg (S), Heidi-Maria Wallinder (V), Barbro Larsson (C)
Övriga närvarande	Maria Linder (regiondirektör) Agnetha Jonsson (förvaltningsdirektör Fastighet och service) Christina Ersson (sekreterare) Katarina Simert (ekonomidirektör) Annika Tjernström (hr-direktör) Fredrik Alm (kanslichef)
Utses att justera	Heidi-Maria Wallinder
Justeringens plats och tid	Digital justering 2024-11-08 00:00
Protokollet omfattar	§215

Underskrifter

Sekreterare	…… Christina Ersson	
Ordförande	…… Mikael Andersson Elfgren	……
Justerande	…… Heidi-Maria Wallinder	……

ANSLAG/BEVIS	Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag.		
Organ	Regionstyrelsens arbetsutskott		
Sammanträdesdatum	2024-11-05		
Datum för anslags-uppsättande	2024-11-08	**Datum för anslags-nedtagande**	2024-11-30
Förvaringsplats för protokollet	Regionhuset, Västerås		

§215 Förvaltningsplan 2025-2027 Förvaltningen för digitaliseringsstöd

FDS240109

Sammanfattning

Regionen förverkligar den politiska vilja som uttrycks av Regionfullmäktige med hjälp av mål- och uppdragsstyrning. Styrsignalerna dokumenteras och förmedlas i dokumentkedjan regionplan, förvaltningsplan och verksamhetsplan.

Förvaltningsplanen för förvaltningen för digitaliseringsstöd utgår från regionplan 2025-2027. I förvaltningsplanen beskrivs vilka aktiviteter som ska genomföras för att förverkliga mål och uppdrag givna av regionfullmäktige och regionstyrelse. I planen fastställs förvaltningens ekonomiska förutsättningar med uppgift om ersättningar, investeringar och budget. Planen ligger till grund för regionstyrelsens löpande uppföljning av mål, uppdrag och genomförande.

Förslag till beslut

1. Förvaltningsplan för Förvaltningen för digitaliseringsstöd 2025-2027 godkänns.

2. Regionstyrelsens ordförande får i uppdrag att teckna förvaltningsplan med förvaltningsdirektör

Beslut

Arbetsutskottets förslag till regionstyrelsens beslut

1. Förvaltningsplan för Förvaltningen för digitaliseringsstöd 2025-2027 godkänns.

2. Regionstyrelsens ordförande får i uppdrag att teckna förvaltningsplan med förvaltningsdirektör

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Förvaltningsplan 2025-2027- förvaltningen för digitaliseringsstöd(74922) (0)
- Förvaltningsplan FDS 2025-2027

Paragrafen är justerad

11

FSF240032

Datum 2024-11-01

Vårt diarienummer FSF240032

Förvaltningen för fastighet och service, Fastighet och service stab
Malena Timling
Epost: malena.timling@regionvastmanland.se
Telefon: +4621173212

TJÄNSTESKRIVELSE FÖRVALTNINGSPLAN FASTIGHET- OCH SERVICEFÖRVALTNINGEN 2025-2027

Förslag till beslut

1. Förvaltningsplan för Fastighet- och serviceförvaltningen 2025- 2027 godkänns.
2. Regionstyrelsens ordförande får i uppdrag att teckna förvaltningsplan med förvaltningsdirektör

Ärendet i korthet

Regionen förverkligar den politiska vilja som uttrycks av Regionfullmäktige med hjälp av mål- och uppdragsstyrning. Styrsignalerna dokumenteras och förmedlas i dokumentkedjan regionplan, förvaltningsplan och verksamhetsplan.

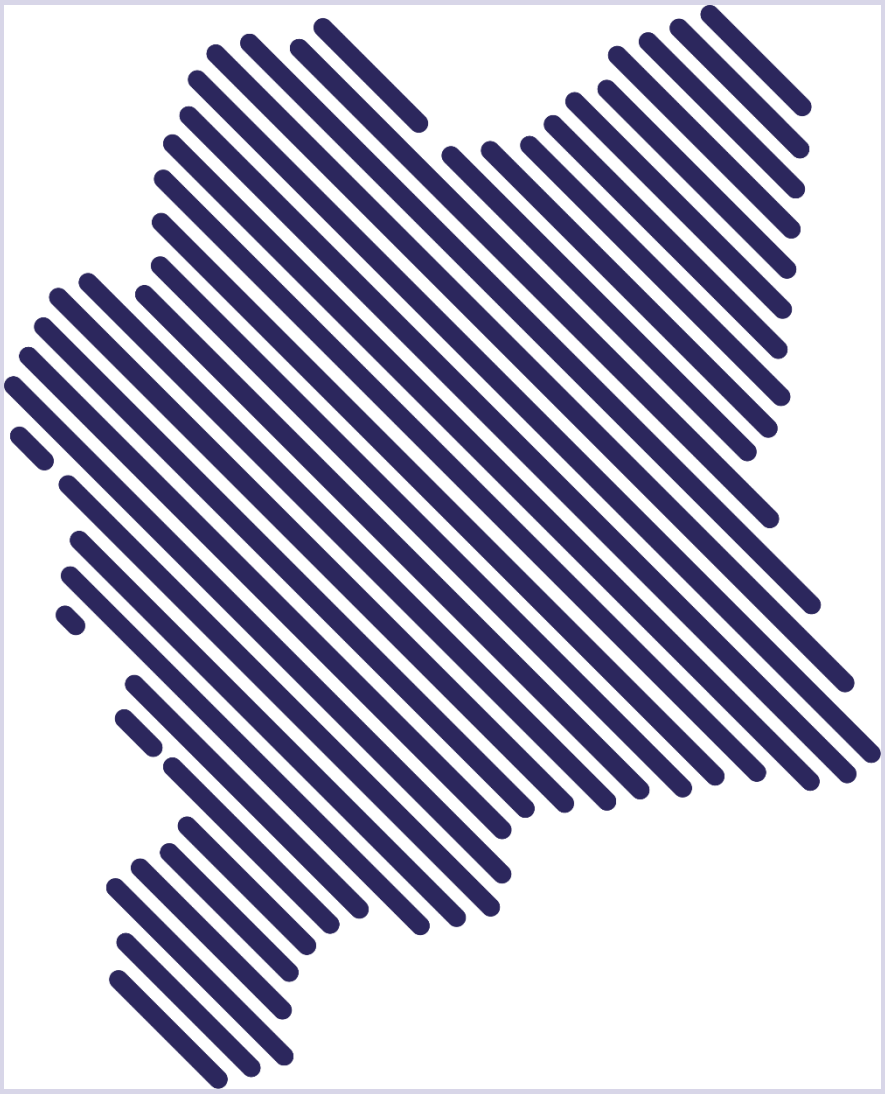
Förvaltningsplanen för Fastighets- och serviceförvaltningen utgår från Regionplan 2025-2027. I förvaltningsplanen beskrivs vilka aktiviteter som ska genomföras för att förverkliga mål och uppdrag givna av regionfullmäktige och regionstyrelse. I planen fastställs förvaltningens ekonomiska förutsättningar med uppgift om ramar, ersättning, investeringar och budget. Planen ligger till grund för regionstyrelsens löpande uppföljning av mål, uppdrag och genomförande.

Beslutet skickas till

Agnetha Jonsson, förvaltningsdirektör, Fastighets- och serviceförvaltningen

Fastigheter- och serviceförvaltningen

Förvaltningsplan och budget 2025–2027



Region Västmanland

Innehåll

Förvaltningsplan och budget 2025–2027 ..... **1**
Förvaltningens grunduppdrag **3**
Planering och uppföljning i förvaltningen **4**
Mål och uppdrag **5**
Förvaltningens mål och indikatorer **6**
Plan för genomförande av uppdrag och måluppfyllelse **7**
Ekonomiska förutsättningar **10**
Intern kontroll **13**

Region Västmanland

Förvaltningens grunduppdrag

Grunduppdrag enligt reglemente och lagstiftning

Utifrån regionstyrelsens och kostnämndens ansvarsområden är förvaltningens grunduppdrag att:

• ansvara för långsiktig försörjning av mark och byggnader för regionens verksamheter, för administration, skötsel, planerat och akut underhåll av den fasta egendomen samt för hyra och annan upplåtelse av nyttjanderätter,

• utöva ägaransvar för regionens fastigheter, köper och försäljer fastigheter samt ansvarar för ny- till- och ombyggnad,

• ansvara för produktion och leverans av kvalitativ god och näringsriktig patientmat till ett konkurrenskraftigt pris för Akademiska sjukhuset och Västmanlands sjukhus.

Övrigt gällande förvaltningens grunduppdrag

Fastighets- och serviceförvaltningens uppdrag är att säkerställa och tillhandahålla effektiva servicetjänster med god kvalitet till regionens förvaltningar och bolag. Där ingår servicetjänster utifrån processerna lokal- och materialförsörjning, patientmat, vårdnära service, städ och transporter.

Region Västmanland är värd för samverkan via gemensam Kostnämnd. Nämnden ingår i Region Västmanlands organisation och har driftansvar för Kosts produktion och leverans av patientmat, samt upphandling och leverans av livsmedel.

Fastighets - och serviceförvaltningen erbjuder även service till patient, besökare och personal, såsom centrala receptioner, kontaktcenter och restauranger.

Förvaltningens organisationsschema

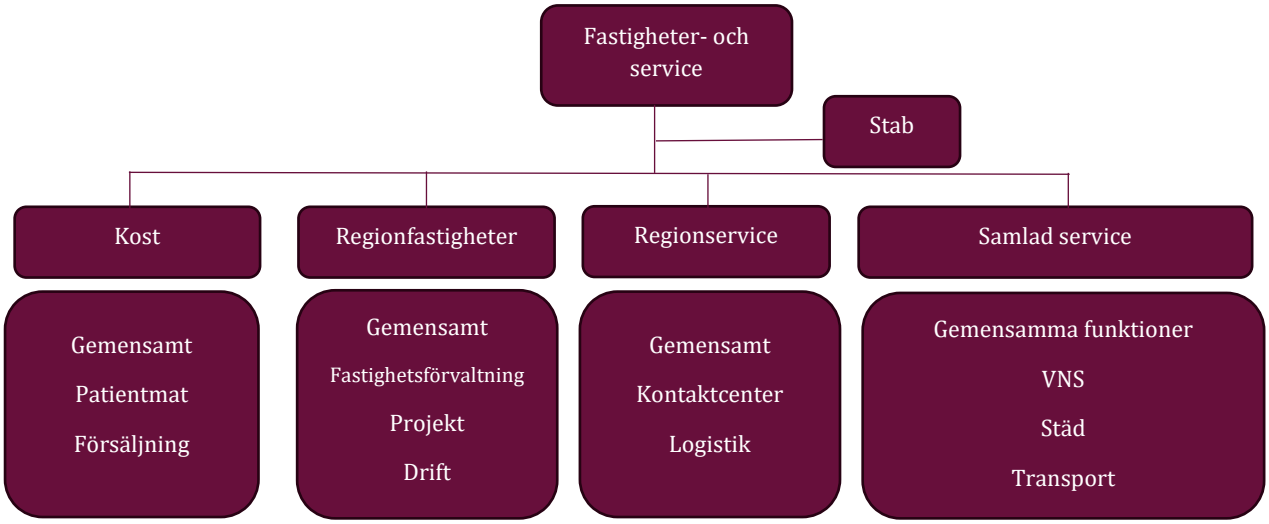


Bild: Fastighets- och serviceförvaltningen med dess fyra verksamheter Kost, Regionfastigheter, Regionservice samt Samlad service

Planering och uppföljning i förvaltningen

Planering

Förvaltningsplanen arbetas fram av förvaltningens ledningsgrupp utifrån regionplanen med givna förutsättningar som mål, inriktning, budget samt uppdrag. Uppdragsdialoger förs mellan förvaltningsdirektör, inklusive stab och förvaltningens ansvariga regionråd.

Förvaltningsplanen bryts ned i verksamhetsplaner som arbetas fram av respektive verksamhetsledning och fastställs av förvaltningsdirektör. Då Fastighets- och serviceförvaltningens verksamheter är mångfasetterade innehåller förvaltningsplanen åtgärder av mer övergripande karaktär som sedan bryts ned i mer konkreta aktiviteter för respektive verksamhet.

Uppföljning

Verksamhetscheferna beskriver i delårsrapporter och årsredovisning hur arbetet går med mål, uppdrag och aktiviteter, samt eventuella avvikelser mot verksamhetsplanerna. Dessa behandlas i verksamheternas ledningsgrupper och rapporteras till förvaltningsstaben. Resultatdialog genomförs där förvaltningsdirektör, förvaltningsstab, verksamhetschef, samt controller och HR konsult deltar.

Verksamheterna informerar om hur arbetet går med måluppfyllelse och åtgärder i verksamhetsplanen på arbetsplatsträffar och om fackligt samråd finns på verksamhetsnivå sker samverkan med de fackliga organisationerna där.

Förvaltningsplanen följs upp i delårsrapporter och årsredovisning, som behandlas i förvaltningens ledningsgrupp och rapporteras till ansvarig driftsnämnd, regionstyrelsen. I erforderliga fall rapporteras en förenklad månadsredovisning till styrelsen. Förvaltningen för en dialog med de fackliga organisationerna i förvaltningens samråd.

Resultatdialog förs mellan förvaltningsdirektör (inklusive stab), förvaltningens ansvariga regionråd och regionens tjänstemannaledning vid delår- och årsuppföljning.

Bland annat redogörs för:

- Uppfyllelse av mål och uppdrag utifrån förvaltningsplan och mätplan
- Åtgärder för att hantera uppkomna avvikelser mot mål och uppdrag

Vid medarbetarsamtal med förvaltningens chefer ingår även hur medarbetaren bidrar till verksamhetens mål.

Planering och uppföljning avseende patientmat (inklusive livsmedel)

Den gemensamma Kostnämnden ingår i Region Västmanlands organisation och organiseras inom Kostverksamheten som ingår i Fastighets- och serviceförvaltningen. Verksamhetsplan och budget för nämndens verksamhet godkänns av Kostnämnden och förvaltningsdirektören fastställer verksamhetsplanen.

Kost ska i sin verksamhetsplan redovisa hur man i linje med regionplanen samt Fastighets- och service förvaltningsplans inriktning avser styra verksamheten i riktning mot mål och uppdrag. I uppföljningen rapporterar Kost följsamhet till verksamhetsplan, inklusive eventuella avvikelser och korrigerande åtgärder, till förvaltningen. I uppföljningen rapporterar Kost följsamhet till verksamhetsplanens delar kopplat till patientmat (inklusive livsmedel), till nämnden.

Mål och uppdrag

Mål från fullmäktige och regionstyrelse/nämnd

Regionfullmäktige	Regionstyrelse/nämnd
Nöjda och trygga invånare	FSF:s kunder är nöjda med servicetjänsterna
Effektiva och ändamålsenliga tjänster av god kvalitet	FSF:s tjänster håller god kvalitet
	Energianvändningen minskar till 150 kWh/m2 till år 2030
Engagerade medarbetare med rätt kompetens	FSF:s medarbetare stannar och utvecklas inom regionen
Ekonomi i balans	FSF uppnår fastställt ekonomiskt resultat

Uppdrag från fullmäktige och regionstyrelse/nämnd

Id	Regionfullmäktige och styrelse/nämnd
RF 6	Under 2025 ska regionstyrelsen ta fram en styrande plan för ett hållbart fastighetsbestånd utifrån regionens lokalbehov, inklusive externt inhyrda lokaler, med målsättning att avyttra eller riva byggnader i motsvarande omfattning som nybyggnationer genomförs.
RF 7	Under 2025 ska regionstyrelsen och samtliga nämnder prioritera digital teknik och metoder som minskar administrativ tid och dämpar kostnadsutvecklingen.
RF 9	Regionstyrelsen ska under 2025 vidta ytterligare åtgärder för att uppnå Region Västmanlands mål för kris- och katastrofmedicinsk beredskap.
RF 11	Under 2025 ska regionstyrelsen och samtliga nämnder vidta åtgärder för att öka andelen egen personal och fortsätta öka frisknärvaron.
RF 12	Under 2025 ska regionstyrelsen och, samtliga nämnder vidta åtgärder för att sänka regionens kostnadsnivå och hålla nere kostnadsutvecklingstakten så att regionens underskott minskar.

Förvaltningens mål och indikatorer

Mål	Indikator	Målvärde År 2025	Nuläge 2023	Redo-visas
Tjänsterna/ lokalerna är energieffektiva	Energianvändning i verksamhetslokaler, summerad, kWh/kvm BRA *(Ny indikator från Kolada, ID: U60495)*	Minska	181	År
Medarbetare stannar och utvecklas i Region Västmanland	Hållbart medarbetarengagemang /HME-index)	Öka	75,6 (2022)	År
	Sjukfrånvaro	7	9,1	Delår År
FSF ska uppnå fastställt ekonomiskt resultat	Ekonomiskt resultat (Prognos/utfall)	+/-0	3,1	Delår År
Parkerings-platserna vid Västerås sjukhus är tillgängliga	Antal parkeringsplatser	Öka	2523	År
Cykelparkerings-platserna vid Västerås sjukhus är tillgängliga	Antal cykelparkeringsplatser	Öka	1321	År

Plan för genomförande av uppdrag och måluppfyllelse

Inledning

Den inriktning och den önskvärda förändringen som är beskriven i regionplanen ligger till grund för de aktiviteter som har tagits fram för att bidra till den övergripande måluppfyllelsen i regionplanen.

De områden som det främst har fokuserats på är fastighet- och lokaler, digitalisering, hållbarhet, säkerhet- och trygghet, personal- och arbetsgivarpolitik och ekonomi där styrsignaler i den övergripande målbilden, inriktningen med önskvärd förändring har tolkats och omsatts till aktiviteter i förvaltningsplanen.

Förvaltningen ska bidra till, och stödja hälso- och sjukvården i deras strategiska arbete med att förverkliga HoS 2029, en utveckling som innebär förändrade behov av lokaler, byggnader och servicerelaterade tjänster. Det återspeglas framförallt i aktiviteter kopplat till lokaler.

Verksamhetsutvecklingen i NAV och andra stora fastighetsprojekt sker samtidigt vilket innebär att fler resurser och kompetenser behöver prioriteras och tas i anspråk inom förvaltningen för att klara uppdraget.

Aktivitet/projekt	Koppling till	Beräknad effekt	Tidplan etapper	Ansvarig
Riktade kunddialoger genomförs för att fånga behov och få feedback på levererade servicetjänster	Mål	Nöjda kunder	2025	Kost, Regionfastigheter, Regionservice, Samlad service
Ta fram en styrande plan för ett hållbart fastighetsbestånd utifrån regionens totala lokalbehov, inklusive externt inhyrda lokaler. Planen ska inkludera målsättningen att avyttra/riva byggnader i motsvarande omfattning som nybyggnationer genomförs.	Uppdrag RF 6	Minska antalet m^2	2025	Regionfastigheter
Modernisera Västmanlands närsjukhus i Fagersta och Köping enligt beslutad målbild för hälso- och sjukvården genom att: • Färdigställa nytt vårdplan i Fagersta • Genomföra lokalförändringar i Köping enligt beslutad lokalförsörjningsplan	Inriktning	Behovsanpassade lokaler	 2025 2025–2027	 Regionfastigheter Regionfastigheter
Minimera investeringarna i de fastigheter som NAV ska ersätta genom att prioritera och utvärdera inkomna behovs-beskrivningar.	Inriktning	Minskade kostnader	2025	Regionfastigheter
Genomföra åtgärder som minskar regionens energiförbrukning genom att optimera värme och ventilation enligt energioptimeringsgruppens handlingsplan.	Mål/ inriktning	Minskad energiförbrukning Minskade kostnader	2025 2025	Regionfastigheter
Öka antalet parkeringsplatser vid Västerås sjukhus genom att optimera ytor på sjukhusområdet.	Mål/ Inriktning	Tillgängliga parkeringsplatser	2025	Regionfastigheter

Prioritera investeringsmedel för cykelparkeringsplatser vid regionens sjukhusområden	Mål/ Inriktning	Tillgängliga cykelparkerings-platser	2025–2027	Regionfastigheter
Prioritera digital teknik och metoder som minskar administrativ tid och minskar kostnads-utvecklingen genom att:	Uppdrag RF 7	Minskad administrativ tid		
• Genomföra förvaltningsövergripande projekt i syfte att förenkla processen för felanmälan och kundtjänst.			2025	FSF - stab
• Utveckla digital meny och måltidsbeställning (DMM).			2025	Kost
• Öka användandet av mobilen som arbetsredskap för att utföra städ- och transporttjänster.			2025	Samlad service
Vidta åtgärder för att uppnå Region Västmanlands mål för kris- och katastrofmedicinsk beredskap genom att:	Uppdrag RF 9	Ökad säkerhet och robusthet		Kost, Regionfastigheter, Regionservice, Samlad service
• Slutföra arbetet med kris- och kontinuitetsplanering.			2025–2027	
• Bygga ut avbrottsfri kraft för att upprätthålla god täckningsgrad.			2025	Regionfastigheter
• Införa fler sprinklersystem.			2025	Regionfastigheter
• Öka lagerhållningen på prioriterat förbrukningsmaterial för att upprätthålla vård som inte kan anstå			2025	Regionservice
Vidta åtgärder för ökad frisknärvaro och hållbart arbetsliv genom att:	Uppdrag RF 11	Minskad sjukfrånvaro		Kost, Regionfastigheter, Regionservice, Samlad service
• Arbeta enligt regionens modell för hälsofrämjande arbetsplatser.			2025	
• Genomföra aktiviteter på arbetsplatsen som syftar till ökad delaktighet, skapa tydliga mål och bygga en stolt kultur.			2025	Kost, Regionfastigheter, Regionservice, Samlad service
Chefer och medarbetare genomgår utbildningar i utvecklande ledarskap och medarbetarskap genom att:	Inriktning	Ökad HME		Kost, Regionfastigheter, Regionservice, Samlad service
• Alla chefer utbildas i utvecklande ledarskap			2025–2027	
• Alla verksamheter genomför insatser enligt regionens program för utvecklande medarbetarskap, samt slutför den förvaltningsövergripande utbildningen i aktivt medarbetarskap			2025–2027	Kost, Regionfastigheter, Regionservice, Samlad service
• Skapa förutsättningar för chefer att utöva det utvecklande ledarskapet genom tema på chefsdagar och i nätverk			2025	FSF - stab

Kravställa tillräckliga svenskkunskaper vid nyrekrytering och hos befintliga medarbetare genom att tillämpa regionens utarbetade test vid nyrekrytering och erbjuda kompetenshöjande språkinsatser.	Inriktning	Säkra kvalitet	2025	Samlad service
FSF är en del i regionens arbete med uppgiftsväxling för att hitta nya lösningar på arbetssätt och roller genom att:	Inriktning			
• Delta i piloten om uppgiftsväxling inom medicinkliniken		Frigöra tid till vård	2025	Samlad service
• Delta i utvecklingsarbete inom området materialförsörjning och logistik.		Ökad avtalstrohet och minskade kostnader	2025	Regionservice
Vidta åtgärder för att sänka kostnadsnivån och hålla nere kostnadsutvecklingen så att regionens underskott minskar genom att:	Uppdrag RF 12	Minskade kostnader		Regionfastigheter, Regionservice,
• Effektivisera arbetssätt och flöden inom transporter, administration, städning och materialförsörjning			2025	Samlad service
• Genomlysa regionens försäljningsenheter (restaurang och café/butik) för att se över möjligheter till förbättringar för både kunder och ekonomi			2025	Kost
• Minska vakanta ytor			2025	Regionfastigheter
• Arbeta med strategisk energieffektivisering			2025	Regionfastigheter
Förbättra avfallsprocessen och öka källsorteringsgraden inom regionen genom att tillskapa anpassade fraktioner för källsortering och informera om vikten av att sortera rätt i den egna verksamheten.	Inriktning	Minskad klimatpåverkan	2025	Regionfastigheter, Samlad service

Ekonomiska förutsättningar

Ersättningar

Beslutad ram

Fullmäktige har beslutat om följande ram för verksamheter inom förvaltningen.

28,0 miljoner kronor för 2025

28,0 miljoner kronor för 2026

28,2 miljoner kronor för 2027

Beslutade ersättningar ur regionstyrelsens anslag

20 miljoner kronor finns upptagna i regionstyrelsens anslag för fastighetsomställningskostnader. Friskvårdsbidrag utbetalas från regionstyrelsens anslag.

Fördelning av ersättningen inom förvaltningen

23,5 miljoner kronor Regionfastigheter

4,5 miljoner kronor Fastighet- och service stab

Ramförändring jämfört med föregående års ram

0,00 miljoner kronor LPIK uppräkning

4,3 miljoner kronor utökad ram för tomställda lokaler

Intäktsfinansierade verksamheter

Verksamheterna sänker priserna beroende på att interna tjänster som köpts från Regionkontoret blir anslagsfinansierade och att personalomkostnadspålägget sjunker kraftigt med anledning av lägre pensionskostnader.

Regionservice höjer priset på grund av en organisationsförändring och Samlad service sänker priset motsvarande.

Verksamhet	Prisjustering procent	Prisjustering miljoner kronor
Regionservice	14,6	1,9
Samlad service	-4,1	-11,4
Fastighet	-0,4	-5,4
Patientmat	-10,6	-5,4

Resultatreglering

Kost omfattas av resultatreglering. Det ackumulerade resultatet är 5,4 miljoner kr till och med 2023.

Investeringar

Inventarier och utrustning

Förvaltningens planeringsramar för inventarier och utrustning uppgår till 5,8 miljoner kronor år 2025. Nedan framgår större planerade investeringar.

Investering	Miljoner kronor
Transportskåp	1,5
Kaffe- och vattenmaskiner	1,1

Fastigheter

Regionens planeringsram för byggnadsinvesteringar är 252,5 miljoner kronor 2025, 397,4 miljoner kronor 2026 och 601,7 miljoner kronor 2027. Nedan framgår större pågående och planerade fastighetsinvesteringar.

Investering miljoner kronor	Tom 2024	2025	2026	2027	Totalt tom 2027
Ambulansstation öster	5,3	15	74,7	55	**150**
Tillbyggnad rättspsykiatri	77,9	53,1			**131**
Genomförande lokalförsörjningsplan Västmanlands sjukhus Köping	0	40	180	400	**620**
Modernisering Sandstenen 8 (före detta Oxbackens VC)	15,3				**15,3**
Modernisering vårdplan Fagersta	20				**20**
Hallstahammars vårdcentral	11	5	17,7		**33,7**
Skinnskattebergs vårdcentral				21,7	**21,7**

.

Budget

	Budget 2025	Budget 2024
Regionersättning	27 982	24 482
Försäljning tjänster	102 013	112 987
Hyresintäkter samt övr fastighetsintäkter	681 439	664 167
Försäljning av material och varor	252 587	255 016
Övriga bidrag	1 685	1 669
Övriga intäkter	214 921	222 646
Summa intäkter	**1 280 627**	**1 280 967**
Löner	-217 248	-221 430
Sociala avgifter	-100 561	-121 959
Övriga personalkostnader	8 753	6 149
Summa personalkostnader	**-309 056**	**-337 241**
Kostn för utbildn, kultur mm	-192	-152
Livsmedel och övriga råvaror	-70 852	-68 421
Förändr förråd samt kostnad sålda varor	-104 000	-98 000
Övriga kostnader kkl 5	-7 109	-8 714
Summa kostnader för mtrl, varor och tjänster	**-182 153**	**-175 287**
Lokalkostnader	-172 347	-153 708
Projekt/objekt fastighet	-17 547	-19 820
Energi	-80 634	-81 005
Telekommunikation	-1 630	-1 642
Datorutrustning	-8 696	-8 515
IT-konsulttjänster	-11 484	-12 173
Serviceavtal/Datakommunikation	-713	-711
Konsultarvoden för spec utredningar	-2 203	-2 328
Övriga tjänster	-7 682	-12 659
Avskrivningar	-211 147	-207 602
Övr kostn kkl 6	-78 592	-67 761
Övr kostn kkl 7	-123 176	-126 581
Summa övriga vhtkostnader	**-715 851**	**-694 505**
Summa Kostnader	**-1 207 060**	**-1 207 033**
Verksamhetens nettokostnader	73 567	73 934
Finansiella kostnader	-73 568	-73 933
Summa	**1**	**1**

Intern kontroll

Regionövergripande kontrollområden

Risk	Granskningsområde	Berört reglemente, policy eller regler	Metod för granskning	Riskvärden (väsentlighet och risk)	Granskning klar	Ansvarig för granskning
Avtal gällande personal följs inte vilket leder till merkostnader	Kontroll av ny lön vid förändrad anställningsform i samma uppdrag.	Avtal, riktlinjer	Kontroll av avslutade tillsvidareanställningar som har följts av timanställning under perioden 2024-06-01 – 2025-05-31.	(S=4, K=3) 12	2025-08-15	CHR
Bedömning av kemiska arbetsmiljö- och miljörisker genomförs inte enligt lagkrav och fastställd rutin, vilket leder till risk för människors hälsa, miljö, patientsäkerhet samt bristande lagefterlevnad	Kontroll att bedömning av kemiska arbetsmiljö- och miljörisker sker	Lag och rutiner	Stickprovskontroll.	(S=4, K=3) 12	2025-08-15	Staben
Bristande avtalstrohet vid inköp får ekonomiska konsekvenser	Kontroll av om inköpen görs utifrån upphandlade eller direktupphandlade avtal	Inköpspolicy	Stickprovskontroll av om inköp som görs av annan än upphandlad leverantör görs via tillåten direktupphandling och om artiklarna som köps av upphandlade leverantörer ingår i avtalet.	(S=3, K=3) 9	2025-08-15	CE

Risk att avstängning av media och systemlösningar sker utan samordning med anläggningsägare och skötare	Kontroll om avstängning av media och systemlösningar har kommunicerats enligt rutin	Rutin	Stickprovskontroll på genomförda avstängningar under peri-oden september 2024-maj 2025	(S=3, K=4) 12	2025-08-15	FSF
Risk att passerkort/nycklar används av obehöriga	Kontroll av om personer med passerkort/nycklar har rätt behörighet.	Riktlinjer	Stickprovskontroller på passerkort/nycklar	(S=3, K=4) 12	2025-08-15	Staben

Förvaltningens kontrollområden

De risker som fick högt i förvaltningens riskanalys inför internkontrollplan 2025 är omhändertagna i den regionövergripande internkontrollplanen.

- Riskerna avseende att avstängning av media och systemlösningar sker utan samordning med anläggningsägare och skötare (12)
- Risk för hot och att passerkort/nycklar används av obehöriga eller press på ofrivilligt agerande (12)

MÖTESPROTOKOLL

Mötesdatum
2024-11-05

Regionstyrelsens arbetsutskott

Plats och tid	Sammanträdesrum Mälaren, Regionhuset, Västerås kl. 09:00-10:00
Beslutande ledamöter	Mikael Andersson Elfgren (M) (Ordförande), Malin Gabrielsson (KD) (Förste vice ordförande), Lina Eriksson (L) (deltar på distans), Ingvar Jonsson (SD) (deltar på distans), Kenneth Östberg (S), Heidi-Maria Wallinder (V), Barbro Larsson (C)
Övriga närvarande	Maria Linder (regiondirektör) Agnetha Jonsson (förvaltningsdirektör Fastighet och service) Christina Ersson (sekreterare) Katarina Simert (ekonomidirektör) Annika Tjernström (hr-direktör) Fredrik Alm (kanslichef)
Utses att justera	Heidi-Maria Wallinder
Justeringens plats och tid	Digital justering 2024-11-08 00:00
Protokollet omfattar	§216

Underskrifter

Sekreterare	…… Christina Ersson	
Ordförande	…… Mikael Andersson Elfgren	……
Justerande	…… Heidi-Maria Wallinder	……

ANSLAG/BEVIS	Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag.		
Organ	Regionstyrelsens arbetsutskott		
Sammanträdesdatum	2024-11-05		
Datum för anslags-uppsättande	2024-11-08	**Datum för anslags-nedtagande**	2024-11-30
Förvaringsplats för protokollet	Regionhuset, Västerås		

§216 Förvaltningsplan Fastighet- och serviceförvaltningen 2025-2027

FSF240032

Sammanfattning

Regionen förverkligar den politiska vilja som uttrycks av Regionfullmäktige med hjälp av mål- och uppdragsstyrning. Styrsignalerna dokumenteras och förmedlas i dokumentkedjan regionplan, förvaltningsplan och verksamhetsplan.

Förvaltningsplanen för Fastighets- och serviceförvaltningen utgår från Regionplan 2025-2027. I förvaltningsplanen beskrivs vilka aktiviteter som ska genomföras för att förverkliga mål och uppdrag givna av regionfullmäktige och regionstyrelse. I planen fastställs förvaltningens ekonomiska förutsättningar med uppgift om ramar, ersättning, investeringar och budget. Planen ligger till grund för regionstyrelsens löpande uppföljning av mål, uppdrag och genomförande.

Förslag till beslut

1. Förvaltningsplan för Fastighet- och serviceförvaltningen 2025- 2027 godkänns.
2. Regionstyrelsens ordförande får i uppdrag att teckna förvaltningsplan med förvaltningsdirektören.

Beslut
Arbetsutskottets förslag till regionstyrelsens beslut

1. Förvaltningsplan för Fastighet- och serviceförvaltningen 2025- 2027 godkänns.
2. Regionstyrelsens ordförande får i uppdrag att teckna förvaltningsplan med förvaltningsdirektören.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse Förvaltningsplan för fastigheter- och serviceförvaltningen 2025-2027
- FSF förvaltningsplan 2025-2027 slutlig

Expedieras till

Agnetha Jonsson, förvaltningsdirektör, Fastighets- och serviceförvaltningen

Paragrafen är justerad

12

RV240902

Datum
2024-11-01

Förvaltning/Enhet
Regionkontoret
Namn
Sophie Andersson

FÖRVALTNINGSPLAN 2025-2027 FÖR REGIONKONTORET

Beskrivning av ärendet

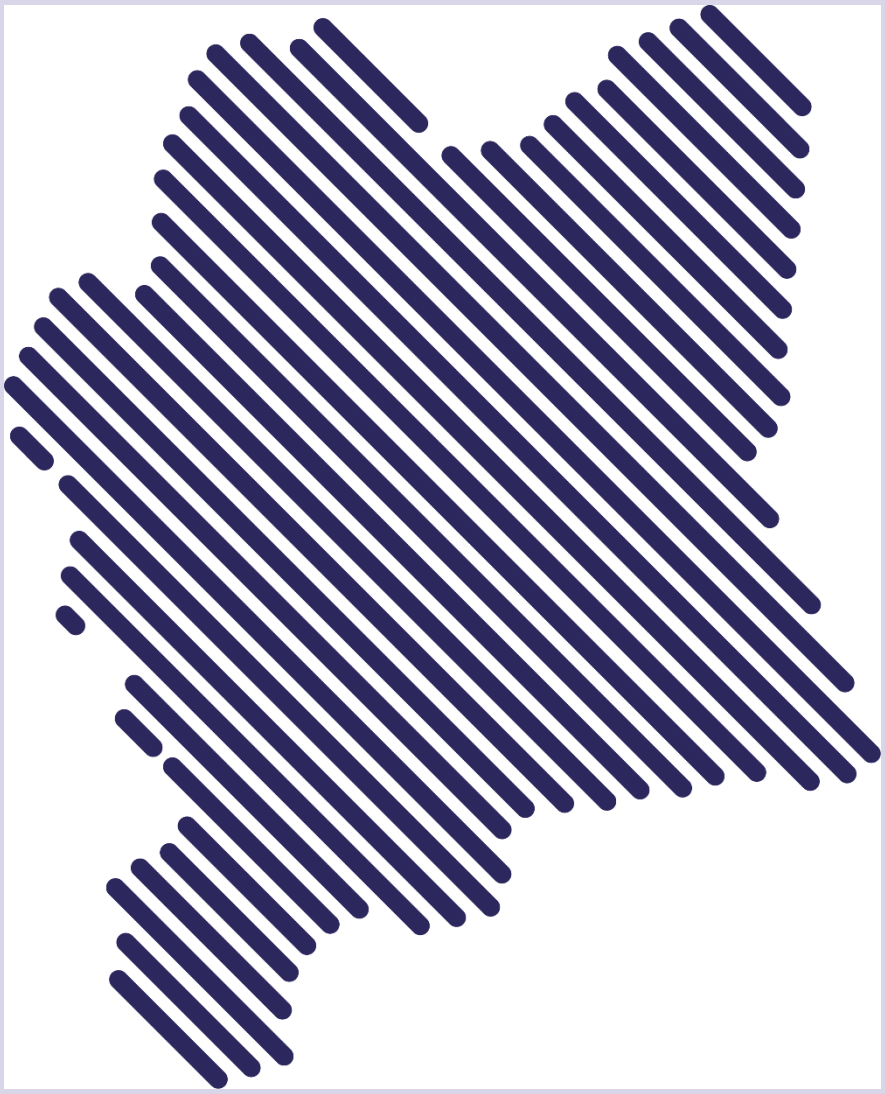
Regionen förverkligar den politiska vilja som uttrycks av Regionfullmäktige med hjälp av mål- och uppdragsstyrning. Styrsignalerna dokumenteras och förmedlas i dokumentkedjan regionplan, förvaltningsplan och verksamhetsplan. Förvaltningsplanen för Regionkontoret utgår från Regionplan 2025 - 2027. I förvalt ningsplanen beskrivs vilka aktiviteter som ska genomföras för att förverkliga mål, uppdrag och inriktning givna av regionfullmäktige och regionstyrelse. I planen fastställs förvaltning ens ekonomiska förutsättningar med uppgift om ramar, ersättning, investeringar och budget. Planen ligger till grund för regionstyrelsens löpande uppföljning av mål, upp drag och genomförande.

Förslag till beslut

1. Förvaltningsplan för Regionkontoret 2025 - 2027 godkänns.
2. Regionstyrelsens ordförande får i uppdrag att teckna förvaltningsplan med förvaltningsdirektör

Regionkontoret

Förvaltningsplan och budget 2025–2027



Region Västmanland

Innehåll

Förvaltningsplan och budget 2025–2027 ..... **1**
Förvaltningens grunduppdrag **3**
Planering och uppföljning i förvaltningen **4**
Mål och uppdrag **5**
Förvaltningens mål **6**
Plan för genomförande av uppdrag och måluppfyllelse **7**
Ekonomiska förutsättningar **9**
Intern kontroll **10**

Region Västmanland

Förvaltningens grunduppdrag

Grunduppdrag enligt reglemente och lagstiftning

Utifrån regionstyrelsens ansvarsområden är Regionkontorets grunduppdrag:

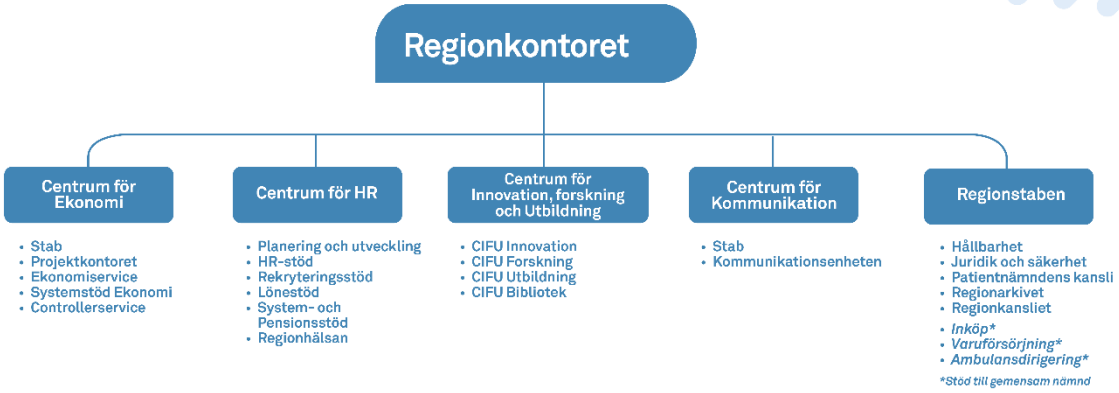
- Ansvara för området personal- och arbetsgivarfrågor
- Ansvara för området hållbarhet
- Ansvara för medelsförvaltning, placering och upplåning av medel inom de riktlinjer regionfullmäktige bestämt samt övrig ekonomisk förvaltning,
- Ansvara för regionens delårsrapport och årsredovisning enligt lagen om kommunal redovisning
- I samverkan med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen svara för forskning inom hälso- och sjukvårdens område
- I samverkan med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen svara för vad som ankommer på regionen i egenskap av hälso- och sjukvårdshuvudman inom utbildningsområdet.
- Ansvara för beredskaps- och katastrofplanering samt för utbildning och övningar inom området

Övrigt gällande förvaltningens grunduppdrag

Regionkontoret har tre huvudsakliga uppdrag:

- Att ge stöd och kvalitativt underlag till den politiska förtroendemannaorganisationen och regionledningen;
- Att utifrån lagstiftningen och regelverk styra, samordna, stödja och följa upp verksamheterna;
- Att erbjuda stöd och service till verksamheternas processer och utveckling

Förvaltningens organisationsschema



Planering och uppföljning i förvaltningen

Planering

Förvaltningsplanen beskriver Regionkontorets mål, uppdrag och ram samt vilka åtgärder som ska genomföras för att nå måluppfyllelse. Planen utgår från Regionplanen.

Regionens styrprocess byggs upp av delarna planering och uppföljning och beskrivs principiellt i regionplanen. Med utgångspunkt i Regionplanen och den uppdragsdialog som genomförts med uppdragsgivaren ska förvaltningsdirektören i dialog med berörda centrumdirektörer komma överens om aktiviteter som sedan följs upp med avseende på genomförande och effekter. Uppföljning sker inom ramen för centrumbildningarnas uppdrag och redovisas i ordinarie uppföljningsprocess.

Verksamheterna informerar om arbetet med måluppfyllelse och aktiviteter i verksamhetsplanen på arbetsplatsträffar. Samverkan med de fackliga organisationerna sker på samråd. Verksamhetsplan för enheter inom centrumbildningarna utgår från Regionplan, förvaltningsplan samt Centrumbildningens mål och uppdrag.

Uppföljning

Uppföljning sker enligt regionens styr- och ledningprocess till styrelse och fullmäktige inom ramen för ordinarie delårs- och årsrapportering.

Mål och uppdrag

Mål från fullmäktige och regionstyrelse

Regionfullmäktige	Regionstyrelse
Nöjda och trygga invånare	Regionkontorets intressenter är nöjda och trygga
Effektiva och ändamålsenliga tjänster av god kvalitet	Regionkontorets tjänster/ processer är effektiva och håller god kvalitet
Engagerade medarbetare med rätt kompetens	Regionkontorets medarbetare ska vara engagerade med rätt kompetens
Ekonomi i balans	Regionkontoret uppnår fastställt ekonomiskt resultat

Uppdrag från fullmäktige och regionstyrelse

Id	Regionfullmäktige och styrelse
RF2	Under 2025 ska regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden fortsätta arbetet med kompetensförsörjning inom tandvården samt utveckla tandvårdens roll i att upptäcka ohälsa, sjukdomar och våldsutsatthet
RF7	Under 2025 ska regionstyrelsen och samtliga nämnder prioritera digital teknik och metoder som minskar administrativ tid och dämpar kostnadsutvecklingen
RF8	Under 2025 ska regionstyrelsen stärka det systematiska arbetet med att förebygga och upptäcka våld i nära relationer, sexuellt våld och hedersproblematik samt starta ett regionövergripande arbete kring anpassning till klimatförändringar kopplat till hälso- och sjukvården.
RF9	Regionstyrelsen ska under 2025 vidta ytterligare åtgärder för att uppnå Region Västmanlands mål för kris- och katastrofmedicinsk beredskap.
RF10	Under 2025 ska regionstyrelsen verka för att öka andelen externfinansiering och samverkan med akademi och näringsliv i pågående och framtida forsknings- och innovationsprojekt.
RF11	Under 2025 ska regionstyrelsen och samtliga nämnder vidta åtgärder för att öka andelen egen personal och fortsätta öka frisknärvaron.
RF12	Under 2025 ska regionstyrelsen och samtliga nämnder vidta åtgärder för att sänka regionens kostnadsnivå och hålla nere kostnadsutvecklingstakten så att regionens underskott minskar.

Förvaltningens mål och indikatorer

Mål	Indikator	Målvärde År 2025	Nuläge 2023	Redo-visas
Regionkontorets intressenter är nöjda och trygga	Kundenkät CHR	Öka	74,6%	År
Regionkontorets tjänster/ processer är effektiva och håller god kvalitet	Antal vetenskapliga publikationer från regionen	Öka	69	År
	Antal kliniska studier	Öka	179	År
	Antal medarbetare som medverkar i vetenskapligt arbete	Öka	256 K: 137 M: 119	År
	Hållbara inköp och resurseffektivitet: antal arbetsprocesser eller materialflöden som utvecklas till mer cirkulära	Öka	1	År
	Andel samordnade upphandlingar Region Västmanland och Sörmland	Öka	Nytt från 2024	År
	Andel inköp som görs i E-handel (i sek)	Öka	Nytt från 2024	År
	Klimat: CO2 utsläpp från tjänsteresor och transporter minskar	Minska		År
Regionkontorets medarbetare ska vara engagerade med rätt kompetens	Hållbart medarbetarengagemang	Öka	79,8% genomfört 2022	
	Sjukfrånvaro	Minska	3,5% K: 3,7% M: 2,2%	
Regionkontoret uppnår fastställt ekonomiskt resultat	Prognos/utfall ekonomiskt resultat för regionkontoret	+/- 0	22	Delår År

Plan för genomförande av uppdrag och måluppfyllelse

Inledning

Den inriktning och den önskvärda förändringen som är beskriven i regionplanen ligger till grund för de aktiviteter som har tagits fram för att bidra till den övergripande måluppfyllelsen i regionplanen.

Regionkontoret styrande och stödjande uppdrag gentemot andra förvaltningen har främst beaktats i områden personal- och arbetsgivarpolitik, digitalisering, hållbarhet, kommunikation, säkerhet- och trygghet samt ekonomi där styrsignaler i den övergripande målbilden, inriktningen med önskvärd förändring har tolkats och omsatts till aktiviteter i förvaltningsplanen. Andra frågor som till exempel stöd till regionstyrelsen som arkivmyndighet ingår i grunduppdraget och är inte föremål för separata uppdrag i denna förvaltningsplan.

Regionkontoret erbjuder stöd och service till andra förvaltningar processer och verksamhetsutveckling, inte minst kopplat till hälso- och sjukvårdens strategiska arbete med att förverkliga HoS 2029.

Aktiviteter för att nå mål, inriktning och uppdrag

Aktivitet/projekt	Koppling till	Beräknad effekt	Tidplan etapper	Ansvarig
CK ska utveckla kompetensområdet ”påverkanskommunikation” för att ytterligare positionera region Västmanland som aktör inför beslut på exempelvis nationell nivå. Det innebär, utifrån samsyn kring definition av påverkansarbete, att stötta regionen/verksamheterna i deras grunduppdrag inom ramen för respektive påverkansuppdrag.	Mål regionkontorets intressenter är nöjda och trygga	Större kunskap om Västmanlands förutsättningar och behov och därmed bättre position inför nationella beslut	2025	CK/RUF
CHR kommer att stötta HSN i det strategiska arbetet med kompetensförsöjning inom tandvård	RF2	Ökad tillgänglighet till Specialisttandvården	2025	CHR
Arbetet med att upptäcka våld görs inom ramen för insatserna kopplade till RF8	RF2	Ökad fokus på tidig insats och förbättrad hälsa	2025	CHR/Regionstaben
Åtgärder som skapar förutsättningar för ett förlängt arbetsliv för seniora medarbetare ska tas fram, beslutas och planeras för	Inriktning HR	Bättre förutsättningar för bemanning inom RV	2025	CHR
Inventera processer inom Regionkontoret som kan effektiviseras genom till ex. automatisering (RPA) med hjälp av robotisering/AI	RF7	Minskade kostnader	Q1 2025	Samtliga CB
Identifiera områden med pappershantering och minimera dessa (ex: införande av digital arvodeshantering, digital justering av protokoll samt Platinas möteshantering i sin helhet)	RF7	Minskad administration	Q1 2025	Samtliga CB
Genomföra en systematisk genomgång av nuvarande arbetsmoment, processer, rutiner och dokumentationsmetoder för att identifiera sådant som är ineffektivt eller inte längre relevant.	RF7	Bidra till en mer strömlinjeformad och ändamålsenlig arbetsgång	Q3 2025	Alla CB
Inleda ett sammanhållet arbete med FDS kopplat till AI med fokus på ansvarsfördelning och användningsområden inom RV,	Inriktning Digitalisering	Minskade kostnader/effektivare arbetstid	Q1-Q2 2025	Regionstaben/CIFU/FDS

Identifiera och prioritera insatser som behövs för att ha beredskap för klimatförändringarnas hälsoeffekter	RF8	Ökad förmåga	Q4 2025	Regionstaben/FSF/HSF
Stärka det systematiska arbetet genom utbildning och stödmaterial till HSF med utgångspunkt i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer	RF8	På sikt minskade kostnader inom HSF Förbättrad hälsa	2025	Regionstaben/HSF
Tillsammans med Region Sörmland öka andel samordnade upphandlingar	Inriktning hållbarhet/ekonomi	Minskade kostnader	2025	Regionstaben
Tillsammans med Region Sörmland säkra rutiner för avtalsuppföljning	Inriktning hållbarhet/ekonomi	Minskade kostnader och en robust försörjning	2025	Regionstaben/CE
Tillsammans med Region Sörmland utveckla vidare arbetet med kategoristyrning och säkra ett effektivt stöd från sakområdena (hållbarhet, energi, informationssäkerhet, beredskap med mera)	Inriktning hållbarhet/ekonomi	Minskade kostnader. ökad hållbarhet, innovation och en robust försörjning	2025	Regionstaben
Tillsammans med varuförsörjningen påbörja ett arbete för en optimering av Region Västmanlands sortiment, med fokus på kemikalier (inkl. säkring av utfasning och ersättning) och minskningslistan	Inriktning hållbarhet/ekonomi	Minskade risker kopplade till arbetsmiljö, patientsäkerhet och miljö	2025	Regionstaben/FSF/HSF
Utvärdera varuförsörjningen enligt samverkansavtalet tillsammans med andra regioner i samarbetet	Inriktning hållbarhet/ekonomi	Minskade kostnader	Q1 2025	Regionstaben
Identifiera kriterier som ska integreras i befintlig investeringsprocess för att säkra hållbara investeringar inom regionen	Inriktning hållbarhet/ekonomi	Hållbarhetssäkra investeringsplan	2025	Regionstaben/CE
Region Västmanland ska genomföra en slutövning (Mareld) kopplat till katastrofmedicinsk omhändertagande vid CBRNE-händelser.	RF9	Ökat förmåga	Q2 2025	Regionstaben
Stärka samarbetet med Regionfastigheter i syfte att få framdrift i byggandsmässig robusthet	Inriktning Trygghet och säkerhet	Ökad förmåga och bättre genomförande av robusthetshöjande åtgärder.	Q3 2025	Regionstaben/FSF
Planeringen av regionens beredskap sker i samverkan med Länsstyrelsen och länets kommuner genom deltagandet i gemensamma övningar	Inriktning Trygghet och säkerhet	Ökat förmåga	2025	Regionstaben
Deltagande i andra aktörers aktiviteter. T.ex. övning, utbildning och planering.	Inriktning Trygghet och säkerhet	Stärkt gemensam förmåga att hantera incidenter.	Q4 2025	Regionstaben
Ta fram en struktur för ett samordnat förebyggande arbete mot välfärdsbrottslighet och systematisera arbetssätten	Inriktning Trygghet och säkerhet	Minskade kostnader	Q1 2025	Regionstaben
Påbörja utbildningsprogram och det administrativa stödet för ansökningar av externa medel	RF10	Ökade intäkter	2025	CIFU
Slutföra kartläggningen av befintliga test- och innovationsmiljöer och starta minst ett nytt pilotprojekt inom en test/innovationsmiljö inom RV	RF10	Ökad innovationsförmåga	2025	CIFU
Erbjuda kommunerna i länet att delta i KTC utbildningar som erbjuds via Kompetensplatsen och ta fram en modell för ersättning av kostnaderna.	Inriktning utbildning	Ökad samverkan inom länet	2025	CIFU

Undersöka möjlighet att skapa gemensamma utbildningar där utbildarna är personal från både region och kommun.	Inriktning utbildning	Ökad samverkan i länet	2025	CIFU
Stötta verksamheter i sitt SAM arbete genom bildandet och utveckling av befintliga hälsoteam inom förvaltningen tillsammans med Regionhälsan.	RF11	Ökad frisnärvaro/ökad HME index	2025	Alla CB
Erbjuda verksamheterna utbildning i utvecklande medarbetarskap	RF11	Ökad frisknärvaro	2025	CHR
Identifiera samverkansmöjlighet som kan leda till lägre personal- och lokalbehov och implementera lämplig samverkan internt (inom RK och RV) och med andra regioner	RF12	Minskade kostnader	2025	Samtliga CB
Utreda hur ett centralt ägarskap av regionens möbler skulle kunna organiseras i samverkan med HSF och NAV	RF12	Minskade kostnader	Q4 2025	Regionstaben/CE/FSF
Upprätta en gemensam utlämningsfunktion på förvaltningen som stöd i hantering av allmänna handlingar	RF12	Minskade kostnader och ökade kvalitet	2025	Regionstaben
Säkra metodiken och utbildning kopplat till effekthemtagning inom förvaltningen	Inriktning ekonomi	Säkerställa ett brett genomförande av effekthemtagning	Q1 Q2 2025	CE/ Regionstaben med andra CB

Ekonomiska förutsättningar

Ersättningar

Verksamheter inom denna förvaltning är till största delen ramfinansierade med undantag för Scanningscentralen samt till viss del förbättringsledare och ledningssystem.
Fullmäktige har beslutat om följande ram för Regionkontoret:

369,4 miljoner kronor för 2025
370,8 miljoner kronor för 2026
385,6 miljoner kronor för 2027

Denna ersättning utges som regionersättning med 1/12 per månad.

År 2025 tillkommer 107,3 miljoner kronor i ram, vilket är en omfördelning från internhandel då flera verksamheter inom Regionkontoret övergår från intäktsfinansiering till ramfinansiering.

Beslutad ram

Beslutad ram uppgår till totalt 369,4 mnkr.

Beslutade ersättningar ur regionstyrelsens anslag

- Omställning och kompetensutveckling 25 mnkr
- Forskning, innovation och kombinerade tjänster 10 mnkr
- Beredskap och robusthet 3 mnkr
- Inköp och välfärdsbrott 4 mnkr
- Civilt försvar 20 mnkr
- God och nära vård 0,2 mnkr

Planen för inköp och välfärdsbrott är inte klar och medlen kan komma att fördelas mellan flera förvaltningar. Regionkontoret avser att hämta alla medel som Region Västmanland blir tilldelade för Civilt försvar vid behov.

Fördelning av ersättningen inom förvaltningen

Nedan redovisas hur regionersättningen på 369,4 miljoner kronor har fördelats inom förvaltningen.

Centrumbildning, belopp i miljoner kronor	**Ram 2024**	**Ram 2025**
Centrum för ekonomi	31,4	71,7
Centrum för HR	32,2	84,7
Centrum för forskning, innovation och utveckling	52,7	68,7
Centrum för kommunikation	19,3	18,7
Regiondirektörens stab	50,5	49,8
Regionstab	79,6	75,8
Summa Regionkontoret	**265,7**	**369,4**

Ramförändring jämfört med föregående års ram

Tabellen nedan visar förändringar av ramen jämfört med föregående års ram.

Ramförändringar i miljoner kronor	2024	2025
LPIK uppräkning	6,1	0
Utökning ram från RS för Inköpsnämnden	2,2	
Utökning ram från RS för friskvårdsbidrag	0,3	
Omfördelning internhandel (från intäktsfinansiering till ram)		107,3
Ersättning för ökad lokalhyra KTC		0,9
Flytt av BT studierektor till HSN		-0,2
Beslutat besparingsuppdrag (Q1-uppdraget)		-4,3*
Summa	**8,6**	**103,7**

* Beslutade åtgärder med effekt 2025: översyn av hantering och administration av glasögonbidrag; sammanslagning lönestöd, systemstöd HR och pensionsstöd; minskade konsultuppdrag inom CIFU utbildning; ta bort externmiljörevision; avsluta medlemskap i Mälardalens luftvårdsförbund och vattenvårdsförbund; lägre hyra regionarkivet.

Intäktsfinansierade verksamheter

Verksamhet	Prisförändring i procent	Prisförändring i mnkr	Volymförändring i mnkr	Total beräknad intäkt i mnkr
Scanningscentral	0	0	0	1,9

Resultatreglering

Centrum för klinisk forskning har en modell där överskott från forskning resultatregleras. Överskottet hämtas årligen ur RS anslag.

Investeringar

Inventarier och utrustning: Förvaltningens planeringsramar för inventarier och utrustning uppgår till 0,4 mnkr kronor år 2025, 0,7 miljoner kronor 2026 och 0,7 miljoner kronor 2027. Nedan framgår större planerade investeringar 2025 samt förväntad effekt av dessa.

Större investeringar*	Ny- eller reinvestering	Orsak**	Investeringsbelopp (mnkr)	Förväntad effekt
Utbildningsmaterial till länet	Nyinvestering	Ändrad kapacitet	0,3 mnkr	Tillgång till utbildningsmaterial i hela länet. Utbildningsenheten ansvarar för att samordna allt material och säkerställa kvalitet och hållbarhet.

*Specifikation: RK >0,1 mnkr

**Orsak enligt klassificering i investeringsverktyget

Budget

Belopp i miljoner kronor	Årsbudget 2024	Årsbudget 2025
Försäljning av utbildning	2	1
Försäljning av tjänster	126	12
Regionersättning	343	432
Specialdestinerade statsbidrag	22	15
Övriga intäkter	33	26
Summa intäkter	**526**	**486**
Personalkostnader	-304	-285
Utbildning, kultur mm	-4	-5
Lämnade bidrag	-33	-34
Övriga kostnader för material, varor och tjänster	-30	-26
Lokalkostnader	-20	-19
IT-kostnader	-44	-45
Konsultarvoden för speciella utredningar	-3	-2
Avskrivningar	-1	-1
Övriga verksamhetskostnader	-87	-69
Summa kostnader	**-526**	**-486**
Resultat	**0**	**0**

Intern kontroll

Regionövergripande kontrollområden

Risk	Granskningsområde	Berört regelmente, policy eller regler	Metod för granskning	Riskvärden (västentlighet och risk)	Granskning klar	Ansvarig för granskning
Avtal gällande personal följs inte vilket leder till merkostnader	Kontroll av ny lön vid förändrad anställningsform i samma uppdrag	Avtal, riktlinjer	Kontroll av avslutade tillsvidareanställningar som har följts av timanställning under perioden 2024-06-01 – 2025-05-31.	(S=4, K=3)	2025-08-15	CHR
Bedömning av kemiska arbetsmiljö- och miljörisker genomförs inte enligt lagkrav och fastställd rutin, vilket leder till risk för människors hälsa, miljö, patientsäkerhet samt bristande lagefterlevnad	Kontroll att bedömning av kemiska arbetsmiljö- och miljörisker sker	Lag och rutiner	Stickprovskontroll.	(S=4, K=3) 12	2025-08-15	Regionstaben
Bristande avtalstrohet vid inköp får ekonomiska konsekvenser	Kontroll av om inköpen görs utifrån upphandlade eller direktupphandlade avtal	Inköpspolicy	Stickprovskontroll av om inköp som görs av annan än upphandlad leverantör görs via tillåten direktupphandling och om artiklarna som köps av upphandlade leverantörer ingår i avtalet.	(S=3, K=3) 9	2025-08-15	CE
Risk att passerkort/nycklar används av obehöriga	Kontroll av om personer med passerkort/nycklar har rätt behörighet	Riktlinjer	Stickprovskontroller på passerkort/nycklar	(S=3, K=4) 12	2025-08-15	Regionstaben

Förvaltningens kontrollområden

Risk	Granskningsområde	Berört regelmente, policy eller regler	Metod för granskning	Riskvärden (väsentlighet och risk)	Granskning klar	Ansvarig för granskning
Risk för att förtroendeskada när man inte följer riktlinjer	Kontroll av efterlevnad av representationsriktlinje	Regler och riktlinje	Stickprovskontroll	(S=4, K=3) 12	2025-08-15	CE
Rättssäker forskningsprocess	Kontroll om den framtagna forskningsprocessen efterlevs	Rutin	Stickprovskontroll	(S=4, K=3) 12	2025-08-15	CIFU

MÖTESPROTOKOLL

Mötesdatum
2024-11-05

Regionstyrelsens arbetsutskott

Plats och tid	Sammanträdesrum Mälaren, Regionhuset, Västerås kl. 09:00-10:00
Beslutande ledamöter	Mikael Andersson Elfgren (M) (Ordförande), Malin Gabrielsson (KD) (Förste vice ordförande), Lina Eriksson (L) (deltar på distans), Ingvar Jonsson (SD) (deltar på distans), Kenneth Östberg (S), Heidi-Maria Wallinder (V), Barbro Larsson (C)
Övriga närvarande	Maria Linder (regiondirektör) Agnetha Jonsson (förvaltningsdirektör Fastighet och service) Christina Ersson (sekreterare) Katarina Simert (ekonomidirektör) Annika Tjernström (hr-direktör) Fredrik Alm (kanslichef)
Utses att justera	Heidi-Maria Wallinder
Justeringens plats och tid	Digital justering 2024-11-08 00:00
Protokollet omfattar	§217

Underskrifter

Sekreterare ……
Christina Ersson

Ordförande …… ……
Mikael Andersson Elfgren

Justerande …… ……
Heidi-Maria Wallinder

ANSLAG/BEVIS	Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag.		
Organ	Regionstyrelsens arbetsutskott		
Sammanträdesdatum	2024-11-05		
Datum för anslags-uppsättande	2024-11-08	**Datum för anslags-nedtagande**	2024-11-30
Förvaringsplats för protokollet	Regionhuset, Västerås		

§217 Förvaltningsplan för Regionkontoret

RV240902

Sammanfattning

Regionen förverkligar den politiska vilja som uttrycks av Regionfullmäktige med hjälp av mål- och uppdragsstyrning. Styrsignalerna dokumenteras och förmedlas i dokumentkedjan regionplan, förvaltningsplan och verksamhetsplan.

Förvaltningsplanen för Regionkontoret utgår från Regionplan 2025 - 2027. I förvaltningsplanen beskrivs vilka aktiviteter som ska genomföras för att förverkliga mål, uppdrag och inriktning givna av regionfullmäktige och regionstyrelse. I planen fastställs förvaltning ens ekonomiska förutsättningar med uppgift om ramar, ersättning, investeringar och budget. Planen ligger till grund för regionstyrelsens löpande uppföljning av mål, upp drag och genomförande.

Förslag till beslut

1. Förvaltningsplan för Regionkontoret 2025 - 2027 godkänns.

2. Regionstyrelsens ordförande får i uppdrag att teckna förvaltningsplan med förvaltningsdirektören.

Beslut

Arbetsutskottets förslag till regionstyrelsens beslut

1. Förvaltningsplan för Regionkontoret 2025 - 2027 godkänns.

2. Regionstyrelsens ordförande får i uppdrag att teckna förvaltningsplan med förvaltningsdirektören.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse förvaltningsplan RK 2025-2027
- Förvaltningsplan RK - 20241023

Paragrafen är justerad

13

RV240124

Regionkontoret, Centrum för ekonomi stab
Jonas Essman
Epost: jonas.essman@regionvastmanland.se
Telefon: +46214818570

TJÄNSTESKRIVELSE OKTOBERRAPPORTUPPFÖLJNINGSRAPPORTER 2024 - REGIONEN TOTALT VÄSTMANLAND

Förslag till beslut

- Regionstyrelsen noterar att beslutade kostnadsdämpande åtgärder har börjat visa effekt både vad gäller driftskostnader och bemanning, men ytterligare effekter av pågående och planerade åtgärder är nödvändiga för att nå en ekonomi i balans.

- Region Västmanlands månadsrapport per oktober 2024 läggs till handlingarna

Ärendet i korthet

Oktoberrapporten 2024 för Region Västmanland redovisas. Rapporten beskriver utfallet till och med oktober 2024 samt en helårsprognos.

Verksamhetens resultat till och med oktober är minus 321 miljoner kronor, vilket är något bättre än samma period föregående år. Balanskravsresultatet för perioden är minus 574 miljoner kronor att jämföra med samma period föregående år på minus 745 miljoner kronor.

Helårsprognosen visar ett balanskravsresultat på minus 625 miljoner kronor en förbättring med 75 miljoner kronor jämfört med augustiprognosen. Detta beror främst på att nämnder och förvaltningar har förbättrat sina prognoser samt ökade skatteintäkter. Underskottet kan i sin helhet täckas av tidigare avsatta medel för tillfälliga kostnadsökningar.

Detaljerad beskrivning av ärendet

Klicka här för att skriva in ärendetext. Om texten är kort: Skriv hela texten under ”Ärendet i korthet” och radera detta fält samt rubriken ”Detaljerad beskrivning…”. Se instruktion Lathund till tjänsteskrivelse, dok nr 60493 i Centuri.

Verksamhetsmässiga och ekonomiska konsekvenser

Verksamhetsmässiga konsekvenser

Klicka här för att ange de verksamhetsmässiga skillnader och konsekvenser beslutet medför. Förväntas inga verksamhetsmässiga konsekvenser skriv "Ärendet bedöms inte medföra några verksamhetsmässiga konsekvenser”.

Juridiska konsekvenser

Bedöm lagenligheten utifrån exempelvis hälso- och sjukvårdslagen, förvaltningslagen samt sekretess och behandling av patient-/personuppgifter enligt

Dataskyddsförordningen GDPR. Har du frågor kring detta, kontakta någon av regionens jurister eller dataskyddsombudet. Förväntas inga juridiska konsekvenser skriv "Ärendet bedöms inte medföra några juridiska konsekvenser."

Administrativa konsekvenser

Beskriv administrativa skillnader och konsekvenser beslutet medför. Konsekvenser som medför administrativt merarbete ska om möjligt minimeras. Förväntas inga administrativa konsekvenser skriv "Ärendet bedöms inte medföra några administrativa konsekvenser."

Ekonomiska konsekvenser

Ange konsekvenser i form av ökade eller minskade kostnader och intäkter. I de fall förslaget inte får några kostnadskonsekvenser ska detta nämnas.

Om ärendet handlar om ett beslut som kräver finansiering, ska belopp och finansiering framgå både här och i beslutspunkterna.

Tänk på:

• Skriv ut X miljoner kronor (mnkr) och X 000 kronor (tkr) när du skriver löptext. Förkortningarna ska bara användas i tabeller.

• Avrunda större belopp till jämnt antal tusen kronor.

• Vid investeringar ska anges om investeringen finns med i beslutad investerings-plan och i så fall till vilka belopp.

• Beskriv totala förändrade driftkostnader till följd av investeringen.

• Om projektet sträcker sig över flera år ska det framgå vilka medel som avsätts även efter aktuellt budgetår. I beslutspunkterna anger du då att intentionen är att för kommande år avsätta angivna belopp.

Hållbarhet

Miljöperspektiv

En bedömning av miljökonsekvenser ska göras av ärendet.

Här skriver du in både positiva och negativa konsekvenser på miljön, på klimatet och på regionens resurshushållning. Bedömningen ska ske utifrån regionens miljöaspekter, dvs miljömålen i aktuellt miljöprogram. I de fall ärendet inte alls bedöms påverka miljön, varken negativt eller positivt, skriv "Ärendet bedöms inte medföra några miljökonsekvenser.".

Barnrättsperspektiv

Inför beslut i nämnder, regionstyrelse och regionfullmäktige som direkt eller indirekt rör barn (upp till 18-års ålder), ska en prövning av barnets bästa göras och dokumenteras.

I Centuri finns instruktionen 51350 med tre tillhörande mallar som stöd.

Prövningen diarieförs i Platina tillsammans med ärendet.

Välj någon av följande skrivningar:

- *En prövning av barnets bästa har genomförts, se bilaga.*
- *En prövning är inte aktuellt då beslutet inte påtagligt och direkt rör barn eller barn som närstående.*

Invånarperspektiv

Får föreslaget beslut konsekvenser för regionens invånare? Vid större utredningar och projekt: Är ärendet föremål för dialog med invånare? I de fall ärendet inte alls bedöms påverka invånarna, varken negativt eller positivt, skriv ”Ärendet bedöms inte medföra några konsekvenser för invånarna.”.

Uppföljning

Här skriver du in:

• om ärendet ska följas upp

• vem som i så fall ska göra detta

• i vilken form uppföljningen ska ske

• hur den ska redovisas, samt

• tidpunkten för återredovisningen.

Beslutet skickas till

Skriv in vilka som ska få beslutet för kännedom. Exempel på mottagare:

• Ansvarig tjänsteperson inom Region Västmanland

• Kontaktperson i annan organisation/företag

• Namn på mottagande organisation/företag (departement, myndighet, kommun, region, företag, förening, förbund etcetera)



Månadsrapport oktober 2024

Region Västmanland

Månadsrapport

Inledning

Regionen prognostiserar ett helårsresultat på minus 200 miljoner kronor för 2024. En förbättrad prognos från både nämnder och förvaltningar och för skatter bidrar till förbättringen jämfört med delår 2. Det prognostiserade balanskravsresultatet uppgår till minus 625 miljoner kronor vilket i sin helhet kan täckas av tidigare avsatta medel för tillfälliga kostnadsökningar.

Effekter syns tydligt av den restriktivitet som beslutades förra hösten med bland annat 42 % kostnadsminskning för inhyrd personal. Antalet anställda fortsätter att öka men en avmattning i ökningstakten kan skönjas.

Hälso- och sjukvårdsnämnden, Kollektivtrafiknämnden samt Fastighets- och serviceförvaltningen prognostiserar ett negativt resultat för helåret 2024.

Övriga nämnder och förvaltningar prognostiserar ett positivt resultat för helåret.

Månadsrapport

Perioden i siffror

- Prognos för verksamhetens resultat är minus 400 miljoner kronor, vilket är en förbättring med 50 miljoner kronor jämfört med delår 2.
- Prognos för balanskravsresultat är minus 625 miljoner kronor. Upp till 800 miljoner kronor kan täckas av tidigare avsatta medel för tillfälliga kostnadsökningar.
- Prognos för bruttokostnadsutvecklingen är 3% och intäkterna beräknas öka med 3,3 %.

Värt att notera

- Antal anställda ökar fortsatt men i lägre takt.
- Kostnaden för inhyrd personal fortsätter att minska.

Region Västmanland

Ekonomi

Årets resultat -200 mnkr

Resultaträkning (mnkr)	Okt 2024	Okt 2023	Bokslut 2023	Budget 2024	Prognos okt 2024
Verksamhetens intäkter	1 633	1 781	2 224	1 880	1 984
Verksamhetens kostnader	-10 638	-10 199	-12 429	-11 550	-12 799
Avskrivningar	-318	-312	-379	-402	-392
Verksamhetens nettokostnader	**-9 324**	**-8 730**	**-10 583**	**-10 072**	**-11 207**
Skatteintäkter	6 478	6 284	7 616	7 748	7 778
Generella statsbidrag och utjämning	2 524	2 123	2 543	2 636	3 029
Verksamhetens resultat	**-321**	**-323**	**-424**	**312**	**-400**
Finansiella intäkter	749	277	589	144	765
varav orealiserade vinster	*615*	*172*	*469*		*615*
Finansiella kostnader	-564	-540	-474	-509	-565
varav orealiserade förluster	*-9*	*-105*	*-20*		*-9*
Årets resultat	**-136**	**-586**	**-308**	**-53**	**-200**
Resultat enligt balanskravet	**-574**	**-745**	**-607**	**-53**	**-625**

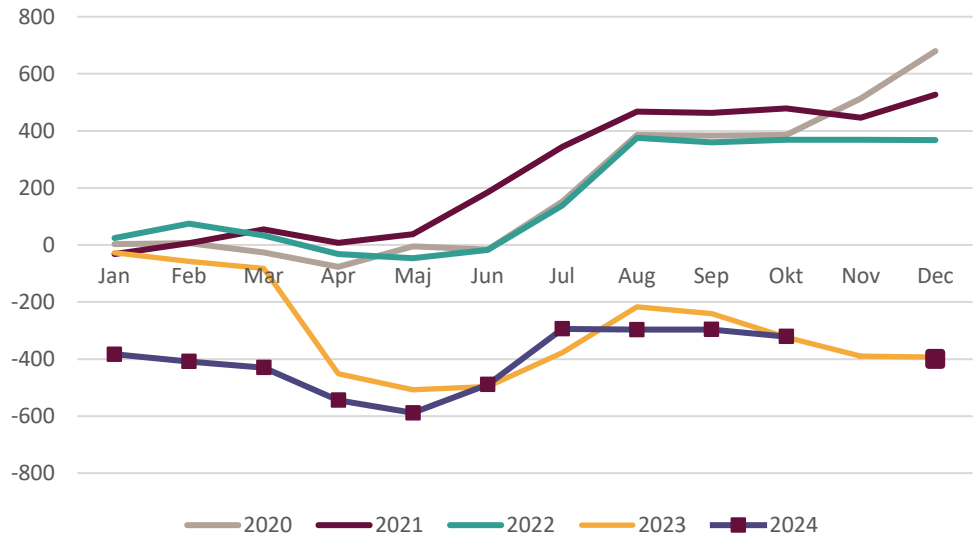
Osäkerhetsfaktorer

- Konjunkturens utveckling
- Effekter av pågående åtgärder

Region Västmanland

Månadsrapport

Verksamhetens resultat, mnkr



Värt att notera

- Verksamhetens resultat ligger i nivå med 2023 och prognosen ser ut att följa samma utveckling som 2023.

Region Västmanland

Ekonomi

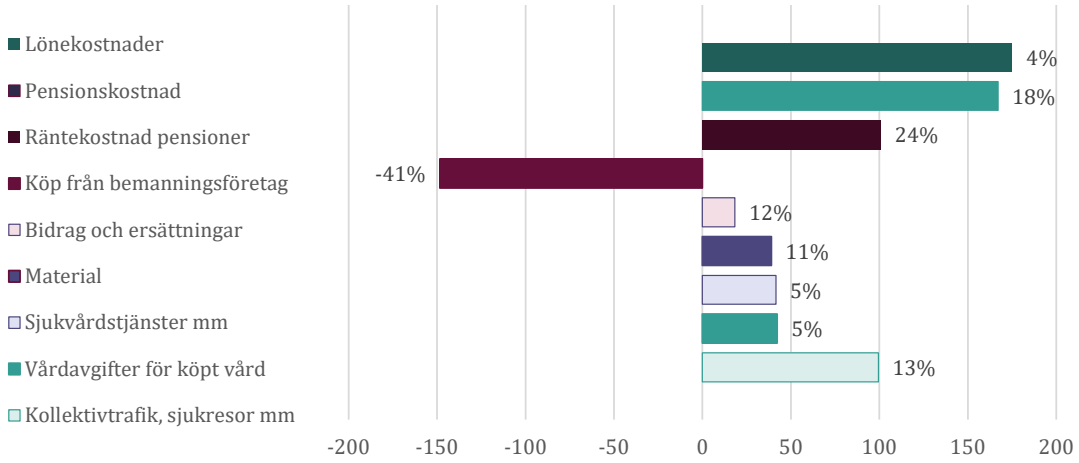
Utveckling nämnder/förvaltningar

- Hälso- och sjukvårdsnämnden prognostiserar ett något sämre resultat än föregående år och har en stor obalans i sin ekonomi. Sedan delår 2 är prognosen oförändrad. Prognosen har sedan tidigare förbättrats av tillkommande sektorsbidrag på 165 miljoner kronor.
- Kollektivtrafiknämnden förbättrar sin prognos med 11 miljoner kronor vilket kan hänföras till att Sverige fått godkänt för skattebefrielse på biogas.
- Fastighets- och serviceförvaltningen redovisar ett underskott p g a ökade material- och reparationskostnader, den finansiella leasingens resultatpåverkan samt kostnader för arbetet med lokalförsörjningsplan för Köping.

Nämnder och förvaltningar	2021	2022	2023	Prognos okt 2024
Hälso- och sjukvårdsnämnden	-364	-481	-1 033	-1 045
Kollektivtrafiknämnden	2	29	39	-4
Regionala utvecklingsnämnden	0	0	1	1
Regionstyrelsen				
Fastighet- och serviceförvaltningen	29	1	3	-15
varav Fastighet	13	1	-8	-14
varav Kostnämnden	6	-2	0	2
Närvården Västmanland	36	14	5	3
Förvaltningen för digitaliseringsstöd	9	11	4	13
Regionkontoret	31	20	22	24
Program nytt akutsjukhus Västerås	0	0	0	0
Politisk verksamhet och Patientnämndens kansli	3	3	3	4
Summa nämnder och förvaltningar	**-254**	**-403**	**-956**	**-1 019**

Ekonomi – kostnadsutveckling utfall oktober 2024

Kostnadsutveckling



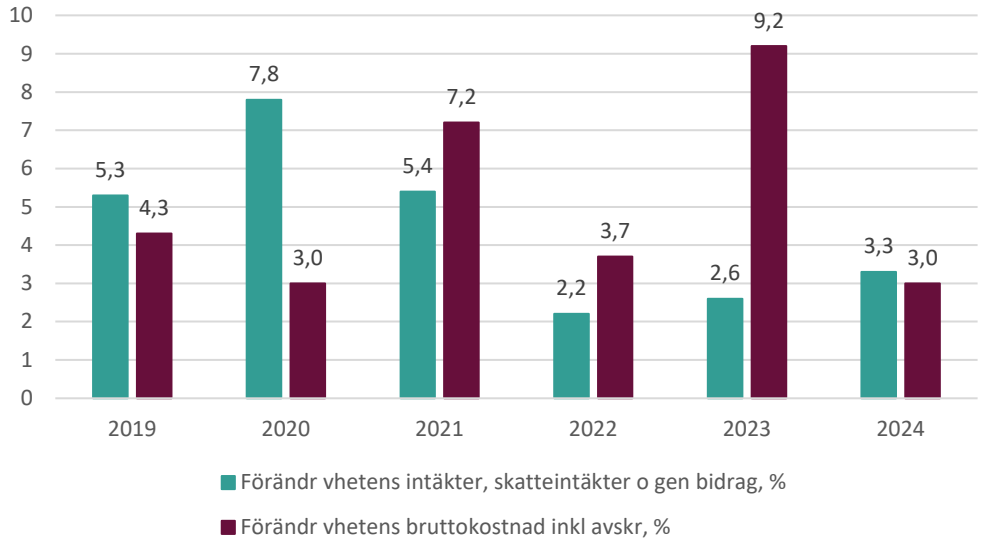
Analys

- Personalkostnaderna ökar bl a på grund av ökat antal anställda och löneökningar.
- Inflationens påverkan på pensionskostnaderna är större 2024 jämfört med 2023.
- Köp från bemanningsföretag minskar.

Region Västmanland

Ekonomi – kostnadsutveckling prognos helår

Förändring av verksamhetens intäkter och kostnader, procent



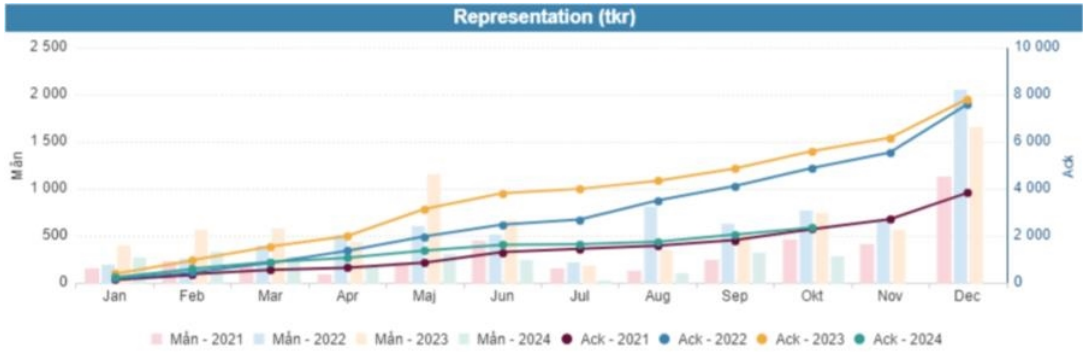
Analys

- Bruttokostnadsutvecklingen är påverkad av inflationens effekt på pensionskostnaderna.

Region Västmanland

Nyckeltalsuppföljning



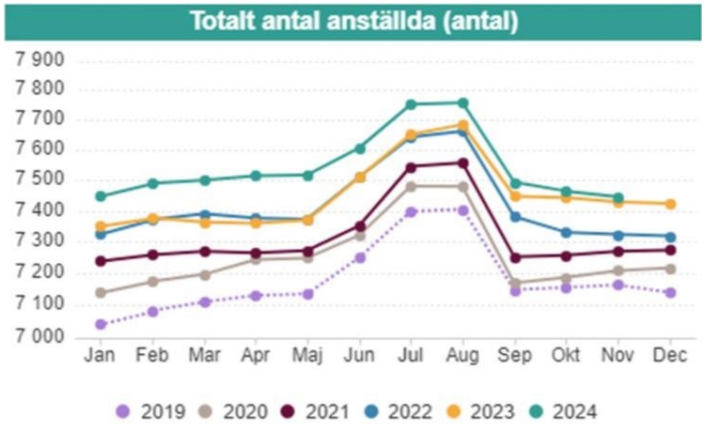


Kommentarer

- Kostnaden för resor och logi är lägre än både 2022 och 2023. Minus 4,7 mnkr jmf med 2023.
- Representation är också lägre än både 2022 och 2023. Minus 3,2 mnkr jmf med 2023.

Region Västmanland

Nyckeltalsuppföljning





Kommentarer

- Antalet anställda fortsätter att öka under 2024 men en avmattning i ökningstakten kan skönjas.
- Antalet anställda är 17 fler än föregående år samma period.
- Kostnaden för inhyrd personal fortsätter att minska och är lägre än både 2023 och 2022 ackumulerat. Förändringen är minus 148 mnkr jmf med föregående år.

Region Västmanland

14

HSF240383

Nationella vårdkompetensrådet

Remissmissiv
2024-08-22 Dnr: 4.3-10609/2023

Nationella vårdkompetensrådets kansli
info@nationellavardkompetensradet.se

Enligt sändlista

Remiss av förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetens-försörjning

Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet fick den 19 januari 2023 i uppdrag av regeringen att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (S2023/00256). Uppdraget slutredovisades den 31 maj 2024. Regeringen ändrade den 23 maj 2024 uppdraget och av det ändrade uppdraget framgår bl.a. att Socialstyrelsen, genom Nationella vårdkompetensrådet, ska inhämta synpunkter från ett antal aktörer på det förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning som myndigheten tagit fram. Med anledning av detta skickar Nationella vårdkompetensrådet rapporten Förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning på remiss.

Nationella vårdkompetensrådet önskar inhämta synpunkter på de 25 förslag på insatser för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning som rådet föreslår i den nationella planen (se s. 257–349 i bifogad rapport). Av remissvaret bör det tydligt framgå för respektive förslag till insats om remissinstansen instämmer i, motsätter sig eller inte har några synpunkter på förslaget. Den som är tveksam bör klart redovisa detta.

Remissvaren ska ha kommit in till Nationella vårdkompetensrådet senast den 21 november 2024. Svaren bör lämnas per e-post till info@nationellavardkompetensradet.se och med kopia till registratorUHS@socialstyrelsen.se. Ange diarienummer 4.3-10609/2023 och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet.

Sändlista

1. Akademikerförbundet SSR
2. Ale kommun
3. Blekinge tekniska högskola
4. Botkyrka kommun
5. Bräcke kommun
6. Eda kommun
7. E-hälsomyndigheten
8. Ericastiftelsen
9. Famna
10. Funktionsrätt Sverige
11. Fysioterapeuterna
12. Gotlands kommun
13. Gällivare kommun
14. Göteborgs stad
15. Göteborgs universitet
16. Hedemora kommun
17. Hofors kommun
18. Högskolan Dalarna
19. Högskolan i Borås
20. Högskolan i Gävle
21. Högskolan i Halmstad
22. Högskolan i Skövde
23. Högskolan Kristianstad
24. Högskolan Väst
25. Inspektionen för vård och omsorg
26. Karlskrona kommun
27. Karlstads universitet
28. Karolinska Institutet
29. Katrineholms kommun
30. Kils kommun
31. Kävlinge kommun
32. Laholms kommun
33. Linköpings universitet
34. Linnéuniversitetet
35. Ljusdals kommun
36. Luleå kommun
37. Luleå tekniska universitet
38. Lunds universitet
39. Malmö stad
40. Malmö universitet
41. Marie Cederschiöld högskola
42. Mittuniversitetet
43. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
44. Mälardalens universitet

45. Mörbylånga kommun
46. Naturvetarna
47. Nora kommun
48. Regionala vårdkompetensrådet Mellansverige
49. Regionala vårdkompetensrådet Norra
50. Regionala vårdkompetensrådet Stockholm Gotland
51. Regionala vårdkompetensrådet Sydöstra
52. Regionala vårdkompetensrådet Södra
53. Regionala vårdkompetensrådet Västra
54. Region Blekinge
55. Region Dalarna
56. Region Gotland
57. Region Gävleborg
58. Region Halland
59. Region Jämtland Härjedalen
60. Region Jönköpings län
61. Region Kalmar län
62. Region Kronoberg
63. Region Norrbotten
64. Region Skåne
65. Region Stockholm
66. Region Sörmland
67. Region Uppsala
68. Region Värmland
69. Region Västerbotten
70. Region Västernorrland
71. Region Västmanland
72. Region Örebro län
73. Region Östergötland
74. Röda Korsets högskola
75. Skandinaviens Akademi för Psykoterapiutveckling
76. Skinnskattebergs kommun
77. Sobona
78. Sophiahemmet högskola
79. SRAT
80. Stiftelsen Högskolan i Jönköping
81. Stockholms stad
82. Stockholms universitet
83. Svensk förening för röntgensjuksköterskor
84. Svensk sjuksköterskeförening
85. Svenska Läkaresällskapet
86. Sveriges arbetsterapeuter
87. Sveriges Farmaceuter
88. Sveriges förenade studentkårer (SFS)
89. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
90. Sveriges läkarförbund

91. Sveriges Ortopedingenjörers förening
92. Sveriges Psykologförbund
93. Sveriges Tandläkarförbund
94. Sveriges universitets- och högskoleförbund (SUHF)
95. Säters kommun
96. Umeå universitet
97. Uppsala universitet
98. Vetlanda kommun
99. Vårdförbundet
100. Vårdföretagarna
101. Vännäs kommun
102. Västra Götalandsregionen
103. Ydre kommun
104. Åsele kommun
105. Älmhults kommun
106. Örebro universitet
107. Örnsköldsviks kommun
108. Östersunds kommun
109. Östhammars kommun

Om Nationella vårdkompetensrådet

Nationella vårdkompetensrådet inrättades i januari 2020 och har som övergripande mål att nationellt samordna och effektivisera kompetensförsörjningen av hälso- och sjukvården. Rådet är ett rådgivande organ med representanter från regioner, kommuner, lärosäten, Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet.

Nationella vårdkompetensrådet



Förslag till en nationell plan för hälso-och sjukvårdens kompetensförsörjning

Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdenskompetensförsörjning (S2023/00256)

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Nationella vårdkompetensrådet webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Löpnummer: 2024:2

Foto: Plattform.

Publicerad: www.nationellavardkompetensradet.se, maj 2024

Förord

Regeringen beslutade den 19 januari 2023 om ett uppdrag till Socialstyrelsen att, tillsammans med Nationella vårdkompetensrådet (rådet) och i dialog med andra berörda aktörer, ta fram förslag till en nationell plan för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (S2023/00256).

Nationella vårdkompetensrådet har haft huvudansvaret för arbetet med denna rapport och rådet svarar också för de slutsatser och förslag som redovisas.



Ann-Marie Wennberg Larkö
Ordförande
Nationella vårdkompetensrådet

Innehåll

Förord 3

Sammanfattning 6

1. Uppdragets genomförande 21

1.1 Uppdraget 21

1.2 Övergripande avgränsningar 22

1.3 Aktörer som Nationella vårdkompetensrådet haft dialog med 23

2. Rådets förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning 25

3. Del 1-Vissa övergripande förutsättningar för hälso- och sjukvårdens kompetens-försörjning 32

3.1 Den demografiska utvecklingen, befolkningens hälsoutveckling och kompetensförsörjningen 32

3.2 Om ansvarsfördelningen för kompetensförsörjningsfrågor mellan vårdhuvudman och staten 36

3.3 Utgifter för hälso- och sjukvård 64

3.4 Kompetensförsörjningen och omställningen till en nära vård 67

3.5 Den kommunal hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning 68

3.6 Landsbygdens förutsättningar behöver fortsatt stärkas 70

3.7 Varje del i vårdkedjan påverkas av kompetensförsörjningen 70

3.8 Framtidsspaning 72

4. Del 2 – Dimensionering av högre utbildning och vårdens behov av hälso- och sjukvårdspersonal 80

4.1 Kartläggning av behovsläget nu och framgent av hälso- och sjukvårdspersonal 80

4.2 Tillgång på personal med legitimation i sju hälso- och sjukvårdsyrken 81

4.3 Kartläggning av regioners och kommuners efterfrågan på legitimerad personal i sju respektive fyra yrkesgrupper 171

4.4 SCB:s prognos över examinerade och personer som lämnar arbetskraften 187

4.5 Sammanfattande iakttagelser om tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i vissa hälso- och sjukvårdsyrken 192

4.6 Statistikbaserade flödesbeskrivningar för yrkesgruppen tandläkare 196

4.7 Uppskattade samhällsekonomiska kostnader för att utbilda sjuksköterskor och psykologer som inte arbetar i det yrke de är utbildade till eller inom en relevant bransch 233

5. Del 3 – Förslag på insatser för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning 257

5.1 Struktur för förslag till insatser 258

5.2 Hälso- och sjukvårdens organisation, verksamhet och ledning..... 259

5.3 Personal inom hälso- och sjukvården 290

5.4 Universitet och högskolors verksamhet..... 324

5.5 Utbildning och forskning vid universitet och högskolor..... 327

5.6 Professorer och andra lärare vid universitet och högskolor..... 343

6. Konsekvenser 350

6.1 Övergripande konsekvenser 350

6.2 Konsekvenser av förslag på insatser gällande hälso- och sjukvårdens organisation, verksamhet och ledning..... 351

6.3 Konsekvenser av förslag på insatser gällande personal inom hälso- och sjukvården 353

6.4 Konsekvenser av förslag på insatser gällande universitet och högskolors verksamhet 354

6.5 Konsekvenser av förslag på insatser gällande utbildning och forskning vid universitet och högskolor 355

6.6 Konsekvenser av förslag på insatser gällande professorer och andra lärare vid universitet och högskolor 356

7. Referenser 357

Bilaga 1 Utvecklingen av sysselsatta i samtliga 22 legitimationsyrken inom hälso- och sjukvård 369

Sammanfattning

På regeringens uppdrag har Nationella vårdkompetensrådet (rådet) och i dialog med berörda aktörer tagit fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Nationella vårdkompetensrådet har haft huvudansvaret för arbetet med denna rapport och rådet svarar också för de slutsatser och förslag som redovisas.

Nationella vårdkompetensrådet utgör en samverkansarena för frågor om hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning genom sin representation av lärosäten, regioner, kommuner samt myndigheterna Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet (UKÄ).

I denna slutredovisning av uppdraget redovisas rådets förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.

Nationell plan för perioden 2025–2028

Rådets förslag till nationell plan bör gälla för perioden 2025–2028 och består av tre delar.

- Del 1–Vissa övergripande förutsättningar för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.
- Del 2–Dimensionering av högre utbildning och vårdens behov av hälso- och sjukvårdspersonal.
- Del 3–Förslag på insatser för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.

Rådets genomförande av planen består i att förankra, samordna och följa upp de berörda aktörernas arbete med planeringen av kompetensförsörjningen genom de 25 insatserna som rådet föreslår i planen. De berörda aktörerna är kommuner, regioner, statliga myndigheter såsom universitet och högskolor, Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet, samt regeringen. Arbetet sker inom ramen för den samverkansarena som det nationella rådet utgör tillsammans med de sex regionala vårdkompetensråden. Planen föreslås gälla för perioden 2025–2028 för att skapa långsiktiga förutsättningar för planering. Uppföljningen av planen sker årligen i en rapport där rådet följer upp och redovisar hur de berörda aktörernas arbete med förslagen fortlöper utifrån de process- och effektmål som framgår av planen (de 25 förslagen till insatser framgår av tabellöversikten sist i Sammanfattningen).

Del 1–Vissa övergripande förutsättningar för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning

I del 1 av planen redovisas årligen vissa frågor som rör hälso- och sjukvårdens förutsättningar för en hållbar kompetensförsörjning dels utifrån

krav i uppdraget, dels utifrån områden som rådet bedömer bör beskrivas närmare för att öka förståelsen för hinder och möjligheter i förhållande till hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.

För närvarande befinner sig Sverige i en lågkonjunktur och under 2023 minskade kommuner och regioners ekonomiska utrymme vilket har lett till varsel om uppsägning av personal i vissa verksamheter[1]. Rådet bedömer dock att den nationella planen för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning kan utgöra ett välkommet stöd till verksamheterna i arbetet med att planera kompetensförsörjningen. Det är viktigt att planera både på kort och på lång sikt för kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården eftersom det när regionernas och kommunernas ekonomi förbättrats kommer vara angeläget att stärka hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.

Rådet kan konstatera att det finns flera utmaningar med kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården. Exempelvis har antalet personer som är 60 år och äldre ökat med 65 procent de senaste 50 åren, medan ökningen för hela befolkningen har varit knappt 30 procent. Det innebär att det i dag är färre antal personer i arbetsför ålder i relation till antal i pensionsålder än tidigare i befolkningen.[2]

Utifrån nuvarande lagfästa bestämmelser är regioner och kommuner ansvariga för att den hälso- och sjukvård som erbjuds befolkningen är god och patientsäker och att det finns den personal som krävs i förhållande till de arbetsuppgifter som ska utföras. Staten å sin sida ansvarar dels för myndigheterna universitet och högskolor, dels för att kontrollera att regioner och kommuner följer de lagar och bestämmelser som gäller för t.ex. hälso- och sjukvårdspersonalens arbetsmiljö. Detta innebär att staten är sekundärt ansvarig för hälso- och sjukvårdspersonalens kompetensförsörjning.

Del 2–Dimensionering av högre utbildning och vårdens behov av hälso- och sjukvårdspersonal

I del 2 av planen redovisas årligen vissa uppgifter om dimensionering av högre utbildning och vårdens behov av hälso- och sjukvårdspersonal. Syftet är att genom den nationella planen kontinuerligt och systematiskt ta fram ett utvecklat stöd för planering av kompetensförsörjningsbehoven, i dialog med berörda aktörer, i syfte att bidra till en förbättrad planering av vårdens kompetensförsörjning. I uppdraget att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning ingår att göra en nationell kartläggning av behovsläget nu och framgent av hälso- och sjukvårdspersonal. Rådet har gjort en kartläggning av tillgång och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal genom att analysera data från

[1] Statistiska centralbyrån. Hämtad 2024-05-02 från hemsida.
[2] Statistiska centralbyrån. Pressmeddelande 2021-12-01. Antalet äldre per arbetsföra invånare ökar i Sverige.

Socialstyrelsens register över tillgången på bl.a. legitimerad personals arbetsmarknadsstatus, genomföra en enkät riktad till regioner och kommuner med frågor om behovet av personal samt redovisa prognoser från Statistiska centralbyrån (SCB) över tillgång på personal fram till 2040. Kartläggningen har avgränsats till sju legitimationsyrken: arbetsterapeut, biomedicinsk analytiker, fysioterapeut, läkare (inklusive specialistläkare), psykolog, röntgensjuksköterska och sjuksköterska (inklusive specialistsjuksköterskor men exklusive barnmorskor och röntgensjuksköterskor).

Kartläggning av tillgången på legitimerad personal visar att inte alla väljer att arbeta i sin yrkesroll

Rådets kartläggning över tillgång på personal med legitimation inom ovannämnda sju hälso- och sjukvårdsyrken visar att det finns flera skillnader mellan de sju legitimationsyrkena. Exempelvis har antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare ökat kontinuerligt över tid bland läkare, psykologer och röntgensjuksköterskor, medan den minskat bland övriga fyra yrkesgrupper under de senaste åren. En av de största skillnaderna mellan yrkesgrupperna är hur stor andel av de sysselsatta inom hälso- och sjukvården som utbildat sig utomlands. År 2021 uppgick andelen till 40 procent bland läkare, medan motsvarande andel bland arbetsterapeuter var 1 procent och bland sjuksköterskor 4 procent.

Kartläggningen av tillgång på legitimerad personal visar även att inte alla arbetar i sin yrkesroll. Exempelvis arbetade 90 procent av samtliga sysselsatta läkare och 78 procent av samtliga sysselsatta sjuksköterskor i sin yrkesroll inom hälso- och sjukvården 2021. Andelen minskar med antalet år med legitimation, vilket gäller för samtliga sju studerade yrkesgrupper men särskilt för arbetsterapeuter, fysioterapeuter och psykologer. Rådet bedömer att det är viktigt att förstå mer om orsakerna till att viss hälso- och sjukvårdspersonal väljer att lämna yrket eller att inte arbeta i sin yrkesroll. Det förefaller som att många vill gå vidare i karriären eller byta yrke eller inriktning, vilket det kan finnas flera orsaker till. Rådet har även fått inspel om att det kan finnas de som vill arbeta kvar och trivs i yrket men som av olika skäl inte orkar arbeta heltid. Bristande arbetsförhållanden är också en av orsakerna till varför hälso- och sjukvårdspersonal väljer att lämna yrket. Samtidigt är det inte enkelt att byta ut den legitimerade personalen med olegitimerad personal i vården. Det är oroande ur ett kompetensförsörjningsperspektiv om de som vill jobba kvar ändå väljer att lämna yrket, t.ex. på grund av bristande arbetsförhållanden.

Kartläggning av efterfrågan på legitimerad personal visar på svårigheter att bedöma behovet av personal

Uppgifter om efterfrågan på legitimerad personal saknas i nationella register. Av de regioner och kommuner som har besvarat rådets enkät avseende efterfrågan uppger flera, framför allt större, regioner och kommuner att det saknas uppgifter om antalet vakanser i relation till

beslutad budget. Underlag saknas därför för att kunna uppskatta den sammantagna efterfrågan på legitimerad personal i de sju respektive fyra legitimationsyrken som studerats.

I rådets kartläggning över efterfrågan av sju legitimationsyrken i regionerna framkommer att merparten av de svarande regionerna (17 av 21) uppgav att det vid mättillfället fanns vakanta tjänster i yrkesgrupperna. Antalet vakanta tjänster i förhållande till antalet tillsvidareanställda varierar såväl mellan regionerna som mellan yrkesgrupper, men där den övergripande bilden är att andelen vakanser är 10 procent eller mindre för sex av sju yrken i merparten av regionerna. En högre andel vakanser framkom gällande röntgensjuksköterska och biomedicinsk analytiker, och lägre andel vakanser avseende fysioterapeut, psykolog och läkare. Vad som är en rimlig andel vakanser är svårt att uttala sig om.

I kartläggningen av kommunernas efterfrågan gällande fyra legitimationsyrken framkommer att merparten av de svarande kommunerna (211 av 290) inte hade vakanta tjänster som inte kunnat bemannas av tillsvidareanställd personal när det gäller arbetsterapeuter, fysioterapeuter eller psykologer. När det gällde sjuksköterskor var det något fler kommuner som uppgav att de har vakanser än som angav att de inte har vakanser. Svårigheter att rekrytera var mest påtaglig i landsbygdskommuner. Gällande sjuksköterskor framkom svårigheter med rekrytering även i storstadskommuner och kommuner med större städer. Inom kommunerna är motsvarande andel vakanser i förhållande till antalet tillsvidareanställda mellan 5 och 6 procent i de fyra yrkesgrupperna som undersökts. Vad som är en rimlig andel är i likhet med regionerna svårt att uttala sig om.

Rådet menar att svårigheten i att bedöma hur mycket personal som vården behöver ofta grundar sig i att det behövs en djupare genomlysning av verksamheten än vad som sker i dag. Det saknas också krav på processer för planering av resurser och kompetensförsörjning. Det leder i slutändan till att vårdpersonalen får ett orimligt uppdrag och tiden räcker inte till. Ett utvecklingsarbete bör därför påbörjas för att på ett bättre sätt kunna fånga regioners och kommuners efterfrågan eller behov av personal. Rådet föreslår att rådet inom arbetet med den nationella planen och inom samverkansarenan med de sex regionala vårdkompetensråden bör arbeta med att vidareutveckla den metod som rådet använder i föreliggande uppdrag och som användes inom ramen för rådets uppdrag om kompetensförsörjning av barnmorskor inom förlossningsvården. Ett sådant arbete kan tex. handla om att identifiera de uppgifter som kan utgöra stöd för en förbättrad kompetensförsörjning i fråga om de behov som huvudmännen har av olika personalkategorier i vården.

Arbetsgivare behöver i större utsträckning än i dag arbeta med att attrahera, utveckla och behålla legitimerad personal

SCB bedömer att det totala antalet examinerade överstiger det totala antalet personer som beräknas lämna arbetskraften, främst till följd av pensionering, i samtliga sju legitimationsyrken under perioden 2023–2040. Prognosen förutsätter dock bl.a. att antalet nybörjare och genomströmningen inom hälso- och sjukvårdsutbildningar följer samma mönster som i dag.

Som framgår ovan är det inte alla som väljer att arbeta i sin yrkesroll. Om legitimerade väljer att inte arbeta i sitt yrke får det konsekvenser för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården. Att utbilda fler är då ingen lösning. För att komma till rätta med detta kan arbetsgivare i större utsträckning än i dag behöva arbeta med att attrahera, utveckla och behålla legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. I del 3 lämnas flera förslag till insatser för att åstadkomma detta.

Färre tandläkare per 100 000 invånare trots att tandläkarutbildningen har byggts ut

Rådet har även genomfört statistikbaserade flödesbeskrivningar för tandläkare och resultatet visar att det finns anledning att vara bekymrad över kompetensförsörjningssituationen för denna yrkesgrupp. Tätheten för antalet tandläkare i riket per 100 000 invånare har minskat under perioden 2011–2020 trots att tandläkarutbildningen har byggts ut successivt sedan 2009. Att ensidigt använda sig av utbyggnaden av antalet utbildningsplatser vid tandläkarutbildningarna ter sig därför ineffektivt, men också svårt rent praktiskt, eftersom det vid lärosätena råder brist på disputerade lärare och lokalerna inte är anpassade efter att ta emot fler studenter. Av redovisningen framgår även att antalet antagna till utbildning på forskarnivå i odontologi har minskat under perioden 2000–2022, vilket kan påverka kompetensförsörjningen av disputerade lärare.

Det råder brist på erfarna, seniora kollegor att rådfråga för nylegitimerade tandläkare som i huvudsak arbetar i offentlig regi. Exempelvis har andelen tandläkare i åldern 50–59 år minskat i offentlig regi, medan motsvarande grupp har ökat inom privat regi. Lärosätena ser även ett ökat intresse från studenterna för att arbeta med estetiska åtgärder efter examen, vilket skulle kunna påverka kompetensförsörjningen framåt.

Förslagen till insatser som rådet föreslår för att attrahera och behålla personal är i hög grad aktuella för tandläkare och även för tandvården i stort.

Samhällsekonomiska kostnader för att utbilda sjuksköterskor och psykologer som inte arbetar i det yrke de är utbildade till

Mot bakgrund av utmaningarna för vårdens kompetensförsörjning har rådet genomfört en hälsoekonomisk studie för att genom ett antal hypotetiska antaganden försöka beräkna kostnaden för att sjuksköterskor och psykologer

inte arbetar inom yrket. Studien syftar till att uppskatta den samhällsekonomiska kostnaden för att utbilda sjuksköterskor och psykologer som inte arbetar inom det yrke de är utbildade till eller inom en relevant bransch. Kostnaden baseras på kostnaden för sjuksköterska respektive psykologutbildning i högskolan samt kostnaden för studiebidrag.

Under 2021 var drygt 13 000 sjuksköterskor inte sysselsatta i sin yrkesroll. En kompetensförlust som motsvarar en uppskattad samhällskostnad på drygt 5,5 miljarder kronor, enligt rådets beräkningar. Motsvarande kostnad för att psykologer inte är sysselsatta i sin yrkesroll uppgår för 2021 till 0,7 miljarder kronor.

Del 3–Förslag på insatser för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning

I denna del redovisas rådets förslag på insatser i den nationella planen. Förslagen är framtagna efter dialoger med berörda aktörer i enlighet med uppdraget samt utifrån rådets samlade erfarenheter i arbetet med frågor som rör kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården.

Rådets förslag till nationell plan syftar till att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Planen bör utgöra planeringsunderlag både på kort och på lång sikt för de aktörer som ansvarar för kompetensförsörjningen. Planen kan också ge stöd till ökad kontinuitet och systematik i arbetet med hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.

Rådets förslag till insatser redovisas enligt den ordning som följer av lagfästa bestämmelser med relevans för uppdraget. Inledningsvis redovisas förslag till insatser som gäller för hälso- och sjukvården och därefter följer förslag till insatser som gäller för universitet och högskolors verksamhet. Förslag till insatser på hälso- och sjukvårdsområdet redovisas uppdelat i två delar: hälso- och sjukvårdens organisation, verksamhet och ledning samt personal inom hälso- och sjukvård. Därefter redovisas förslag på insatser för universitet och högskolor uppdelat i tre delar: universitet och högskolors verksamhet, utbildning och forskning samt för professorer och andra lärare vid universitet och högskolor.

Hälso- och sjukvårdens organisation, verksamhet och ledning

Hälso- och sjukvårdens organisation, verksamhet och ledning är centrala områden för att säkerställa kompetensförsörjningen. Rådet ser en tydlig koppling mellan en hållbar kompetensförsörjning och verksamhetschefers roll inom hälso- och sjukvården, och bedömer att förutsättningarna gällande ledarskap, verksamhet och organisation behöver stärkas genom fem förslag på insatser. Rådet lämnar två förslag som berör kompetens på ledningsnivå, dels att kommuner bör säkerställa att medicinsk kompetens finns på alla ledningsnivåer inom den kommunala hälso- och sjukvården, dels att regioner bör säkerställa att verksamhetschefer vid

universitetssjukvårdsenheter är vetenskapligt meriterade. Rådet lämnar även förslag för att stärka det verksamhetsnära ledarskapet genom att regioner och kommuner beslutar om ett normspann för antal medarbetare samt att regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att ta fram ett nationellt ledarskapsprogram för chefer inom hälso- och sjukvård samt tandvård.

Vidare bedömer rådet att vårdgivarna i ökad grad behöver planera, prioritera och arbeta systematiskt med ledningssystemet utifrån vårduppdraget och utifrån personal som finns att tillgå i verksamheterna. Rådet lämnar förslag om skärpta krav på vårdgivarens ledningssystem genom bl.a. certifiering av ledningssystemet för att tydliggöra behov av resurser och bemanning som leder till förbättrad kompetensförsörjning.

Personal inom hälso- och sjukvården

En av de viktigaste faktorerna för att attrahera, behålla och locka tillbaka medarbetare till hälso- och sjukvården är att förbättra arbetsmiljön och ge hållbara förutsättningar för personalen. I en tid då färre personal ska ta hand om fler patienter med mer komplexa behov och det samtidigt råder ökad konkurrens om arbetskraft från andra sektorer, är det desto viktigare att värna den personal som finns.

Av rådets 25 förslag är 11 därför särskilt formulerade för att förbättra dessa förutsättningar. Det rör sig bl.a. om att skapa förutsättningar för ett systematiskt arbetsmiljöarbete, att stödja medarbetarna till att arbeta med arbetsuppgifter som är prioriterade i relation till sin kompetens, om att säkerställa tid och resurser för systematisk och kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling, att ta tillvara seniora medarbetares kompetens och att införa introduktions- och mentorskapsprogram för nyutexaminerade.

Universitet och högskolors verksamhet

Kompetensförsörjningen av hälso- och sjukvårdspersonal kan förbättras genom att stärka förutsättningar för verksamhetsförlagd utbildning och att säkerställa forskningsmedel för fler hälso- och sjukvårdsutbildningar. Detta kan uppnås genom att inrätta avtal för exempelvis vårdvetenskaplig utbildning, lärande och forskning (s.k. VULF-avtal) för vissa hälso- och sjukvårdsutbildningar i högskolan. Rådet föreslår att regeringen bör säkerställa detta.

Utbildning och forskning vid universitet och högskolor

En viktig del i kompetensförsörjningskedjan är utbildning och forskning. Rådet lämnar fem förslag som specifikt rör utbildning och forskning vid universitet och högskolor. Det handlar exempelvis om förslag som syftar till att genom samordning få ekonomisk bärkraft för utbildningar till legitimationsyrken inom hälso- och sjukvården med få sökande och få studenter, t.ex. utbildningar till audionom, receptarie och logoped. Rådet föreslår också att regeringen bör göra en översyn av regelverket för

antagning till specialistsjuksköterskeutbildning, eftersom vissa regler i antagningssystemet till högskolan medför hinder för studenter med betald utbildning från arbetsgivaren att genomföra en specialistsjuksköterskeutbildning. Vidare föreslår rådet att regeringen bör ge långsiktig finansiering till projektet med utveckling av webbplatsen kliniskhandledning.se, som bör breddas till fler vårdprofessioner än för läkare, att universitet och högskolor bör ta fram principer för ersättning för studenters merkostnader i samband med verksamhetsförlagd utbildning i syfte att uppnå kostnadsneutralitet för studenterna och att lärosäten bör enas om de kliniska moment som en student inom en viss hälso- och sjukvårdsutbildning ska kunna genomföra efter genomgången utbildning, oberoende av vilket lärosäte som utfärdar examen.

Professorer och andra lärare vid universitet och högskolor

En förutsättning för utbildning och forskning är en robust och uthållig kompetensförsörjning av akademiskt meriterad personal vid universitet och högskolor. Rådet lämnar därför förslag som syftar till att stärka kompetensförsörjningen av sådan personal. Rådet föreslår exempelvis att universitet och högskolor, regioner och kommuner i större utsträckning bör inrätta förenade anställningar även för andra yrkesgrupper än specialistutbildade läkare och tandläkare samt att regeringen bör säkerställa att även biträdande lektorer omfattas av bestämmelserna om förenad anställning. Rådet föreslår också att regeringen bör säkerställa en långsiktig finansiering för forskarskolor med inriktningar mot särskilda områden där få har akademisk meritering och forskningen är underdimensionerad.

Tabellöversikt över rådets 25 förslag till insatser.

Område	Krav enligt lagfäst bestämmelse[3]	Insats	Utförare	Uppföljning
5.2 Hälso- och sjukvårdens organisation, verksamhet och ledning	Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) förkortad HSL, 4 kap. 1–2 §§	5.2.1 Kommuner bör säkerställa att medicinsk kompetens finns på alla ledningsnivåer inom den kommunala hälso- och sjukvården samt att mandat, innehåll och syfte tydliggörs inom och mellan respektive nivå	Kommuner 	Framgår av kommuners beslutade styrdokument
		5.2.2 Regioner bör säkerställa att verksamhetschefer vid universitetssjukvårdsenheter är vetenskapligt meriterade	Regioner 	Framgår av regioners beslutade styrdokument
		5.2.3 Regioner och kommuner bör besluta om ett normspann för antal medarbetare som den verksamhetsnära chefen har ansvar för	Regioner och kommuner 	Framgår av regioners och kommuners beslutade styrdokument
		5.2.4 Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att ta fram ett nationellt ledarskapsprogram för chefer inom hälso- och sjukvård och tandvård	Regeringen 	Beslut av regering/riksdag
	HSL 5 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och	5.2.5 Kravet på ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	Regeringen	Beslut av regering/riksdag

[3] Se vidare i avsnitt 5 om respektive bestämmelse och lagrum.

Område	Krav enligt lagfäst bestämmelse[3]	Insats	Utförare	Uppföljning
	allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	ska kompletteras med krav på att ledningssystemet ska vara certifierat av ett ackrediterat certifieringsorgan. En certifierad vårdgivare är en statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet som har ett kvalitetsledningssystem som anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning samt identifierar, beskriver och fastställer de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet och som framgår av föreskrifter som har meddelats med stöd av hälso- och sjukvårdsförordningen. Vårdgivaren bör kunna styrka detta med ett certifikat. Frågor om certifiering av vårdgivare bör prövas av organ som har ackrediterats för detta ändamål. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer bör få meddela föreskrifter om vad som krävs av certifierade		

Område	Krav enligt lagfäst bestämmelse[3]	Insats	Utförare	Uppföljning
		vårdgivare i fråga om kunskap, erfarenhet och certifiering.		
5.3 Personal inom hälso- och sjukvården	AFS 2015:4 Arbetsmiljöverkets föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö AFS 2001:1 Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete	5.3.1 Regioner och kommuner bör skapa förutsättningar för och följa verksamheternas systematiska arbetsmiljöarbete, bl.a. genom att utveckla insatser som främjar en god arbetsmiljö	Regioner och kommuner 	Framgår av regioners och kommuners beslutade styrdokument
		5.3.2 Regioner och kommuner bör arbeta systematiskt med att stödja medarbetarna till att arbeta med arbetsuppgifter som är prioriterade i relation till sin kompetens	Regioner och kommuner 	Framgår av regioners och kommuners beslutade styrdokument
		5.3.3 Regioner och kommuner bör vidta åtgärder för att säkerställa att digitala verktyg är användarvänliga och effektiva	Regioner och kommuner 	Framgår av regioners och kommuners beslutade styrdokument
		5.3.4 Regeringen bör se över möjligheterna till nationell samordning av systematisk och fortlöpande fortbildning för vårdens professioner	Regeringen 	Beslut av regering/riksdag

Område	Krav enligt lagfäst bestämmelse[3]	Insats	Utförare	Uppföljning
		5.3.5 Regioner och kommuner bör skapa förutsättningar för verksamhetschefen att säkerställa tid och resurser för systematisk och kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling för professionerna inom hälso- och sjukvården	Regioner och kommuner 	Framgår av regioners och kommuners beslutade styrdokument
		5.3.6 Regioner, kommuner, universitet och högskolor bör öka möjligheterna till kompetensutveckling och karriärvägar för respektive profession	Regioner, kommuner samt universitet och högskolor 	Framgår av regioners och kommuners samt universitet och högskolors beslutade styrdokument
		5.3.7 Regioner, kommuner, universitet och högskolor bör samverka för att stimulera karriärutvecklingsprogram i syfte att öka antalet erfarna forskarhandledare inom regioner och kommuner	Regioner, kommuner samt universitet och högskolor 	Framgår av regioners och kommuners samt universitet och högskolors beslutade styrdokument
		5.3.8 Regioner och kommuner bör genomföra insatser i syfte att öka förutsättningarna för att seniora medarbetare ska vilja arbeta kvar i hälso- och sjukvården	Regioner och kommuner 	Framgår av regioners och kommuners beslutade styrdokument

Område	Krav enligt lagfäst bestämmelse[3]	Insats	Utförare	Uppföljning
		5.3.9 Regioner och kommuner bör införa introduktions- och mentorskapsprogram för nyutexaminerade professioner i hälso- och sjukvården	Regioner och kommuner 	Framgår av regioners och kommuners beslutade styrdokument
		5.3.10 Regioner, kommuner, universitet och högskolor bör genomföra insatser för att främja rekryteringen av underrepresenterat kön till yrken inom hälso- och sjukvården	Regioner, kommuner samt universitet och högskolor 	Framgår av regioners och kommuners samt universitet och högskolors beslutade styrdokument
		5.3.11 Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att genomföra en nationell informationsinsats som visar på värdet och innebörden av olika yrkesroller i hälso- och sjukvården	Regeringen 	Beslut av regering/riksdag
5.4 Universitet och högskolors verksamhet	Högskolelagen (1992:1434) förkortad HL, 1 kap. 2–4 §§	5.4.1 Regeringen bör säkerställa att VULF-avtal införs för vissa hälso- och sjukvårdsutbildningar i högskolan	Regeringen 	Beslut av regering/riksdag
5.5 Utbildning och forskning vid universitet och högskolor	Högskoleförordningen (1993:100) förkortad HF, 6 kap. 11 a–b §§	5.5.1 Regeringen bör tillföra medel för att stimulera universitet och högskolor att samordna vissa hälso- och	Regeringen 	Beslut av regering/riksdag

Område	Krav enligt lagfäst bestämmelse[3]	Insats	Utförare	Uppföljning
		sjukvårdsutbildningar med få studenter		
	HF 7 kap. 23 §	5.5.2 Regeringen bör göra en översyn av regelverket för antagning till specialistsjuksköterskeutbildning	Regeringen 	Beslut av regering/riksdag
	HL 3 kap. 1–2 §§	5.5.3 Regeringen bör ge stöd till ökad genomströmning inom den verksamhetsförlagda utbildningen genom långsiktig finansiering till projektet med utveckling av webbplatsen kliniskhandledning.se, som bör breddas till fler vårdprofessioner än för läkare	Regeringen 	Beslut av regering/riksdag
	HF bilaga 2, examensordningen	5.5.4 Universitet och högskolor bör ta fram principer för ersättning för studenters merkostnader i samband med verksamhetsförlagd utbildning i syfte att uppnå kostnadsneutralitet för studenterna	Universitet och högskolor	Framgår av universitet och högskolors beslutade styrdokument
		5.5.5 Universitet och högskolor bör enas om de kliniska moment som en student inom en viss hälso- och sjukvårdsutbildning	Universitet och högskolor	Framgår av universitet och högskolors beslutade styrdokument

Område	Krav enligt lagfäst bestämmelse[3]	Insats	Utförare	Uppföljning
		ska kunna genomföra efter genomgången utbildning, oberoende av vilket lärosäte som utfärdar examen		
5.6 Professorer och andra lärare vid universitet och högskolor	HL 3 kap. 8 §	5.6.1 Universitet och högskolor, regioner och kommuner bör i större utsträckning inrätta förenade anställningar även för andra yrkesgrupper än specialistutbildade läkare och tandläkare	Universitet och högskolor samt regioner och kommuner 	Framgår av universitet och högskolors samt regioners och kommuners beslutade styrdokument
		5.6.2 Regeringen bör säkerställa att även biträdande lektorer omfattas av bestämmelserna om förenad anställning	Regeringen 	Beslut av regering/riksdag
	HL 3 kap. 2 §	5.6.3 Regeringen bör säkerställa en långsiktig finansiering av forskarskolor med inriktningar mot särskilda områden där få har akademisk meritering och forskningen är underdimensionerad	Regeringen 	Beslut av regering/riksdag

1. Uppdragets genomförande

1.1 Uppdraget

Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet (rådet) fick den 19 januari 2023 i uppdrag av regeringen att ta fram förslag på en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (S2023/00256). Förslaget till plan ska enligt uppdraget utarbetas av det särskilda råd för vårdkompetensfrågor som inrättades av regeringen den 1 januari 2020 (Nationella vårdkompetensrådet) och som är placerat vid Socialstyrelsen. Enligt uppdraget ska planen bl.a. innefatta ändamålsenliga och kostnadseffektiva insatser för befintlig och ny personal gällande t.ex. arbetsmiljö, upplevd trygghet och fördelning av den administrativa bördan. Av förslaget till plan ska bl.a. insatser föreslås som kan vidtas för att utveckla, motivera och behålla de medarbetare som redan i dag arbetar inom hälso- och sjukvården, locka tillbaka vårdpersonal som lämnat yrket samt för att attrahera nya medarbetare. Uppdraget inbegriper också en kartläggning av behovsläget nu och framgent av hälso- och sjukvårdspersonal samt en redogörelse för ansvarsfördelningen för kompetensförsörjningsfrågor mellan vårdhuvudman och staten. Uppdraget omfattar såväl offentliga som privata vårdgivare liksom regionalt och kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. I arbetet ska hänsyn tas till bl.a. digitalisering, demografisk utveckling och möjligheten att förändra arbetssätt. Delredovisningar ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 30 juni 2023 och den 7 december 2023. En slutredovisning ska lämnas senast den 31 maj 2024.

1.1.1 Rådet har en strategisk roll för den långsiktiga kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården

Nationella vårdkompetensrådet utgör en samverkansarena för frågor om hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning genom sin representation av lärosäten, regioner, kommuner samt myndigheterna Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet (UKÄ). Rådet ska bidra till en god planering av vårdens kompetensförsörjning genom att göra samlade bedömningar av kompetensförsörjningsbehoven baserade på tillgängliga kunskapsunderlag och tillgängliggöra sammanställningar av kunskapsunderlag, stödja beslutsfattare och andra berörda aktörer på nationell och regional nivå i frågor av betydelse för kompetensförsörjningen när det gäller hälso- och sjukvårdspersonal, åstadkomma samverkan mellan och föra dialog med berörda aktörer, och stödja de sjukvårdsregionala råden.[4] De parter som ingår i samverkansarenan har var och en olika ansvarsområden för frågor som rör hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Samtidigt är det

[4] Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

självständiga myndigheter vilket innebär att ingen av de nämnda parterna kan tala om för den andra vad som ska göras. Därför återstår med nuvarande bestämmelser att samverka för att förbättra vårdens kompetensförsörjning. Rådet som samverkansarena och arbetet med en nationell plan utgör, givet nuvarande ansvarsförhållanden i frågor om kompetensförsörjning. Den är ett centralt verktyg i arbetet med att framgent kunna skapa en samlad struktur för systematisk planering och uppföljning av hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.

Regionala vårdkompetensråd

I samverkansarenan ingår även sex regionala vårdkompetensråd (även benämnda sjukvårdsregionala råd) bestående av ledamöter från kommuner, regioner och universitet och högskolor. I Nationella vårdkompetensrådets uppdrag ingår som beskrivs ovan, att stödja de sjukvårdsregionala råden.

1.2 Övergripande avgränsningar

I det följande redovisar rådet de övergripande avgränsningar som gjorts i arbetet med uppdraget. Under respektive avsnitt i rapporten redovisas även utgångspunkter och avgränsningar närmare för respektive område.
Uppdraget att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning är omfattande eftersom frågor om bemanning i hälso- och sjukvården inbegriper i stort sett alla delar av vårdens verksamheter. En sådan fråga är legitimationsprocessen för personer som har genomgått hälso- och sjukvårdsutbildning utanför Sverige, inom EU/ESS och Schweiz eller i tredje land. Frågan spänner över ett stort antal ansvarsområden som inbegriper olika myndigheter och aktörers verksamheter. En annan fråga rör yrken som inte omfattas i rådets uppdrag, dvs utanför de 22 hälso- och sjukvårdsyrken som kräver högskoleutbildning som grund för legitimation. Exempelvis omfattas således inte yrkesgrupperna undersköterska och vårdbiträde varför rådet inte har skrivit fram förslag som omfattar dessa yrkesgrupper specifikt. Förslag till insatser som rådet ger kan emellertid ändå vara relevanta för nämnda yrkesgrupper eftersom dessa yrkesgrupper ingår i personalstyrkan i verksamheter som omfattas av rådets förslag till insatser. Föreliggande förslag till nationell plan omfattar inte heller frågor om tillgänglighet, sjukvårdens personalförsörjning och beredskap vid kris och katastrof eller Sveriges NATO-inträde, även om samverkan skett med regeringsuppdrag som berör dessa ämnen. Frågor som i dag regleras i kollektivavtal och i dialog mellan arbetsgivare och arbetstagare omfattas inte heller. Frågor inom högskolans verksamhet som har betydelse för antal examinerade från hälso- och sjukvårdsutbildningar, t ex studenters genomströmning i utbildning, berörs endast i begränsad omfattning (se avsnitt 4.6)

1.3 Aktörer som Nationella vårdkompetensrådet haft dialog med

De aktörer som rådet haft dialog med inom ramen för föreliggande uppdrag är: Statistiska centralbyrån (SCB), Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Vårdföretagarna, Sveriges Arbetsterapeuter, Sveriges Psykologförbund, Svenska Barnmorskeförbundet, Fysioterapeuterna, Dietisternas Riksförbund, Audionomerna, Logopedförbundet, Vårdförbundet, Naturvetarna, Sveriges Tandhygienistförening, Sveriges Tandläkarförbund, Svenska sjukhusfysikerförbundet, Sveriges Farmaceuter, Sveriges Läkarförbund, Svenska Läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening, Skolläkarföreningen, Socialstyrelsens Äldreråd, Nationella rådet för specialiseringstjänstgöring, Nämnden för Funktionshindersfrågor, Lif, Genomic medicine Sweden och Regionala cancercentrum i samverkan.

Dialogmöte 22 november 2023

Rådet höll ett dialogmöte den 22 november 2023 till vilket representanter för berörda aktörer bjöds in. Inför dialogmötet publicerade rådet ett diskussionsunderlag med cirka 30 preliminära förslag på insatser. Syftet med dialogmötet var att arbeta i öppenhet med uppdraget samt skapa dialog med och inhämta synpunkter från berörda aktörer. Aktörerna är väl bekanta med de utmaningar och möjligheter som respektive yrke inom hälso- och sjukvården står inför.

I dialogmötet deltog drygt 60 representanter och tre områden var i fokus för samtalen: faktorer för att behålla personal, faktorer för att attrahera och rekrytera personal samt samverkan mellan lärosäten. Rådet kan konstatera att deltagarnas samlade kunskap stärkte arbetet genom en konstruktiv debatt och dialog samt ett utbyte av erfarenheter kring kompetensförsörjningsfrågorna. Diskussionen och fokus på mötet upplevdes av rådet som lösningsorienterad och att det fanns en samsyn i att det är hög tid att ”gå från ord till handling”.

Delredovisningar inom uppdraget

Rådet lämnade den 30 juni en första delredovisning enligt uppdraget. Ett av syftena med regeringsuppdraget är att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. För att nå syftet krävs att grundläggande förutsättningar i frågor som rör vårdens kompetensförsörjning finns på plats. En sådan förutsättning är tillgången till disputerade lärare i hälso- och sjukvårdsutbildningar vid universitet och högskolor. Nationella vårdkompetensrådet bedömer att det råder brist på disputerade lärare inom vissa hälso- och sjukvårdsutbildningar vid universitet och högskolor. Om bristen kvarstår kommer den att utgöra ett hinder för att säkra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning på såväl kort som på lång sikt. I den första

delredovisningen lämnade Nationella vårdkompetensrådet därför en rekommendation till regeringen om att stärka förutsättningarna för att säkerställa kompetensförsörjningen av disputerade lärare inom vissa hälso- och sjukvårdsutbildningar vid universitet och högskolor. Tillgången till och tillväxten av disputerade lärare är en förutsättning för en god kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården samt för att säkerställa att högre utbildning och forskning bedrivs med hög kvalitet.

Rådet lämnade i enlighet med uppdraget en andra delredovisning till Regeringskansliet (Socialdepartementet) den 7 december. I delredovisningen lämnades en lägesbild av rådets pågående arbete med uppdraget samt preliminära förslag på insatser i en promemoria bestående av ca 30 preliminära förslag till insatser. De preliminära förslagen till insatser diskuterades vid ovannämnda dialogmöte den 22 november 2023 med ledamöter från de sex regionala vårdkompetensråden, professionsföreträdare samt andra berörda aktörer (omkring 60 personer från berörda aktörer deltog i dialogmötet).

2. Rådets förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning

Nationella kompetensrådet har i uppdrag av regeringen att föreslå en nationell plan för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (se även avsnitt 1.1). Denna slutredovisning inom uppdraget presenterar sammantaget rådets förslag till nationell plan. Nationella vårdkompetensrådet ska bidra till en god planering av vårdens kompetensförsörjning och bl.a. åstadkomma samverkan mellan och föra dialog med berörda aktörer. Rådets förslag till nationell plan syftar till att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning i enlighet med regeringens intention. Rådets förslag till plan kan därmed bidra till denna förbättring genom att utgöra ett stöd både på kort och på lång sikt till de aktörer som ansvarar för kompetensförsörjningen. Planen kan också ge stöd till ökad kontinuitet och systematik i arbetet med hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.

Planen föreslås ha ett längre perspektiv för att skapa långsiktiga förutsättningar för planering

Rådets förslag till nationell plan bör gälla för perioden 2025–2028 och består av tre delar:

- Del 1–Vissa övergripande förutsättningar för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.
- Del 2–Dimensionering av högre utbildning och vårdens behov av hälso- och sjukvårdspersonal.
- Del 3–Förslag på insatser för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.

Rådets genomförande av planen består i att förankra, samordna och följa upp de berörda aktörernas arbete med planeringen av kompetensförsörjningen genom de 25 insatserna som rådet föreslår i planen. De berörda aktörerna är kommuner, regioner, statliga myndigheter såsom universitet och högskolor, Socialstyrelsen, Universitetskanslersämbetet samt regeringen. Arbetet sker inom ramen för den samverkansarena som det nationella rådet utgör tillsammans med de sex regionala vårdkompetensråden. Planen föreslås gälla för perioden 2025–2028 för att skapa långsiktiga förutsättningar för planering. Uppföljningen av planen sker årligen i en rapport där rådet följer upp och redovisar hur de berörda aktörernas arbete med förslagen fortlöper utifrån de process- och effektmål som framgår av planen.

Innehåll i rådets förslag till nationell plan

Del 1-Vissa övergripande förutsättningar för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning

I del 1 redovisas vissa frågor som rör hälso- och sjukvårdens förutsättningar för en hållbar kompetensförsörjning dels utifrån krav i uppdraget, dels utifrån områden som rådet bedömer bör beskrivas närmare för att öka förståelsen för hinder och möjligheter i förhållande till hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Redovisningarna i del 1 tillhör inte nödvändigtvis förslagen till insatser i del 3, utan är som sagts ovan, områden som rådet bedömer är aktuella och kan ange lägesbeskrivning för frågor som rör kompetensförsörjningen. Redovisningarna i del 1 kommer även förändras över åren med planen, beroende på vilka områden som är aktuella och har betydelse för kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården.

Del 2-Dimensionering av högre utbildning och vårdens behov av hälso- och sjukvårdspersonal

Rådet inrättades den 1 januari 2020 efter att flera utredningar påtalat behov av en samverkansarena för frågor om hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.[5] I utredningen som Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet (UKÄ) gjorde konstateras att det finns en samsyn bland berörda aktörer – huvudmännen, lärosätena, de privata vårdgivarna, professions-, arbetstagar-, student- och patientorganisationerna, SKL (nuvarande SKR) och SUHF med flera – om att det behövs en stärkt och mer formaliserad samverkan om kompetensförsörjningsfrågor. För att bl. a. hantera befintliga utmaningar med brist på många yrkesgrupper, dimensionering och utbud av utbildningar samt för att möta kompetensbehov för framtidens hälso- och sjukvård och vårdbehov, krävs ett effektivt samarbete mellan regioner, kommuner och lärosäten, som har ett särskilt ansvar för kompetensförsörjningen, i dialog med övriga aktörer.[6]

Vidare konstaterades i nämnda utredning att en viktig förutsättning för en effektiv samverkan är att berörda aktörer har tillgång till en samlad bild av personal- och kompetensbehoven baserat på faktabaserade kunskapsunderlag. Relevant statistik och prognoser produceras av ett flertal aktörer, bl. a. Socialstyrelsen, UKÄ, SCB, Arbetsförmedlingen, SKL (nuvarande SKR) med flera.[7]

Rådet bedömer alltjämt att nyssnämnda är lika relevant fem år senare och att det behövs ett fortsatt arbete med att knyta ihop de olika underlag och analyser som produceras i respektive myndighet. Här fyller rådet fortsatt en viktig funktion genom att skapa samsyn i frågor som rör vårdens

[5] Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet. Framtidens vårdkompetens – Stärkt samverkan för att möta hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsbehov (2019:16).
[6] Ibid.
[7] Ibid.

kompetensförsörjning. Detta har därför varit en utgångspunkt i rådets arbete med den nationella planen för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Därtill har det i rådets dialoger inom ramen för föreliggande uppdrag framkommit behov av stöd för att bättre kunna ta fram planeringsförutsättningar i fråga om kompetensförsörjningen för universitet och högskolor samt för kommuner och regioner. Stöden som efterfrågas handlar bl.a. om utvecklade underlag över framförallt tillgång och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal i relation till universitet och högskolors dimensionering av hälso- och sjukvårdsutbildningar. Sådana underlag bör innehålla uppgifter från såväl lärosätenas dimensionering av utbildning som underlag om vårdens behov av personal. Dessa två områden, dimensioneringen av utbildningsplatser för hälso- och sjukvårdspersonal å ena sidan och vårdens behov av personal å andra sidan behöver beskrivas i en och samma kontext inom den nationella planen. Bristen på koppling häremellan och de svårigheter detta medför i fråga om en hållbar planering för kompetensförsörjningen, är en av de främsta synpunkter som rådet fått i sitt löpande arbete samt inom ramen för arbetet med att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.

Liksom konstaterades i utredningen som föregick inrättandet av rådet, redovisar myndigheter och organisationer planeringsunderlag för tillgång och efterfrågan på vårdens område. Statistiska Centralbyrån (SCB), publicerar till exempel Trender och prognoser som baseras på framskrivningar av tillgång och efterfrågan utifrån befolkningsprognoser. Socialstyrelsen publicerar årligen på regeringens uppdrag Nationella planeringsstödet (NPS), UKÄ är statistikansvarig myndighet för vissa data gällande universitet och högskolor och Arbetsförmedlingen publicerar underlag om läget på arbetsmarknaden. Rådet bedömer emellertid att det saknas underlag som redovisar vårdens behov av personal utifrån det ekonomiska utrymmet en vårdgivare förfogar över i relation till den vård som ska genomföras, samt omhändertaganden om bedömningar om vad som behöver göras i forma av åtgärder utifrån det material som samlas in. Rådet har därför utarbetat en metod som prövats inom ramen för uppdraget om kompetensförsörjning inom förlossningsvården och som även prövats inom ramen för föreliggande uppdrag (se avsnitt 4)[8]. Det finns dock brister i de underlag som går att få in från huvudmännen i fråga om behov av personal, vilket framgår av avsnitt 4, eftersom ett flertal kommuner och regioner har svårt att uppskatta sina egna samlade behov över personal i relation till beslutad budget. Samtidigt finns det skäl att fortsätta utveckla metoden eftersom kännedom om behov av personal i relation till beslutad budget är avgörande för dels en god och säker vård, dels för huvudmannens och vårdgivarens planering av kompetensförsörjning. Detta påverkar i sin tur

[8] Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården (2023:3).

lärosätenas och regeringens möjlighet till en god och effektiv planering av dimensionering av högre utbildning inom hälso- och sjukvårdens område.

I rådets förslag till nationell plan bör rådet och dess samverkansarena med de sex regionala vårdkompetensråden arbeta med att vidareutveckla den metod som rådet använder i föreliggande uppdrag (se avsnitt 4) och som användes inom ramen för rådets uppdrag om kompetensförsörjning av barnmorskor inom förlossningsvården[9]. Rådet ser flera utvecklingsmöjligheter av den ovan beskrivna metoden. Det är exempelvis problematiskt att det i grova mått saknas samsyn bland kommuner och regioner för mått för brist på personal. En hållbar planering av personaltillgången blir i princip omöjlig att genomföra under nuvarande förhållanden. Nuvarande otydligheter över personaltillgången gör det svårt för universitet och högskolor att dimensionera utbildningar utefter bl.a. arbetsmarknadens behov. Det rapporteras till rådet att det är svårt för lärosätena att veta vilket behov vården har av olika personalkategorier. På en övergripande nivå finns de nyss nämnda planeringsunderlagen att tillgå men i dag är det oklart för såväl huvudmän, vårdgivare som lärosäten när en brist eller vakans uppstår och vad som då sker. Mot denna bakgrund bör rådet fortsätta arbeta genom den nationella planen kontinuerligt och systematiskt med att ta fram ett utvecklat stöd för planering av kompetensförsörjnings-behoven, i dialog med berörda aktörer, i syfte att bidra till en förbättrad planering av vårdens kompetensförsörjning.

Del 3-Förslag på insatser för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning

Förslag till insatser som följs upp

Den nationella planen innehåller 25 förslag till insatser för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Rådet har sedan det bildades haft regeringsuppdrag om att föreslå insatser för att stärka kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården[10]. Vissa förslag har beslutats om men det finns ingen systematisk uppföljning av varken förslagen eller rekommendationerna, exempelvis huruvida de har omhändertagits av berörda aktörer. För att kunna bedöma om det sker en förflyttning i frågorna behöver därför de föreslagna insatserna följas upp systematiskt inom ramen för den nationella planen.

Rådets arbete med att förankra och genomföra den nationella planen

Liksom framgår ovan är Nationella vårdkompetensrådet ett rådgivande organ och utgör en samverkansarena för de aktörer som ansvarar för hälso-

[9] Kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården. Nationella vårdkompetensrådet. (2023:3).
[10] Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården – Slutrapport (2022:5) och Kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården (2023:3).

och sjukvårdens kompetensförsörjning. Rådet har inte något beslutsmandat utan rådets förslag till insatser utgör ett stöd för de ansvariga aktörerna att åstadkomma en förbättrad kompetensförsörjning. Planen och dess förslag till insatser kan därför inte implementeras i de beslutande aktörernas verksamheter med mindre än att de ansvariga aktörerna själva beslutar därom. Rådets arbete med planen består i att stödja de berörda aktörerna att själva implementera och genomföra förslagen genom att förankra, samordna och följa upp den nationella planen i samverkan med de sex regionala vårdkompetensråden. Rådets stöd till berörda aktörer sker genom en årlig uppföljning i form av en nationell sammanställning av hur arbetet med de 25 förslagen till insatser bedrivs i respektive ansvarig organisation.

Den första perioden pågår mellan april till augusti inom vilken arbete sker med att samla in underlag och ha dialog med berörda aktörer om de frågor som är aktuella.

1. Inhämta – samla in underlag och kartlägga:
    - Nationella vårdkompetensrådet beslutar om aktuella områden som rådet bedömer behöver belysas för innevarande år.
    - Inhämtar information som är relevant utifrån den förflyttning som ska ske enligt planen.
    - Berörda aktörer ombeds vid behov inkomma med eventuella underlag.

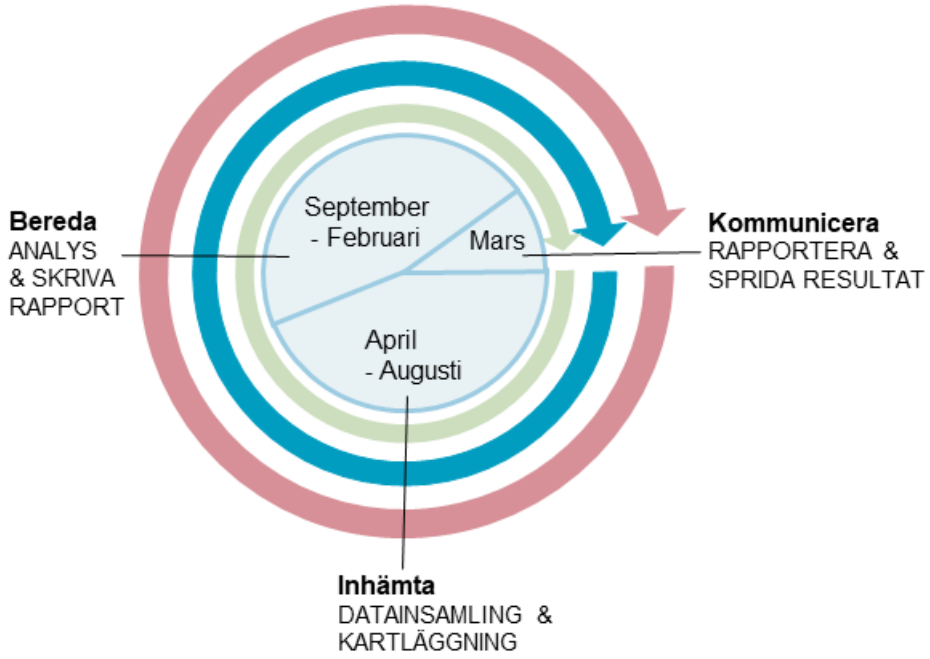
Den andra perioden pågår mellan september till februari. Här tas den årliga rapporten fram som innehåller uppföljning av planen.

2. Bereda – analys och rapportskrivande:
    - Rådets förslag till insatser följs upp utifrån planens process- och effektmål.
    - Följa hälso- och sjukvårdens efterfrågan av personal samt av universitet och högskolors planering och dimensionering av hälso- och sjukvårdsutbildning.
    - Nationella vårdkompetensrådet följer upp befintliga förslag till insatser samt beslutar om eventuella nya förslag till insatser.

Den tredje perioden pågår under mars. Här lämnar rådet den årliga rapporten till regeringen samt kommunicerar resultatet.

3. Kommunicera – redovisa resultatet från rapporten:
    - Rapporten lämnas till regeringen.
    - Rådet kommunicerar resultatet av rapporten.

Figur 1. Årlig process.



Ökat stöd för samverkansarbetet i de regionala vårdkompetensråden

Förslag till insats: De regionala vårdkompetensråden bör ges ökat ekonomiskt stöd för samverkansarbetet med regioner och kommuner, universitet och högskolor, i arbetet med att bidra till att förankra och genomföra den nationella planen.

Nationella vårdkompetensrådet är ett rådgivande organ och har därmed inget beslutsmandat[11]. Befintliga beslutsstrukturer för lärosäten och huvudmän ligger således fast och ska inte frångås. I arbetet med att förankra och genomföra den nationella planen behöver de regionala vårdkompetensråden ett ökat ekonomiskt stöd för det samverkansarbete som behövs i arbetet. I dag arbetar ledamöter i de regionala råden utan ersättning. För att skapa en framdrift i arbetet med planen krävs därför dels arvodering till ledamöter, dels ytterligare ekonomiska medel för att stötta kanslifunktionerna som är etablerade i respektive regionalt vårdkompetensråd.

Inom ramen för rådets arbete med planen kommer rådet under hösten 2024 och våren 2025 arbeta inom samverkansarenan och med de sex regionala vårdkompetensråden föra dialog om frågor om vårdens efterfrågan av hälso- och sjukvårdspersonal i förhållande till universitet och högskolors utbildningsuppdrag. Det kan handla om att förstå bättre hur vårdgivare planerar sin kompetensförsörjning i fråga om vilken personal som krävs utifrån beslutad budget. I fråga om utbildningsuppdraget kan det handla om

[11] Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

att förstå mekanismer tydligare för hur fler kan utbildas inom respektive utbildning enligt beslutad budget. Rådet bedömer att medel för samordning av dialogmöten med de sex regionala råden krävs för att skapa förankring och samsyn i frågor om vårdens kompetensförsörjning.

3. Del 1-Vissa övergripande förutsättningar för hälso- och sjukvårdens kompetens-försörjning

Detta kapitel innehåller del 1 i rådets förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Del 1 redovisar vissa frågor som rör hälso- och sjukvårdens förutsättningar för en hållbar kompetensförsörjning, dels utifrån krav i uppdraget, dels utifrån områden som rådet bedömer bör beskrivas närmare för att öka förståelsen för hinder och möjligheter i förhållande till hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.

3.1 Den demografiska utvecklingen, befolkningens hälsoutveckling och kompetensförsörjningen

Av Sveriges i dag drygt 10,5 miljoner invånare bor knappt 3,5 miljoner i storstadskommuner. Kommuner som präglas av landsbygd och långa avstånd till städer har sammanlagt 1,6 miljoner invånare. I nästan alla län har landsbygdskommuner en sämre befolkningsutveckling än kommuner med närhet till större städer.[12] Enligt prognoser från Statistiska centralbyrån (SCB) beräknas Sveriges befolkning uppgå till drygt 11 miljoner invånare 2032[13]. Det råder dock stora variationer mellan länen. Stockholms län beräknas ha den största befolkningsökningen under tidsperioden 2020–2040 medan befolkningen under samma period beräknas minska i åtta län, med störst prognostiserad minskning i Västernorrlands län samt i Norrbottens län.[14] Förutom prognoser om ökad befolkningsmängd och fortsatt urbanisering, så har antalet personer som är 60 år och äldre ökat med 65 procent de senaste 50 åren, medan ökningen för hela befolkningen har varit knappt 30 procent. Det innebär att det i dag är färre antal personer i arbetsför ålder i relation till antal i pensionsålder än tidigare i befolkningen. Framförallt märks det i kommuner med åldrande befolkning utan större inflyttning eller barnafödande, som exempelvis Överkalix och Övertorneå. Bland kommunerna med lägst antal äldre i förhållande till den arbetsföra delen av befolkningen återfinns Stockholm, Göteborg och Malmö samt kommuner i nära anslutning till storstäder. [15] Befolkningsstrukturen har betydelse för bl.a. kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården men även andra faktorer än andelen i pensionsålder i förhållande till personer i arbetsför ålder spelar in när det gäller kompetensförsörjningen. Exempelvis

[12] Tillväxtverket. Tillstånd och trender för regional tillväxt 2022 (2023).
[13] Statistiska centralbyrån. Sveriges framtida befolkning 2023–2070 (2023:2).
[14] Statistiska centralbyrån. Den framtida befolkningen i Sveriges län och kommuner 2021–2040 (2021).
[15] Statistiska centralbyrån. Pressmeddelande 2021-12-01. Antalet äldre per arbetsföra invånare ökar i Sverige.

vittnar arbetsgivare som befinner sig långt ifrån lärosäten eller storstäder om större svårigheter att rekrytera personal än arbetsgivare med närhet till lärosäten eller storstäder.[16]

Utöver den demografiska utvecklingen finns även anledning redovisa uppgifter för befolkningens hälsoutveckling eftersom även denna påverkar de behov av personal som hälso- och sjukvården behöver för att kunna säkerställa en jämlik vård efter behov. Hälso- och sjukvårdens hälsoutfall liksom medellivslängden förbättras generellt i Sverige.[17] Den åtgärdbara dödligheten minskar och Sverige har en låg sjukdomsbörda kopplat till cancer, övriga icke-smittsamma sjukdomar, neurologiska sjukdomar, diabetes, njursjukdomar och sjukdomar i matspjälkningsorganen jämfört med genomsnittet i EU. För psykiska sjukdomar, kroniska respiratoriska sjukdomar och missbruksrelaterade sjukdomar har dock Sverige en högre sjukdomsbörda än genomsnittet. [18] Samtidigt som befolkningen är frisk allt högre upp i åldrarna, innebär många äldre i befolkningen att det är fler som lever med sjukdom, funktionsnedsättningar och en ökad risk för svårare och mer komplexa sjukdomstillstånd.[19] Personer med funktionsnedsättning har även en sämre hälsa än övriga befolkningen, där nedsatt psykisk hälsa och dålig tandhälsa är mer än dubbelt så vanligt bland personer med funktionsnedsättning än hos övrig befolkning. Funktionsnedsättning innebär ofta försämrade livsvillkor, vilket utgör en risk för hälsan.[20]

Det finns också betydande socioekonomiska skillnader i hälsoutfall, där personer med sämre ekonomisk standard och lägre utbildningsnivå har sämre hälsa. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys beskriver exempelvis att personer med förgymnasial utbildning löper högre risk för att insjukna och dö i åtgärdbara och förebyggbara sjukdomar såsom hjärt-kärlsjukdom och viss cancer, jämfört med personer med längre utbildning[21]. Det finns även stora socioekonomiska skillnader i levnadsvanor som påverkar exempelvis vårdkonsumtion inom somatisk sluten- och öppenvård.[22] Enligt Socialstyrelsens Nationella planeringsstöd för 2024 kommer den förändrade befolkningssammansättningen i form av en åldrande befolkning att påverka vårdkonsumtionen under de kommande 20 åren. Rapporten beskriver att om vårdkonsumtionen förblir densamma per ålderskategori över tid och för den samman med befolkningsutveckling

[16] Sveriges Kommuner och Regioner. Välfärdens kompetensförsörjning (2022).
[17] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022 Indikatorer på kvalitet, jämlikhet och effektivitet (PM 2022:3).
[18] Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård 2023. Åtgärdbar dödlighet innebär dödlighet i sjukdomar som kan förebyggas och behandlas.
[19] Folkhälsomyndigheten. Hämtad 2024-04-12 från hemsida.
[20] Kunskapsguiden. Hälsan hos personer med funktionsnedsättning. Hämtad 2024-04-18 från hemsida.
[21] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022 (PM 2022:3).
[22] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022 (PM 2022:3).

enligt SCB:s prognoser, skulle specialistvårdsbesöken öka med 13,3 procent och vårdtiden i slutenvården med 22,6 procent år 2042.[23]

Gällande kompetensförsörjning och personalbehov inom hälso- och sjukvård prognostiserar Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) att under perioden 2021–2031 behöver antalet anställda i regional hälso- och sjukvård öka med cirka 22 500 personer. Det skulle motsvara en ökning med omkring nio procent jämfört med antalet anställda år 2021. SKR lyfter även att det största ökade behovet av antalet anställda inom välfärdssektor kommer vara inom vård och omsorg för äldre.[24]

3.1.1 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården

I december 1996 beslutade riksdagen om propositionen Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60) där det framgår att prioriteringar hälso- och sjukvården ska utgå från den s.k. etiska plattformen. Den etiska plattformen består av tre etiska nyckelprinciper i fallande ordning: mänsklig värdighet, behov och solidaritet samt kostnadseffektivitet. Tanken är att dessa principer ska styra resursfördelningen på alla nivåer i sjukvården. Av propositionen framgår att förväntningarna på hälso- och sjukvården när den skrevs 1996 bedömdes vara större då än någonsin. Propositionen nämnde bl.a. ovannämnda demografiska faktorer, såsom ett ökande antal äldre människor med stort vårdbehov, medicinsk utveckling, högre utbildningsnivå och en allt snabbare informationsspridning som medför att patienter ställer krav på både medicinsk kvalitet och service i vården. Samtidigt beskrevs en tid av ekonomisk åtstramning och en växande klyfta mellan å ena sidan vad som efterfrågas och som det finns medicinska och tekniska möjligheter att göra och å andra sidan vad resurserna räcker till.[25]

Inför den nationella Prioriteringskonferensen 2019 konstaterades i stort sett liknande resonemang i termer av utmaningarna för hälso- och sjukvården och finansieringen av välfärden. Begränsade resurser ska täcka många behov och prioriteringar måste göras. Sammantaget ställer detta höga krav på prioriteringar i regioner och kommuner för att vården ska bli likvärdig och tillgänglig för många.[26]

Inom sjukvården sker åtminstone två slags prioriteringar. Dels sker ett professionellt val mellan medicinska åtgärder, där främst hänsynen till patientens behov och inte primärt kostnaden är vägledande, dels görs en prioritering framtvingad av resursknapphet. Det är kravet på prioritering på grund av bristande resurser som föranleder debatt och aktualiserar svåra etiska problem. Den medicinska professionen kläms mellan patientens förväntningar, det medicinskt-tekniskt möjliga och de ekonomiska ramarna.

[23] Socialstyrelsen. Nationella planeringsstödet 2024. Tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården och tandvården.
[24] Sveriges Kommuner och Regioner. Välfärdens kompetensförsörjning (2022).
[25] Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60).
[26] https://liu.se/nyhet/vard-efter-behov. Hämtad 2024-05-22.

Politiker kläms mellan väljarnas önskemål, krav från hälso- och sjukvårdspersonalen och behovet att hushålla med resurser. Gemensamt för alla är att prioriteringar inom vården gäller sjuka, skadade och hjälpsökande människor och därmed har en stark etisk innebörd. De väcker frågor om allas lika människovärde, solidaritet med den som är i ett utsatt läge och respekt för individen.[27]

De val av olika slag som görs i hälso- och sjukvården grundar sig alltid på värderingar av något slag. När alla vårdbehov inte kan tillgodoses måste en mer öppen diskussion föras som gör prioriteringsgrunderna klara. De värderingar som styr såväl tillgången till hälso- och sjukvård som de prioriteringar som sker måste i princip kunna delas av flertalet i befolkningen. Nödvändiga prioriteringar måste uppfattas som rimliga och rättfärdiga. Denna demokratiska förankring är viktig inte minst for att kunna vidmakthålla förtroendet för vården.[28]

Frågan om hälso- och sjukvårdens uppdrag att ge en jämlik vård utifrån de befintliga resurserna förefaller vara en fråga som är ständigt aktuell och som inbegriper alla nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet. Rådet kan konstatera att så gäller fortsatt, inte minst i ljuset av den ekonomiska situation som flera regioner och kommuner befinner sig i till följd av kraftigt höjd inflation under framförallt 2023. Detta går i linje med propositionen från 1996 där det framgår att det är nödvändigt att se diskussionen om prioriteringar i vården som en långsiktig och ständigt pågående process. Tidigare fastställda riktlinjer kan behöva omprövas allteftersom de demografiska mönstren förändras, resurstillgången skiftar, tekniska framsteg i behandling och medicin leder till nya behandlingsmetoder osv.[29]

Genom intervjuer med beslutsfattare i hälso- och sjukvården har forskare vid Linköpings universitet undersökt hur en regional politisk beredning skulle kunna verka som ett mellanled för att hantera svåra beslut som gäller prioriteringar i hälso- och sjukvård[30]. Av studien framkommer att det historiskt sett ofta har funnits en klyfta i vårdens organisation mellan politiker, tjänstemän och vårdpersonal. Området prioritering är komplext och därför är samarbete och förtroende avgörande. Enligt deltagarna i studien behöver alla 'vara med ombord' och det måste finnas en samsyn om både metoder och resultat, annars finns det en betydande risk att vårdpersonal offentligt klagar på "nedskärningar" eller att politiker använder prioriteringsbeslut för att vinna röster. Politiker har en viktig ledarroll när det gäller samverkan för explicit prioritering, men deras exakta uppgifter vid prioritering mellan tjänsteområden inom en sjukvårdsbudget var inte

[27] Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60).
[28] Ibid.
[29] Ibid.
[30] https://liu.se/nyhet/politikers-roll-i-prioriteringsarbete-studeras. Hämtad 2024-05-22.

självklara för informanterna. En svårighet med att formulera denna uppgift var att definiera vilka prioriteringar som är politiska snarare än medicinska.

”När vi har minskande resurser (...) behöver man göra prioriteringar och då är vi politiker ansvariga för att se till att rätt prioriteringar görs. (...) Men vi ska inte gå in på de medicinska prioriteringarna eftersom jag tycker att vi politiker ska hålla oss borta från dem.”

En uppfattning från deltagare i studien var att politikerna borde underlätta och kommunicera prioriteringsprocessen och stå upp för beslut offentligt. Själva prioriteringen mellan patientgrupper eller serviceområden måste dock avgöras i förhandling mellan vårdpersonalen, eftersom politikerna enligt deltagarna inte har den kunskap som krävs för sådana beslut, som heller inte ska påverkas av de politiska partiernas inriktningar när det gäller sjukvården.[31]

Av studien framgår att deltagare ansåg att sjukvårdsstyrningen inom regionen för närvarande var osystematisk och fragmenterad. De hoppades att en tydlig prioritering av sjukvårdsbudgeten för en övergripande regional nivå skulle bidra till en mer helhetssyn bland politikerna inom sjukvården i regionen och i slutändan till en mer systematisk och strategisk styrning. En av de avgörande frågorna enligt deltagarna är att politikerna fortsätter att tillföra resurser, projekt och uppdrag utan att beakta systemet som helhet och utan att någonsin ta bort något. En deltagare uttryckte att den politiska ledningen behöver lära sig att prioritera.[32] De slutsatser som dras i studien handlar om bl.a. om långsiktiga mål, exempelvis att få ökad systematik i styrningen och en tydligare helhetsbild genom öppna prioriteringar för att synliggöra allt som görs i regionen. En annan slutsats handlade om att öka beslutskraften bland politiker i att sätta gränser eller omfördela resurser. Forskarna noterade även genom studien det komplexa uppdrag politiker har i hälso- och sjukvården och hur krävande det är att styra genom systematiska, öppna prioriteringar.[33] (se även avsnitt 5.3.2 om stöd till prioritering av rätt arbetsuppgifter).

3.2 Om ansvarsfördelningen för kompetensförsörjningsfrågor mellan vårdhuvudman och staten

Enligt uppdraget ska en redogörelse för ansvarsfördelningen för kompetensförsörjningsfrågor mellan vårdhuvudman och staten göras. Avsnittet inleds med ansvarsfördelning på hälso- och sjukvårdens område och avslutas med ansvarsfördelningen på universitet och högskolors område.

[31] Consolidating political leadership in healthcare: a mediating institution for priority-setting as a political strategy in a local health system. Emma Bergstedt, Lars Sandman och Ann-Charlotte Nedlund. Health Economics, Policy and Law. doi:10.1017/S1744133124000021
[32] Ibid.
[33] https://liu.se/nyhet/politikers-roll-i-prioriteringsarbete-studeras. Hämtad 2024-05-22.

3.2.1 Riksdagen beslutar om budget och mål för hälso- och sjukvårdspolitiken

Till riksdagens uppgifter hör att besluta om lagar och om statens budget. Riksdagen beslutar efter förslag från regeringen årligen om hur statens utgifter ska fördelas samt beslutar om mål för de olika utgiftsområdena i statsbudgeten.[34] Målet för hälso- och sjukvårdspolitiken är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. En sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig (prop. 2015/16:1, bet. 2015/16: SoU1, rskr. 2015/16:102).[35] Staten tillförde finansiella medel från statsbudgeten för hälso- och sjukvårdsutgifter för 2021 om 15 miljarder kronor, vilket motsvarar tre procent av den totala kostnaden för offentlig sektor för området[36]. Medlen finansierar bl. a. statsbidrag till regioner och kommuner.

Liksom framgår av ovan är en av riksdagens uppgifter utöver att besluta om budgeten även att besluta om lagar. Förslag till en ny lag, eller ändring i en lag som redan gäller, kommer oftast från regeringen i en proposition. Men ett lagförslag kan också komma bl. a. i en motion från en eller flera riksdagsledamöter.[37]

Regeringen styr myndigheterna huvudsakligen genom beslut om instruktion för myndigheten och det årliga regleringsbrevet där myndighetens anslag fördelas. Inom dessa ramar är myndigheterna i varierande grad fria att lösa sina uppgifter och uppdrag på bästa sätt.[38] På hälso- och sjukvårdens område beslutar t ex Socialstyrelsen om föreskrifter utifrån bemyndiganden från staten.

3.2.2 Närmare om bestämmelser som reglerar ansvarsfördelningen mellan staten och vårdhuvudman

I följande avsnitt ges en beskrivning av de bestämmelser som reglerar ansvarsfördelningen för hälso- och sjukvården mellan regionen som vårdhuvudman och staten samt de regelverk som gäller för hälso- och sjukvården, hälso- och sjukvårdspersonal och patienter.

Regionerna ansvarar för att den hälso- och sjukvård som erbjuds befolkningen är god och patientsäker och staten ansvarar dels för att kontrollera att regionerna följer de lagar och bestämmelser som gäller och dels för hälso- och sjukvårdspersonalens arbetsmiljö. Detta innebär att staten är sekundärt ansvarig för hälso- och sjukvårdspersonalens kompetensförsörjning.

[34] Prop. 2023/24:1. Budgetpropositionen, utgiftsområde 9.
[35] Ibid.
[36] Ibid.
[37] Riksdagen. Hämtad 2024-04-01 från https://www.riksdagen.se/sv/.
[38] Statskontoret. Hämtad 2024-04-12 från hemsida.

Regionens ansvar

Hälso- och sjukvårdslagstiftning

Det är enligt 1 kap. 2 § regeringsformen det allmännas ansvar att verka för goda förutsättningar för hälsa. Det kommunala självstyret utgör en grund för det svenska samhällssystemet. Kommuner och landsting (nuvarande regioner) får enligt kommunallagen (2017:725) själva ha hand om angelägenheter som har anknytning till området eller invånarna och som inte åligger någon annan. Inom vissa områden finns särskilda föreskrifter om kommunernas och regionens befogenheter. Hälso- och sjukvården är ett sådant område. Av 8 kap. hälso- och sjukvårdslagen framgår bl. a. att regionerna (tidigare landstingen) ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i regionen.

Allmänt om lagstiftningen

Den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen är omfattande[39] och utformad som en skyldighetslagstiftning till skillnad från en rättighetslagstiftning. Det innebär att tillhandahållandet av nödvändig hälso- och sjukvård är en skyldighet för samhället. Hälso- och sjukvård är därmed inte en rättighet som den enskilde kan utkräva på juridisk väg. Gemensamt för de flesta författningar på hälso- och sjukvårdsområdet är att de, även om det inte alltid framgår av för fattningstexterna, ytterst syftar till att säkerställa en god och säker vård för patienterna.

Hälso- och sjukvårdslagen

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, är en ramlag[40] som innehåller grundläggande regler som anger målen för all hälso- och sjukvård.

Av propositionen En ny hälso- och sjukvårdslag (prop. 2016/17:43)[41] framgår att trots den ursprungliga intentionen att HSL skulle vara en målinriktad ramlag har HSL kommit att omfatta vissa bestämmelser som är relativt detaljerade. Det framgår vidare att det i Patientmaktsutredningens direktiv[42] konstaterades att lagen som helhet i sin nuvarande utformning är ålderdomlig och i vissa fall otydlig samt att den har en svåröverskådlig struktur. Det konstaterandes också i nämnda proposition att arbetet med en ny patientlag och följdändringarna till HSL riskerade att bidra ytterligare till bristerna i HSL. Detta ledde fram till en översyn av HSL. Av direktiven[43] till denna översyn framgår att lagen fortsatt ska vara en ramlag med generella

[39] Regelverket besår av mer än 250 författningar, lagar, förordningar och föreskrifter.
[40] En ramlag anger målet med lagen vilket innebär att bestämmelserna i lagen inte i detalj reglerar vad som ska gälla. Den anger endast ramen för lagen på ett mer övergripande sätt. Detaljregleringen överlämnas åt regeringen som i sin tur kan överlämna ansvaret till en myndighet (statlig eller kommunal).
[41] Kommittédirektiv (dir. 2011:25).
[42] Prop. 2016/17:43.
[43] Kommittédirektiv (dir. 2012:113).

bestämmelser om organisation utan några förändringar av rådande ansvarsförhållanden inom hälso- och sjukvården. Valet att införa HSL som ramlag har kritiserats då det ansågs att lagen behövde en tydligare reglering rörande kvalitets- och patientsäkerhetsfrågor. Det dröjde dock fram till 1997 innan kravet på systematisk och fortlöpande kvalitetssäkring infördes i HSL och fram till år 2003 innan vårdgivare blev skyldiga att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.[44]

De hälso- och sjukvårdshuvudmän som ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård är inte enligt lag skyldiga att kvalitetssäkra vården i de fall de inte själva bedriver verksamhet. Skyldigheten att enligt 5 kap. 4 § HSL, systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamheten riktar sig endast till vårdgivare i egenskap av ansvariga för hälso- och sjukvårdsverksamheten.

> ”Med huvudman avses i denna lag den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet” (2 kap. 2 § HSL).

1 kap. Innehåll och tillämpningsområde

Av 1 kap. 1 och 2 §§ framgår att HSL innehåller bestämmelser om hur hälso- och sjukvården ska organiseras och bedrivas och att lagen gäller för samtliga vårdgivare samt regioner och kommuner som huvudmän samt för kommuner som inte ingår i en region enbart i de fall det inte är särskilt föreskrivet.

3 kap. Allmänt

Målet med hälso- och sjukvården är enligt 3 kap. 1 §, en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilde människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Hälso- och sjukvården ska enligt 3 kap. 2 § även arbeta för att förebygga ohälsa.

4 kap. Organisationen

Av 4 kap. 1 och 2 §§ framgår att offentligt finansierad hälso- och sjukvård ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet samt att det i verksamheten ska finnas någon som är ansvarig för densamma, en verksamhetschef.

Verksamhetschefens ansvar

Socialstyrelsen understryker på sin webbplats[45] att det är verksamhetschefen som har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose

[44] Axelsson. Patientsäkerhet och kvalitetssäkring i svensk sjukvård (2011).
[45] Socialstyrelsen. Hämtad 2024-04-30 från hemsida.

patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Beträffande de som ansvarar för anmälan av händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada[46] bör en sådan person enligt Socialstyrelsen[47] ha sådan ställning i organisationen att han eller hon kan överblicka och påverka det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

5 kap. Verksamheten

Där det bedrivs hälso- och sjukvård i Sverige ska det enligt 5 kap. 2 § HSL finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Med god vård menas enligt 5 kap.1 § att den är av god kvalitet med en god hygienisk standard och att den tillgodoser patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet samt att den bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främjar goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och är lätt tillgänglig. Därutöver anges i 5 kap. 4 § att kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

5 kap. 4 § och dess förarbeten

Bestämmelsen i 5 kap. 4 § HSL som understryker vikten av vårdgivarens ansvar att kvalitetssäkra verksamheten motsvarar enligt propositionen En ny hälso- och sjukvårdslag (2016/17:43)[48] 31 § i den tidigare hälso- och sjukvårdslagen. Förslagen till bestämmelsen återfinns i proposition 1995/96:176 s. 53 och 104. Där anges bl.a. att bestämmelsen är ny för HSL och att ingen av remissinstanserna avstyrker den.

Av remissvaren framgår att *Svenska Läkarsällskapet* välkomnade förslaget och lyfter fram att det i många anmälningsärenden framkommer allvarliga resursmässiga brister som bidragit till felaktig medicinsk handläggning, där den enskilde yrkesutövaren ställts till svars men då huvudmannen inte kunnat fällas. Läkarsällskapet föreslog därför ett tillägg till lagen. *”Den som bedriver hälso- och sjukvård skall också tillse att det finns organisatoriska och resursmässiga förutsättningar för att varje anställd skall kunna delta i kvalitetsarbetet.”* Bestämmelsen i enlighet med ovan, 5 kap. 4 § HSL, gäller för all hälso- och sjukvård. I nämnda proposition anges vidare att kravet i första punkten 2a den äldre HSL motsvarar 5 kap. 2 § HSL och innebär att vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Detta bedöms i propositionen innebära att hälso- och sjukvården ska hålla en god personell och materiell standard och bedrivas av personal med adekvat utbildning och med behövlig teknisk ut rustning i ändamålsenliga lokaler samt att dessa krav är av avgörande betydelse för vårdens kvalitet och patientsäkerhet. Vad gäller personalens

[46] 1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ”Med vårdskada avses i denna lag lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunna undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.”
[47] Socialstyrelsens allmänna råd till den gemensamma författningen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m. m. (1996:787).
[48] Prop. 2016/17:43.

antal och kompetens, lokalernas utseende eller vilken utrustning som behövs anges att detta får avgöras från fall till fall.

Regeringen ansåg att ett väl fungerande system för kvalitetssäkring och utveckling skulle skapa bättre förutsättningar för tillsynen på så sätt att behovet av direktverkande insatser blir mindre och utrymmet för en mer övergripande till blir större.

Vårdgivarens ansvar för kompetensförsörjningen

I enlighet med vad som ovan nämnts (se rubriken 5 kap. 4 § och dess förarbeten) ansvarar vårdgivaren för att hälso- och sjukvårdsverksamheten bedrivs på sådant sätt att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självmedbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvården. För att möjliggöra detta krävs tillgång till kompetent personal i förhållande till de arbetsuppgifter som ska utföras. Vårdgivaren har därför krav på sig att ha ett ledningssystem[49] för att bl. a. enklare kunna bedöma och planera verksamheten.

Bemyndiganden från riksdag och regering

I det följande redogörs för de bemyndiganden som är aktuella för uppdraget.

Av regeringsreformen (1974:152), RF, framgår följande:

Riksdagen är den som meddelar föreskrifter genom lag och regeringen genom förordning. Föreskrifter kan även, efter riksdagens eller regeringens bemyndigande, meddelas av andra myndigheter än regeringen och av kommuner.[50]

Bestämmelserna i 8 kap. 10, 11 och 12 §§, RF reglerar föreskrifter som meddelas av andra än riksdagen och regeringen enligt följande.

Om riksdagen bemyndigar regeringen att meddela föreskrifter i ett visst ämne, kan riksdagen också medge att regeringen bemyndigar en förvaltningsmyndighet eller kommun att meddela föreskrifter i ämnet. Regeringen får även bemyndiga myndigheter under regeringen eller någon av riksdagens myndigheter att meddela föreskrifter enligt 8 kap. 7 §, RF. Ett bemyndigande till riksdagens myndigheter får dock inte gälla förhållanden inom riksdagen eller dess myndigheter.[51] Föreskrifter som en myndighet med stöd av bemyndigandet enligt kapitlets 10 eller 11 § kan prövas av regeringen om regeringen bestämmer det.

[49] 5 kap. 4 § HSL och Socialstyrelsens föreskrifter (2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
[50] 8 kap. 1 § RF (1974:152).
[51] Lag (2010:1408).

Patientsäkerhetslagen (2010:659) och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) är s.k. ramlagar som anger målet med bestämmelserna men inte i detalj reglerar vad som ska gälla. Dessa anger endast ramen för respektive lag på ett övergripande sätt. Detaljregleringen överlämnas åt regeringen som i sin tur kan överlämna vissa frågor till myndigheter (statliga och kommunala). Regeringen är med andra ord bemyndigad att meddela föreskrifter i vissa, i respektive lag, angivna frågor.

Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL

Av 3 kap. 11 § framgår att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vilka moment som ska ingå i vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete. Genom bestämmelsen i 8 kap. 5 § 1 p. patientsäkerhetsförordning (2010:1369) bemyndigas Socialstyrelsen att meddela föreskrifter om vilka moment som ska ingå i vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete enligt 3 kap. PSL.[52]

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL

I hälso- och sjukvårdslagens 6 kap. 2 § 4 p. anges att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda.

Bestämmelsen ger regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer rätt att meddela föreskrifter om hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda. Av förarbetena[53] till HSL framgår följande.

> ”Utredningen framhåller att beträffande bemyndiganden till regeringen bör de hänsyn beaktas som den kommunala självstyrelsen kan kräva. Bemyndiganden som berör kommunal verksamhet bör ske med försiktighet och inte göras vidare än nödvändigt (prop. 2009/10:80 s. 223 f.). Det befintliga bemyndigandet om bedrivande av hälso- och sjukvårdsverksamhet i övrigt har funnits i HSL sedan lång tid tillbaka. Det har inte föranlett mer än ett fåtal föreskrifter från regeringens sida. Det finns således inte något som tyder på att kommunernas självstyrelse inom hälso- och sjukvårdsområdet har urholkats genom bemyndigandet. Utredningen understryker även att utvecklingen inom hälso- och sjukvårdens område kan vara snabb och svårförutsägbar, vilket motiverar något vidare bemyndiganden än inom många andra områden.”

[52] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF 2017:40). Föreskriften som reglerar 3 kap. har upphört. SOSFS 2011:9 ska tillämpas gällande 3 kap.
[53] Prop. 2016/17:43.

Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF

Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) HSF, innehåller kompletterande bestämmelser till HSL. Förordningens 8 kap. innehåller de bemyndiganden som har bärighet på rådets uppdrag från regeringen som ska innehålla en redogörelse för ansvarsfördelningen för kompetensförsörjningsfrågor mellan vårdhuvudman och staten.

8 kap. Övriga bemyndiganden

> ”1 § Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om hälso- och sjukvård som behövs till skydd för enskilda.”

Regeringen bemyndigar härmed vidare till Socialstyrelsen att meddela de föreskrifter *som behövs* om hälso- och sjukvård till skydd för enskilda.[54] Bestämmelsen är vidsträckt och ger Socialstyrelsen stora möjligheter att meddela föreskrifter som har betydelse för enskildas skydd inom hälso- och sjukvården. Regeringen kan begära att en myndighets föreskrifter prövas innan dessa träder ikraft.[55]

> ”2 § Socialstyrelsen får meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för verkställigheten av 5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).”

Bestämmelsen ger Socialstyrelsen rätt att meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för att säkerställa att kvaliteten i hälso- och sjukvårdsverksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas. Här har regeringen särskilt pekat ut kravet på ledningssystem i 5 kap. 4 § HSL. Regeringen har särskilt understrukit att Socialstyrelsen har rätt att meddela de föreskrifter som behövs för tillämpningen av bestämmelserna.

Av förarbetena till en reformerad grundlag[56] framgår följande.

> ”Till skillnad mot nuvarande reglering innebär förslaget att delegation av rätten att meddela offentligrättsliga föreskrifter är tillåten om inte regeringsformen uttryckligen förbjuder det. En fördel med en sådan ordning är att det blir lättare för en läsare att avgöra vad som gäller för regeringens möjligheter att meddela föreskrifter. Vidare minskar behovet att lägga ned tid på att utreda under vilken punkt i 8 kap. 7 § RF som ett avsett bemyndigande kan hänföras.”

[54] Se 6 kap. 2 § 4 p.
[55] Se 8 kap. 12 § Regeringsformen (RF).
[56] Prop. 2009/10:80. En reformerad grundlag.

Statens ansvar

Inspektionen för vård och omsorg

Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Inspektionens för vård och omsorg, förkortad IVO, är den statliga myndighet som har i uppdrag att kontrollera att regionerna och kommunerna vidtar de åtgärder som krävs för att säkerställa en god och säker vård utifrån gällande bestämmelser. Detta framgår av lagens 7 kap. 1 §.

1 kap. inledande bestämmelser

Patientsäkerhetslagen (2010:650), förkortad PSL, är en ramlag som syftar till att främja en hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården och därmed jämförlig verksamhet. Detta ansvarar vårdgivaren ytterst för. PSL reglerar vad regioner är skyldiga att erbjuda patienterna. Enligt första kapitlets 2 och 3 §§ definieras hälso- och sjukvård som den verksamhet som bl. a. omfattas hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, och med vårdgivare menas statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, regionen eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård.

3 kap. Vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete

Kapitel 3 PSL reglerar vårdgivarnas ansvar för att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Av 1 § framgår att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till kravet på att god vård ges i enlighet med HSL. Vårdgivaren ska enligt 2–3 §§ vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador och utreda händelser som har medfört eller hade kunnat leda till en vårdskada. Vårdgivaren ska även ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet (4 §). Enligt 5, 6 och 7 §§ är vårdgivaren även skyldig att anmäla, händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada, till IVO. Sådan anmälan ska göras omgående efter det att händelser inträffat. Vårdgivaren ska också i enlighet med 8 § informera patienten som drabbats av en vårdskada.[57] Av 9 § framgår att vårdgivaren är skyldig att dokumentera hur det organisatoriska ansvaret är fördelat inom verksamheten. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer

[57] Anmälningsplikten avser följande. Att det inträffat en händelse som har medfört en vårdskada, vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen, vårdgivarens skyldighet att hantera klagomål och synpunkter, patientnämndens skyldighet att hantera klagomål och synpunkter enligt 2 § första stycket lagen (2017:372) om stöd vid klagomål och att får sina klagomål besvarade av vårdgivare, möjligheten att anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg enligt 7 kap. 10 § och möjligheten att begära ersättning enligt patientskadelagen (1996:1999) eller från läkemedelsersättningen.

får enligt 11 § meddela föreskrifter om vilka moment som ska ingår i vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete.

Förarbeten till 3 kap. PSL

Av förarbetena till PSL framgår att bestämmelserna i 3 kap. 1–4 §§ är nya i förhållande till LYHS[58], som är upphävd och föregångaren till PSL. Genom paragraferna fastställs för första gången att det är vårdgivaren som ansvarar för att kravet på god vård upprätthålls. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten i syfte att upprätthålla kraven på god vård. Det innebär att vårdgivaren ska ha en fastställd plan med en beskrivning av vilka de åtgärder som behövs för att förebygga vårdskador. Det ska också finnas uppföljningsbara mål och en redovisning av hur uppföljningen ska göras. Att kontrollera verksamheten innebär exempelvis att fortlöpande granska att uppdrag fullgörs samt att processer och rutiner finns i tillräcklig omfattning och att de efterlevs.[59] Det ska ske dels genom en utredningsskyldighet för det fall det inträffar en vårdskada, dels genom att utredningens syfte är att klarlägga vad som hänt så att vårdgivaren får ett underlag som kan ligga till grund för förbättringsåtgärder. Bestämmelsen i 4 § ålägger vårdgivarna att på olika sätt engagera patienter och närstående till dessa i patientsäkerhetsarbetet.

Bestämmelsen i 3 kap. 8 §, som inte hade någon motsvarighet i LYHS, innehåller från och med den 1 januari 2018 två nya punkter gällande vårdgivares ansvar för hantering av patienters klagomål och patientnämnders uppgift att fungera som ett stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården genom att Patientskadenämnden[60] ska hjälpa patienter att föra fram klagomål och att få sina klagomål besvarade av vårdgivaren. Bestämmelsens femte punkt hänvisar till möjligheten att anmäla klagomål till IVO enligt 7 kap. 10 § PSL, där det framgår att IVO efter anmälan ska pröva klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal. Anmälan får göras av den patient det gäller eller, om patienten inte kan anmäla saken, en närstående till honom eller henne.

Vårdgivarens dokumentationsskyldighet avseende hur det organisatoriska ansvaret är fördelat inom verksamheten framgår av 3 kap. 9 § PSL. Bestämmelsen syftar till att säkerställa att tillsynsmyndigheten samt även andra i verksamheten än den direkt berörda personalen kan få kännedom om hur ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat. Vårdgivares skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete innebär att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Det betyder bl. a. att vårdgivaren ska se till att de som arbetar i verksamheten har rätt kompetens för sina arbetsuppgifter och att de i övrigt fullgör sina åligganden på korrekt sätt. I

[58] Lagen (1998:531) om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område.
[59] Prop. 2009/10:210.
[60] Bestämmelser om rätt till patientskadeersättning och om Patientskadenämnden finns i patientskadelagen (1996:779).

vårdgivarens ansvar ligger att se till att eventuella brister i kunskap eller kompetens hos personalen åtgärdas genom lämplig fortbildning.

Skälen till att bestämmelser om vårdgivarens ansvar infördes i PSL

Ur propositionen 2009/10:210, Patientsäkerhet och tillsyn, framgår att regeringen föreslagit att vårdgivaren ska vara skyldig att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls. Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador samt ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet. Som skäl till förslaget beskriver regeringen i propositionen att det i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, och tandvårdslagen (1985:125), förkortad TvL, finns bestämmelser om att hälso- och sjukvården respektive tandvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård och tandvård. Lagarna innehåller också bestämmelser om att kvaliteten i verksamheterna systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Gemensamt för dessa bestämmelser är emellertid, enligt propositionen, att de var mycket allmänt hållna. Det framgick inte vad vårdgivaren ska göra för att uppnå en hög patientsäkerhet i verksamheten. Det fanns heller inte några direkta sanktionsmöjligheter knutna till bestämmelserna. Vidare framgår ur propositionen att de sanktionsmöjligheter som då fanns när det gäller vårdgivare som inte uppfyller kraven på god vård eller god säkerhet var de dåvarande bestämmelserna i 6 kap. 13 och 15–17 §§ lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS). Dessa reglerar möjligheten för Socialstyrelsen att förelägga vårdgivare att avhjälpa missförhållanden (13 §) och att under vissa omständigheter helt eller delvis förbjuda en verksamhet (15–17 §§). Det är dock enligt propositionen oklart om bestämmelserna var möjliga att tillämpa bara på den grunden att vårdgivaren saknar ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. I propositionen slogs fast att det i varje fall torde 16 § förutsätta att det föreligger en konkret fara för patienters liv, hälsa eller personliga säkerhet. I stort sett samtliga övriga bestämmelser i LYHS tog sikte på enskilda yrkesutövare och det var också bestämmelserna i denna lag som enligt propositionen aktualiserades när Socialstyrelsen eller Hälso- och sjukvårdens an svarsnämnd (HSAN) skulle utreda anmälningar mot hälso- och sjuk vården. Regeringen anser enligt propositionen att det finns skäl att i lag ange vad vårdgivarna ska göra för att leva upp till kraven på att vården ska vara säker för patienterna. En motsvarande reglering beträffande ledningens ansvar för att den verksamhet som bedrivs är säker fanns sedan länge på bl. a. arbetsmiljöområdet. Regeringens uppfattning i propositionen var att bestämmelserna borde föras in i ett kapitel om vårdgivarens ansvar och skyldigheter i den föreslagna patientsäkerhetslagen eftersom man då skulle få en samlad reglering av de bestämmelser som direkt syftar till att säkerställa hög patientsäkerhet. För att leda komplexa verksamheter som hälso- och sjukvård och tandvård så att de uppfyller HSL:s och TvL:s krav på god vård krävs för det första systematisk

planering, ledning och kontroll av att verksamheten bedrivs på avsett sätt. Att vårdgivaren regelbundet följer upp verksamhetens planering, utförande, resultat och förbättringsåtgärder är enligt regeringen av stor betydelse, men inte tillräckligt. Vårdgivaren måste för det andra fortlöpande undersöka vilka risker som finns i verksamheten samt vidta de åtgärder som är nödvändiga för att undanröja riskerna eller, om det inte går, hålla dem under kontroll. Detta ställer krav på ett system för insamling av iakttagelser och information om risker. Hur vårdgivaren ska organisera detta system bör ankomma på vårdgivaren själv att avgöra. Att vårdgivaren enbart förlitar sig på information om avvikelser som hälso- och sjukvårdspersonalen enligt nuvarande 2 kap. 4 § LYHS är skyldiga att rapportera bör dock inte anses tillräckligt för att vårdgivare ska anses ha fullgjort det åliggande som följer av bestämmelserna. Det finns många andra sätt att inhämta information med betydelse för patientsäker hetsarbetet, exempelvis intervjuer med eller enkäter till patienter och regelbundna observationer av vårdverksamheten för att t.ex. mäta följsamhet till fastställda rutiner. Likaså bör i patientsäkerhetsarbetet ingå att ta del av och beakta ärenden som behandlats i patientnämnder, hos Socialstyrelsen och av Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF). Detta för att överväga om liknande händelser skulle kunna inträffa i den egna verksamheten. Vid bedömning av huruvida vårdgivare uppfyller sin skyldighet enligt bestämmelserna bör hänsyn tas till verksamhetens karaktär. Vissa verksamheter är mer riskfyllda än andra, varför högre krav kan ställas på att vårdgivare i sådana verksamheter har ett mer aktivt patientsäkerhetsarbete än i verksamheter där riskerna är få och konsekvenserna av negativa händelser är mindre allvarliga. Kan vårdgivaren visa att det finns ett väl fungerande system för att inhämta såväl intern som extern information om risker i den typ av verksamhet som vårdgivaren bedriver och att informationen används systematiskt och fortlöpande i patientsäkerhetsarbetet, bör kravet anses vara uppfyllt.

7 kap. PSL om Inspektionen för vård och omsorgs tillsyn, IVO

Inspektionen för vård och omsorgs, förkortad IVO, uppdrag att utöva den statliga tillsynen över hälso- och sjukvården grundar sig på att kraven på rättssäkerhet och tillgång till en god vård är av sådan avgörande betydelse för den enskilde att den måste kunna kontrolleras[61].

IVO, är enligt 7 kap. 1 §, PSL tillsynsmyndighet över både hälso- och sjukvården och dess personal. Av kapitlets 3 § framgår att tillsynen innebär granskning av att verksamheten och personalen uppfyller gällande krav och mål enligt lagar och föreskrifter samt att tillsynen främst ska inriktas på granskning av att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter enligt lagens 3 kap.[62] Enligt 7 kap. 4 § ska IVO inom ramen för sin tillsyn lämna råd och vägledning, kontrollera att brister och missförhållande avhjälps och informera och ge råd till allmänheten. IVO ska enligt 7 kap. 6 §

[61] Prop. 2009/10:210.
[62] 7 kap. 3 § 2 stycket, PSL

kontinuerligt samverka med patientnämnderna och systematiskt tillvarata information som patientnämnden lämnar enligt 7 § lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården. Enligt 7 kap. 8 § ska IVO säkerställa att händelser som har anmälts till myndigheten enligt 3 kap. 5 § PSL utretts i nödvändig omfattning och att vårdgivaren har vidtagit de åtgärder som krävs för att uppnå hög patientsäkerhet. Enligt 3 kap. 5 § PSL framgår att vårdgivaren är skyldig att till IVO anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada[34]. IVO ska efter anmälan enligt 10 § pröva klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal. Enligt 11 § begränsas IVO:s skyldighet att pröva patienters klagomål till att avse, kroppslig eller psykiskt skada eller sjukdom som uppkommit i samband med hälso- och sjukvård och som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit, tvångsvård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk tvångsvård eller isolering enligt smittskyddslagen (2004:168) och händelser i samband med hälso- och sjukvård som allvarligt och på ett negativt sätt påverkat eller hotat patientens självbestämmande, integritet eller rättsliga ställning. IVO ska först förvissa sig om att berörd vårdgivare har fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter enligt 3 kap. 8 b § innan prövning får ske. IVO får utreda patienters klagomål även om punkterna 1–3 inte är uppfyllda. Bland myndighetens sanktionsmöjligheter återfinns i 7 kap. PSL, föreläggande (20 och 24 §§) och förbud (26–28 §§) vilka endast får användas när verksamheten inte uppfyller de krav som framgår av lagar och andra föreskrifter. Av 7 kap. 24 § framgår att ska IVO förelägga vårdgivaren om denne inte fullgjort sina skyldigheter enligt 3 kap. PSL om det finns skäl att befara att underlåtenheten medför fara för patientsäkerheten. Ett beslut om föreläggande får enligt bestämmelsen förenas med vite.

Patientsäkerhet och tillsyn

Regeringens förslag i propositionen Patientsäkerhet och tillsyn innebär att om en vårdgivare inte fullgör sina skyldigheter enligt 3 kap. PSL, beträffande systematiskt patientsäkerhetsarbete och om det finns skäl att befara att underlåtenheten medför fara för patientsäkerheten eller säkerheten för andra, ska Socialstyrelsen som huvudregel utfärda ett föreläggande med eventuellt vite för vårdgivaren att fullgöra sina skyldigheter.[63]

Skälet till förslaget är följande.

> ”Det åligger sedan lång tid tillbaka att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete och sedan år 2005 finns en myndighetsföreskrift (SOSFS 2005:12) som bl. a. ställer krav på att det i alla hälso- och sjukvårdsverksamheter ska finnas ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. Patientsäkerhetsutredningen har funnit att många vårdgivare fortfarande inte uppfyller nämnda

[63] Prop. 2009/10:210. Patientsäkerhet och tillsyn.

> författningskrav. Utredningen ger vid handen att det finns en osäkerhet beträffade vilka möjligheter Socialstyrelsen har att ingripa mot vårdgivare som underlåter att uppfylla nämnda krav."

Regeringen konstaterar i nämnda proposition att de viktigaste faktorerna för ökad patientsäkerhet är att vårdgivarna bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och pekar på att fler vårdgivare också tar sitt ansvar men att det fortfarande finns de som inte har något systematiskt arbete överhuvudtaget. Regeringen menar mot bakgrund av att patienters liv och hälsa står på spel att det är angeläget att samtliga vårdgivare tar sitt ansvar omgående och att "det inte får ta flera år och kräva påstötning efter påstötning från Socialstyrelsen."

IVO:s tillsyn i praktiken

IVO:s uppgift är att granska om den enskilde får en god och säker vård genom att granska hur vården utför sitt ansvar i förhållande till hälso- och sjukvårdslagen.[64] IVO granskar också vilka förutsättningar vårdgivarna har för att kunna leverera kvalitet och säkerhet. Detta innebär bl.a. att personalen har rätt kompetens för sitt uppdrag och om det finns ett systematiskt kvalitetsarbete på plats. I rapporten Vad har IVO sett 2017[65] konstaterar IVO att iakttagelserna från årets tillsyn känns igen från tidigare år det vill säga att problemen inom många områden kvarstår. De utmaningar som fortfarande rör kompetensförsörjning och samverkan inom vården är enligt IVO särskilt oroande eftersom det utsätter den enskilde för risker. De brister som IVO särskilt vill lyfta i rapporten är:

- Kompetensförsörjningen – det är svårt att behålla och rekrytera personal med rätt kompetens inom vården.
- Samverkan med den enskilde i fokus – den enskilde får ta ett allt för stort ansvar för att samordna sina vårdinsatser.
- Den enskildes behov och önskemål – vården utformas inte alltid med den enskilde i fokus.

Sammanfattningsvis fastslår IVO att den absoluta majoriteten av 2017 års iakttagelser inom hälso- och sjukvården består av brister i förhållande till kompetensförsörjningen. De konstaterar vidare att bristen på personal med rätt kompetens, det vill säga kompetens som krävs för de arbetsuppgifter som medarbetarna är satta att utföra, leder till en rad olika konsekvenser som på olika sätt drabbar den enskilde både direkt och indirekt. Det kan handla om felbehandlingar, brist på vårdplatser, utebliva uppföljningar, felplaceringar, långa väntetider, en ansträngd arbetssituation för hälso- och sjukvårdspersonalen och så vidare.

---

[64] 5 kap. 1 § HSL "Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls."
[65] Inspektionen för vård och omsorg. Vad har IVO sett 2017? De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 2017 (2018-8).

Vid en uppföljning av vad IVO sett 2023[66] framgår att kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården fortsatt är en stor utmaning. Det handlar bl.a. om bristande tillgång på vårdpersonal, särskilt sjuksköterskor och erfaren personal inom andra yrkesgrupper, vilket leder till att vårdplatser inte kan användas och därför hålls stängda. Därtill konstaterar IVO att en stor utmaning rörande bemanning och personalförsörjning handlar om bristande personalkontinuitet, vilket IVO har sett i tillsynen av SÄBO. Vidare ökar bristande personalkontinuitet risken för att dokumentationen blir lidande i en situation där den är särskilt betydelsefull. IVO har i tillsynen konstaterat allvarliga brister i dokumentationen, vilket riskerar medföra särskilt negativa effekter på patientsäkerheten när personalkontinuiteten brister.

Två tillsynsärenden, 2017

IVO har i tidigare tillsynsärenden uppmärksammat allvarliga brister i förhållande till patienters säkerhet på akutvårdsmottagningar, förkortad akutmottagningen. Mot denna bakgrund valdes ett antal akutvårdsmottagningar ut för granskning av patientsäkerheten för de svårast sjuka patienterna där en läkare fattat beslut om att patienten ska läggas in på sjukhuset och patienten vårdas på akutmottagningen i väntan på plats på vårdavdelning. Syftet med tillsynen var att granska hur vården och omsorgen säkerställs i övergången mellan akutmottagning och sluten vård på akutsjukhusen. I det följande redogörs för två tillsynsärenden avseende dels akutmottagningen på Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge, dels akutmottagningen på Södersjukhuset AB i Stockholm.

Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge

Vid det oanmälda tillsynsbesöket den 9 mars 2017 intervjuades läkare, chefer, sjuksköterskor och undersköterskor. Det framkom då att patienter som ska läggas in på sjukhuset vårdas dagligen på akutmottagningen för att det saknas vårdplatser på sjukhuset. Det är inte ovanligt att vistelsen på akutmottagningen uppgår till mer än ett dygn innan patienten får en vårdplats. IVO uppmärksammade följande vid sitt tillsynsbesök.[67]

- Patienter var i avvaktan på vårdplats på sjukhuset placerade i korridorer utan larmanordning.

Vid inspektionen bedömde IVO att det generellt inte fanns någon lugn plats på akutmottagningen. De allvarligast sjuka patienterna som behövde övervakas placerades så att personalen kunde se dem från ”disken”. Enligt personalens utsagor behöver korridorsplacerade patienter och deras anhöriga ropa på hjälp vid behov. Vid IVO:s inspektion av lokalerna förekom många korridorsplacerade patienter som saknade säng och larmanordning. Britsarna utgjorde även ett hinder för att passera förbi i korridoren med olika

[66] Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Vad har IVO sett 2023 (2024-02).
[67] SOU 2018:77. Framtidens specialistsjuksköterska. Ny roll, nya möjligheter.

medicintekniska produkter som EKG och rullstolar med mera. Sammantaget gjorde IVO bedömningen att patienternas behov av en lugn och trygg miljö inte kan mötas i en korridor på en akutmottagning.

Behovet av mat, dryck, läkemedel och omvårdnad var inte till godosett i tillräcklig omfattning. Att tillgodose patienternas behov av omvårdnad, mat, dryck och läkemedelshantering beskrivs i intervjuerna med sjukvårdspersonalen som resurskrävande. Läkemedel som patienten, i vanliga fall tar kontinuerligt, kan inte alltid administreras på grund av att de inte ingår i akutmottagningens sortiment. Vid intervjuerna beskrev personalen läkemedelsortimentet som begränsat och att hämta läkemedel via olika slutenvårdsavdelningar är tidskrävande. Patienter som legat kvar över natten får frukost men möjligheten men möjligheten till mat i övrigt är begränsad.

Stabsläge vid akutmottagningen

Den 7 mars 2018 försattes akutmottagningen vid Karolinska universitetssjukhus i stabsläge. Anledningen till stabsläget var att sjukhuset vid tillfället hade en beläggning på 112 procent samt att ett antal patienter med inläggningsbeslut fått tillbringa natten på akut mottagningen. I praktiken innebär stabsläget att sjukhuset öppnar upp fler vårdplatser än normalt, och i samråd med HR-avdelningen ser över olika lösningar som lön, arbetstid och extrapersonal.[68] Stockholms läns landsting skriver följande i ett pressmeddelande som publicerades 2018-03-07: Besöksantalet till akutmottagningarna varierar över veckan och när besökstoppar sammanfaller med luckor i bemanningen blir trycket extra högt på de medarbetare som är i tjänst. [69] Statistiken visar att besöken minskar totalt sett på akutmottagningarna men brist på vårdplatser på grund av svårigheter att bemanna, tillsammans med svårigheter att skriva ut patienter till den geriatriska vården har gjort att trycket ändå blivit högt. Den geriatriska vården har i sin tur patienter som väntar på att tas omhand av den kommunala vården. Stabsläge innebär att nyckelfunktioner i verksamheterna följer händelseutvecklingen och vid behov kan fatta snabba beslut.

Södersjukhuset AB

Vid det oanmälda tillsynsbesöket den 9 mars 2017 observerades lokaler och intervjuer med hälso- och sjukvårdspersonalen hölls. Vid intervjuerna framkom att patienternas behov av en god och säker vård inte kan upprätthållas optimalt på akutmottagningen. Patienter placeras i korridorer utan larmanordning i väntan på vårdplats, i vissa fall längre än ett dygn. IVO bedömer att patienternas behov av en trygg miljö inte kan tillgodoses. IVO bedömer även att behovet av mat, dryck, läkemedel och omvårdnad inte kan tillgodoses fullständigt. IVO bedömer att vårdgivaren inte lever upp till sin

[68] Läkartidningen. Stabsläge på Karolinska i Huddinge (2018:115 E4FH).
[69] Stockholms läns landsting. Nyhet, hälsa och vård, publicerat 2018-03-07.

skyldighet att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls.[70] IVO anser vidare att det systematiska patientsäkerhetsarbetet enligt 5 kap. i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, kan förbättras.

I sitt beslut den 30 november 2017 skriver IVO att:

- Många patienter ligger i korridoren eller bås i väntan på vårdplats.

I korridoren finns ingen larmanordning, patienter och anhöriga får ropa på hjälp vid behov. Södersjukhusets korridorer är trånga och framkomligheten är begränsad. Det finns generellt inte någon lugn plats på akutmottagningen utan patienter placeras beroende på medicinisktillstånd och behov av lugn och ro. Sammantaget bedömer IVO att patienternas behov av en trygg miljö inte kan tillgodoses på akutmottagningen.

- IVO bedömer att behov av mat, dryck, läkemedel och omvårdnad inte kan tillgodoses fullständigt.

Flera i personalen som IVO intervjuade framförde en känsla av otillräcklighet eftersom det är svårt att hinna med omvårdnaden av patienterna på akutmottagningen. Matsortimentet är begränsat och det går i princip bara att erbjuda smörgås och näringsdrycker. Akutmottagningen har främst sådana läkemedel som behövs i en akut situation. Läkemedel som patienten i vanliga fall tar kontinuerligt, kan inte alltid administreras på grund av de inte ingår i akutmottagningens sortiment. Det förekommer att vissa ordinerade mediciner uteblir trots personalens försök att införskaffa de läkemedel som behövs.

Stabsläge vid akutmottagningen

Den 13 mars 2018 försattes Södersjukhuset i stabsläge. Stockholms läns landsting anger i ett pressmeddelande att orsaken till stabsläget var extrem belastning på akutmottagningen dygnen innan, vårdplatserna räckte inte till. Sjukhuset kunde inte bemanna så många vårdplatser som behövdes och många patienter väntade också på plats i den geriatriska vården. Väntan på vårdplats var längre än vanligt med resultatet att många patienter som behövde vidare vård först var tvungen att vänta på akutens observationsenhet och i korridorer.

[70] 3 kap. 1 § PSL.

Nationell sjukhustillsyn 2022

Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen

I januari 2022 inledde IVO, en sammanhållen tillsyn av den svenska sjukhusvården. IVO har inom ramen för tillsynen hittills granska 27 sjukhus och riktat kritik till samtliga.[71]

Den sammantagna bilden är att läget är allvarligt. IVO kan konstatera att patientsäkerheten inte kan säkras. Det handlar om utbredd korridorvård, dygnslånga väntetider, läkemedel som inte ges i tid eller inte alls, medicinsk övervakning som inte sker utifrån patientens behov. Inte heller sköts grundläggande hygien, nutrition och vätska.

Den medicinska resultaten i svensk sjukvård faller väl ut i internationella jämförelser, samtidigt som svensk vård presterar sämre än jämförbara länder gällande väntetider och antal vårdplatser. Svagheterna synliggörs i denna tillsyn och IVO konstaterar att situationen för patienterna på de granskade sjukhusen inte är godtagbar. Omställningen till att ge mer vård utanför sjukhusen och närmare patienterna, exempelvis inom primärvården och vid äldreboenden, går långsamt. Detta får konsekvenser för vårdplatserna på sjukhusen. IVO bedömer att regionerna dragit ner på vårdplatserna i alltför hög utsträckning på sjukhusen, utan att säkerställt att vården kan ges i andra delar av vårdsystemet.

En urholkad patientsäkerhet försvagar också beredskapen i sjukvården för att hantera kriser, katastrofmedicinska situationer eller krig. Om belastningen i ett normalläge är på så höga nivåer som konstaterats i IVO:s tillsyn, försvaga allvarligt förmågan att hantera krislägen.

Antalet vårdplatser måste motsvara befolkningens vårdbehov. De bakomliggande orsakerna behöver åtgärdas på flera plan; utbyggd primärvård, förbättrad äldreomsorg och bättre arbetsmiljö för vårdpersonalen.

IVO kommer i den fortsatta tillsynen att granska de åtgärder som regionerna vidtar. Om regionerna inte förbättrar lägen för patienterna vid akutsjukhusen inom rimlig tid har lagstiftaren givit IVO flera verktyg för att till stånd förändring till skydd för patienterna, däribland vitesföreläggande och förbud mot verksamhet.

Sammanfattningen visar att läget inom svensk sjukhusvård är allvarligt. Särskilt anmärkningsvärt är att problemen pågått under flera års tid. IVO tillsyn visar att de åtgärder som avkrävts vårdgivarna i många fall inte åtgärdats utan istället har problemen till och med förvärrats i vissa fall.[72]

[71] Inspektionen för vård och omsorg. Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen (2023–02).
[72] Inspektionen för vård och omsorg. Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen (2023–02).

Bakgrund

Av IVO:s delredovisning framgår att IVO i tillsynsbeslut under flera års tid riktat kritik mot vårdgivare för brister vid akutsjukhusen och begärt att åtgärder vidtas. Under 2021 genomfördes en uppföljningstillsyn som visade att problemen inte åtgärdats. Som en följd av detta bedömde IVO att det fanns behov av en sammanhållen tillsyn av sjukhusvården med fokus på disponibla vårdplatser och vårdpersonal. En nationell tillsyn inleddes således i januari 2022. Slutrapportering kommer att ske efter det att regionerna återkommit med återredovisning och åtgärder.

Mot bakgrund av tidigare tillsynsresultat, regionernas redovisningar samt öppen kritik från SKR:s beläggningsdata valdes totalt 27 sjukhus ut för en fördjupad tillsyn. Minst ett akutsjukhus per region och samtliga universitetssjukhus inkluderades i urvalet.

Samtliga 27 sjukhus har befunnits vara bristfälliga utifrån att lagar och andra föreskrifter inte följs. Utifrån detta har IVO fattat 24 beslut med konstaterande brister och krav på återredovisning och fyra beslut med föreläggande om vite. Totalt fattades 28 beslut för 27 sjukhus. Detta beror på att ett sjukhus[73] fått två beslut, ett beslut med krav på återredovisning och ett vitesföreläggande.

Beslut med föreläggande om vite enligt 7 kap 24 § PSL

Akademiska sjukhuset, Region Uppsala

IVO har konstaterat brister i vården av patienter på Akademiska sjukhuset under flera års tid. I tillsynsbeslut från år 2017, 2020, 2021 identifieras brister i vården av patienter på akutmottagningen som väntade på vårdplats. Regionen har i flera omgångar återredovisat till IVO att förbättringsåtgärder ska vidtas. Trots har tillsynen visat att läget inte förbättrats utan förvärrats över tid.

Utifrån uppgifter från inhämtade från inspektioner på sjukhuset, regionernas statistik, rutiner avseende tillgång till vårdplats och överbelastad akutmottagning, avvikelserapporter samt granskade patientjournaler att bristen på disponibla vårdplatser inom den somatiska slutenvården vid sjukhuset medför allvarliga brister och patientsäkerhetsrisker. IVO beslutade att vi vite om 20 miljoner kronor förelägga Region Uppsala att säkerställa 612 disponibla vårdplatser på Akademiska sjukhuset i Uppsala. Antalet vårdplatser bygger på regionens egen bedömning av behovet av en patientsäker vård. Region Uppsala överklagade beslutet till Förvaltningsdomstolen och därefter till Kammarrätten som upphävde IVO:s beslut i december 2022. Kammarrätten bedömde att IVO har grund för att förelägga regionen att vidta åtgärder, men att det saknas författningsstöd för

[73] Centrallasarettet i Växjö, Region Kronoberg.

IVO: krav om antal vårdplatser. IVO har överklagat Kammarrättens dom till Högsta förvaltningsdomstolen.

Sunderby sjukhus, Region Norrbotten

Vid en tillsyn 2017 identifierade IVO allvarliga patientsäkerhetsbrister på akutmottagningen vid Sunderby sjukhus. IVO har därefter återkommande påtalat brister vid sjukhuset i flera tillsynsbeslut. Regionen har trots återredovisningar inte kommit till rätta med problemen.

Bristen på disponibla vårdplatser på sjukhuset har resulterat i att patienter blir kvar under lång tid på akutmottagningen. De långa väntetiderna medför allvarliga patientsäkerhetsbrister. Som exempel kan nämnas att i en av de granskade avvikelserna med tillhörande patientjournal blev en patient med bröstsmärtor kvar på akutmottagningen i 23 timmar. I tillsynen framkommer även att sjukhuset inte följt upp hur lång tid patienter med beslut om inläggning har väntat på akutmottagningen i avvaktan på vårdplats samt att sjukhuset slutat att rapportera avvikelser för patienter som fått vänta längre än sex timmar på akutmottagningen. Att vårdas i korridoren är integritetskränkande och patientosäkert. Korridorsplatserna saknar utrustning för övervakning och möjligheter för patienterna att larma personalen. IVO:s bedömning är att det de långa väntetiderna och patientsäkerhetsbristerna vid akutmottagningen är en konsekvens av bristen på vårdplatser, vilket i sin tur lett till att akutmottagningen blivit överbelastad.

Läget vid Sunderby sjukhus har lett till allvarliga vårdskador och patientsäkerhetsbrister. Mot bakgrund av det allvarliga läget samt tidigare tillsynsbeslut beslutade IVO att vid vite om 10 miljoner kronor förelägga Region Norrbotten att säkerställa det antal vårdplatser som behövs inom den somatiska slutenvården för att tillgodose samtliga patienters behov. Antalet ska utgå från behov men inte understiga 180 vårdplatser. IVO:s beslut har vunnit laga kraft.

Sundsvalls sjukhus, Region Västernorrland

IVO har vid sin tillsyn under flera års tid uppmärksammat problem vid Sundsvalls sjukhus. Återkommande överbeläggningar och brist på vårdplatser har medfört allvarliga vårdskador, risker för allvarliga vårdskador och dödsfall. De åtgärder som Region Västernorrland vidtagit har inte lett till nödvändiga förbättringar.

IVO konstaterar i sin tillsyn att patienterna har placerats på avdelningar där personal inte har den medicinska kompetens som krävs eller vårdats i korridorer eller utrymmen som inte har den utrustning som inte har den utrustning som krävs. Äldre och sköra personer har exempelvis fått ligga på bårvagnar i upp till 15 timmar på akuten, utan mat och utan omvårdnad. Det har resulterat i vårdskador och dödsfall. IVO har vid sin tillsyn funnit att överbeläggningsgraden regelmässigt ligger på 130 procent.

IVO bedömer att situationen på Sundsvalls sjukhus inte är patientsäker och inte förenlig med god vård. Mot bakgrund av det allvarliga läget samt tidigare tillsynsbeslut har IVO beslutat att vid vite om 15 miljoner kronor förelägga Region Västernorrland att vidta åtgärder som medför att minst 219 disponibla vårdplatser tillgängliggörs. Beslutet har vunnit laga kraft.

Centrallasaretten i Växjö, Region Kronoberg

Utifrån oanmäld inspektion vid Centrallasarettet i Växjö konstaterade IVO följande.

Patienter som sökte till akutmottagningen togs inte emot i ett bemannat rum där vårdpersonal bedömde patientens tillstånd. Istället fick patienterna som kom till akutmottagningen välja en nummerlapp vid en köapparat. Den ena sortens nummerlapp (röd) skulle patienter med bröstsmärtor och andningsbesvär välja. Patienter med övriga sjukdomstillstånd skulle välja den andra sortens nummerlapp, en blå. I väntrummet fanns kameraövervakning utan ljud. Ansvarig personal som skulle ha översikt över hade även andra arbetsuppgifter och var ibland tvungen att lämna sin plats. IVO konstaterade att väntetiden vid akutmottagningen lång, ofta flera timmar.

Avsaknaden av bemanning för att ta emot akutpatienter utgör en allvarlig patientsäkerhetsrisk. Särskilt bland patienter med andningsbesvär. Om en patient med hotande ofri luftväg tar en kölapp och måste vänta på vård kan patienten vara död inom några minuter.

Utifrån den allvarliga patientsäkerhetsrisken beslutade IVO att förelägga Region Kronoberg att vid vite om 500 000 kronor senast inom nio dagar vidta åtgärder för att säkerställa patientsäkerheten i mottagandet av akutpatienter. Region Kronoberg genomförde åtgärder inom utsatt tid genom att bemanna mottagandet i väntrummet med vårdpersonal. IVO avslutade ärendet och ansökte inte om utdömande av vite. IVO:s beslut i denna del omfattade endast situationen kring kölappshanteringen. IVO:s tillsynsbeslut i sin helhet återfinns bland de sjukhus som förelagts om återredovisning enligt 7 kap. 20 § PSL.

Beslut om begäran om återredovisning, 7 kap. 20 § PSL

Vid 24 sjukhus har IVO identifierat patientsäkerhetsrisker och brist på disponibla vårdplatser. Vårdplatsbristen har lett till allvarliga vårdskador. IVO bedömer att vårdgivarna inte planerar, leder, och kontrollerar verksamheter på ett sätt som gör att kravet på god vård upprätthålls.

För samtliga 24 sjukhus har IVO därför fattat tillsynsbeslut som omfattar begäran till berörd region att till IVO återredovisa de åtgärder som vårdgivaren vidtagit eller planerar att vidta. Både på kort och lång sikt. Följande sjukhus har fått krav om återredovisning.

- Blekingesjukhuset Karlskrona, Region Blekinge
- Mälarsjukhuset, Region Sörmland
- Hallands sjukhus Varberg, Region Halland
- Gävle sjukhus, Region Gävleborg
- Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge, Region Stockholm
- Astrid Lindgrens barnsjukhus i Solna, Karolinska universitetssjukhuset, Region Stockholm
- Visby lasarett, Region Gotland
- Södersjukhuset AB, Region Stockholm
- Helsingborgs lasarett, Region Skåne
- Danderyds sjukhus AB, Region Stockholm
- Skånes universitetssjukhus, Malmö, Region Skåne
- Skånes universitetssjukhus, Lund, Region Skåne
- Universitetssjukhuset i Linköping, Region Östergötland
- Sahlgrenska universitetssjukhuset/Östra, Västra götalandsregionen
- Sahlgrenska universitetssjukhuset/Sahlgrenska, Västra götalandsregionen
- Centralsjukhuset, Karlstad, Region Värmland
- Universitetssjukhuset i Örebro, Region Örebro
- Falu lasarett, Region Dalarna
- Östersunds sjukhus, Region Jämtland Härjedalen
- Höglandssjukhuset i Eksjö, Region Jönköpings län
- Västmanlands sjukhus, Västerås
- Norrlands universitetssjukhus, Region Västerbotten
- Oskarshamns sjukhus, Region Kalmar län

Myndigheten vård- och omsorgsanalys, PM 2024:3

Vården ur befolkningens perspektiv

Myndigheten vård- och omsorgsanalys, i det följande myndigheten, har undersökt hur befolkningen över 18 år i Sverige upplever att vården fungerar och jämfört med nio andra OECD-länder[74]. Undersökningen är en del av den internationella enkätundersökningen International Health Policy Survey (IHP) som genomförs varje år.

2023 års undersökning riktade sig till befolkningen och i Sverige besvarades enkäten av 2 300 slumpmässigt utvalda personer över 18 år. Förutom Sverige ingår följande länder. Australien, Frankrike, Kanada, Nederländerna, Nya Zeeland, Schweiz, Storbritannien, Tyskland och USA i studien. Myndigheten sammanfattar studien med att svenskarna har sämre erfarenheter av vården än befolkningen i de andra länderna. I 2023 års enkät ställdes två nya frågor som handlar om orättvis behandling och om att inte bli tagen på allvar. Där fick Sverige sämst resultat av alla länder. Även på

[74] OECD – står för Organistion for economic Co-operation and Development med 38 medlemsstater med syftet att stimulera ekonomisk utveckling och världshandel.

frågan om hur många som har en ordinarie läkare i primärvården ligger Sverige sist med 32 procent som svarade att de inte har en ordinarie läkare. Näst sist är USA med 75 procent, medel är 80 procent och Nederländerna var bäst med 97 procent.

Sverige tillsammans med USA sticker dock ut när det gäller möjlighet till digital hälsoinformation. Svenska och amerikanska patienter har i störst omfattning tagit del av journal eller andra hälsouppgifter digitalt. Tyvärr var dock svenskarna också minst nöjda med sina distansbesök. [75]

Socialstyrelsens föreskrifter

Vårdgivaren är ansvarig för att det finns ett ledningssystem för hälso- och sjukvårdsverksamheten. Detta ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren är skyldig att anpassa ledningssystemet till verksamhetens inriktning och omfattning. Som allmänt råd till vårdgivare anges förslag på vad som kan ge stöd till ledningssystemet. Här nämns standarder, tekniska specifikationer och modeller för kvalitets- och verksamhetsutveckling.

I föreskriftens 4 kap. finns bestämmelser samlade som enligt Socialstyrelsen kan sägas utgöra grunden till det systematiska förbättringsarbetet. Dessa understryker vikten av att arbeta med riskanalyser, egenkontroll och klagomålshantering.

Socialstyrelsen bedömer att det i första hand är genom riskanalyser, egenkontroll och ett uppbyggt system för mottagande och hantering av synpunkter och klagomål, samt återföring av erfarenheterna från dessa aktiviteter, som vårdgivaren ska säkerställa såväl god kontroll över ifall verksamheten uppfyller ställda krav och mål (kvalitetssäkring) och då brister konstateras, underlag för kvalitetsutveckling. Brister som uppmärksammas i egenkontrollen eller genom klagomålshanteringen i den beskrivna verksamheten samt risker som uppmärksammas genom riskanalyserna ska medföra att åtgärder vidtas för att direkt undanröja hinder för att enskildas behov tillgodoses. Detta skulle kunna beskrivas som direkt kvalitetssäkring. Utöver detta ska uppmärksammade brister även medföra att förbättringar görs i ledningssystemets processer och rutiner. Det vill säga indirekt kvalitets- och utvecklingssäkring.

Socialstyrelsen har även tagit fram en handbok för tillämpningen av föreskrifterna (SOSFS 2011:9). Syftet med handboken är att ge ytterligare stöd för vad som krävs av vårdgivaren enligt föreskrifterna. Avsikten är inte att beskriva ett färdigt ledningssystem. Detta måste istället den som bedriver verksamheten arbeta fram så att det passar just den egna verksamheten.

[75] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Vård ur befolkningens perspektiv. International Health Policy Survey (IHP) 2023 PM (2024:3).

I konsekvensutredningen som föregick föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSF 2009:11) gör Socialstyrelsen den bedömningen att detta fordrar ett inrättande av ett styrsystem.[76] Som minimikrav för att en verksamhet är kvalitetssäkrad är att den uppfyller de krav och mål som ställs på verksamheten i lagar och andra föreskrifter. I konsekvensutredningen framkom även Socialstyrelsens tillsyn visat på tydliga brister gällande kravet att ha ett ledningssystem för att utveckla och säkra verksamheten. Genom att förtydliga föreskriften hoppades man på ett större genomslag för desamma.[77] Syftet med ledningssystemet är enligt Socialstyrelsen, endast att säkerställa att den som bedriver en verksamhet har en grundläggande struktur/arbetsmetodik som gör det möjligt att säkerställa att han eller hon har kontroll på vad som görs, varför det görs och att verksamheten utförs enligt en fastställd systematik som gör uppföljning möjlig.

Detta understryks i 7 kap. 3 § PSL där det framgår att IVO:s tillsyn utgår från att den verksamhet som granskas uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter. Bland dessa föreskrifter torde kravet på ett ledningssystem vara grundläggande då detta system är till för att hjälpa vårdgivaren att uppfylla övriga krav.

Socialstyrelsen konstaterade i utredningen att vissa verksamheter har kommit långt när det gäller kravet på ett ledningssystem. [78] En del verksamheter har skapat ledningssystem som de därefter låtit ett ackrediterat certifieringsorgan certifiera medan andra verksamheter ännu är i en uppbyggnadsfas.

Vissa bestämmelser för hälso- och sjukvårdens personal

HSL föreskriver att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler, de sjukvårdsprodukter och den övriga utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges (5 kap 2 §). Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659, PSL) ska hälso- och sjukvårdspersonalen utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter. Detta ansvar som personalen har innebär, enligt PSL, ingen inskränkning i vårdgivarens ansvar enligt denna lag eller annan författning.

[76] Socialstyrelsens utredning inför införandet av SOSFS 2011:9.
[77] Ibid.
[78] Ibid.

Därtill anges i samma lag att hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls.[79]

I Sverige finns inget generellt förbud mot att utöva yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område. Av Socialstyrelsens webbsida Vem gör vad i vården[80] framgår att det är upp till verksamhetschefen att besluta om den bemanning som ska råda. Samtidigt är vissa krav på kunskap och kompetens lagfästa inom hälso- och sjukvården. Riksdagen har även ställt sig bakom regeringens proposition som klargör att det endast är för yrkesgrupperna apotekare, barnmorska, läkare, receptarie och tandläkare som behörigheten att utöva yrket är förbehållen dem som har legitimation eller särskilt förordnande (4 kap. 4 § PSL). Vidare framgår av propositionen att legitimationen och skyddet för titeln ska bidra till att ge den enskilda patienten en säker och kompetent hälso- och sjukvård. En patient ska kunna förlita sig på att legitimationen borgar för en viss kompetens. Legitimation ska förbehållas sådana grupper av yrkesutövare som har en självständig yrkesfunktion med kvalificerade arbetsuppgifter och ett särskilt ansvar för patienternas säkerhet i vården och som i inte oväsentlig utsträckning vänder sig direkt till allmänheten, t.ex. i egenskap av fria yrkesutövare. De kriterier som ska beaktas vid bedömningen av om ett yrke ska omfattas av bestämmelserna om legitimation är: patientsäkerhet, yrkesrollens innehåll, utbildningsnivå och internationella förhållanden.[81]

Rådets iakttagelser för att attrahera och behålla personal

Givet ovanstående lagfästa krav, kan hälso- och sjukvårdens legitimerade personal svårligen ersättas med annan olegitimerad personal, vilket i sig belyser att vårdens kompetensförsörjning skiljer sig åt från branscher som saknar reglering för vem som får utföra arbetsuppgifterna, dvs där en person i högre utsträckning kan ersättas med en annan. Ännu svårare är det att ersätta legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal med lång erfarenhet av arbete i yrket. Dessvärre visar rådets arbete med uppdraget att erfaren personal lämnar yrket efter ett par år. [82] [83] [84]

Av uppdraget till rådet framgår att förslag till insatser ska lämnas för att attrahera och locka tillbaka vårdpersonal. Rådet har lämnat förslag till insatser som framgår av avsnitt 5. I övrigt kan rådet konstatera att det förefaller finnas olika tankegångar och även en viss motstridighet kring vilka åtgärder som krävs för att säkra vårdens kompetensförsörjning. I ekonomiskt knappa tider krävs effektivisering av verksamheterna vilket överensstämmer med lagfästa krav om att vårdens resurser ska användas

[79] PSL 6 kap. 1–2 och 4 §§.
[80] Socialstyrelsen. Hämtad 2024-05-03 från https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/vem-far-gora-vad/.
[81] Prop. 2017/18:138. Legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer.
[82] Inspektionen för vård och omsorg. Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen (2023–02).
[83] Prop. 1995/96:176.
[84] Ibid.

kostnadseffektivt[85]. Effektivitetssträvanden kan dock om de går för långt innebära en ransonering av personal i förhållande till uppdraget. I flera olika arbeten både inom ramen för bl.a. EU och Australien pågår diskussioner om ökade krav på att vårdpersonalen bör kunna arbeta i flera olika verksamheter t ex inom ett sjukhus givet svårigheter med att anställa personal[86]. Rådet bedömer att det i värsta fall kan vara är grannlaga att få ihop den övergripande planeringen av vårdens kompetensförsörjning med åtgärder som gör att personalen vill stanna kvar och utvecklas i vården. Dessa strävanden går inte sällan på tvärs. För att attrahera och behålla personal, erfar rådet att det krävs att personalen har en god arbetsmiljö och möjligheter att utvecklas i yrket. Med erfarenhet ökar dessutom patientsäkerheten då personalen har fått mängdträning, lärt sig rätt handlag samt har erfarenhet av att bemöta både patienter och närstående.

Vården blir alltmer avancerad och fler behandlingar kan göras än någonsin tidigare vilket kräver personal som har hög kompetens, inte sällan i form av specialistutbildning. Samtidigt vittnar flera av de berörda aktörer som rådet haft dialog med inom uppdraget, att vårdgivare inte kan genomföra viss vård t ex att ha bemanning av vårdplatser, för att de saknar specialiserad personal, inte sällan specialistsjuksköterskor. Denna motsättning är svår och dubbeltydig inte minst för de som ska vilja arbeta i vården. Sjuksköterskor som vidareutbildar sig till specialistsjuksköterskor vittnar om att kompetensen inte tas tillvara. För att attrahera personal anser rådet att det krävs goda möjligheter till karriär och att kunna utvecklas i yrket, vilket kan gå stick i stäv med planering och effektivitet, som i värsta fall snarare leder till det motsatta, d v s att personalen inte vill vara kvar i vården. Detta är både olyckligt för den enskilde som har utbildat sig till ett yrke men även kostsamt för samhället (se även avsnitt 3.3). Rådet bedömer därför att det behöver råda balans mellan effektiviseringar som förefaller vara effektiva på planeringsstadiet men som på lång sikt riskerar att försämra förutsättningarna för kompetensförsörjning av verksamheten. Det gäller att utveckla arbetssätt i verksamheten tillsammans med personalen samt att öka stödet till personalen i fråga om prioriteringar av uppdraget i relation till befintlig personal. Utan kompetent personal kan vården inte utföras i enlighet med lagfästa krav om god och jämlik vård.

3.2.3 Riksdagen beslutar om budget och mål för politikområdet högre utbildning och forskning

Till riksdagens uppgifter hör att besluta om lagar och om statens budget. Riksdagen beslutar efter förslag från regeringen årligen om hur statens utgifter ska fördelas samt beslutar om mål för de olika utgiftsområdena i

[85] 4 kap. 1 § HSL.
[86] HEROES Community of Practice 1st Community of Practice: Workforce flexibility in healthcare.

statsbudgeten. [87] Målet för politiken inom området högre utbildning och forskning är att utbildning och forskning vid universitet och högskolor ska hålla en internationellt sett hög kvalitet och bedrivas effektivt (prop. 2011/12:1 utg.omr. 16, bet. 2011/12:UbU1, rskr. 2011/12:98)[88]. Staten tillför finansiella medel från statsbudgeten till universitet och högskolor med drygt 84 miljarder kronor samt för studiestöd motsvarande 24 miljarder kronor.

Liksom framgår av ovan är en av riksdagens uppgifter utöver att besluta om budgeten även att besluta om lagar. Förslag till en ny lag, eller ändring i en lag som redan gäller, kommer oftast från regeringen i en proposition. Men ett lagförslag kan också komma bl.a. i en motion från en eller flera riksdagsledamöter.[89]

Regeringen styr myndigheterna huvudsakligen genom beslut om instruktion för myndigheten och det årliga regleringsbrevet där myndighetens anslag fördelas. Inom dessa ramar är myndigheterna i varierande grad fria att lösa sina uppgifter och uppdrag på bästa sätt.[90] På högskolans område finns ca 50 myndigheter och enskilda utbildningsanordnare som bedriver utbildning och forskning på uppdrag av staten.

Bestämmelser för universitet och högskolor av vikt för uppdraget

Inledande bestämmelser

I högskolelagen (1992:1434, HL) föreskrivs bestämmelser om universitet och högskolor under statligt huvudmannaskap. Av lagen framgår bl.a. att staten som huvudman ska anordna högskolor för utbildning som vilar på vetenskaplig eller konstnärlig grund samt på beprövad erfarenhet, och forskning och konstnärlig forskning samt utvecklingsarbete. I högskolornas uppgift ska det ingå att samverka med det omgivande samhället för ömsesidigt utbyte och verka för att den kunskap och kompetens som finns vid högskolan kommer samhället till nytta.

Vidare föreskrivs att verksamheten skall bedrivas så att det finns ett nära samband mellan forskning och utbildning och att verksamheten ska avpassas så att en hög kvalitet nås i utbildningen och forskningen. De tillgängliga resurserna ska utnyttjas effektivt för att hålla en hög kvalitet i verksamheten och kvalitetsarbetet är en gemensam angelägenhet för högskolornas personal och studenterna.

Därtill framgår att studenterna skall ha rätt att utöva inflytande över utbildningen vid högskolorna och att högskolorna skall verka för att studenterna tar en aktiv del i arbetet med att vidareutveckla utbildningen

[87] Prop. 2023/24:1. Budgetproposition för 2024.
[88] Prop. 2023/24:1, utgiftsområde 16.
[89] Riksdagen. Hämtad 2024-04-18 från https://www.riksdagen.se/sv/.
[90] Statskontoret. Hämtad 2024-04-16 från hemsida.

samt att det i högskolornas verksamhet ska jämställdhet mellan kvinnor och män alltid iakttas och främjas. Högskolorna ska också aktivt främja och bredda rekryteringen till högskolan och högskolorna ska i sin verksamhet främja ett livslångt lärande.

Examina skall avläggas på grundnivå, avancerad nivå eller forskarnivå. Ett tillstånd att utfärda examina får lämnas bara om utbildningen uppfyller de krav som ställs i lagen på utbildningen och de särskilda krav som finns i högskoleförordningen (1993:100, HF), och om det i ett rikstäckande perspektiv finns ett allmänt intresse av att examina får utfärdas.

Personal i form av professorer och andra lärare

Vad gäller högskolans personal framgår av lagen att det i en lärares arbetsuppgifter får ingå att ha hand om utbildning eller forskning samt administrativt arbete. Till en lärares uppgifter hör också att följa utvecklingen inom det egna ämnesområdet och den samhällsutveckling i övrigt som har betydelse för lärarens arbete vid högskolan. För utbildning och forskning ska det finnas professorer och lektorer anställda som lärare vid högskolorna. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om att en anställning som lärare vid en högskola skall vara förenad med en anställning som specialistutbildad läkare eller tandläkare eller med en annan anställning än som läkare vid en sådan sjukvårdsenhet som är upplåten för medicinsk utbildning och forskning. En förenad anställning får innehas bara av den som uppfyller behörighetskraven för båda anställningarna.

Tilldelning av resurser för utbildning till universitet och högskolor

Riksdagen beslutar, efter förslag från regeringen, om de ekonomiska ramarna för statliga universitet och högskolor avseende utbildning på grundnivå och avancerad nivå och för forskning och utbildning på forskarnivå. Hur de ekonomiska resurserna fördelas styr i hög utsträckning högskolans verksamhet.[91] Se även avsnitt 5.5.1.

För utbildning på grundnivå och avancerad nivå tilldelas respektive lärosäte varje år ett s.k. takbelopp, som är den ersättning lärosätet kan få för att utbilda studenter. Ersättningen beräknas dels utifrån antalet registrerade studenter (helårsstudenter), dels utifrån det antal högskolepoäng som studenterna presterar under ett år (helårsprestationer). Ersättningen beror också på vilket utbildningsområde som helårsstudenterna och helårsprestationerna hänförs till. Olika utbildningsområden genererar olika ersättningsbelopp och respektive kurs klassificeras av lärosätet till ett utbildningsområde beroende på kursens ämnesinnehåll. Ersättningsbeloppen framgår av regeringens budgetproposition varje år.[92] Utbildningsutbudet vid

[91] SOU 2019:6. En långsiktig, samordnad och dialogbaserad styrning av högskolan.
[92] Prop. 2023/24:1. Budgetproposition för 2024, utgiftsområde 16.

universitet och högskolor ska dimensioneras för att svara mot studenternas efterfrågan och arbetsmarknadens behov[93].

Utöver tilldelning av medel till universitet och högskolor enligt ovan kan regering och riksdag besluta om tillfälliga medel till lärosätena, t.ex. för utbyggnad av vissa utbildningar.[94]

Utbildningsutbudet vid universitet och högskolor ska svara mot studenternas efterfrågan och arbetsmarknadens behov. Universitet och högskolor ska redovisa vilka bedömningar, prioriteringar och behovsanalyser som ligger till grund för beslut om utbildningsutbudet. Redovisningen ska inkludera hur lärosätet möter det omgivande samhällets behov av utbildning. Lärosätena ska särskilt redovisa hur de utvecklat utbildningsutbudet för att stärka tillgången till utbildning för livslångt lärande och omställning.[95]

3.3 Utgifter för hälso- och sjukvård

De totala utgifterna för hälso- och sjukvården i Sverige som andel av bruttonationalprodukten (BNP) har varit relativt konstanta på strax under 11,0 procent under perioden 2013–2019. Under 2020 och 2021 var andelen något högre jämfört med åren dessförinnan, omkring 11,5 procent. År 2021 uppgick utgifterna för hälso- och sjukvård i offentlig sektor till totalt 528 miljarder kronor, varav 363 miljarder kronor var regionernas utgifter, 150 miljoner kronor var kommunernas utgifter och 15 miljarder kronor var statens utgifter.[96]

Rådande ekonomisk situation i regioner och kommuner

Enligt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) kommer de ekonomiska resultaten i kommuner och regioner att samlat uppgå till ett underskott på 31 miljarder kronor 2024, varav 24 miljarder kronor i regionerna och 7 miljarder kronor i kommunerna, trots de tillskott som regeringen tillfört i budgetpropositionen för 2024. Den höga inflationens effekt på verksamhetens kostnader, inklusive pensionskostnader och stigande räntekostnader bidrar till de historiskt höga underskotten. Regionerna drabbas hårdare än kommunerna av pensionskostnaderna och har dessutom en svagare ekonomi i grunden än kommunerna. Ett skäl till regionernas svagare ekonomi är att förväntningarna och trycket på sjukvården ständigt ökar. Det är också svårt för regionerna att hålla tillbaka kostnaderna för sjukvården i takt med att nya dyra mediciner och behandlingsmetoder utvecklas.

[93] Regleringsbrev för budgetåren 2013–2024 avseende universitet och högskolor.
[94] Riksrevisionen. Riktade utbyggnadsuppdrag till universitet och högskolor – regeringens styrning genom utformning och uppföljning (RiR 2021:1).
[95] Regleringsbrev för budgetåret 2024 avseende universitet och högskolor.
[96] Prop. 2023/24:1. Budgetpropositionen för 2024, utgiftsområde 9.

Åtgärder genomförs enligt SKR i de flesta kommuner och regioner för att minska underskotten på kort sikt och anpassa verksamheten för en långsiktigt uthållig ekonomi. De långsiktiga ekonomiska utmaningarna ser olika ut beroende på kommunens eller regionens underliggande ekonomiska styrka, struktur, investeringsbehov, skuldsättning och framtida befolkningsförändring.[97] Vissa regioner har meddelat ett behov av att varsla vårdpersonal.[98]

Statliga satsningar på hälso- och sjukvård i budgetpropositionen 2024

Mot bakgrund av det ekonomiska läget och hälso- och sjukvårdens ökade ekonomiska behov föreslog regeringen i budgetpropositionen för 2024 ett ökat stöd till regionerna 2024 och 2025. Stödet ges dels som ett nytt sektorsbidrag utan krav på motprestation, dels som ökade prestationsbundna medel knutna till insatser i syfte att korta vårdköerna och öka kapaciteten i hälso- och sjukvården. Regeringen föreslog även att satsningarna på professionen slås ihop, och de tidigare medlen som gått till sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor föreslogs från och med 2024 vara en del av den så kallade professionssatsningen. Professionssatsningen avslutas och fortsätter i och med detta i en ny form.[99] Professionssatsningen har bedrivits under 2016–2023 i syfte att höja kvaliteten och effektiviteten i hälso- och sjukvården genom att förbättra förutsättningarna för rätt användning av professionernas kompetens och påverka regionernas kompetensförsörjning i positiv riktning.[100]

Av budgetpropositionen för 2024 framgår att regeringen har för avsikt att på sikt arbeta med två typer av statsbidrag till äldreomsorgen. Det ena är ett långsiktigt sektorsbidrag som kommunerna kan använda fritt inom verksamhetsområdet för att säkerställa en god vård och omsorg om äldre personer. Det andra statsbidraget, som över tid kan skifta fokus, ska riktas mot ett strategiskt viktigt område inom äldreområdet som tillfälligt behöver ökat stöd.[101]

Tidigare satsningar för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning

Statsbidrag till kommuner och regioner ges dels genom ett generellt statsbidrag, dels i form av tillfälliga satsningar riktade till ett visst område eller en viss insats. På senare år har även statsbidrag i form av så kallade sektorsbidrag införts som möjliggör för kommuner och regioner att använda medlen fritt utifrån sina behov och förutsättningar för att utveckla verksamheten inom en specifik sektor. Statligt ekonomiskt stöd till regioner

[97] Sveriges Kommuner och Regioner. Ekonomirapporten oktober 2023 (2023).
[98] Norrköpings Tidningar. Regionens besked: 900 heltidsanställda varslas (2024-02-28).
[99] Prop. 2023/24:1. Budgetpropositionen för 2024, utgiftsområde 9.
[100] Sveriges Kommuner och Regioner. Ekonomirapporten oktober 2023 (2023).
[101] Prop. 2023/24:1. Budgetpropositionen för 2024, utgiftsområde 9.

för att stärka kompetensförsörjningen har ofta getts inom ramen för olika överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), medan stöd till kommuner ofta lämnats i form av särskilda statsbidrag. Sedan 2016 har staten och SKR ingått överenskommelser i syfte att stärka kompetensförsörjningen inom hälso-och sjukvården. Sedan 2020 har dessa satsningar ingått i överenskommelser om en god och nära vård. Överenskommelsen om god och nära vård 2024 omfattar totalt drygt 3,4 miljarder kronor. De delar i överenskommelsen som avser nära vård och vårdens medarbetare omfattar totalt 3,2 miljarder kronor. Av dessa medel avsätts 2,42 miljarder kronor till regionerna och 0,75 miljarder kronor till kommunerna. Medlen kan exempelvis användas till kompetenshöjande insatser, utveckla arbetssätt och att stärka samverkan mellan kommuner och regioner.[102]

Staten och SKR har ingått överenskommelser om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården som syftar till att öka vårdens kapacitet, förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården genom att korta vårdköer och väntetider samt öka antalet disponibla vårdplatser. I överenskommelsen för 2024 ingår för första gången även åtgärder kopplade till kompetensförsörjning, t.ex. för att stödja en hälsofrämjande och hållbar arbetsmiljö. Överenskommelsen omfattar totalt drygt 2,9 miljarder kronor för 2024.[103]

Sedan 2015 har staten och SKR ingått överenskommelser om förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa. Med stöd av överenskommelserna har regionerna genomfört ett omfattande förbättringsarbete med fokus på en mer personcentrerad, tillgänglig och jämlik graviditetsvårdkedja och eftervård som är utformad utifrån kvinnors och familjers olika behov och förutsättningar. I överenskommelsen för 2024 ingår insatser bl.a. för stärkt kompetensförsörjning. Överenskommelsen för 2024 omfattar totalt drygt 1,5 miljarder kronor.[104]

Kommunerna svarar för en stor del av hälso- och sjukvården för många av de sköraste patienterna. Det gäller främst äldre och multisjuka och personer med stora funktionsnedsättningar.[105] Under pandemin infördes ett flertal tidsbegränsade statsbidrag för att stödja äldreomsorgen. Medel avsattes för att bl.a. öka den medicinska kompetensen, minska antalet timanställningar och öka personalkontinuiteten i äldreomsorgen.[106] Sedan 2021 finns ett årligt

[102] Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Sveriges Kommuner och Regioner. God och nära vård 2024. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.
[103] Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Sveriges Kommuner och Regioner. Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2024. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.
[104] Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Sveriges Kommuner och Regioner. En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2024. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.
[105] Socialstyrelsen. Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – Förstudie (2019).
[106] Finansutskottets betänkande (2020/21:FiU46). Ändringar i statens budget för 2021 – Stöd till äldreomsorgen med anledning av coronaviruset.

statsbidrag till kommunerna för att säkerställa en god vård och omsorg av äldre personer (ett sektorsbidrag) om 4 miljarder kronor. Medlen får användas utifrån lokala behov i syfte att möjliggöra förbättringar och utveckling av verksamheten, till exempel förbättrad arbetsmiljö och arbetsvillkor samt kompetensutveckling.[107]

3.4 Kompetensförsörjningen och omställningen till en nära vård

Riksdagen har fastslagit att hälso- och sjukvården ska ställas om till en nära vård med primärvården som nav [108]. I det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är ansvaret för hälso- och sjukvården delat mellan region och kommun, vilket framgår av hälso- och sjukvårdslagen, HSL[109]. Primärvården har ett delat huvudmannaskap mellan region och kommuner, där kommuner ska ansvara för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå i v särskilt boende och i dagverksamhet (se avsnitt 3.5), med undantag för läkarinsatser.[110] [111]

Målet med omställningen till en nära vård är att erbjuda patienten en god, nära och samordnad vård och att använda hälso- och sjukvårdens resurser mer effektivt, stärka kontinuiteten i vården och främja patientens delaktighet. Hälso- och sjukvården roll i att främja hälsa och förebygga sjukdomar, särskilt inom äldreomsorgen, har lyfts som en avgörande faktor i omställningen.[112] Med en åldrande befolkning ökar behovet av en förstärkning av den nära vården i kommuner och regioner samt en förbättrad samverkan med den specialiserade vården för att hantera både vanliga sjukdomar och samordna vården för äldre, multisjuka patienter.[113]

För att hälso- och sjukvården ska vara patientsäker och tillgodose patientens vårdbehov är det avgörande att det både finns tillgång till personal med kunskap och kompetens i enlighet med den vård som bedrivs och att personalen arbetar tillsammans på ett fungerande sätt[114.]

Myndigheten för vård och omsorgsanalys har haft i uppdrag att följa omställningen till en god och nära vård. Myndigheten konstaterar i sin uppföljning att det saknas resurser för vårdcentraler att klara sitt uppdrag och kunna driva utvecklingsarbete utifrån omställningen, såsom att utveckla det förebyggande arbetet och stärka samverkan med specialistvården m.fl. Brist på ekonomiska förutsättningar lyfts i sin tur av vårdcentralchefer som

[107] Regleringsbrev för budgetåren 2021–2023 avseende Socialstyrelsen, förordning (2023:609) om statsbidrag till kommuner för att säkerställa en god omsorg och hälso- och sjukvård för äldre personer.
[108] Prop. 2019/20:164. Inriktningen för en nära och tillgänglig vård - en primärvårdsreform.
[109] 2 kap. 2 § HSL.
[110] Prop. 1990/91:14. Om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade mm
[111] Prop. 2019/20:164. Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform.
[112] Ibid.
[113] Socialstyrelsen. Vård och omsorg för äldre, Lägesrapport 2022 (2022).
[114] Prop. 2019/20:164.

det främsta hindret för att arbeta med att förebygga ohälsa.[115] Kompetensförsörjningen lyfts även fram som avgörande för omställning till en nära vård, där bristen på personal med rätt kompetens eller bristande resurser att anställa nödvändig kompetens utgör ett hinder för exempelvis vårdcentralerna att klara sitt uppdrag. För att nå målet om en god och jämlik vård i hela landet behöver den framtida kompetensförsörjningen av bl.a. sjuksköterskor och läkare säkras, särskilt inom de specialiteter där det i dag råder brist. [116] Primärvården inom regional verksamhet omfattar ofta flera kompetenser utöver allmänläkare och distriktssköterskor, bl.a. psykologer, kuratorer, sjuksköterskor samt specialistsjuksköterskor inom områden som diabetes, hjärtsvikt och demens. Trots denna bredd av kompetenser på vårdcentraler, är kompetensförsörjningen fortsatt en utmaning. Antalet specialistläkare i allmänmedicin och distriktssköterskor har exempelvis minskat över tid.[117] [118] Myndigheten för vård och omsorgsanalys konstaterar vidare att mycket av arbetet med omställningen hittills har skett på strategisk nivå, men att effekter ännu inte märks ute i verksamheterna. [119] Även Socialstyrelsen lyfter i sin uppföljning att omställningen till en god och nära vård varierar mycket mellan regioner och mellan kommuner. Myndigheten lyfter behovet av utveckling gällande bl.a. förebyggande och hälsofrämjande arbete, för att lyckas med omställningen.[120]

3.5 Den kommunal hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning

Den kommunala hälso- och sjukvården omfattar vård och behandling som tillhandahålls genom kommunens engagemang och ansvar inom särskilda boendeformer, dagverksamhet och hemsjukvård i vanliga bostäder (2 kap. 2 § HSL). Inom den kommunala hälso- och sjukvården utgör undersköterskor den största personalgruppen, följt av vårdbiträden/vårdare, sjuksköterskor och personliga assistenter. De vanligaste legitimationsyrkena inom kommunerna utgörs av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har ofta en konsultativ roll, där annan omsorgspersonal utför själva insatserna. Bemanningen ofta är så begränsad att legitimerad personal inte har tid att utföra vårdinsatser själva eller följa upp sina delegeringar i tillräcklig utsträckning.[121] I Socialstyrelsens Nationella planeringsstöd uppger en klar majoritet av kommunerna personalbrist för yrkesgrupperna grundutbildade- och specialistutbildade sjuksköterskor. Specialistutbildade sjuksköterskor är den

[115] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Ordnat för omställning (2023:2).
[116] Prop. 2019/20:164. Inriktningen för en nära och tillgänglig vård.
[117] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Ordnat för omställning (2023:2)
[118] Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården - slutrapport (2022:5).
[119] Ibid.
[120] Socialstyrelsen. Insatser under 2022 för att främja omställningen (2023).
[121] SOU 2022:41. Nästa steg. Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre.

största gruppen som kommuner bedömer att det är brist på. En stor andel kommuner uppger även brist på arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Bristen är framförallt påtaglig i landsbygdskommuner.[122]

I takt med nya vårdbehov och ny kunskap, växer behovet av olika medicinska kompetenser, såsom t.ex. dietister, farmaceuter, kuratorer inom den kommunala hälso- och sjukvården.[123] Socialstyrelsens rapport om uppföljningen av omställningen till en mer nära vård (2022) visar dock att den legitimerade personalen minskade i kommunerna 2015–2020, i relation till befolkningsmängden. Brister i bemanning och kompetens har lyfts och kom att särskilt uppmärksammas i sviterna av covid-19-pandemin. Från flera håll har behovet av förbättrade arbetsvillkor, kompetenshöjande insatser och organisationsförändringar för att behålla och rekrytera personal inom äldreomsorgen lyfts som viktiga åtgärder för att säkerställa kompetensförsörjningen.[124] [125]

3.5.1 Undersköterskor bör omfattas av rådets uppdrag

Undersköterskor tillhör en av de största yrkesgrupperna i Sverige och är verksamma inom såväl kommunalt finansierad vård och omsorg som regionfinansierad hälso- och sjukvård[126]. För att öka kvalitén och säkerheten inom vården och omsorgen infördes från och med den 1 juli 2023 en skyddad yrkestitel för yrket undersköterska. Även den pågående omställningen av hälso- och sjukvården till en nära vård kräver flera yrkesgrupper i verksamheterna med bred kompetens, däribland undersköterskor, för fullgörandet av bl.a. primärvårdens uppdrag[127].

Rådets bedömning

Rådet bedömer sammantaget att dess uppdrag behöver utvidgas till att, utöver professioner eller kompetenser som kräver högskoleutbildning, även omfatta yrkeskategorierna undersköterska och specialistundersköterskor. Genom yrkesgruppens storlek och betydelse i hälso- och sjukvårdens verksamheter finns det ett värde i att skapa en samordning mellan undersköterskor och legitimationsyrken i hälso- och sjukvården i syfte att bl.a. öka planeringsförutsättningarna för kompetensförsörjning och som en del i att stärka möjligheterna till ett välfungerande teamarbete.[128]

[122] Socialstyrelsen. Nationella planeringsstödet 2023 (2024).
[123] Prop. 2019/2020:164.
[124] SOU 2020:80. Coronakommissionen. Äldreomsorgen under pandemin.
[125] SOU 2021:52. Vilja välja vård och omsorg.
[126] Prop. 2020/21:175. Stärkt kompetens i vård och omsorg – reglering av undersköterskeyrket.
[127] Prop. 2019/20:164.
[128] Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården - slutrapport (2022:5).

Socialstyrelsen har sedan tidigare bedömt att rådets verksamhet borde omfatta undersköterskor/specialistundersköterskor fr.o.m. 2022. [129]

3.6 Landsbygdens förutsättningar behöver fortsatt stärkas

Målet med hälso- och sjukvården är, enligt 3 kap. 1 § HSL, en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Lagens intention är att vården ska erbjudas för hela befolkningen och att det i princip ska vara möjligt för alla – oavsett var de bor i landet – att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Rådet har i tidigare rapporter beskrivit svårigheter att rekrytera erfarna medarbetare och hälso- och sjukvårdspersonal till landsbygd och att regionerna uppfattar det som svårare att rekrytera medarbetare till glesbygdsområden och till orter som ligger långt från lärosäten[130]. Rådet konstaterar vidare att kompetensförsörjningen i glest befolkade områden påverkas av faktorer som gör sig gällande i hela landet, men läget kompliceras ytterligare av andra faktorer som egentligen ligger utanför hälso- och sjukvårdssektorn, som t.ex. lokalsamhällets organisering som påverkar hälso- och sjukvårdspersonal och medföljandes etablering.[131] Rådet har i sina rapporter konstaterat att det är flera faktorer som spelar in för att rekrytera och behålla personal till landsbygden. Ingen enstaka insats kan sägas vara tydligast mest effektiv utifrån studier, utan att det handlar om flera olika faktorer som spelar in och har en påverkan. I departementspromemorian Uppdrag att möjliggöra bättre tillgång till hälso- och sjukvård i hela landet genom främjande av etablering i glesbygd (Ds 2023:23) bedöms att fler åtgärder behövs för att säkerställa tillgång till jämlik vård i hela landet och i synnerhet i glest befolkade områden. Promemorian är under beredning i regeringskansliet. Rådet kan konstatera att de tidigare rekommendationer som rådet lyfte i delrapporten fortsatt är aktuella och välkomnar att liknande bedömningar görs i Ds 2023:23[132]. Rådet vill också betona vikten av att landsbygdens förutsättningar att attrahera hälso- och sjukvårdspersonal behöver fortsatt stärkas.

3.7 Varje del i vårdkedjan påverkas av kompetensförsörjningen

Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning påverkas som ovan nämnts av flera olika faktorer. Ett sätt att belysa vikten av en fungerande

[129] Regeringskansliet. Uppdrag att förbereda inrättandet av ett nationellt råd för kompetensförsörjning av personal inom hälso- och sjukvården (S2019/03995/FS).
[130] Begreppet landsbygd utgår från Tillväxtverkets klassificering av sex kommuntyper, se vidare Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården – delredovisning (2022:3).
[131] Se utförligare resonemang och exempel i Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården – delredovisning (2022:3) och Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården - slutrapport (2022:5).
[132] Nationella vårdkompetensrådet, Kompetensförsörjning inom primärvården – delredovisning (2022:3).

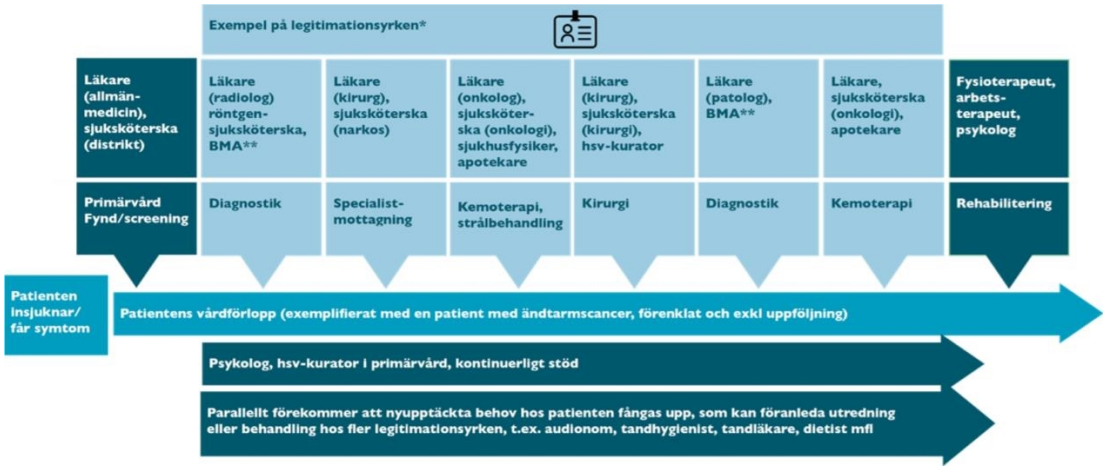
kompetensförsörjning är att illustrera hur brist på personal påverkar enskilda patienters tillgång till vård, exempelvis genom flödesscheman med exempel på kompetenser som kan behövas i varje del av vårdkedjan.

Flödesschemana nedan ska inte ses som s.k. personcentrerade vårdförlopp eller vårdprogram och syftar inte till att beskriva var eller hur en patient bör behandlas eller vilka medicinska eller rehabiliteringsmässiga ställningstaganden som krävs. Flödesschemana gör heller inga anspråk på att vara heltäckande. De är exemplifierade utifrån en fiktiv patients perspektiv, men är även ur detta perspektiv kraftigt förenklat. För både dessa och andra patienter kan helt andra personalkategorier och kompetenser behövas som inte framgår av bilderna, av såväl både legitimerad som icke legitimerad personal, inklusive specialistkompetent sådan. Flera yrkeskategorier återkommer dessutom i realiteten vid flera olika tillfällen, vilket inte heller alltid syns i schemana. Personalen arbetar ofta i team, och är ofta beroende av varandra för att teamet ska fungera, vilket inte framgår i schemana. En patient kan även drabbas av flera sjukdomar samtidigt, vilket bilderna nedan inte tar hänsyn till. Dessutom överlappar olika vårdområden på så vis att samma personalkategorier och kompetenser kan behövas i behandlingen av olika typer av patienter. För att kunna göra bilden enkel och överskådlig har en rad avgränsningar därför varit nödvändiga.

Mot bakgrund av det nyssnämnda, finns emellertid en poäng med att synliggöra några av de bakomliggande personalkategorier och kompetenser som kan krävas för att på ett förenklat sätt visa hur varje personalkategori och kompetens utgör en länk i en kedja. För respektive insats krävs medverkan av en eller flera professioner och om det är brist i någon yrkesgrupp finns risk att flaskhalsar uppstår i kedjan. Illustrationerna syftar i första hand till att påvisa att insatser behövs i flera delar av kedjan för att åstadkomma ett förbättrat flöde för patienterna.

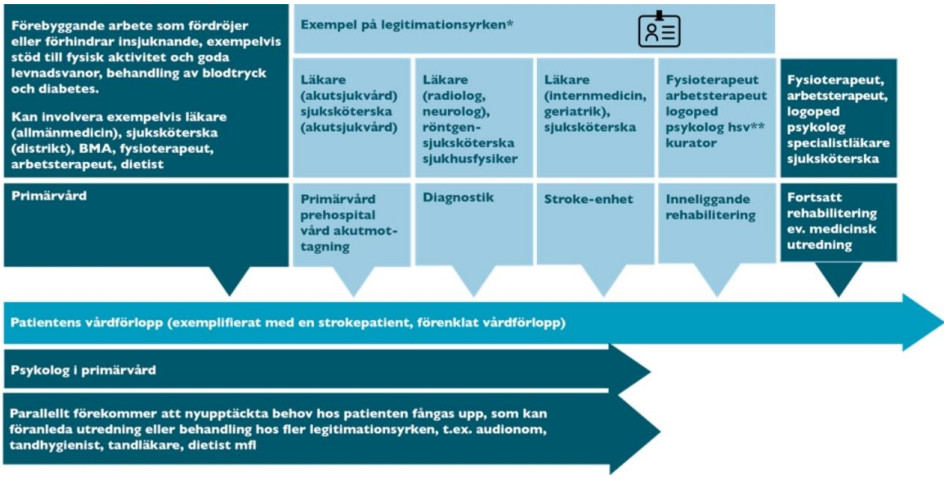
Flödesschema 1: exemplifierat med patient med ändtarmscancer

*Observera att bilden inte avser att vara heltäckande, se text ovan
** Förkortning: BMA = biomedicinsk analytiker, hsv = hälso- och sjukvård



Flödesschema 2: exemplifierat med en patient med stroke

*Observera att bilden inte avser att vara heltäckande, se text ovan
** Förkortningar: BMA = biomedicinsk analytiker hsv= hälso- och sjukvård



3.8 Framtidsspaning

Följande avsnitt syftar till att beskriva ett urval av faktorer som kan komma att påverka hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning framöver. Avsnittet berör i första hand teknisk utveckling och omställningen till nära vård.

3.8.1 Artificiell intelligens och maskininlärning kräver ny kompetens

Artificiell intelligens (AI) och maskininlärning har lyfts till rådet som ett område som kan få konsekvenser för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning utifrån dess potential att hantera stora mängder komplexa data och förutspå utfall av exempelvis medicinska åtgärder, vilket potentiellt skulle kunna bidra till avlastning för vårdens professioner. Utvecklingen inom AI motiveras utifrån att den nya tekniken leder till ökad tillgänglighet för patienter och frigöra tid för hälso- och sjukvårdspersonalen.

Enligt Läkemedelsverket (LMV) saknas en enhetlig definition av AI, men termen används generellt för att beskriva system som uppvisar förmågan att i någon form bedöma en komplex mängd ingående data och generera en klassificering, kvantifiering eller återkoppla ett komplext svar bestående av text, grafik eller signal av annan modalitet[133]. Socialstyrelsen beskriver begreppet som ”förmågan hos en maskin att efterlikna intelligent mänskligt beteende dvs. förmåga hos maskiner som möjliggör för dem att fungera på ett meningsfullt sätt i relation till de uppgifter och situationer de avser utföra

[133] Läkemedelsverket. Vägledning rörande användning av artificiell intelligens i svensk sjukvård (2023).

och agera inom"[134]. Maskininlärning innebär att datorn själv lär sig av tidigare erfarenheter, så att den blir flexiblare när den ska känna igen något den inte är van vid[135].

Många initiativ inom informationsdriven hälso- och sjukvård pågår inom regionerna[136] [137]. Exempel på AI-drivna medicintekniska produkter som är, eller inom en snar framtid förväntas bli, kommersiellt tillgängliga är enligt LMV beslutsstöd (inklusive triagesystem), medicinsk rådgivning, bild- och signaldiagnostik inom radiologi, histopatologi och klinisk fysiologi, precisionsmedicinska tillämpningar, aktiv optimering av pacemakers, läkemedelspumpar, strålkanoner, strålknivar och mekaniska kirurgiska instrument.[138] Samtidigt lyfts den bristande tillgången till data och begränsningar med att dela data mellan hälso- och sjukvårdsorganisationer som två av de största utmaningarna i utvecklingen av AI[139] [140].

Etiska aspekter

Det finns en stor tilltro till att AI kan förbättra diagnoser, noggrannheten i procedurer samt öka den tid som professionerna lägger på patientkontakt inom hälso- och sjukvården[141]. Samtidigt väcker användandet av AI frågor om etik i förhållande till hälso- och sjukvården. I publikationen Kort om Artificiell intelligens i hälso- och sjukvården ger Statens medicinsk-etiska råd (Smer) exempel på några av de utmaningar som teknologin medför, som exempelvis hur systemen kan göras transparenta, så att patienter och vårdanställda kan lita på dem, eller hur ansvaret ska fördelas när allt fler beslut i vården fattas av datasystem och inte av människor.[142] Smer uppger dock att de etiska utmaningarna inte får uppfattas som hinder för innovation utan som något som kan stimulera utvecklingen av tillämpningar som främjar gemensamma mål och intressen.[143]

Vårdgivaren ansvarar för den kompetens som behövs

LMV klarlägger i sin Vägledning rörande användning av artificiell intelligens i svensk sjukvård att tillverkaren av en medicinteknisk produkt har det fulla ansvaret för att produkten är säker och fungerar tillfredställande

[134] Socialstyrelsen. Digitala vårdtjänster och artificiell intelligens i hälso- och sjukvården (2019).
[135] Forskning.se. Hämtad från hemsida 2024-02-16.
[136] Högskolan i Halmstad. Hämtad från hemsida 2023-02-15.
[137] Ibid.
[138] Läkemedelsverket. Vägledning rörande användning av artificiell intelligens i svensk sjukvård (2023).
[139] Läkartidningen, (1-3/2022) Nya nav ska ta AI till vårdgolvet.
[140] Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård - Lägesrapport (2023).
[141] Forum för Health Policy. Hämtad 2024-03-12 från hemsida.
[142] Statens medicinsk-etiska råd. Kort om Artificiell intelligens i hälso- och sjukvården (2020).
[143] Socialstyrelsen. Kartläggning av datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet – slutrapport (2022).

inom det specificerade avsedda ändamål för vilken den är CE-märkt[144] [145]. Vårdgivaren ansvarar för att personal som ska använda produkten har tillräcklig kompetens och förmåga, och att denna löpande utvärderas och uppdateras vid behov. Samtidigt bedömer LMV att även vårdgivare vid användning av tekniskt avancerad medicinteknik behöver egen kompetens även inom det tekniska och vetenskapliga området i fråga. Myndigheten menar att det endast är genom en integrerad förståelse både för den kliniska utredningen och behandlingen och för de tekniker inom data science som används, som vårdgivaren kan agera proaktivt både vad gäller utveckling av vården och för att förutse risker och förebygga incidenter. Myndigheten menar att på samma sätt som tekniska eller kombinerade discipliner som sjukhusfysiker och perfusionister finns anställda inom sjukvården, bör vårdgivare som använder AI ombesörja bemanning med både akademisk och praktisk kompetens inom data science, som arbetar patientnära i samarbete med övrig vårdpersonal[146].

Erfarenheter ur dialogsamtal

Socialstyrelsen har genomfört dialoger med forskare inom artificiell intelligens och machine learning. Den samlade bilden rörande kompetensförsörjning i relation till AI är att det dels behövs kunskapshöjande insatser för befintliga medarbetare i hälso- och sjukvård och tandvård om AI och vad det innebär, dels att det kan behövas nya sorters medarbetare med en annan kompetens inom området än vårdpersonalens, vilket ligger i linje med LMV:s bedömning. Flera forskare som deltagit vid dialogerna bedömer att det sannolikt dröjer decennier innan AI kan ersätta teoretiska delar av vårdpersonalens kompetens och funktion. I dialogerna har lyfts att även om AI kan bidra som beslutsstöd så ska det inte användas ensamt för att fatta beslut, utan beslut ska alltid ske av vårdpersonal i samråd med patienten. Den mänskliga kontakten är därför fortsatt avgörande.

I dialogsamtalen har framkommit att även om användningen av automatiserade system och artificiell intelligens kommer att vara en förutsättning för att mängden data ska vara hanterbar för t.ex. bioinformatiker, kommer dessa sannolikt inte kunna ersätta någon vårdpersonal inom de närmaste tio åren. Inom exempelvis patologi finns vid införandet av AI även fortsättningsvis ett behov av diagnostiker med bred kunskap om ovanliga diagnoser, eftersom sådana diagnoser är svåra att

[144] Läkemedelsverket. Vägledning rörande användning av artificiell intelligens i svensk sjukvård (2023).
[145] AI tillhör gruppen nationella medicinska informationssystem (NMI). NMI omfattas inte direkt av lagstiftningen för medicintekniska produkter (MDR eller IVDR), utan omfattas i stället av motsvarande krav på säkerhet och prestanda enligt nationell lagstiftning i Sverige enligt HSLF-FS 2022:42. Där framgår (7§) att Tillverkaren av ett medicinskt informationssystem ska, innan det medicinska informationssystemet släpps ut på marknaden eller tas i bruk i Sverige, registrera sig och systemet hos Läkemedelsverket.
[146] Läkemedelsverket. Vägledning rörande användning av artificiell intelligens i svensk sjukvård (2023).

utveckla algoritmer för på grund av den begränsade tillgången till vävnadsprover att träna upp algoritmen på.

3.8.2 Precisionsmedicin och behov av ny kompetens

Precisionsmedicin nämns i regeringens nationella strategi för life science där en av målsättningarna som lyfts är att Sverige ska vara ett föregångsland för införande av precisionsmedicin i vården[147] [148]. I arbetet med föreliggande uppdrag har rådet också fått inspel om vilken slags framtida kompetens som krävs allteftersom precisionsmedicin och personcentrerad diagnostik och behandling blir mer vanligt. Även precisionsodontologi kan komma vara av stor betydelse för att hitta nya och effektiva diagnostiska metoder och behandlingsalternativ anpassade till respektive individ[149]. Enligt en rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys skulle gensekvensering kunna bli aktuell vid upp till 390 000 tillfällen varje år i slutet av decenniet, att jämföra med ca 20 000 år 2020[150]. I rådets dialogmöten har behovet av exempelvis bioinformatiker nämnts. Denna yrkesgrupp kan omhänderta den stora mängd data som genereras vid gensekvensering. Det finns redan yrkesverksamma med motsvarande roll i dag, som har varierande utbildningsbakgrund, såsom exempelvis inom molekylärbiologi. Dessa kompetenser beskrivs även som eftertraktade av läkemedelsindustrin varför konkurrensen är hård. Bristen på formaliserade tjänster för denna kompetens inom hälso- och sjukvården beskrivs som en faktor som försvårar tillkomsten av ytterligare kompetens inom området. Naturvetarna har i dialogsamtal med rådet även lyft bristen på specifika koder inom systemet Arbetsidentifikation kommuner och regioner (AID) för flera av dessa yrkesgrupper, såsom sjukhusgenetiker, mikrobiologer, molekylärbiologer och yrkeshygieniker, och att de ofta klassificeras in i en odifferentierad grupp av ”andra specialiteter” på sjukhusen[151]. Detta medför enligt föreningen att det inte går att inom vilka verksamheter som dessa yrkesutövare arbetar. Det medför också enligt föreningen att dessa grupper sällan omfattas av satsningar från arbetsgivaren, trots att flera av dem gjort betydelsefulla insatser exempelvis under covid 19-pandemin. Detta bidrar enligt föreningen till svårigheter att rekrytera kompetensen till vårdens verksamheter i konkurrens med andra sektorer. I en intervjustudie

[147] Precisionsmedicin kan definieras som dels diagnostik och behandling med utgångspunkt i individens genetiska uppsättning, dels s.k. real world data (RWD), som handlar om hur olika typer av hälsodata kan användas för utveckling och införande av precisionsmedicin samt som ett verktyg i vården. Källa: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Genvägen till ökad precision - En framåtblickande analys av precisionsmedicin i hälso- och sjukvården (2021).
[148] Regeringskansliet. En nationell strategi för life science (2019).
[149] Sveriges Tandläkarförbund. Tandvård för framtidens orala hälsa – Sveriges Tandläkarförbunds inspel till regeringens forsknings- och innovationspolitik (2023).
[150] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Genvägen till ökad precision - En framåtblickande analys av precisionsmedicin i hälso- och sjukvården (2021:5).
[151] AID utgör grunden för den partsgemensamma lönestatistiken, vars främsta syfte är att förse parterna med ett gemensamt underlag till centrala och lokala förhandlingar. Därutöver ger statistiken allmän information om lönestrukturer, lönelägen, löneutveckling och sysselsättning. Sverige Kommuner och Regioner. Hämtad från hemsidan 2024-03-08.

genomförd av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys framkommer att det behövs komplettering av grundutbildning, specialistutbildning och fortbildning omfattade alla professioner och specialiteter som remitterar för, genomför eller följer upp precisionsmedicinsk diagnostik eller behandling, både avseende kunskap om vilka risker och osäkerheter som finns vid vissa behandlingar, samt kompetens att hantera den oro som ett genetiskt test kan ge upphov till för en patient.[152] I bl.a. Storbritannien har National Health Service startat Genomics Education Programme som har initierat, lett och bidragit till flera stora utbildnings- och träningsinitiativ riktade till hälso- och sjukvårdspersonal. I Sverige genomför Genomic Medicine Sweden lunchseminarier och via Uppsala universitet ges en öppen kurs, men en flaskhals vid dessa utbildningsinsatser är enligt organisationen att de få experter som finns inom området skulle behöva nå så många som möjligt samtidigt, vilket kan vara problematiskt när personal som behöver delta har svårt att få ledighet för fortbildning.

3.8.3 Nya roller testas redan, exempelvis tjänstedesign

Det pågår initiativ där tjänstedesigners deltar i hälso- och sjukvårdens utvecklingsarbete i syfte att underlätta mötet mellan patient och vårdpersonal. Ett exempel på detta är Experio Lab, ett kompetenscentrum för design i offentlig sektor som samverkar med regioner, kommuner och andra offentliga aktörer som vill utveckla sin förmåga till användardriven utveckling med design som metod och förhållningssätt. Ett praktiskt exempel där tjänstedesign använts för att utveckla mödravården, är i Kramfors, där tre fjärdedelar av de blivande mödrarna är utlandsfödda och barnmorskorna upplevde kommunikativa svårigheter i allt från rådgivning till tidsbokning, vilket ledde till uteblivna patientbesök, höga stressnivåer bland personalen och sjukskrivningar. Projektet resulterade i ett antal grafiska, visuella och fysiska hjälpmedel som syftar till att stödja i kommunikationen mellan mödravården och dess intressenter.[153]

Rådet konstaterar att regeringen i budgetpropositionen för 2023/2024[154] avser ta fram en STEM-strategi (Science, Technology, Engineering and Mathematics), som spänner över hela utbildningssystemet från förskola till forskarutbildning och forskning, i syfte att stärka kompetensförsörjningen genom STEM-utbildningar. Regeringen tillför medel för att skapa förutsättningar för fler ingenjörer inom högskolan. Under det dialogmöte som rådet höll i november inom ramen för föreliggande uppdrag, lyftes behovet av en liknande strategi för hälso- och sjukvården, en s.k. ”HEFT”-strategi (Health Education For Future). Rådet har inte lyckats återfinna termen men konstaterar att ett liknande helhetsgrepp som beaktar hela utbildningssystemet för kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården

[152] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Genvägen till ökad precision (2021:5).
[153] Experio Lab. Hämtad 2024-04-29 från hemsida.
[154] Prop. 2023/24:1, utgiftsområde 16.

vore nödvändigt. Se avsnitt 5.5–5.6, där rådet ger ett antal samlade förslag rörande högre utbildning och forskning.

3.8.4 Behov av nya kompetenser vid omställningen till nära vård

I dialogsamtal med professionsförbund som genomförts inom ramen för föreliggande arbete har rådet fått inspel om behovet av att analysera vilka kompetenser som behövs för ett ökat fokus på förebyggande arbete. Sveriges Arbetsterapeuter har exempelvis lyft att vissa kommuner inte har någon arbetsterapeut alls anställd trots att de har ansvaret för rehabilitering[155]. Även Logopedförbundet lyfter att de inte finns i någon stor utsträckning i primärvården men att de skulle kunna utgöra ett stöd till vårdpersonal både genom att genomföra bedömningar men också att ge kompetensstöd gällande exempelvis patienters ät- och sväljsvårigheter. Psykologförbundet har lyft behovet av teamarbete i primärvården för att kunna se hela patientens samlade behov. Dietisternas Riksförbund har lyft att möjligheten att arbeta förebyggande vore attraktivt ur rekryteringssynpunkt.

I en rapport som tankesmedjan Kairos Future gav ut på uppdrag av Socialstyrelsen 2019 nämns att skiftet från sjukvård till hälsofrämjande vård, friskvård och prevention kräver en ny syn och nya angreppssätt när det gäller kompetensförsörjning. I rapporten konstateras att omvärldsförändringar och konsekvenser som bl.a. digitalisering, demografiska förändringar, vård i hemmet och organisatoriskt gränsöverskridande förändringar gör att det kommer att behövas ett förändrat synsätt på kompetens och kompetensförsörjning i framtiden. I rapporten nämns exempel på tänkbara framtida kompetenser inom nära vård, såsom omsorgsexperter, hälsopedagoger, egenvårdsexperter, mobil tekniksupport och geriatriker i hemsjukvård. Utöver dessa nämns även behovet av nya yrken inom högspecialiserad och centraliserad vård, såsom exempelvis kombinationsyrket läkare/ingenjör och specialister inom nanoteknik, samt yrken inom samordning och logistik, såsom logistiksamordnare, experter på digitala plattformar och patientvägledare.[156]

Socialstyrelsen deltar i projektet Joint action transfer of best practices in primary care (CIRCE-JA), som bl.a. handlar om ett distansmonitorering i hemmet för invånare med kronisk sjukdom. Tidigare i projektet har bl.a. Spanien utvecklat en plattform för hembaserad vård som är integrerad med sjukvårdens kliniska informationssystem. Exempelvis har patienter med kronisk obstruktiv sjukdom (KOL) som nyligen varit inneliggande pga. försämring, s.k. exacerbation, kunnat föra daglig dialog med

[155] 12 kap 5 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) Kommunen ska i samband med hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende och i särskilt boende erbjuda habilitering och rehabilitering samt hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning.
[156] Kairos Future. Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning i framtiden – en scenarioanalys fram emot 2040 (2019).

sjukhuspersonalen från hemmet via plattformen och skicka in värden från egna mätningar av exempelvis puls, blodtryck och syrgasmättnad via pulsoximeter. Personalen har dagligen genomfört bedömningar på distans genom en tregradig skala av vilka typer av insatser som behöver göras. I en vetenskaplig studie av projektet konstaterades att telemonitorering efter en svår KOL-exacerbation minskar mortalitet och återinläggning till sjukhus vid 12 månaders uppföljning. Totalt sett kunde man, vid uppföljning av alla patienter med kronisk sjukdom, se en minskning av akutbesök och inläggningar vid sjukhus med 17 procent och besök till primärvårdsläkare med 30 procent samtidigt som användarnöjdheten låg på över 85 procent[157] [158].

Rådets reflektioner om framtida kompetenser

Rådet konstaterar att AI och maskininlärning inte framstår som en lösning för hälso- och sjukvårdens och tandvårdens kompetensförsörjning inom en snar framtid. Det tycks snarare som att den befintliga personalen behöver utveckla sin kompetens om AI och vad tekniken innebär i det dagliga arbetet, samtidigt som annan kompetens behöver tillföras med kunskap inom data science. I form av verktyg för att underlätta beslutsstöd kan dock AI, som tidigare nämnts, effektivisera processer som innebär stor och komplex datahantering. Vid upphandling och införande av nya system är det också viktigt att identifiera teknikens möjligheter och begränsningar för att säkerställa att förväntningarna på tekniken är rimliga, samt för att förutspå behov av kompetensutveckling och förändrade arbetssätt.

Rådet bedömer att det kan vara aktuellt med vissa nya yrkesformer som i nuläget är relativt svåra att förutspå, samtidigt som de nuvarande yrkesrollerna finns kvar men utvecklas vartefter vårdens behov förändras. Det är viktigt i sammanhanget att betona vikten av att värna om och kompetensutveckla befintlig vårdpersonal. Även rörande exempelvis ny teknik behöver den befintliga personalen kompetenshöjande insatser. Rådet bedömer att om helt nya patientnära yrkesgrupper ska införas behöver detta ske under ordnade former och att vårdkvalitet, -utfall och patientsäkerhet utvärderas systematiskt och fortlöpande. Nya yrkesgrupper ska, bedömer rådet, främst utgöra ett komplement kompetensmässigt och inte enbart användas för att fylla schemaluckor som följd av bristande kompetensförsörjning. Detta bör även gälla vid arbetsväxling där kvalificerade uppgifter åläggs nya personalkategorier.

WHO:s resolution med åtgärder för stärkt kompetensförsörjning inom vård och omsorg

I rapporten Health and care workforce in Europe: time to act (2022) konstateras att alla länder i WHO:s europeiska region för närvarande står

[157] CIRCE-JA. Joint action transfer of best practices in primary care. Hämtad 2024-04-12 från hemsida.
[158] Socialstyrelsen. Projektdirektiv - Joint Action Primary Care (Dnr 3.6-756/2022 -1).

inför allvarliga utmaningar relaterade till kompetensförsörjningen inom vård och omsorg. Rapporten lyfter vidare den avgörande betydelsen av att prioritera personalens förutsättningar och villkor för att undvika en systemkollaps samt innehåller förslag på åtgärder för att stärka förutsättningarna att förbättra kompetensförsörjningen. I oktober 2023 antog de 53 medlemsländerna i WHO:s europeiska region en resolution med åtgärder för att förbättra förutsättningarna för kompetensförsörjningen inom vård och omsorg under 2023-2030.[159] Resolutionen innehåller uppmaningar till medlemsländerna att vidta åtgärder inom fem utpekade områden: behålla och rekrytera personal, tillhandahålla ett ändamålsenligt utbildningsutbud, effektivisera arbetet, stärka strategiska planeringsförutsättningar samt åtgärder för ökning och optimering av offentlig finansiering.[160] Rådet kan konstatera att de förslag som lämnas inom ramen för rådets uppdrag om en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning, till stor del kan understödja Sveriges arbete med att uppfylla resolutionens rekommendationer.

[159] Sverige är ett av de 194 medlemsländerna i World Health Organization (WHO) som är organiserat i sex regioner varav Sverige ingår i den europeiska.
[160] WHO. Framework for action on the health and care workforce in the WHO European Region 2023–2030 (EUR/RC73/8, 2023).

4. Del 2 – Dimensionering av högre utbildning och vårdens behov av hälso- och sjukvårdspersonal

Del 2 av rådets förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning innehåller både uppgifter om lärosätenas dimensionering av hälso- och sjukvårdsutbildningarna och uppgifter om vårdens behov av personal. I föreliggande förslag till plan utgör avsnittets fokus på att redovisa och kartlägga tillgång och efterfrågan på personal i vissa hälso- och sjukvårdsyrken. I fråga om dimensionering av universitet och högskolors hälso- och sjukvårdsutbildningar redovisas detta översiktligt i form av prognoser över antalet examinerade för perioden 2023–2040.

4.1 Kartläggning av behovsläget nu och framgent av hälso- och sjukvårdspersonal

I uppdraget att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning ingår att göra en nationell kartläggning av behovsläget nu och framgent av hälso- och sjukvårdspersonal.

Kartläggningen av tillgång och efterfrågan på personal inom hälso- och sjukvården nu och framöver har genomförts genom att:

1. analysera data från Socialstyrelsens förteckning över tillgången på legitimerade omsorgs- och vårdyrkesgruppers arbetsmarknadsstatus, (se avsnitt 4.2),
2. genomföra en enkät riktad till kommuner och regioner med frågor avseende efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal (se avsnitt 4.3), samt
3. redovisa prognoser från Statistiska centralbyrån (SCB) över tillgång på arbetskraft inom hälso- och sjukvården fram till 2040 (se avsnitt 4.4).

Tillgången på, eller behovet av, personal definieras som antalet legitimerade som är sysselsatta inom eller utanför hälso- och sjukvården. Efterfrågan på personal definieras som summan av antalet anställda och antalet vakanser. Metoden för respektive del av kartläggningen redovisas närmare under respektive avsnitt.

För att inom ramen för uppdraget kunna göra mer fördjupade studier har kartläggningen av tillgång och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal avgränsats till följande sju hälso- och sjukvårdsyrken:

- arbetsterapeut,
- biomedicinsk analytiker,
- fysioterapeut,

- psykolog,
- läkare,
- röntgensjuksköterska, och
- sjuksköterska.

Anledningen till att just dessa sju legitimationsyrken valts är att det är yrken med ett relativt stort antal sysselsatta. De yrkesgrupper som främst är anställda i den kommunala hälso- och sjukvården är arbetsterapeuter, fysioterapeuter, psykologer och sjuksköterskor. I hälso- och sjukvården i regionerna är därutöver läkare, biomedicinska analytiker och röntgensjuksköterskor vanliga yrkesgrupper.

Ytterligare redovisas för samtliga 22 legitimationsyrken antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare över tid (se avsnitt 4.2.9 och bilaga 1).

4.2 Tillgång på personal med legitimation i sju hälso- och sjukvårdsyrken

Av 4 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, framgår vilka yrken inom hälso- och sjukvården som omfattas av legitimationsbestämmelser. I detta avsnitt redovisas tillgång på personal med senaste legitimation inom följande sju hälso- och sjukvårdsyrken:

- arbetsterapeut,
- biomedicinsk analytiker,
- fysioterapeut,
- psykolog,
- läkare (inklusive specialistläkare),
- röntgensjuksköterska, och
- sjuksköterska (inklusive specialistsjuksköterska, exklusive barnmorska och röntgensjuksköterska).

Metod och definitioner

Kartläggningen av tillgång på personal inom de sju legitimationsyrkena har genomförts genom att analysera data från Socialstyrelsens förteckning över legitimerade omsorgs- och vårdyrkesgruppers arbetsmarknadsstatus (LOVA). Registret bygger på en sambearbetning av uppgifter från Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal med bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska (HOSP) och flera register från SCB, huvudsakligen longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA).
Arbetsmarknadsstatus skapas utifrån flera variabler från SCB:s register som visar individens inkomstkällor.

Sysselsättningsstatistiken baseras på International Labour Office definition av sysselsättning. Enligt denna definition bedöms de som arbetar minst en timme under mätveckan (avser första veckan i november) som sysselsatt. Det innebär att det inte går att särskilja deltidsanställda från heltidsanställda i statistiken. Vi har därför beställt uppgifter från SCB om genomsnittlig tjänstgöringsomfattning 2021 för de sju utvalda legitimationsyrkena. Med tjänstgöringsomfattning avses faktisk tjänstgöringstid i förhållande till heltid för en individ under mätmånaden.

Med sysselsatt ”inom hälso- och sjukvården” avses offentligt finansierad hälso- och sjukvård oavsett om den bedrivs i offentlig eller privat regi. Till ”inom hälso- och sjukvård” räknas:

- hälso- och sjukvård i regionernas regi (inklusive privat verksamhet som regionerna har avtal med och därmed finansierar),
- kommunal hälso- och sjukvård (inklusive privat verksamhet som kommunerna har avtal med och därmed finansierar),
- statligt finansierad hälso- och sjukvård,
- elevhälsa, samt
- bemanningsverksamhet inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

Verksamheter ”utanför hälso- och sjukvården” kan dels vara vårdverksamhet som är privat finansierad (t.ex. en privat läkarmottagning), dels annan verksamhet som kan vara offentligt finansierad (t.ex. verksamhet vid universitet och högskolor, myndigheter och annan offentligt finansierad verksamhet) eller privat finansierade verksamheter.

Bemanningsföretag inkluderar hyrpersonal inom vården även om de också erbjuder personal över ett brett spektrum av professioner och inte avgränsar verksamheten till just hälso- och sjukvård.

Variabeln ”yrke” hämtas från SCB:s yrkesregister och används för att analysera vad den legitimerade personalen har för arbetsuppgifter. SCB har under senare år börjat samla in uppgifter även från privata vårdgivare och från och med 2019 har uppgifterna tillräckligt tillförlitlig kvalitet.

Uppgifter över legitimerade som är sysselsatta omfattar personer upp till och med 66 år. Detta skiljer sig från motsvarande uppgifter i rapporten Nationella planeringsstödet 2024 (delrapport 1), som även inkluderar legitimerade som är 67 och äldre. Äldre som är sysselsatta arbetar ofta inte heltid, varför vi valt att endast studera personer i arbetsför ålder.

Det är en viss eftersläpning av de insamlade uppgifterna i LOVA, vilket innebär att det senaste året som kan redovisas är 2021.[161] Det var ett år då covid-19-pandemin pågick, vilket kan ha påverkat resultaten. Längre

[161] Socialstyrelsen. Kvalitetsdeklaration – Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2022 samt arbetsmarknadsstatus 2021 (2023).

tidsserier studeras därför också. I de fall det är möjligt har perioden 1995–2021 studerats. Uppgifter finns tillgängliga i LOVA från och med 1995. Legitimation infördes för vissa yrken före 1995, t.ex. läkare, psykolog och sjuksköterska, medan andra legitimationer införts senare.

För sysselsatta inom hälso- och sjukvården fördelat på olika typer av vård finns jämförbara siffror för perioden 2009–2021. Uppgifter om i vilket yrke legitimerad personal arbetar finns, som framgår ovan, bara för perioden 2019–2021, varför vi har valt att endast studera det senast tillgängliga året, dvs. 2021.

4.2.1 Tillgång på legitimerade arbetsterapeuter

Sammanfattning arbetsterapeuter

Arbetsterapeut blev ett legitimerat yrke 1999. Totalt fanns 2021 drygt 13 280 legitimerade arbetsterapeuter upp till och med 66 år i Sverige.

Av dessa var nära 12 110 (91 procent) sysselsatta på arbetsmarknaden, varav 92 procent kvinnor.

Av de sysselsatta arbetsterapeuterna 2021 arbetade nära 9 370 (77 procent) inom hälso- och sjukvården. Andelen sysselsatta arbetsterapeuter inom hälso- och sjukvården har minskat med 10 procentenheter mellan 1999 och 2021.

Av de sysselsatta arbetsterapeuterna inom hälso- och sjukvården arbetade störst andel (42 procent) inom kommunal hälso- och sjukvård, följt av specialistvård (32 procent).

Antalet sysselsatta arbetsterapeuter per 100 000 invånare uppgick 2021 till 116, varav 90 inom hälso- och sjukvården och 26 utanför hälso- och sjukvården. Mellan 1999 och 2021 ökade antalet sysselsatta arbetsterapeuter per 100 000 invånare inom hälso- och sjukvården med 31, vilket motsvarar en ökning med 53 procent.

Av samtliga sysselsatta 2021 arbetade 64 procent i yrkesrollen arbetsterapeut inom hälso- och sjukvården och 7 procent i yrkesrollen arbetsterapeut utanför hälso- och sjukvården. Övriga arbetade i andra roller inom eller utanför hälso- och sjukvården.

Samtliga legitimerade arbetsterapeuter

Arbetsterapeut blev ett legitimerat yrke den 1 januari 1999[162].Totalt fanns 2021 drygt 13 280 legitimerade arbetsterapeuter upp till och med 66 år enligt Socialstyrelsens förteckning LOVA (se tabell 1). Här avses endast de som har arbetsterapeut som senaste legitimation, de som har en senare

[162] Bet. 1997/98:SoU22. Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

legitimation i ett annat yrke är alltså inte medräknade. Av de som hade arbetsterapeut som senaste legitimation var nära 9 370 (70 procent) sysselsatta inom hälso- och sjukvården. Därutöver var drygt 2 740 (21 procent) sysselsatta utanför hälso- och sjukvården. För närmare definitioner av ”inom” respektive ”utanför” hälso- och sjukvården, se avsnittet Metod och definitioner. Den genomsnittliga tjänstgöringsomfattningen för sysselsatta utbildade arbetsterapeuter upp till och med 66 år var 93 procent 2021 (avser sysselsatta i offentlig regi)[163]. Kvinnor utgjorde 92 procent av samtliga sysselsatta (inom och utanför hälso- och sjukvården) legitimerade arbetsterapeuter upp till och med 66 år.

Andelen arbetslösa, pensionerade och övriga som inte var sysselsatta men som hade en inkomst i Sverige 2021 (t.ex. sjukskrivna, föräldralediga och studerande) var låg, mellan 0 och 3 procent. Andelen legitimerade arbetsterapeuter som inte hade en inkomst i Sverige var 3 procent och utgörs av personer som antingen inte var folkbokförda i Sverige eller som var folkbokförda i Sverige men som saknar eller har okänd inkomst. Denna grupp består sannolikt av personer som bor och/eller arbetar utomlands[164].

Vid samma tidpunkt fanns även nära 3 110 legitimerade arbetsterapeuter som var 67 år eller äldre (se tabell 1). Även här avses endast de som har arbetsterapeut som senaste legitimation. Av dessa hade merparten (drygt 2 600 eller 84 procent) gått i pension. Andelen sysselsatta inom hälso- och sjukvården uppgick till 6 procent, medan motsvarande andel bland sysselsatta utanför hälso- och sjukvården var 8 procent. Kvinnor utgjorde 95 procent av de sysselsatta arbetsterapeuterna (inom och utanför hälso- och sjukvården) i åldern 67 och äldre.

[163] Uppgifter beställd från Statistiska centralbyrån. Tjänstgöringsomfattning avser faktisk tjänstgöringstid i förhållande till heltid för en individ under mätmånaden.
[164] Enligt det nordiska skatteavtalet är huvudregeln att om man bor i Sverige och arbetar i ett annat nordiskt land betalar man skatt endast i arbetslandet från första dagen. Arbetsgivaren ska höra hemma i arbetslandet. Källa: www.skatteverket.se.

Tabell 1. Arbetsmarknadsstatus för legitimerade arbetsterapeuter 2021 fördelat på åldersgrupp, antal och andel (%)

Arbetsmarknadsstatus	Upp till och med 66 år		67 år och äldre	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Sysselsatt inom hälso- och sjukvården	9 367	70 %	184	6 %
Sysselsatt utanför hälso- och sjukvården	2 742	21 %	260	8 %
Ej folkbokförd i Sverige	223	2 %	58	2 %
Folkbokförd i Sverige men har okänd eller ingen deklarerad inkomst i Sverige	90	1 %	X	X
Övriga ej sysselsatta	382	3 %	0	0 %
Pension	437	3 %	2 604	84 %
Arbetslös	43	0 %	0	0 %
TOTALT	13 284	100 %	3 109	100 %

Anm. Statuskategorierna utgår från inkomst, t.ex. lön eller pension. I kategorin Övriga ej sysselsatta ingår bl.a. personer med sjukpenning, föräldrapenning, studiestöd eller försörjningsstöd. Antal legitimerade arbetsterapeuter som uppgår till under 5 redovisas inte.

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Samtliga sysselsatta legitimerade arbetsterapeuter upp till och med 66 år

I den följande fördjupande beskrivningen omfattas endast sysselsatta arbetsterapeuter (inom och utanför hälso- och sjukvården) upp till och med 66 år samt endast de som har arbetsterapeut som sin senaste legitimation. De som har gått i pension, är arbetslösa, övriga ej sysselsatta samt de som saknar registrerad inkomst i Sverige är alltså inte medräknade.

Ålder och kön

Samtliga sysselsatta, dvs. både inom och utanför hälso- och sjukvården, med senaste legitimation som arbetsterapeut uppgick 2021 till nära 12 110. Av dessa var nära 11 170 kvinnor (92 procent) och 940 män (8 procent), se tabell 2.

I tabell 2 redovisas även åldersfördelningen bland samtliga sysselsatta legitimerade arbetsterapeuter 2021. Högst andel sysselsatta fanns i åldersgrupperna 30–39 år, 40–49 år och 50–59 år (26 procent vardera). Åldersfördelningen skiljer sig åt mellan könen. Bland kvinnor var åldersfördelningen ungefär densamma som bland samtliga sysselsatta, vilket förklaras av att kvinnor utgör drygt 90 procent av de sysselselsatta

arbetsterapeuterna. Män hade däremot en högre andel sysselsatta i de yngre åldersgrupperna (39 år och yngre) än kvinnor.

Tabell 2. Samtliga sysselsatta legitimerade arbetsterapeuter 2021 fördelat på ålder och kön, antal och andel (%)

	Kvinnor		Män		Samtliga	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
<30 år	1 025	9 %	167	18 %	1 192	10 %
30–39 år	2 834	25 %	342	36 %	3 176	26 %
40–49 år	2 990	27 %	209	22 %	3 199	26 %
50–59 år	2 920	26 %	167	18 %	3 087	26 %
60–66 år	1 400	13 %	55	6 %	1 455	12 %
Samtliga	**11 169**	**100 %**	**940**	**100 %**	**12 109**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Antal år med legitimation

Av samtliga nära 12 110 sysselsatta arbetsterapeuter 2021 var det en tredjedel (32 procent) som haft sin legitimation i mindre än 10 år. Det var 31 procent som hade haft sin legitimation i 10–19 år och 37 procent hade haft sin legitimation i 20 år eller mer (se tabell 3). Som tidigare nämnts blev arbetsterapeut ett legitimerat yrke 1999, vilket innebär att man 2021 kan ha haft legitimation i högst drygt 20 år. Förhållandevis många arbetsterapeuter har därmed haft legitimation i 20 år eller mer.

Tabell 3. Samtliga sysselsatta legitimerade arbetsterapeuter 2021 fördelat på antal år med legitimation, antal och andel (%)

Antal år med legitimation	Antal	Andel
0–4 år	1 998	16 %
5–9 år	1 932	16 %
10–19 år	3 704	31 %
> 20 år	4 475	37 %
Samtliga	**12 109**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta legitimerade arbetsterapeuter inom och utanför hälso- och sjukvården

Av samtliga sysselsatta nära 12 110 legitimerade arbetsterapeuter 2021 arbetade nära 9 370 personer (77 procent) inom hälso- och sjukvården, dvs. offentligt finansierad hälso- och sjukvård, och drygt 2 740 personer (23 procent) arbetade utanför hälso- och sjukvården, se tabell 4.

Både inom och utanför hälso- och sjukvården finns såväl de som arbetar i yrkesrollen arbetsterapeut som i andra yrkesroller. Av avsnittet Sysselsatta legitimerade arbetsterapeuter som arbetar i yrkesrollen och i andra yrkesroller framgår dels hur många som arbetar i yrkesrollen arbetsterapeut inom respektive utanför hälso- och sjukvården, dels vilka andra yrkesroller arbetsterapeuter har.

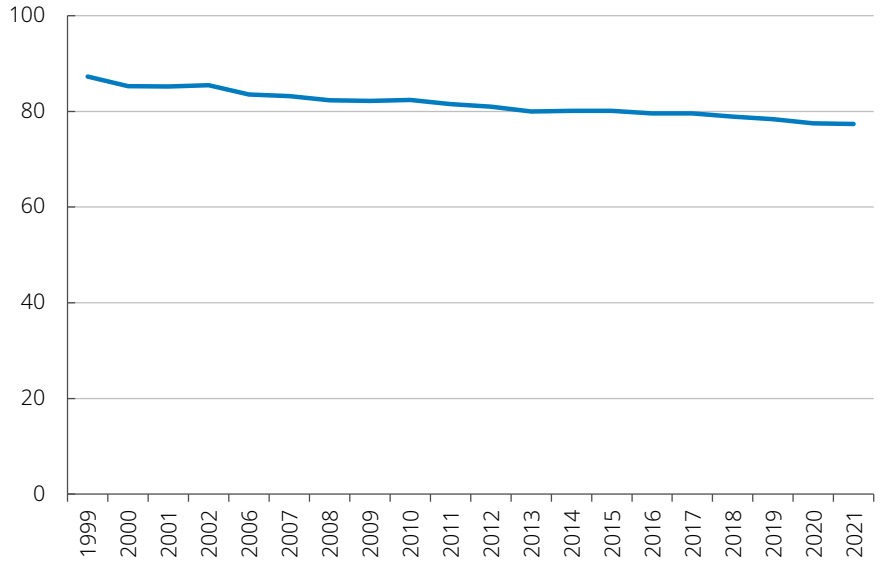
Tabell 4. Samtliga sysselsatta legitimerade arbetsterapeuter 2021 fördelat på inom och utanför hälso- och sjukvården, antal och andel (%)

	Antal	Andel
Inom hälso- och sjukvården	9 367	77 %
Utanför hälso- och sjukvården	2 742	23 %
Samtliga	**12 109**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Andelen av samtliga sysselsatta legitimerade arbetsterapeuter som arbetar inom hälso- och sjukvården har minskat över tid. Mellan 1999 och 2021 minskade andelen med 10 procentenheter, från 87 till 77 procent (se diagram 1).

Diagram 1. Sysselsatta legitimerade arbetsterapeuter inom hälso- och sjukvården som andel (%) av samtliga sysselsatta 1999–2021



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta legitimerade arbetsterapeuter inom hälso- och sjukvården per typ av vård

Av de nära 9 370 sysselsatta arbetsterapeuterna inom hälso- och sjukvården 2021 arbetade störst andel (42 procent) inom kommunal hälso- och sjukvård, följt av specialistvård (32 procent), se tabell 5. Primärvård och annan typ av

vård (t.ex. annan öppen hälso- och sjukvård utan läkare) var också relativt vanligt (10 procent vardera). Bemanningsföretag, elevhälsa samt vård i statlig regi var det däremot inte så vanligt att arbetsterapeuterna arbetade inom.

Tabell 5. Sysselsatta arbetsterapeuter inom hälso- och sjukvården 2021 fördelat på typ av vård, antal och andel (%)

Typ av vård	Antal	Andel
Kommunal hälso- och sjukvård	3 950	42 %
Specialistvård	2 995	32 %
Annan typ av vård	971	10 %
Primärvård	937	10 %
Bemanningsföretag	355	4%
Elevhälsa	128	1 %
Statlig regi	31	0 %
Samtliga	**9 367**	**100 %**

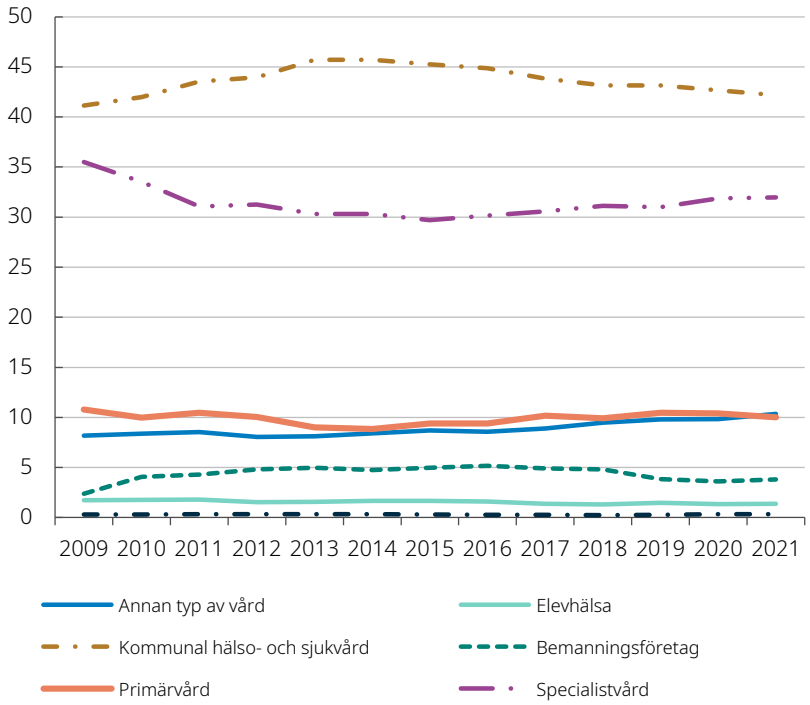
Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Mellan 2009 och 2013 ökade andelen arbetsterapeuter i kommunal hälso- och sjukvård av sysselsatta inom hälso- och sjukvården från 41 till 46 procent för att sedan minska till 42 procent 2021 (se diagram 2).

Andelen arbetsterapeuter inom specialistvården av sysselsatta inom hälso- och sjukvården minskade däremot från 35 procent 2009 till 30 procent 2013, men ökade sedan till 32 procent 2021. Merparten av de sysselsatta arbetsterapeuterna i specialistvården arbetar i sluten specialiserad somatisk vård på sjukhus och denna andel minskade från 30 procent 2009 till 25 procent 2021 av samtliga sysselsatta inom hälso- och sjukvården.

Andelen arbetsterapeuter som var sysselsatta inom andra typer av vård har varierat något under den studerade perioden eller har legat relativt konstant (se diagram 2).

Diagram 2. Andel (%) sysselsatta arbetsterapeuter inom hälso- och sjukvården fördelat på typ av vård 2009–2021



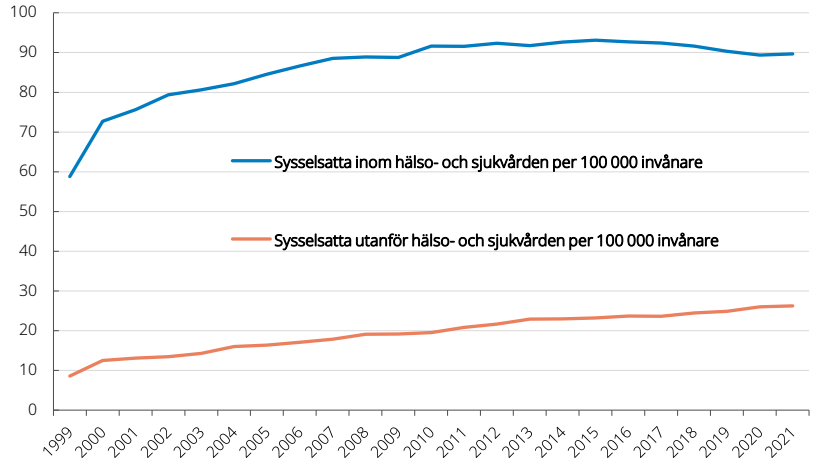
Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Antalet sysselsatta arbetsterapeuter per 100 000 invånare

För att få en uppfattning om omfattningen av antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården kan antalet sysselsatta per 100 000 invånare studeras. Antalet sysselsatta legitimerade arbetsterapeuter per 100 000 invånare uppgick 2021 till 116, varav 90 inom hälso- och sjukvården och 26 utanför hälso- och sjukvården.

Antalet sysselsatta arbetsterapeuter per 100 000 invånare har ökat över tid både inom och utanför hälso- och sjukvården, se diagram 3. Mellan 1999 och 2001, då arbetsterapeut var ett nytt legitimationsyrke, ökade antalet sysselsatta arbetsterapeuter inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare med 31 (+53 procent). Motsvarande ökning bland sysselsatta utanför hälso- och sjukvården var 18 arbetsterapeuter (+208 procent).

Diagram 3. Antal sysselsatta legitimerade arbetsterapeuter per 100 000 invånare inom respektive utanför hälso- och sjukvården 1999–2021



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta arbetsterapeuter i offentlig och privat regi

Av samtliga nära 12 110 sysselsatta arbetsterapeuter 2021 arbetade 81 procent i verksamheter i offentlig regi och 19 procent i privat regi[165]. Av sysselsatta inom hälso- och sjukvården arbetade 84 procent i offentlig regi och bland sysselsatta utanför hälso- och sjukvården var motsvarande andel 72 procent (se tabell 6).

Tabell 6. Sysselsatta arbetsterapeuter inom respektive utanför hälso- och sjukvården 2021 fördelat på i offentlig respektive privat regi, antal och andel (%)

	Inom hälso- och sjukvården		Utanför hälso- och sjukvården		Samtliga sysselsatta	
	Antal	**Andel**	**Antal**	**Andel**	**Antal**	**Andel**
Offentlig regi	7 896	84 %	1 967	72 %	9 863	81 %
Privat regi	1 471	16 %	775	28 %	2 246	19 %
Samtliga sysselsatta oavsett regi	**9 367**	**100 %**	**2 742**	**100 %**	**12 109**	**100 %**

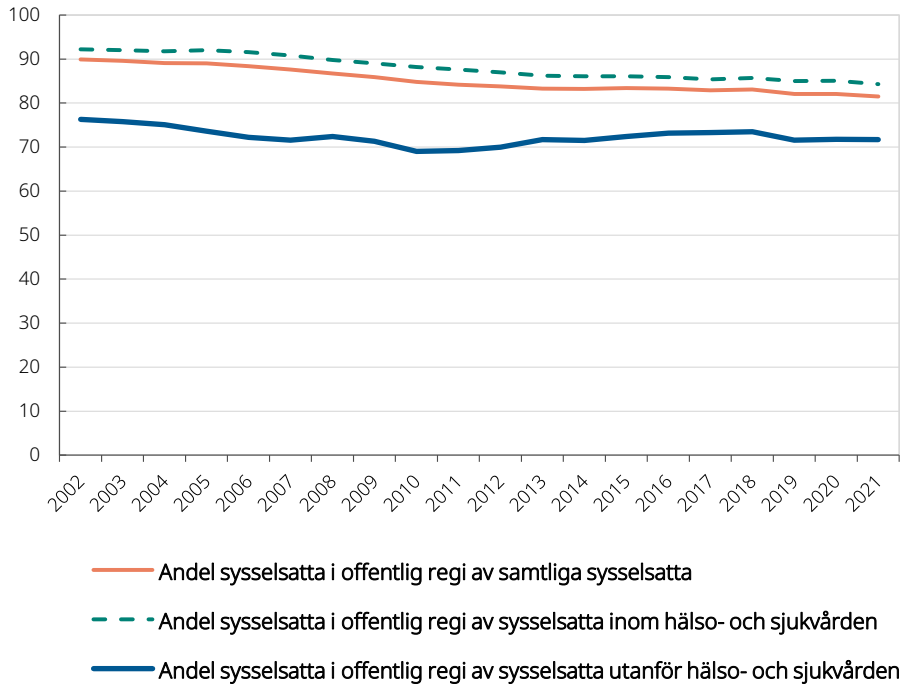
Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Över tid har andelen sysselsatta arbetsterapeuter som arbetar i offentlig regi minskat, se diagram 4. Andelen arbetsterapeuter som arbetar inom hälso- och sjukvården i offentlig regi har minskat kontinuerligt sedan 2002. Bland sysselsatta utanför hälso- och sjukvården har andelen som arbetar i offentlig

[165] Med regi avses om det är en offentlig eller privat aktör som driver verksamheten. En privat driven verksamhet kan dock finansieras med offentliga medel genom avtal med stat, region eller kommun. Det kan även finnas privata verksamheter som finansieras med privata medel, men då ingår de inte i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. För definitioner av vad som ingår i ”inom hälso- och sjukvården” respektive ”utanför hälso- och sjukvården”, se avsnittet Metod och definitioner.

regi varierat under den studerade perioden, men även för denna grupp har en minskning skett mellan 2002 och 2021.

Diagram 4. Andel (%) sysselsatta arbetsterapeuter i offentlig regi av samtliga sysselsatta samt av sysselsatta inom respektive utanför hälso- och sjukvården 2002–2021



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta legitimerade arbetsterapeuter som arbetar i yrkesrollen och i andra yrkesroller

Av samtliga nära 12 110 sysselsatta legitimerade arbetsterapeuter 2021 arbetade drygt 8 530 (71 procent) i yrkesrollen arbetsterapeut, varav cirka 7 720 (64 procent) inom hälso- och sjukvården och cirka 820 (7 procent) utanför hälso- och sjukvården. Cirka tre av tio arbetade i andra yrkesroller än som arbetsterapeut (se tabell 7).

Bland sysselsatta arbetsterapeuter inom hälso- och sjukvården arbetade 82 procent i yrkesrollen arbetsterapeut, medan motsvarande andel bland sysselsatta utanför hälso- och sjukvården var 30 procent.

Tabell 7. Sysselsatta arbetsterapeuter inom respektive utanför hälso- och sjukvården 2021 fördelat på sysselsatta i yrkesrollen respektive i andra yrkesroller, antal och andel (%)

	Inom hälso- och sjukvården		Utanför hälso- och sjukvården		Samtliga sysselsatta	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Sysselsatta i yrkesrollen	7 716	82 %	818	30 %	8 534	71 %
Sysselsatta i andra yrkesroller	1 631	18 %	1 896	69 %	3 527	29 %
Okänd yrkesroll	20	0%	28	1%	48	0%
Samtliga sysselsatta oavsett yrkesroll	**9 367**	**100 %**	**2 742**	**100 %**	**12 109**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

De vanligaste yrkesrollerna för arbetsterapeuter

Som framgår ovan arbetar merparten (82 procent) av de sysselsatta legitimerade arbetsterapeuterna inom hälso- och sjukvården också i sin yrkesroll. Bland sysselsatta inom hälso- och sjukvården som inte arbetade som arbetsterapeut var det vanligast att arbeta som chef inom hälso- och sjukvård (3 procent) eller chef inom äldreomsorgen (2 procent), se tabell 8. Vårdare, boendestödjare samt planerare och utredare var andra relativt vanliga yrken.

Bland sysselsatta utanför hälso- och sjukvården, som inte arbetade som arbetsterapeut, var planerare och utredare det vanligaste yrket (8 procent), följt av chefer inom äldreomsorg och universitets- och högskolelärare (5 procent vardera) samt socialförsäkringshandläggare (4 procent).

Därutöver finns ett stort antal andra yrkesroller och en stor spridning mellan dessa inom populationen. Siffrorna bör tolkas med viss försiktighet, eftersom det kan förekomma felregistreringar. Uppgifter över tid saknas tyvärr i Socialstyrelsens förteckning LOVA när det gäller hur många som arbetar i sin yrkesroll, det går endast att följa tillbaka till 2019.

Tabell 8. Sysselsatta arbetsterapeuter inom respektive utanför hälso- och sjukvården 2021 fördelat på yrke, antal och andel (%)

Yrken bland sysselsatta inom hälso- och sjukvården			Yrken bland sysselsatta utanför hälso- och sjukvården		
	Antal	**Andel**		**Antal**	**Andel**
Arbetsterapeut	7 716	82 %	Arbetsterapeut	818	30 %
Chefer inom hälso- och sjukvård	257	3 %	Planerare och utredare m.fl.	231	8 %
Chefer inom äldreomsorg	175	2 %	Chefer inom äldreomsorg	148	5 %
Vårdare, boendestödjare	148	2 %	Universitets- och högskolelärare	136	5 %
Planerare och utredare m.fl.	117	1 %	Socialförsäkrings-handläggare	121	4 %
Övriga yrken	934	10 %	Övriga yrken	1 260	46 %
Okänd yrkesroll	20	0 %	Okänd yrkesroll	28	1 %
Samtliga sysselsatta inom hälso- och sjukvården oavsett yrke	**9 367**	**100 %**	**Samtliga sysselsatta utanför hälso- och sjukvården oavsett yrke**	**2 742**	**100 %**

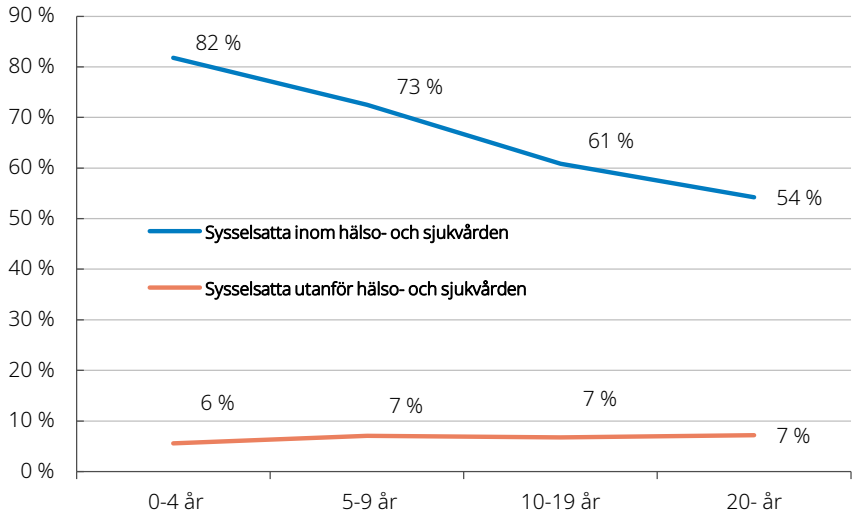
Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta i yrkesrollen efter antal år med legitimation

Andelen som arbetar i yrkesrollen arbetsterapeut inom hälso- och sjukvården minskar med antalet år sedan legitimation. Av samtliga sysselsatta (både inom och utanför hälso- och sjukvården) 2021 som fick sin legitimation för 0–4 år sedan arbetade 82 procent i yrkesrollen arbetsterapeut inom hälso- och sjukvården, jämfört med 54 procent bland dem som fick sin legitimation för 20 år sedan eller mer (se diagram 5).

Andelen av samtliga sysselsatta som arbetade i yrkesrollen utanför hälso- och sjukvården 2021 var ungefär densamma oberoende av antalet år med legitimation (se diagram 5).

Diagram 5. Andel (%) av samtliga sysselsatta arbetsterapeuter 2021 som arbetade i sin yrkesroll inom respektive utanför hälso- och sjukvården fördelat på antal år med legitimation



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

4.2.2 Tillgång på legitimerade biomedicinska analytiker

Sammanfattning biomedicinska analytiker

Totalt fanns 2021 10 890 legitimerade biomedicinska analytiker upp till och med 66 år i Sverige.

Av dessa var drygt 9 590 (88 procent) sysselsatta på arbetsmarknaden i Sverige, varav 87 procent var kvinnor.

Av de sysselsatta biomedicinska analytikerna 2021 arbetade nära 7 540 (79 procent) inom hälso- och sjukvården. Andelen sysselsatta biomedicinska analytiker inom hälso- och sjukvården har minskat med 10 procentenheter mellan 2006 och 2021.

Av de sysselsatta biomedicinska analytikerna inom hälso- och sjukvården var det vanligast att arbeta i specialistvård (74 procent). Nära var femte sysselsatt biomedicinsk analytiker inom hälso- och sjukvården arbetade med medicinsk laboratorieverksamhet.

Antalet sysselsatta biomedicinska analytiker per 100 000 invånare uppgick 2021 till 92, varav 72 inom hälso- och sjukvården och 20 utanför hälso- och sjukvården. Under perioden 2008–2021 minskade antalet sysselsatta biomedicinska analytiker inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare med 15 procent.

Av samtliga sysselsatta 2021 arbetade 69 procent i yrkesrollen biomedicinsk analytiker inom hälso- och sjukvården och 5 procent i yrkesrollen

biomedicinsk analytiker utanför hälso- och sjukvården. Övriga arbetade i andra roller inom eller utanför hälso- och sjukvården.

Biomedicinsk analytiker blev ett legitimerat yrke den 1 april 2006[166].Totalt fanns 2021 10 890 legitimerade biomedicinska analytiker upp till och med 66 år, enligt Socialstyrelsens förteckning LOVA (se tabell 9). Här avses endast de som har biomedicinsk analytiker som senaste legitimation, de som har en senare legitimation i ett annat yrke är alltså inte medräknade. Av dessa var nära 7 540 (69 procent) sysselsatta inom hälso- och sjukvården. Därutöver var drygt 2 050 (19 procent) sysselsatta utanför hälso- och sjukvården (se tabell 9). För närmare definitioner av ”inom hälso- och sjukvården” respektive ”utanför hälso- och sjukvården”, se avsnittet Metod och definitioner. Den genomsnittliga tjänstgöringsomfattningen för sysselsatta biomedicinska analytiker var 92 procent 2021 (avser sysselsatta i offentlig regi)[167]. Kvinnor utgjorde 87 procent av samtliga sysselsatta legitimerade biomedicinska analytiker upp till och med 66 år.

Andelen arbetslösa, pensionerade och övriga som inte var sysselsatta men som hade en inkomst i Sverige 2021 (till exempel sjukskrivna, föräldralediga och studerande) var 9 procent. Ytterligare 3 procent hade inte en inkomst i Sverige och utgörs av personer som antingen inte var folkbokförda i Sverige eller som var folkbokförda i Sverige men som saknade eller hade okänd inkomst (se tabell 9). Denna grupp består sannolikt av personer som var bosatta och/eller arbetade utomlands[168].

Vid samma tidpunkt fanns även närmare 3 840 legitimerade biomedicinska analytiker som var 67 år eller äldre. Även här avses endast de som har biomedicinsk analytiker som senaste legitimation. Av dessa hade merparten (drygt 3 152 eller 82 procent) gått i pension. Andelen sysselsatta inom hälso- och sjukvården uppgick till 9 procent, medan 7 procent var sysselsatta utanför hälso- och sjukvården, se tabell 9. Kvinnor utgjorde 94 procent av de sysselsatta biomedicinska analytikerna (inom och utanför hälso- och sjukvården) i åldern 67 år eller äldre.

[166] Prop. 2005/06:43. Legitimation och skyddad yrkestitel. Betänkande 2005/06:SoU10. Skrivelse 2005/06:148.
[167] Uppgift beställd från Statistiska centralbyrån (SCB). Tjänstgöringsomfattning avser faktiskt tjänstgöringstid i förhållande till heltid för en individ under mätmånaden.
[168] Enligt det nordiska skatteavtalet är huvudregeln att om man bor i Sverige och arbetar i ett annat nordiskt land betalar man skatt endast i arbetslandet från första dagen. Arbetsgivaren ska höra hemma i arbetslandet. Källa: www.skatteverket.se.

Tabell 9. Arbetsmarknadsstatus för legitimerade biomedicinska analytiker 2021 fördelat på åldersgrupp, antal och andel (%)

Arbetsmarknadsstatus	Upp till och med 66 år		67 år och äldre	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Sysselsatta inom hälso- och sjukvård	7 537	69 %	356	9 %
Sysselsatta utanför hälso- och sjukvård	2 054	19 %	274	7 %
Pensionerade	539	5 %	3 152	82 %
Övriga ej sysselsatta	387	3 %	0	0 %
Ej folkbokförd i Sverige	209	2 %	54	1 %
Folkbokförd i Sverige men har okänd eller ingen deklarerad inkomst i Sverige	98	1 %	X	X %
Arbetslös	66	1 %	0	0 %
Samtliga	**10 890**	**100 %**	**3 839**	**100 %**

Anm. Statuskategorierna utgår från inkomst, t.ex. lön eller pension. I kategorin Övriga ej sysselsatta ingår bl.a. personer med sjukpenning, föräldrapenning, studiestöd eller försörjningsstöd. Antal legitimerade biomedicinska analytiker som uppgår till under 5 redovisas inte

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Samtliga sysselsatta legitimerade biomedicinska analytiker upp till och med 66 år

I den följande fördjupande beskrivningen omfattas endast sysselsatta biomedicinska analytiker (inom och utanför hälso- och sjukvården) till och med 66 år, samt endast de som har biomedicinsk analytiker som senaste legitimation. De som har gått i pension, är arbetslösa, övriga ej sysselsatta samt de som saknar registrerad inkomst i Sverige är alltså inte medräknade.

Ålder och kön

Samtliga sysselsatta, det vill säga både inom och utanför hälso- och sjukvården, med senaste legitimation som biomedicinsk analytiker uppgick 2021 till drygt 9 590. Av dessa var nära 8 300 kvinnor (87 procent) och drygt 1 290 män (13 procent), se tabell 10.

I tabell 10 redovisas även åldersfördelningen bland de sysselsatta legitimerade biomedicinska analytikerna. Det är en högre andel som är under 40 år bland männen (49 procent) än bland kvinnorna (35 procent).

Tabell 10. Sysselsatta legitimerade biomedicinska analytiker 2021 fördelat på ålder och kön, antal och andel (%)

	Kvinnor		Män		Samtliga	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
<30 år	1 029	12 %	193	15 %	1 222	13 %
30–39 år	1 937	23 %	436	34 %	2 373	25 %
40–49 år	1 674	20 %	279	21 %	1 953	20 %
50–59 år	2 121	26 %	256	20 %	2 377	25 %
60–66 år	1 536	19 %	130	10 %	1 666	17 %
Samtliga	**8 297**	**100 %**	**1 294**	**100 %**	**9 591**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Antal år med legitimation

Av samtliga drygt 9 590 biomedicinska analytiker sysselsatta inom eller utanför hälso- och sjukvården var nästan var femte relativt nyutbildad och hade haft legitimation mellan 0–4 år. Då biomedicinsk analytiker blev ett legitimationsyrke först 2006 kunde de sysselsatta 2021 som längst haft legitimation i 15 år. Det var 62 procent som hade haft legitimation 10–15 år, se tabell 11.

Tabell 11. Sysselsatta legitimerade biomedicinska analytiker 2021 fördelat på antal år med legitimation, antal och andel (%)

Antal år med legitimation	Antal	Andel
0–4 år	1 837	19 %
5–9 år	1 823	19 %
10–15 år	5 931	62 %
Samtliga	**9 591**	**100 %**

* Sedan den 1 april 2006 är biomedicinsk analytiker ett legitimerat yrke. Det innebär att 2021 kunde man som längst ha haft legitimation i 15 år.

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Av samtliga drygt 9 590 sysselsatta legitimerade biomedicinska analytiker 2021 arbetade nära 7 540 (79 procent) inom hälso- och sjukvården, dvs. i offentligt finansierad hälso- och sjukvård, och drygt 2 050 (21 procent) arbetade utanför hälso- och sjukvården (se tabell 12).

Både inom och utanför hälso- och sjukvården finns de som arbetar i yrkesrollen biomedicinsk analytiker men även i andra yrkesroller. Av avsnittet Sysselsatta legitimerade biomedicinska analytiker som arbetar i yrkesrollen och i andra yrkesroller framgår dels hur många som arbetade i yrkesrollen biomedicinsk analytiker inom respektive utanför hälso- och sjukvården, dels vilka andra yrkesroller som legitimerade biomedicinska analytiker hade bland de sysselsatta 2021.

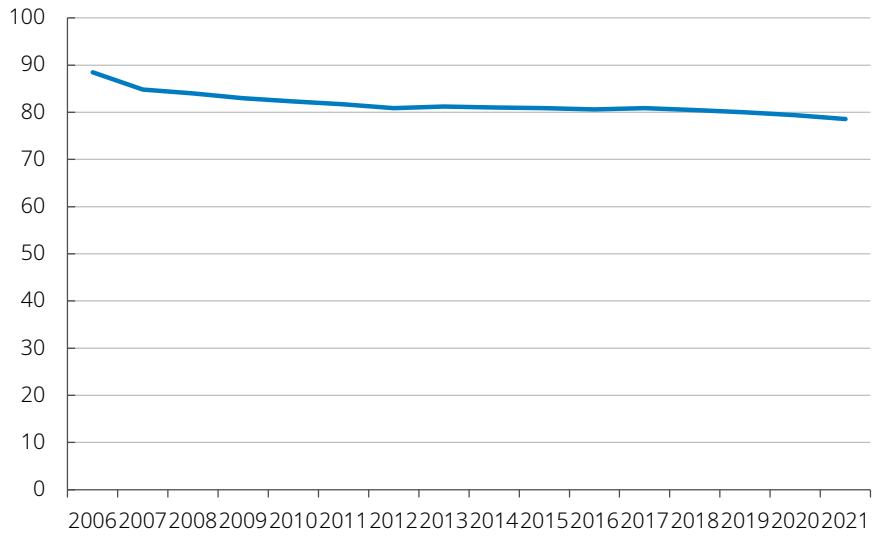
Tabell 12. Samtliga sysselsatta legitimerade biomedicinska analytiker 2021 fördelat på inom och utanför hälso- och sjukvården, antal och andel (%)

	Antal	Andel
Inom hälso- och sjukvården	7 537	79 %
Utanför hälso- och sjukvården	2 054	21 %
Samtliga	**9 591**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Andelen av de sysselsatta legitimerade biomedicinska analytiker som arbetar inom hälso- och sjukvården har under perioden 2006–2021 minskat med 10 procentenheter, från 89 procent 2006 till 79 procent 2021 (se diagram 6).

Diagram 6. Sysselsatta legitimerade biomedicinska analytiker inom hälso- och sjukvården som andel (%) av samtliga sysselsatta 2006–2021



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta legitimerade biomedicinska analytiker inom hälso- och sjukvården per typ av vård

En majoritet (74 procent) av de nära 7 540 sysselsatta legitimerade biomedicinska analytiker som arbetade inom hälso- och sjukvården 2021 arbetade i specialistvård, se tabell 13. Nära var femte biomedicinsk analytiker (19 procent) arbetade inom ”Annan typ av vård”. Merparten av dessa arbetade inom medicinsk laboratorieverksamhet.

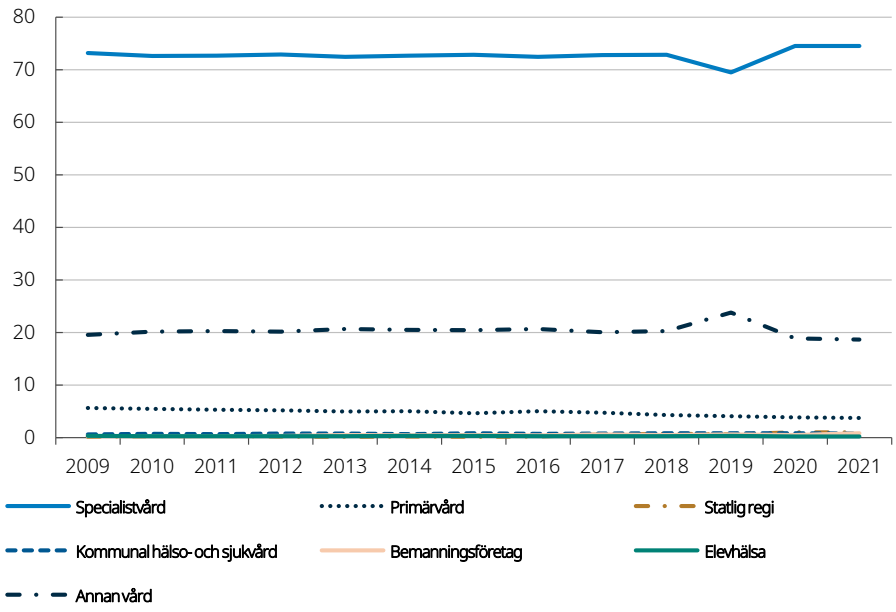
Tabell 13. Sysselsatta legitimerade biomedicinska analytiker inom hälso- och sjukvården 2021 fördelat på typ av vård, antal och andel (%)

Typ av vård	Antal	Andel
Specialistvård	5 616	74 %
Annan typ av vård	1 410	19 %
Primärvård	284	4 %
Statlig regi	79	1 %
Bemanningsföretag	67	1 %
Kommunal hälso- och sjukvård	63	1 %
Elevhälsa	18	0 %
Samtliga	**7 537**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sedan 2009 har det inte skett några större förändringar när det gäller inom vilka vårdtyper inom hälso- och sjukvården som biomedicinska analytiker är sysselsatta, se diagram 7. Under år 2019 minskade dock tillfälligt andelen sysselsatta i specialistvård med tre procentenheter samtidigt som andelen sysselsatta i ”annan typ av vård” tillfälligt ökade med fyra procentenheter.

Diagram 7. Andel sysselsatta biomedicinska analytiker per vårdtyp inom hälso- och sjukvården 2009–2021



Antalet sysselsatta biomedicinska analytiker per 100 000 invånare

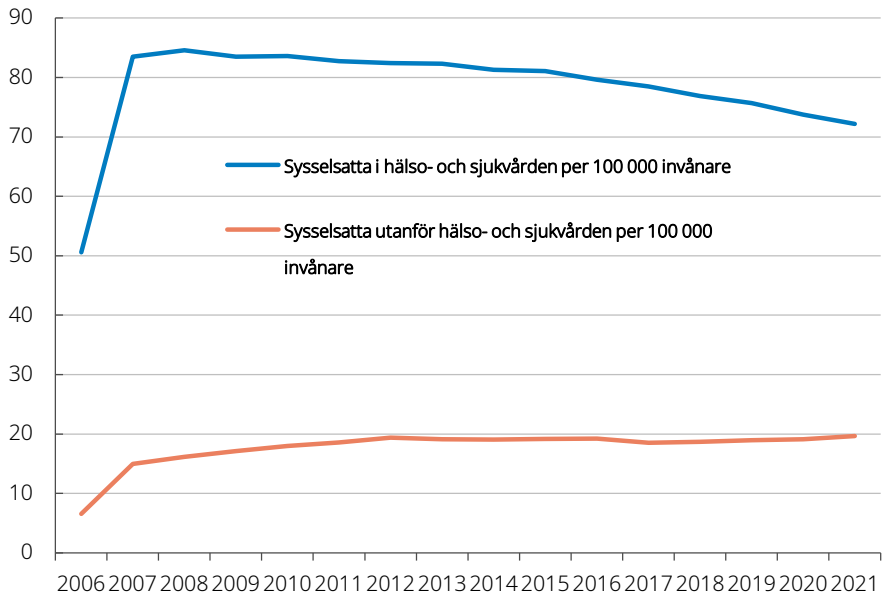
För att få en uppfattning om omfattningen av antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården kan antalet sysselsatta per 100 000 invånare studeras.

Antalet sysselsatta legitimerade biomedicinska analytiker per 100 000 invånare uppgick 2021 till 92. Antalet sysselsatta per 100 000 invånare inom hälso- och sjukvården var 72, medan motsvarande antal utanför hälso- och sjukvården var 20.

Biomedicinsk analytiker blev ett legitimationsyrke 1 april 2006. Mellan 2006–2007, då biomedicinsk analytiker var ett nytt legitimationsyrke, ökade antalet sysselsatta biomedicinska analytiker per 100 000 invånare inom hälso- och sjukvården med 65 procent, vilket motsvarar en ökning med 33 fler biomedicinska analytiker per 100 000 invånare. Mellan 2008–2021 har antalet sysselsatta biomedicinska analytiker per 100 000 invånare inom hälso- och sjukvården minskat med 15 procent, vilket motsvarar en minskning med 13 färre biomedicinska analytiker per 100 000 invånare (diagram 8).

Antalet sysselsatta biomedicinska analytiker per 100 000 invånare utanför hälso- och sjukvården ökade med 114 procent mellan 2006–2007 vilket motsvarar en ökning med åtta fler biomedicinska analytiker per 100 000 invånare. Antalet sysselsatta biomedicinska analytiker per 100 000 invånare utanför hälso- och sjukvården fortsatte därefter öka något fram till 2012, därefter har det inte skett några större förändringar fram till 2021, se diagram 8.

Diagram 8. Antal sysselsatta legitimerade biomedicinska analytiker per 100 000 invånare inom respektive utanför hälso- och sjukvården, 2006–2021



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta biomedicinska analytiker i offentlig och privat regi

Av samtliga drygt 9 590 sysselsatta biomedicinska analytiker 2021 arbetade 79 procent i verksamheter i offentlig regi och 21 procent i privat regi[169]. Av sysselsatta inom hälso- och sjukvården arbetade 90 procent i offentlig regi och bland sysselsatta utanför hälso- och sjukvården var motsvarande andel 39 procent (se tabell 14).

Tabell 14. Sysselsatta biomedicinska analytiker inom respektive utanför hälso- och sjukvården 2021 fördelat på i offentlig respektive privat regi, antal och andel (%)

	Inom hälso- och sjukvården		Utanför hälso- och sjukvården		Samtliga sysselsatta	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Offentlig regi	6 746	90 %	810	39 %	7 556	79 %
Privat regi	791	10 %	1 244	61 %	2 035	21 %
Samtliga sysselsatta oavsett regi	**7 537**	**100 %**	**2 054**	**100 %**	**9 591**	**100 %**

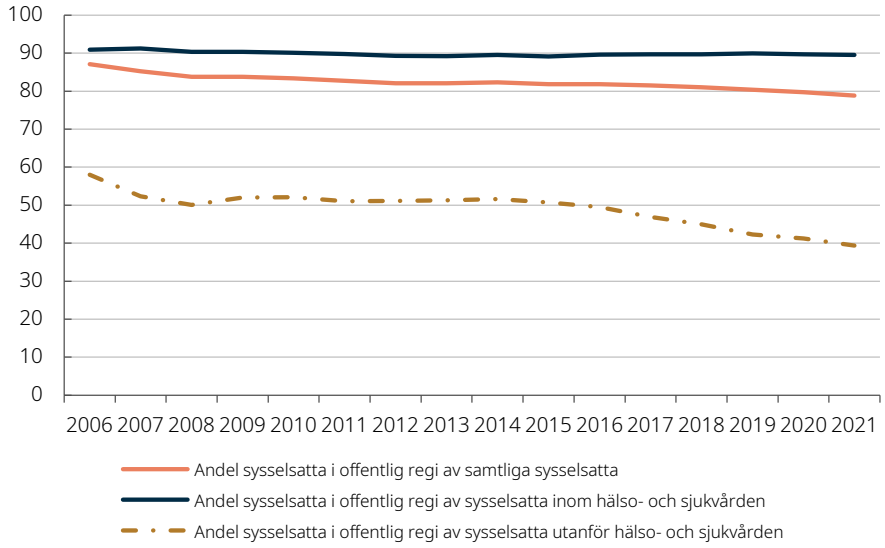
Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Andelen sysselsatta biomedicinska analytiker som arbetar i offentlig regi har minskat något över tid, från 87 procent 2006 till 79 procent 2021. Det är bland de som är sysselsatta utanför hälso- och sjukvården som andelen som arbetar i offentlig regi har minskat, från 58 procent 2006 till 39 procent 2021 (se diagram 9).

Bland sysselsatta biomedicinska analytiker inom hälso- och sjukvården har andelen som arbetar i offentlig regi varit relativt konstant över tid (se diagram 9).

[169] Med regi avses om det är en offentlig eller privat aktör som driver verksamheten. En privat driven verksamhet kan dock finansieras med offentliga medel genom avtal med stat, region eller kommun. Det kan även finnas privata verksamheter som finansieras med privata medel, men då ingår de inte i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. För definitioner av vad som ingår i ”inom hälso- och sjukvården” respektive ”utanför hälso- och sjukvården”, se avsnittet Metod och definitioner.

Diagram 9. Andel av sysselsatta legitimerade biomedicinska analytiker som arbetar i offentlig regi, 2006–2021



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta legitimerade biomedicinska analytiker som arbetar i yrkesrollen och i andra yrkesroller

Av samtliga drygt 9 590 sysselsatta legitimerade biomedicinska analytiker 2021 arbetade drygt 7 110 (74 procent) i yrkesrollen biomedicinsk analytiker, varav nära 6 610 (69 procent) inom hälso- och sjukvården och nära 510 (5 procent) utanför hälso- och sjukvården. Det var nära 2 420 (25 procent) av samtliga sysselsatta som arbetade i andra yrkesroller än biomedicinsk analytiker (se tabell 15).

Bland biomedicinska analytiker sysselsatta inom hälso- och sjukvården arbetade 88 procent i yrkesrollen biomedicinsk analytiker, medan motsvarande andel bland sysselsatta utanför hälso- och sjukvården var 24 procent (se tabell 15).

Tabell 15. Sysselsatta biomedicinska analytiker inom respektive utanför hälso- och sjukvården 2021 fördelat på sysselsatta i yrkesrollen respektive i andra yrkesroller, antal och andel (%)

	Inom hälso- och sjukvården		Utanför hälso- och sjukvården		Samtliga sysselsatta (i eller utanför hälso- och sjukvården)	
	Antal	**Andel**	**Antal**	**Andel**	**Antal**	**Andel**
Sysselsatta i yrkesrollen	6 605	88 %	506	24 %	7 111	74 %
Sysselsatta i andra yrkesroller	903	12 %	1 514	74 %	2 417	25 %
Okänd yrkesroll	29	0 %	34	2 %	63	1 %
Samtliga sysselsatta oavsett yrkesroll	**7 537**	**100 %**	**2 054**	**100 %**	**9 591**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

De vanligaste yrkesrollerna för biomedicinska analytiker

Som framgår ovan arbetar merparten (88 procent) av de sysselsatta biomedicinska analytikerna inom hälso- och sjukvården också i sin yrkesroll. Bland sysselsatta inom hälso- och sjukvården som inte arbetade som biomedicinsk analytiker var det vanligast att arbeta som chef inom hälso- och sjukvården (4 procent), se tabell 16. Planerare och utredare, laboratorieingenjör är exempel på andra yrkesroll bland de som inte arbetade i yrkesrollen biomedicinsk analytiker.

Bland sysselsatta utanför hälso- och sjukvården som inte arbetade som biomedicinsk analytiker var det vanligast att arbeta som laboratorieingenjör (14 procent) och näst vanligast att arbeta som universitets- och högskolelärare (5 procent) eller civilingenjör (5 procent), se tabell 16.

Därutöver finns ett stort antal andra yrkesroller och en stor spridning mellan dessa inom populationen. Siffrorna bör tolkas med viss försiktighet, eftersom det kan förekomma felregistreringar. Uppgifter över tid saknas tyvärr i Socialstyrelsens förteckning LOVA när det gäller hur många som arbetar i sin yrkesroll, det går endast att följa tillbaka till 2019.

Tabell 16. Sysselsatta biomedicinska analytiker inom respektive utanför hälso- och sjukvården 2021 fördelat på yrke, antal och andel (%)

Yrken bland sysselsatta inom hälso- och sjukvården			Yrken bland sysselsatta utanför hälso- och sjukvården		
	Antal	**Andel**		**Antal**	**Andel**
Biomedicinsk analytiker	6 605	88 %	Biomedicinsk analytiker	506	24 %
Chefer inom hälso- och sjukvård	322	4 %	Laboratorieingenjörer	286	14 %
Planerare och utredare	95	1 %	Universitets- och högskolelärare	112	5 %
Laboratorieingenjörer	61	1 %	Civilingenjörsyrken	95	5 %
Övriga specialister inom hälso- och sjukvård	40	1 %	Företagssäljare	84	4 %
Övriga yrken	385	5 %	Övriga yrken	937	46 %
Okänd yrkesroll	29	0 %	Okänd yrkesroll	34	2 %
Samtliga sysselsatta inom hälso- och sjukvården oavsett yrke	**7 537**	**100 %**	**Samtliga sysselsatta utanför hälso- och sjukvården oavsett yrke**	**2 054**	**100 %**

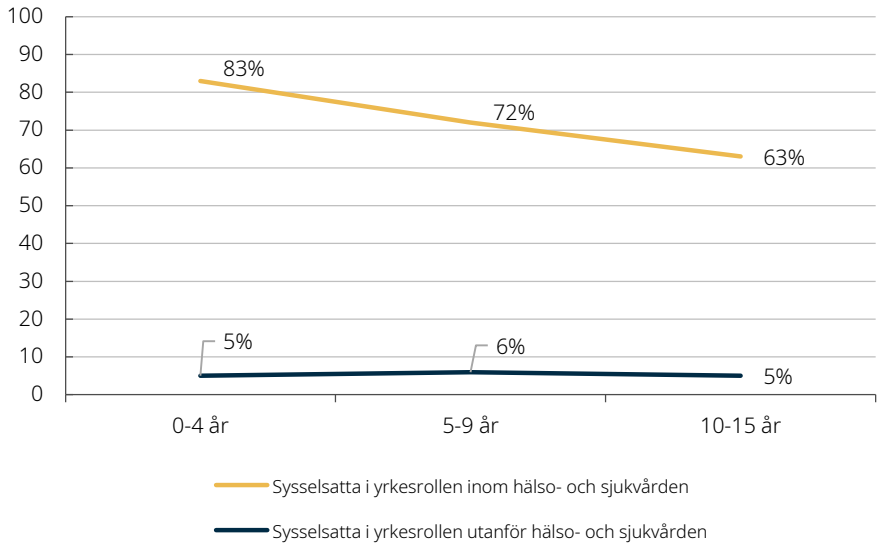
Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta i yrkesrollen efter antal år med legitimation

Andelen som arbetar i yrkesrollen biomedicinsk analytiker minskar med antalet år sedan legitimation. Av samtliga sysselsatta (både inom och utanför hälso- och sjukvården) 2021 som tog sin legitimation för 0–4 år sedan arbetade 83 i yrkesrollen biomedicinsk analytiker inom hälso- och sjukvården. Bland de som tog sin legitimation för 10–15 år sedan arbetade 63 procent i yrkesrollen biomedicinsk analytiker inom hälso- och sjukvården (se diagram 10).

Andelen av sysselsatta utanför hälso- och sjukvården som arbetade i yrkesrollen 2021 var densamma oberoende av antalet år med legitimation (se diagram 10).

Diagram 10. Andel (%) av samtliga sysselsatta biomedicinska analytiker 2021 som arbetade i sin yrkesroll inom respektive utanför hälso- och sjukvården fördelat på antal år med legitimation



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

4.2.3 Tillgång på legitimerade fysioterapeuter

Sammanfattning fysioterapeuter

Totalt fanns 2021 drygt 19 550 legitimerade fysioterapeuter upp till och med 66 år i Sverige.

Av dessa var 16 800 (86 procent) sysselsatta på arbetsmarknaden i Sverige, varav 75 procent var kvinnor.

Av de sysselsatta fysioterapeuterna 2021 arbetade drygt 13 440 (80 procent) inom hälso- och sjukvården. Andelen sysselsatta fysioterapeuter inom hälso- och sjukvården har varit relativt konstant under perioden 1995–2021.

Av de sysselsatta fysioterapeuterna inom hälso- och sjukvården var det vanligast att arbeta i specialistvård (34 procent), följt av primärvård och kommunal hälso- och sjukvård (20 procent vardera).

Antalet sysselsatta fysioterapeuter per 100 000 invånare uppgick 2021 till 161, varav 129 inom hälso- och sjukvården och 32 utanför hälso- och sjukvården. Under perioden 1995–2021 ökade antalet sysselsatta fysioterapeuter per 100 000 invånare inom hälso- och sjukvården med 37 procent.

Av samtliga sysselsatta 2021 arbetade 69 procent i yrkesrollen fysioterapeut inom hälso- och sjukvården och 5 procent i yrkesrollen fysioterapeut utanför hälso- och sjukvården. Övriga arbetade i andra roller inom eller utanför hälso- och sjukvården.

Totalt fanns 2021 drygt 19 550 legitimerade fysioterapeuter upp till och med 66 år, enligt Socialstyrelsens förteckning LOVA (se tabell 17). Här avses endast de som har fysioterapeut som senaste legitimation, de som har en senare legitimation i ett annat yrke är alltså inte medräknade. Av dessa drygt 19 550 legitimerade fysioterapeuter var drygt 13 440 (69 procent) sysselsatta inom hälso- och sjukvården. Därutöver var nära 3 360 (17 procent) sysselsatta utanför hälso- och sjukvården. För närmare definitioner av ”inom hälso- och sjukvården” respektive ”utanför hälso- och sjukvården”, se avsnittet Metod och definitioner. Den genomsnittliga tjänstgöringsomfattningen för sysselsatta fysioterapeututbildade upp till och med 66 år var 92 procent 2021 (avser sysselsatta i offentlig regi)[170]. Kvinnor utgjorde 75 procent av sysselsatta legitimerade fysioterapeuter upp till och med 66 år.

Andelen arbetslösa, pensionerade och övriga som inte var sysselsatta men som hade en inkomst i Sverige 2021 (t.ex. sjukskrivna, föräldralediga och studerande) var 6 procent. Ytterligare 8 procent hade inte en inkomst i Sverige och utgörs av personer som antingen inte var folkbokförda i Sverige eller som var folkbokförda i Sverige men som saknar eller har okänd inkomst. Denna grupp består sannolikt av personer som bodde och arbetade utomlands[171].

Vid samma tidpunkt fanns även nära 6 150 legitimerade fysioterapeuter som var 67 år eller äldre. Även här avses endast de som har fysioterapeut som senaste legitimation. Av dessa hade drygt 6 av 10 (72 procent) gått i pension. Andelen sysselsatta inom hälso- och sjukvården uppgick till 7 procent, medan 5 procent var sysselsatta utanför hälso- och sjukvården. Det var 15 procent som inte hade en inkomst i Sverige, varav merparten inte var folkbokförda i Sverige, se tabell 17.

[170] Uppgift beställd från Statistiska centralbyrån Tjänstgöringsomfattning avser faktisk tjänstgöringstid i förhållande till heltid för en individ under mätmånaden.
[171] Enligt det nordiska skatteavtalet är huvudregeln att om man bor i Sverige och arbetar i ett annat nordiskt land betalar man skatt endast i arbetslandet från första dagen. Arbetsgivaren ska höra hemma i arbetslandet. Källa: www.skatteverket.se.

Tabell 17. Arbetsmarknadsstatus för legitimerade fysioterapeuter med fysioterapeut som senaste legitimation

Arbetsmarknadsstatus	Upp till och med 66 år		67 år och äldre	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Sysselsatta inom hälso- och sjukvård	13 444	69 %	427	7 %
Sysselsatta utanför hälso- och sjukvård	3 356	17 %	323	5 %
Ej folkbokförd i Sverige	1 060	5 %	942	15 %
Övriga ej sysselsatta	655	3 %	X	X %
Folkbokförd i Sverige men har okänd eller ingen deklarerad inkomst i Sverige	516	3 %	51	1 %
Pensionerade	475	3 %	4 403	72 %
Arbetslös	45	0 %	0	0 %
Samtliga	**19 551**	**100 %**	**6 149**	**100 %**

Anm. Statuskategorierna utgår från inkomst, t.ex. lön eller pension. I kategorin Övriga ej sysselsatta ingår bl.a. personer med sjukpenning, föräldrapenning, studiestöd eller försörjningsstöd. Antal legitimerade fysioterapeuter som uppgår till under 5 redovisas inte

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Samtliga sysselsatta legitimerade fysioterapeuter upp till och med 66 år

I den följande fördjupande beskrivningen omfattas endast sysselsatta fysioterapeuter (inom och utanför hälso- och sjukvården) upp till och med 66 år, samt endast som har fysioterapeut som sin senaste legitimation. De som har gått i pension, är arbetslösa, övriga ej sysselsatta samt de som saknar registrerad inkomst i Sverige är alltså inte medräknade.

Ålder och kön

Samtliga sysselsatta fysioterapeuter, det vill säga både inom och utanför hälso- och sjukvården, uppgick 2021 till 16 800. Av dessa var nära 12 540 (75 procent) kvinnor och drygt 4 260 (25 procent) män, se tabell 18.

I tabell 18 redovisas även åldersfördelningen bland de sysselsatta legitimerade fysioterapeuterna 2021. Åldersfördelningen följer ungefär samma mönster bland kvinnor och män.

Tabell 18. Sysselsatta legitimerade fysioterapeuter 2021 fördelat på ålder och kön, antal och andel (%)

	Kvinnor		Män		Samtliga	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
<30 år	1 414	11 %	611	14 %	2 025	12 %
30–39 år	3 405	28 %	1 282	30 %	4 687	28 %
40–49 år	3 009	24 %	973	23 %	3 982	24 %
50–59 år	3 164	25 %	884	21 %	4 048	24 %
60–66 år	1 547	12 %	511	12 %	2 058	12 %
Samtliga	**12 539**	**100 %**	**4 261**	**100 %**	**16 800**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Antal år med legitimation

Av samtliga 16 800 sysselsatta legitimerade fysioterapeuter hade drygt 4 av 10 (41 procent) haft legitimation i 20 år eller längre och drygt var fjärde fysioterapeut (27 procent) hade haft legitimation mellan 10–19 år. Andelen nyutbildade, som hade haft legitimation i 0–4 år, uppgick till 16 procent (se tabell 19).

Tabell 19. Sysselsatta legitimerade fysioterapeuter 2021 fördelat på antal år med legitimation, antal och andel (%)

Antal år med legitimation	Antal	Andel
0–4 år	2 705	16 %
5–9 år	2 712	16 %
10–19 år	4 618	27 %
20–29 år	3 964	24 %
30–39 år	2 542	15 %
40 + år	259	2 %
Samtliga	**16 800**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta legitimerade fysioterapeuter inom och utanför hälso- och sjukvården

Av samtliga sysselsatta legitimerade fysioterapeuter 2021 arbetade drygt 13 440 (80 procent) inom hälso- och sjukvården, det vill säga i offentligt finansierad hälso- och sjukvård, och knappt 3 360 (20 procent) arbetade utanför hälso- och sjukvården (se tabell 20).

Både inom och utanför hälso- och sjukvården finns de som arbetar i yrkesrollen fysioterapeut men även i andra yrkesroller. Av avsnittet Sysselsatta fysioterapeuter som arbetar i yrkesrollen och i andra yrkesroller

framgår dels hur många som arbetade i yrkesrollen fysioterapeut inom respektive utanför hälso- och sjukvården, dels vilka andra yrkesroller som legitimerade fysioterapeuter hade bland de sysselsatta 2021.

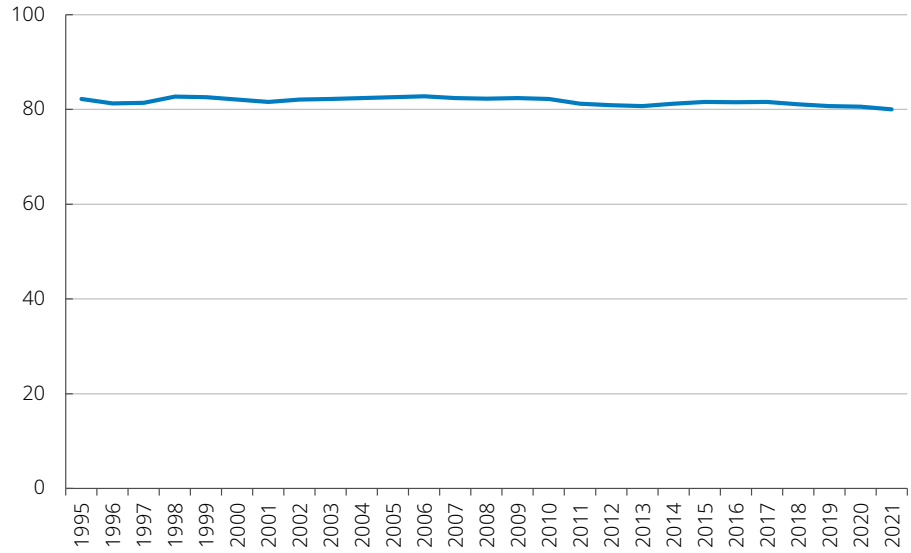
Tabell 20. Samtliga sysselsatta legitimerade fysioterapeuter 2021 fördelat på inom och utanför hälso- och sjukvården, antal och andel (%)

	Antal	Andel
Inom hälso- och sjukvården	13 444	80 %
Utanför hälso- och sjukvården	3 356	20 %
Samtliga	**16 800**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Andelen sysselsatta legitimerade fysioterapeuter som arbetar inom hälso- och sjukvården av samtliga sysselsatta har varit relativt konstant under perioden 1995–2021. Andelen har minskat med två procentenheter från 82 procent 1995 till 80 procent 2021 (se diagram 11).

Diagram 11. Sysselsatta legitimerade fysioterapeuter inom hälso- och sjukvården som andel (%) av samtliga sysselsatta 1995–2021



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta legitimerade fysioterapeuter inom och utanför hälso- och sjukvården per typ av vård

Av de sysselsatta inom hälso- och sjukvården var det vanligast att arbeta i specialistvård (34 procent) och näst vanligast att arbeta i annan typ av vård, t.ex. annan öppen hälso- och sjukvård utan läkare (24 procent). Det var också relativt vanligt att arbeta i primärvård eller kommunal hälso- och sjukvård (20 procent vardera), se tabell 21.

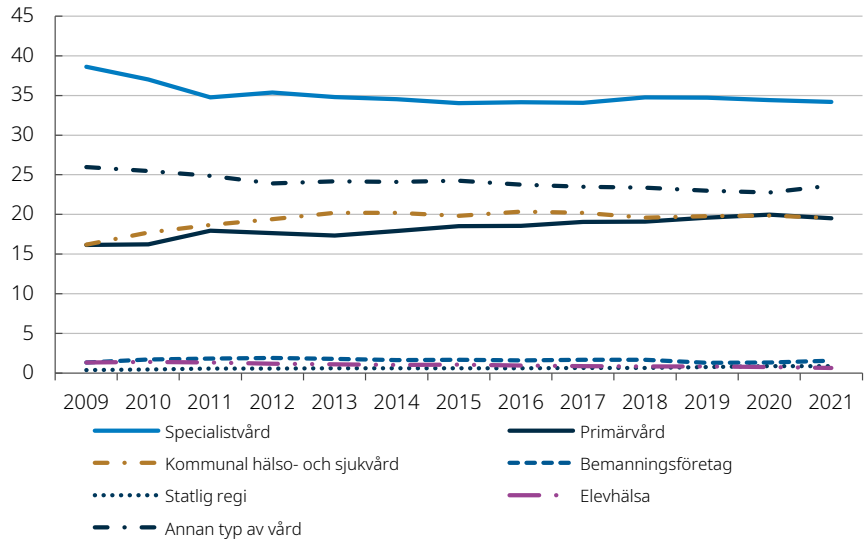
Tabell 21. Sysselsatta legitimerade fysioterapeuter inom hälso- och sjukvården 2021 fördelat på typ av vård, antal och andel (%)

Typ av vård	Antal	Andel
Specialistvård	4 595	34 %
Annan typ av vård	3 181	24 %
Kommunal hälso- och sjukvård	2 629	19 %
Primärvård	2 626	19 %
Bemanningsföretag	208	2 %
Statlig regi	116	1 %
Elevhälsa	87	1 %
Samtliga	**13 444**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sedan 2009 har det endast skett små förändringar när det gäller inom vilka vårdtyper inom hälso- och sjukvården som fysioterapeuter är sysselsatta. Mellan 2009–2021 minskade andelen som arbetar i specialistvård med 5 procentenheter, från 39 till 34 procent. Andelen som arbetar i primärvård ökade under samma tidsperiod med fyra procentenheter, från 16 till 20 procent. Andelen som arbetar i kommunal hälso- och sjukvård ökade också med fyra procentenheter, från 16 till 20 procent (se diagram 12).

Diagram 12. Andel sysselsatta fysioterapeuter per vårdtyp inom hälso- och sjukvården 2009–2021



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Antalet sysselsatta fysioterapeuter per 100 000 invånare

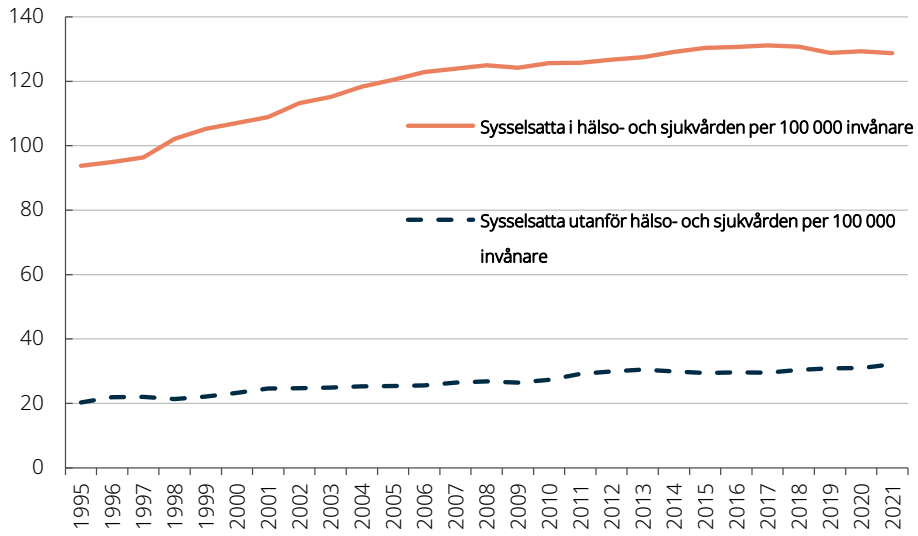
För att få en uppfattning om omfattningen av antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården kan antalet sysselsatta per 100 000 invånare studeras.

Antalet sysselsatta legitimerade fysioterapeuter per 100 000 invånare uppgick 2021 till 161. Antalet sysselsatta per 100 000 invånare inom hälso- och sjukvården var 129, medan motsvarande antal utanför hälso- och sjukvården var 32.

Under perioden 1995–2021 ökade antalet sysselsatta fysioterapeuter per 100 000 invånare inom hälso- och sjukvården med 37 procent, vilket motsvarar en ökning med 35 fler sysselsatta i hälso- och sjukvården per 100 000 invånare (se diagram 13).

Antalet sysselsatta fysioterapeuter per 100 000 invånare utanför hälso- och sjukvården ökade med 60 procent, vilket motsvarar en ökning med 12 fler sysselsatta utanför hälso- och sjukvården per 100 000 invånare (se diagram 13).

Diagram 13. Antal sysselsatta legitimerade fysioterapeuter per 100 000 invånare inom respektive utanför hälso- och sjukvården, 1995–2021



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta fysioterapeuter i offentlig och privat regi

Av samtliga sysselsatta fysioterapeuter 2021 arbetade 62 procent i verksamheter i offentlig regi och 38 procent i verksamheter i privat regi[172]. Av sysselsatta inom hälso- och sjukvården arbetade 65 procent i offentlig regi och bland sysselsatta utanför hälso- och sjukvården var motsvarande andel 48 procent (se tabell 22).

[172] Med regi avses om det är en offentlig eller privat aktör som driver verksamheten. En privat driven verksamhet kan dock finansieras med offentliga medel genom avtal med stat, region eller kommun. Det kan även finnas privata verksamheter som finansieras med privata medel, men då ingår de inte i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. För definitioner av vad som ingår i ”inom hälso- och sjukvården” respektive ”utanför hälso- och sjukvården”, se avsnittet Metod och definitioner.

Tabell 22. Sysselsatta fysioterapeuter inom respektive utanför hälso- och sjukvården 2021 fördelat på i offentlig respektive privat regi, antal och andel (%)

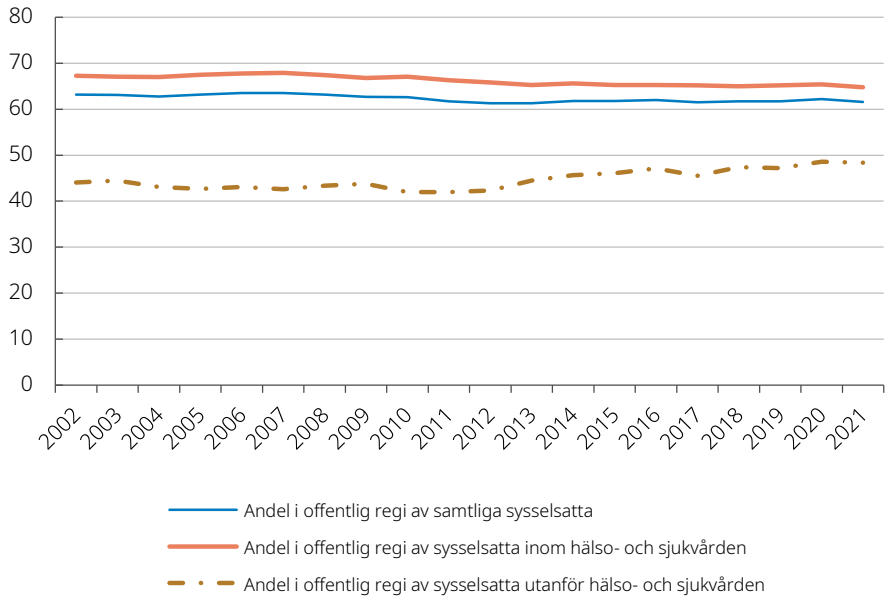
	Inom hälso- och sjukvården		Utanför hälso- och sjukvården		Samtliga sysselsatta	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Offentlig regi	8 717	65 %	1 624	48 %	10 341	62 %
Privat regi	4 727	35 %	1 732	52 %	6 459	38 %
Samtliga sysselsatta oavsett regi	**13 444**	**100 %**	**3 356**	**100 %**	**16 800**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Andelen av sysselsatta fysioterapeuter som arbetar i offentlig regi har inte förändrats nämnvärt sedan 2002. Bland sysselsatta fysioterapeuter inom hälso- och sjukvården har andelen som arbetar i offentlig regi minskat med två procentenheter, från 67 procent 2002 till 65 procent 2021.

Bland sysselsatta fysioterapeuter utanför hälso- och sjukvården har andelen som arbetar i offentlig regi ökat sedan 2012. Mellan 2012–2021 ökade andelen som arbetar i offentlig regi med 6 procentenheter, från 42 till 48 procent (se diagram 14).

Diagram 14. Andel av sysselsatta legitimerade fysioterapeuter som arbetar i offentlig regi, 2002–2021



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta fysioterapeuter som arbetar i yrkesrollen och i andra yrkesroller

Av samtliga 16 800 sysselsatta legitimerade fysioterapeuter 2021 arbetade drygt 12 350 (74 procent) i yrkesrollen fysioterapeut, varav nära 11 550 (69 procent) inom hälso- och sjukvården och nära 810 (5 procent) utanför hälso- och sjukvården. Drygt var fjärde sysselsatt (25 procent) arbetade i andra yrkesroller än fysioterapeut (se tabell 23).

Bland fysioterapeuter sysselsatta inom hälso- och sjukvården arbetade 86 procent i yrkesrollen, medan motsvarande andel bland sysselsatta utanför hälso- och sjukvården var 24 procent (se tabell 23).

Tabell 23. Sysselsatta fysioterapeuter inom respektive utanför hälso- och sjukvården 2021 fördelat på sysselsatta i yrkesrollen respektive i andra yrkesroller, antal och andel (%)

	Inom hälso- och sjukvården		Utanför hälso- och sjukvården		Samtliga sysselsatta (i eller utanför hälso- och sjukvården)	
	Antal	**Andel**	**Antal**	**Andel**	**Antal**	**Andel**
Sysselsatta i yrkesrollen	11 545	86 %	806	24 %	12 351	74 %
Sysselsatta i andra yrkesroller	1 774	13 %	2 476	74 %	4 250	25 %
Okänd yrkesroll	125	1 %	74	2 %	199	1 %
Samtliga sysselsatta oavsett yrkesroll	**13 444**	**100 %**	**3 356**	**100 %**	**16 800**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

De vanligaste yrkesrollerna för legitimerade fysioterapeuter

Som framgår ovan arbetar merparten (86 procent) av de sysselsatta fysioterapeuterna inom hälso- och sjukvården också i sin yrkesroll. Bland sysselsatta inom hälso- och sjukvården som inte arbetade som fysioterapeut var det vanligast att arbeta som chef inom hälso- och sjukvården (4 procent) eller som chef inom äldreomsorgen (1 procent). Planerare och utredare lednings- och organisationsutvecklare och vårdare/boendestödjare var andra yrken bland de som inte arbetade i yrkesrollen fysioterapeut, se tabell 24.

Bland sysselsatta utanför hälso- och sjukvården som inte arbetade som fysioterapeut var det vanligast att arbeta som universitets- och högskolelärare (7 procent) och näst vanligast att arbeta som planerare och utredare (5 procent). Lednings- och organisationsutvecklare, företagssäljare och lärare på grundskola och gymnasium var andra relativt vanliga yrken bland de som inte arbetade som fysioterapeut, se tabell 24.

Därutöver finns det ett stort antal andra yrkesroller och en stor spridning mellan dessa inom populationen. Siffrorna bör tolkas med viss försiktighet, eftersom det kan förekomma felregistreringar. Uppgifter över tid saknas tyvärr i Socialstyrelsens förteckning LOVA när det gäller hur många som arbetar i sin yrkesroll, det går endast att följa tillbaka till 2019.

Tabell 24. Yrkesroller bland sysselsatta legitimerade fysioterapeuter inom och utanför hälso- och sjukvården, antal och andel (%)

Yrken bland sysselsatta inom hälso- och sjukvården			Yrken bland sysselsatta utanför hälso- och sjukvården		
	Antal	Andel		Antal	Andel
Fysioterapeuter	11 545	86 %	Fysioterapeuter	806	24 %
Chefer inom hälso- och sjukvård	486	4 %	Universitets- och högskolelärare	245	7 %
Chefer inom äldreomsorg	117	1 %	Planerare och utredare m.fl.	177	5 %
Planerare och utredare m.fl.	115	1 %	Lednings- och organisationsutvecklare	120	4 %
Lednings- och organisationsutvecklare	77	0 %	Företagssäljare	113	3 %
Vårdare, boendestödjare	52	0 %	Lärare på grundskola eller gymnasium	84	3 %
Övriga yrken	927	7 %	Övriga yrken	1 737	52 %
Bortfall	125	1 %	Bortfall	74	2 %
Samtliga sysselsatta inom hälso- och sjukvården oavsett yrke	**13 444**	**100 %**	**Samtliga sysselsatta utanför hälso- och sjukvården oavsett yrke**	**3 356**	**100 %**

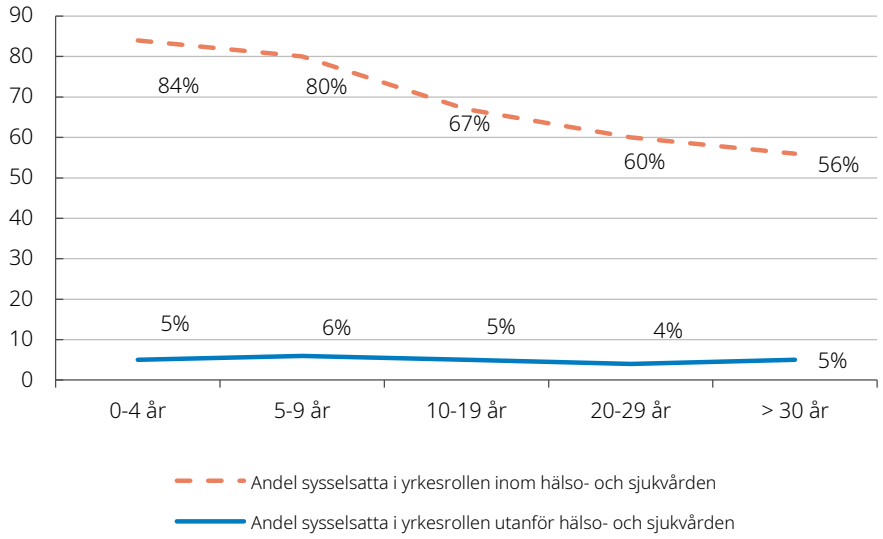
Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta i yrkesrollen efter antal år med legitimation

Andelen som arbetar i yrkesrollen fysioterapeut inom hälso- och sjukvården minskar med antalet år sedan legitimation. Av samtliga sysselsatta 2021 som tog sin legitimation för 0–4 år sedan arbetade 84 procent i yrkesrollen fysioterapeut inom hälso- och sjukvården (se diagram 15). Det var en betydligt lägre andel, 67 procent, som arbetade i yrkesrollen bland de som hade haft legitimation i 10–19 år. Bland de som hade haft legitimation i 30 år eller längre arbetade drygt hälften (56 procent) i yrkesrollen inom hälso- och sjukvården.

Andelen av samtliga sysselsatta som arbetade i yrkesrollen utanför hälso- och sjukvården är ungefär den samma oberoende av antalet år med legitimation (se diagram 15).

Diagram 15. Andel (%) av samtliga sysselsatta fysioterapeuter 2021 som arbetar i sin yrkesroll inom respektive utanför hälso- och sjukvården fördelat på antal år med legitimation



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

4.2.4 Tillgång på legitimerade läkare

Sammanfattning legitimerade läkare

Totalt fanns 2021 nära 53 990 legitimerade läkare upp till och med 66 år i Sverige.

Av dessa var nära 41 930 (77 procent) sysselsatta på arbetsmarknaden, varav drygt hälften (52 procent) var kvinnor.

Av samtliga sysselsatta läkare 2021 arbetade 39 540 (94 procent) inom hälso- och sjukvården. Andelen sysselsatta läkare inom hälso- och sjukvården har ökat med 3 procentenheter under perioden 1995–2021.

Av de sysselsatta läkarna inom hälso- och sjukvården arbetade tre av fyra i specialistvård och drygt var femte läkare i primärvård.

Antalet sysselsatta läkare per 100 000 invånare uppgick 2021 till 402, varav 379 inom hälso- och sjukvården och 23 utanför hälso- och sjukvården. Under perioden 1995–2021 har antalet sysselsatta läkare per 100 000 invånare inom hälso- och sjukvården ökat med 47 procent, vilket innebär en ökning med 121 fler läkare per 100 000 invånare.

Av samtliga sysselsatta läkare 2021 arbetade 90 procent i yrkesrollen läkare inom hälso- och sjukvården och 2 procent i yrkesrollen läkare utanför hälso-

och sjukvården. Övriga arbetade i andra roller inom eller utanför hälso- och sjukvården.

Samtliga legitimerade läkare

Totalt fanns 2021 nära 53 990 legitimerade läkare upp till och med 66 år, enligt Socialstyrelsens förteckning LOVA (se tabell 25). Här avses endast de som har läkare som senaste legitimation, de som har en senare legitimation i ett annat yrke är alltså inte medräknade. I uppgifterna ingår även specialistläkare. Av de nära 53 990 legitimerade läkarna var 39 540 (73 procent) sysselsatta inom hälso- och sjukvården. Därutöver var nära 2 390 (4 procent) sysselsatta utanför hälso- och sjukvården. För närmare definitioner av ”inom hälso- och sjukvården” respektive ”utanför hälso- och sjukvården”, se avsnittet Metod och definitioner. Den genomsnittliga tjänstgöringsomfattningen för sysselsatta utbildade läkare upp till och med 66 år var 95 procent 2021 (avser sysselsatta i offentlig regi).[173] Det var en jämn fördelning mellan könen bland de sysselsatta läkarna, 52 procent var kvinnor och 48 procent män.

Andelen arbetslösa, pensionerade och övriga som inte var sysselsatta men som hade en inkomst i Sverige 2021 (t.ex. sjukskrivna, föräldralediga och studerande) var låg (2 procent).

Det var samtidigt en relativt hög andel (19 procent) som inte hade en inkomst i Sverige och som sannolikt utgörs av personer som antingen inte var folkbokförda i Sverige eller som var folkbokförda i Sverige men som saknade eller hade okänd inkomst (se tabell 25). Denna grupp består sannolikt av legitimerade läkare som bodde och/eller arbetade utomlands[174]. Då denna grupp utgör en relativt stor andel bland legitimerade läkare jämfört med andra legitimationsyrken har vi tittat närmare på vilka som hör till denna grupp (se tabell 61 i avsnitt 4.2.8 för en jämförelse mellan legitimationsyrkena).

Vid samma tidpunkt fanns även nära 20 280 legitimerade läkare som var 67 år eller äldre. Även här avses endast de som har läkare som senaste legitimation. Av dessa hade något fler än hälften (drygt 11 630 eller 57 procent) gått i pension. Andelen sysselsatta inom hälso- och sjukvården uppgick till 15 procent, medan motsvarande andel sysselsatta utanför hälso- och sjukvården var 4 procent. Män utgjorde 68 procent av de sysselsatta läkarna i åldern 67 år och äldre.

Nästan var fjärde legitimerad läkare (23 procent) som var 67 år eller äldre var antingen inte folkbokförd i Sverige eller var folkbokförd men hade

[173] Uppgift beställd från Statistiska centralbyrån Tjänstgöringsomfattning avser faktisk tjänstgöringstid i förhållande till heltid för en individ under mätmånaden.
[174] Enligt det nordiska skatteavtalet är huvudregeln att om man bor i Sverige och arbetar i ett annat nordiskt land betalar man skatt endast i arbetslandet från första dagen. Arbetsgivaren ska höra hemma i arbetslandet. Källa: www.skatteverket.se.

okänd eller ingen deklarerad inkomst i Sverige (se tabell 25). Det är sannolikt legitimerade läkare som bodde utomlands.

Tabell 25. Arbetsmarknadsstatus för legitimerade läkare med senaste legitimation som läkare 2021 fördelat på åldersgrupp, antal och andel (%)

Arbetsmarknadsstatus	Upp till och med 66 år		67 år och äldre	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Sysselsatta inom hälso- och sjukvård	39 540	73 %	3 087	15 %
Sysselsatta utanför hälso- och sjukvård	2 386	4 %	891	5 %
Arbetslös	39	0 %	0	0 %
Pensionerade	846	2 %	11 634	57 %
Övriga ej sysselsatta	1 116	2 %	10	0 %
Folkbokförda i Sverige men har okänd eller ingen deklarerad inkomst i Sverige	5 443	10 %	997	5 %
Ej folkbokförda i Sverige	4 616	9 %	3 660	18 %
Samtliga	**53 986**	**100 %**	**20 279**	**100 %**

Anm. Statuskategorierna utgår från inkomst, t.ex. lön eller pension. I kategorin Övriga ej sysselsatta ingår bl.a. personer med sjukpenning, föräldrapenning, studiestöd eller försörjningsstöd.

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Samtliga sysselsatta legitimerade läkare upp till och med 66 år

I den följande fördjupande beskrivningen omfattas endast sysselsatta läkare (inom och utanför hälso- och sjukvården) upp till och med 66 år samt endast de som har läkare som sin senaste legitimation. De som har gått i pension, är arbetslösa, övriga ej sysselsatta samt de som saknar registrerad inkomst i Sverige är alltså inte medräknade.

Ålder och kön

Samtliga sysselsatta, det vill säga både inom och utanför hälso- och sjukvården, med senaste legitimation som läkare uppgick 2021 till nära 41 930. Av dessa var nära 21 760 kvinnor (52 procent) och nära 20 170 män (48 procent), se tabell 26.

I tabell 26 redovisas även åldersfördelningen bland sysselsatta legitimerade läkare 2021. Det är en något större andel kvinnor i de yngre åldersgrupperna 30–39 år och 40–49 år och en något högre andel män i de högre åldersgrupperna 50–59 år och 60–66 år.

Tabell 26. Sysselsatta legitimerade läkare 2021 fördelat på ålder och kön, antal och andel (%)

	Kvinnor		Män		Samtliga	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
<30 år	1 030	5 %	843	4 %	1 873	4 %
30–39 år	7 172	33 %	5 650	28 %	12 822	31 %
40–49 år	6 677	31 %	5 594	28 %	12 271	29 %
50–59 år	4 388	20 %	4 774	24 %	9 162	22 %
60–66 år	2 491	11 %	3 307	16 %	5 798	14 %
Samtliga	**21 758**	**100 %**	**20 168**	**100 %**	**41 926**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Antal år med legitimation

Av samtliga nära 41 930 sysselsatta legitimerade läkare var nästan var fjärde relativt nyutbildad och hade haft sin legitimation mellan 0–4 år. Tre av fyra hade haft sin läkarlegitimation mindre än 20 år (se tabell 27). Det innebär att var fjärde sysselsatt legitimerad läkare 2021 hade haft sin legitimation i 20 år eller längre, vilket är en lägre andel än bland sysselsatta inom flera andra av de studerade legitimationsyrkena som t.ex. arbetsterapeuter, fysioterapeuter och sjuksköterskor.

Tabell 27. Sysselsatta legitimerade läkare 2021 fördelat på antal år med legitimation, antal och andel (%)

Antal år med legitimation	Antal	Andel
0–4 år	9 767	23 %
5–9 år	8 676	21 %
10–19 år	12 927	31 %
20–29 år	7 342	17 %
30–39 år	3 205	8 %
40 + år	9	0 %
Samtliga	**41 926**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta legitimerade läkare inom och utanför hälso- och sjukvården

Av samtliga nära 41 930 sysselsatta legitimerade läkare 2021 arbetade 39 540 (94 procent) inom hälso- och sjukvården, dvs. i offentligt finansierad hälso- och sjukvård, och nära 2 390 (6 procent) arbetade utanför hälso- och sjukvården (se tabell 28).

Både inom och utanför hälso- och sjukvården finns de som arbetar i yrkesrollen läkare men även i andra yrkesroller. Av avsnittet Sysselsatta legitimerade läkare som arbetar i yrkesrollen och i andra yrkesroller framgår dels hur många som arbetar i yrkesrollen läkare, dels vilka andra yrkesroller som legitimerade läkare har.

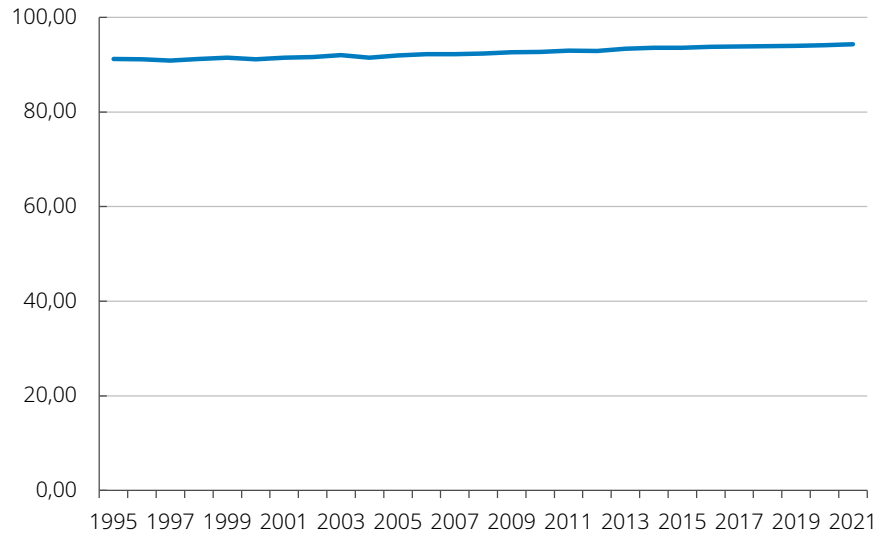
Tabell 28. Samtliga sysselsatta legitimerade läkare 2021 fördelat på inom och utanför hälso- och sjukvården, antal och andel (%)

	Antal	Andel
Inom hälso- och sjukvården	39 540	94 %
Utanför hälso- och sjukvården	2 386	6 %
Samtliga	**41 926**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Andelen av sysselsatta legitimerade läkare som arbetar inom hälso- och sjukvården har ökat med 3 procentenheter under perioden 1995–2021, från 91 till 94 procent (diagram 16).

Diagram 16. Sysselsatta legitimerade läkare inom hälso- och sjukvården som andel (%) av samtliga sysselsatta 1995–2021



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta legitimerade läkare inom hälso- och sjukvården per typ av vård

Tre av fyra legitimerade läkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården 2021 arbetade i specialistvård. Drygt var femte läkare (21 procent) arbetade i primärvård (se tabell 29).

Bland de som arbetade i specialistvård var det vanligast att arbeta i sluten specialiserad somatisk hälso- och sjukvård på sjukhus, vilket 63 procent av samtliga sysselsatta läkare inom hälso- och sjukvården 2021 gjorde.

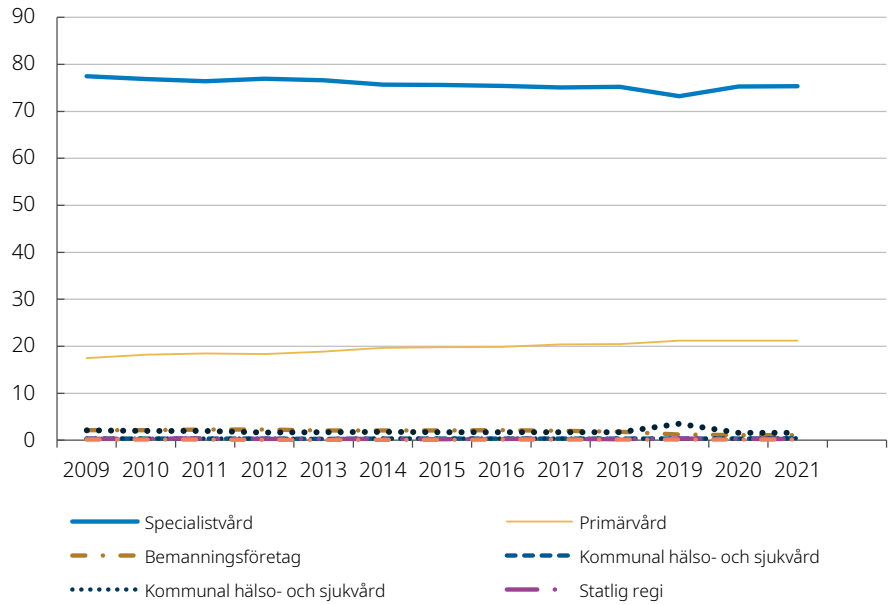
Tabell 29. Sysselsatta legitimerade läkare inom hälso- och sjukvården 2021, fördelat på typ av vård, antal och andel (%)

Typ av vård	Antal	Andel
Specialistvård	29 783	75 %
Primärvård	8 371	21 %
Annan typ av vård	616	2 %
Bemanningsföretag	431	1 %
Kommunal hälso- och sjukvård	165	1 %
Statlig regi	113	0 %
Elevhälsa	61	0 %
Samtliga	**39 540**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sedan 2009 har det endast skett mindre förändringar över andelen läkare som arbetar i olika typer av vård inom hälso- och sjukvården. Andelen som arbetar i specialistvård har minskat med tre procentenheter mellan 2009 och 2021, från 78 till 75 procent. Samtidigt har andelen som arbetar i primärvård ökat med tre procentenheter under samma period, från 18 till 21 procent (se diagram 17).

Diagram 17. Andel sysselsatta läkare per vårdtyp inom hälso- och sjukvården 2009–2021



Källa: Socialstyrelsen. Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

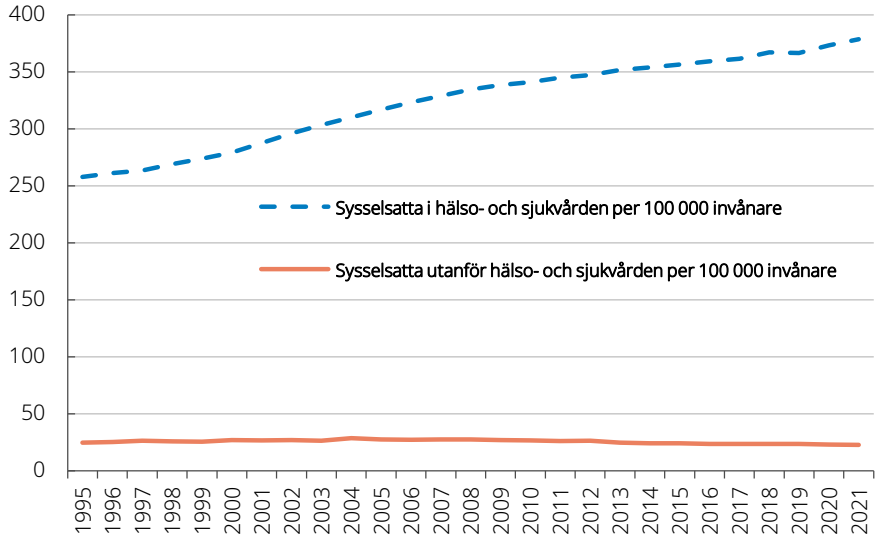
Antal sysselsatta läkare per 100 000 invånare

För att få en uppfattning om omfattningen av antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården kan antalet sysselsatta per 100 000 invånare studeras. Antalet sysselsatta legitimerade läkare per 100 000 invånare uppgick 2021

till 402. Antalet sysselsatta per 100 000 invånare inom hälso- och sjukvården var 379, medan motsvarande antal utanför hälso- och sjukvården var 23.

Under perioden 1995–2021 har antalet sysselsatta läkare per 100 000 invånare inom hälso- och sjukvården ökat med 47 procent, vilket innebär en ökning med 121 fler läkare per 100 000 invånare. Antalet sysselsatta legitimerade läkare per 100 000 invånare utanför hälso- och sjukvården har varit relativt konstant sedan 1995 (se diagram 18).

Diagram 18. Antal sysselsatta legitimerade läkare per 100 000 invånare inom respektive utanför hälso- och sjukvården, 1995–2021



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta läkare i offentlig och privat regi

Av samtliga nära 41 930 sysselsatta läkare 2021 arbetade 78 procent i offentlig regi[175]. Av sysselsatta inom hälso- och sjukvården var andelen som arbetade i verksamheter som bedrevs i offentlig regi 79 procent. Bland sysselsatta utanför hälso- och sjukvården var motsvarande andel 69 procent (se tabell 30).

[175] Med regi avses om det är en offentlig eller privat aktör som driver verksamheten. En privat driven verksamhet kan dock finansieras med offentliga medel genom avtal med stat, region eller kommun. Det kan även finnas privata verksamheter som finansieras med privata medel, men då ingår de inte i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. För definitioner av vad som ingår i ”inom hälso- och sjukvården” respektive ”utanför hälso- och sjukvården”, se avsnittet Metod och definitioner.t

Tabell 30. Sysselsatta läkare inom respektive utanför hälso- och sjukvården 2021 fördelat på i offentlig respektive privat regi, antal och andel

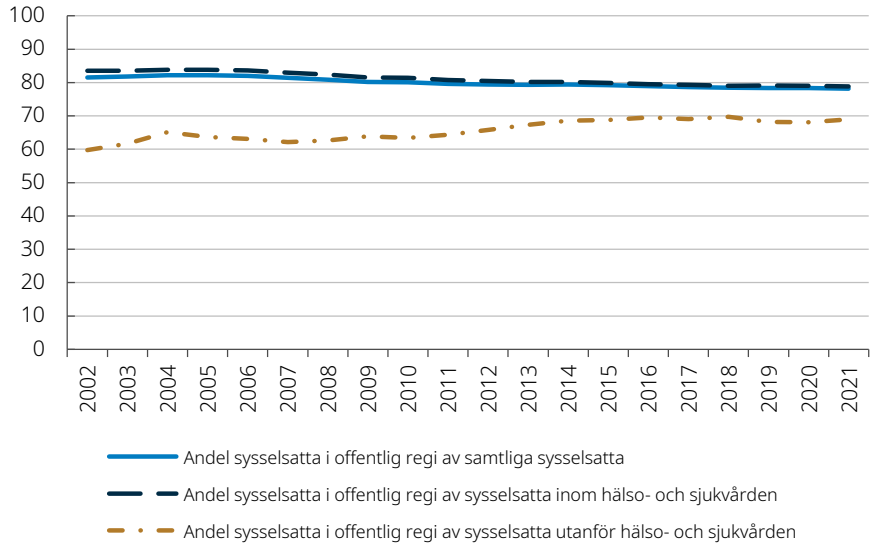
	Inom hälso- och sjukvården		Utanför hälso- och sjukvården		Samtliga sysselsatta	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Offentlig regi	31 150	79 %	1647	69 %	32 797	78 %
Privat regi	8 390	21 %	739	31 %	9 129	22 %
Samtliga sysselsatta oavsett regi	**39 540**	**100 %**	**2 386**	**100 %**	**41 926**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Bland sysselsatta läkare inom hälso- och sjukvården har andelen som arbetar i offentlig regi minskat med 5 procentenheter mellan 2002 och 2021 (se diagram 19).

Bland sysselsatta läkare utanför hälso- och sjukvården har andelen som arbetar i offentlig regi däremot ökat med 9 procentenheter under samma period (se diagram 19).

Diagram 19. Andel (%) av sysselsatta legitimerade läkare som arbetar i offentlig regi 2002–2021



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta legitimerade läkare som arbetar i yrkesrollen och i andra yrkesroller

Av samtliga nära 41 930 sysselsatta legitimerade läkare 2021 arbetade drygt nio av tio (92 procent) i yrkesrollen läkare, varav drygt 37 580 (90 procent) inom hälso- och sjukvården och drygt 960 (2 procent) utanför hälso- och sjukvården. Det var 7 procent av samtliga sysselsatta legitimerade läkare

som arbetade i andra yrkesroller inom eller utanför hälso- och sjukvården och 1 procent som hade okänd yrkesroll i LOVA.

Bland läkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården arbetade 95 procent i yrkesrollen läkare, medan motsvarande andel bland sysselsatta utanför hälso- och sjukvården var 40 procent (se tabell 31).

Därutöver finns det ett stort antal andra yrkesroller och en stor spridning mellan dessa inom populationen. Siffrorna bör tolkas med viss försiktighet, eftersom det kan förekomma felregistreringar. Uppgifter om utvecklingen över tid saknas tyvärr när det gäller hur många som arbetar i sin yrkesroll.

Tabell 31. Sysselsatta läkare inom respektive utanför hälso- och sjukvården 2021 fördelat på sysselsatta i yrkesrollen respektive i andra yrkesroller, antal och andel (%)

	Inom hälso- och sjukvården		Utanför hälso- och sjukvården		Samtliga sysselsatta (i eller utanför hälso- och sjukvården)	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Sysselsatta i yrkesrollen	37 581	95 %	961	40 %	38 542	92 %
Sysselsatta i andra yrkesroller	1 615	4 %	1 378	58 %	2 993	7 %
Okänd yrkesroll	344	1 %	47	2 %	391	1 %
Samtliga sysselsatta oavsett yrkesroll	**39 540**	**100 %**	**2 386**	**100 %**	**41 926**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

De vanligaste yrkesrollerna för legitimerade läkare

Som framgår ovan arbetar en övervägande majoritet av sysselsatta legitimerade läkare i sin yrkesroll. Bland de som var sysselsatta inom hälso- och sjukvården 2021 men inte arbetade som läkare var det vanligast att arbeta som chef inom hälso- och sjukvård (3 procent). Planerare och utredare, verkställande direktör och lednings- och organisationsutvecklare var andra relativt vanliga yrken bland de som inte arbetade som läkare, se tabell 32.

Bland sysselsatta utanför hälso- och sjukvården som inte arbetade som läkare var det vanligast att arbeta som universitets- och högskolelärare (21 procent). Chef inom samhällsservice, forsknings- och utvecklingschef samt förvaltnings- och planeringschef var andra relativt vanliga yrken bland de som inte arbetade som läkare (tabell 32).

Tabell 32. Sysselsatta läkare inom respektive utanför hälso- och sjukvården 2021 fördelat på yrke, antal och andel

Yrken bland sysselsatta inom hälso- och sjukvården			Yrken bland sysselsatta utanför hälso- och sjukvården		
	Antal	**Andel**		**Antal**	**Andel**
Läkare	37 581	95 %	Läkare	961	40 %
Chefer inom hälso- och sjukvård	1 194	3 %	Universitets- och högskolelärare	495	21 %
Planerare och utredare m.fl.	44	0 %	Chefer inom samhällsservice	179	8 %
Verkställande direktörer m.fl.	44	0 %	Fosknings- och utvecklingschefer, nivå	50	2 %
Lednings- och organisationsutvecklare	35	0 %	Förvaltnings- och planeringschefer	36	1 %
Övriga yrkesroller	298	1 %	Övriga yrkesroller	618	26 %
Okänd yrkesroll	344	1 %	Okänd yrkesroll	47	2 %
Totalt	**39 540**	**100 %**		**2 386**	**100 %**

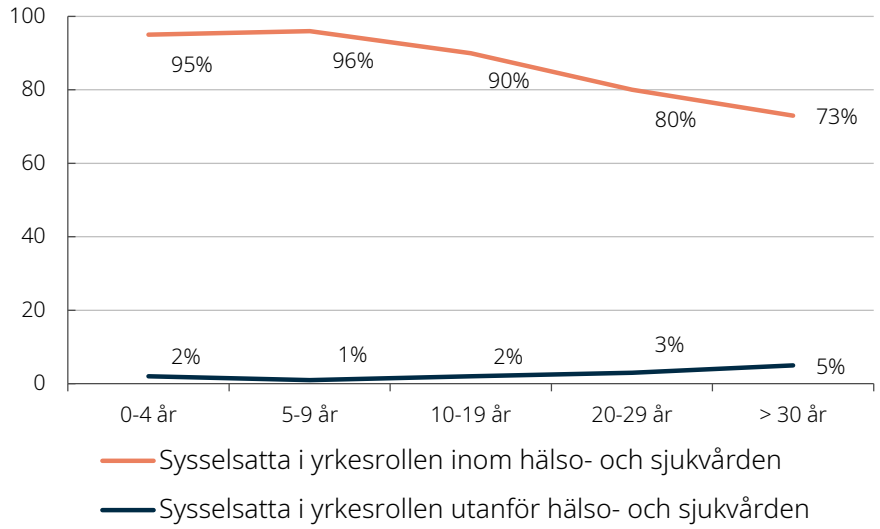
Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta i yrkesrollen efter antal år med legitimation

Andelen av samtliga nära 41 930 sysselsatta läkare som arbetar i yrkesrollen läkare inom hälso- och sjukvården ökar under de första 9 åren sedan legitimation för att därefter minska något med antalet år sedan legitimation. Bland de som hade haft legitimation i 5–9 år och var sysselsatta 2021 arbetade 96 procent i yrkesrollen läkare inom hälso- och sjukvården, jämfört med 90 procent bland de som hade haft legitimation i 10–19 år. Bland de som hade haft legitimation i 30 år eller längre arbetade 73 procent i yrkesrollen läkare inom hälso- och sjukvården (se diagram 20).

Andelen som arbetade i yrket utanför hälso- och sjukvården var ungefär densamma oberoende av antal år med legitimation, dock något högre bland de som hade haft legitimation i fler år jämfört med de mer nyutbildade (se diagram 20).

Diagram 20. Andel (%) av samtliga sysselsatta läkare 2021 som arbetar i sin yrkesroll inom respektive utanför hälso- och sjukvården fördelat på antal år med legitimation.



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

4.2.5 Tillgång på legitimerade psykologer

Sammanfattning psykologer

Totalt fanns 2021 drygt 11 620 legitimerade psykologer upp till och med 66 år i Sverige.

Av dessa var 10 550 (91 procent) sysselsatta på arbetsmarknaden, varav 72 procent kvinnor.

Av sysselsatta psykologer 2021 arbetade drygt 8 840 (84 procent) inom hälso- och sjukvården. Andelen sysselsatta psykologer inom hälso- och sjukvården har ökat med 9 procentenheter mellan 1995 och 2021.

Av de sysselsatta psykologerna inom hälso- och sjukvården arbetade störst andel (44 procent) inom specialistvård, följt av primärvård (18 procent). Mellan 2009 och 2021 ökade andelen sysselsatta psykologer inom primärvården med 17 procentenheter.

Antalet sysselsatta psykologer per 100 000 invånare uppgick 2021 till 101, varav 85 inom hälso- och sjukvården och 16 utanför hälso- och sjukvården. Mellan 1995 och 2021 ökade antalet sysselsatta psykologer per 100 000 invånare inom hälso- och sjukvården med 35 vilket motsvarar en ökning med 72 procent.

Av samtliga sysselsatta 2021 arbetade 75 procent i yrkesrollen psykolog inom hälso- och sjukvården och 9 procent i yrkesrollen psykolog utanför

hälso- och sjukvården. Övriga arbetade i andra roller inom eller utanför hälso- och sjukvården.

Samtliga legitimerade psykologer

Totalt fanns 2021 drygt 11 620 legitimerade psykologer upp till och med 66 år enligt Socialstyrelsens förteckning LOVA (se tabell 33). Här avses endast de som har psykolog som senaste legitimation, de som har en senare legitimation i ett annat yrke är alltså inte medräknade. Av dessa var drygt 8 840 (76 procent) sysselsatta inom hälso- och sjukvården. Därutöver var nära 1 710 (15 procent) sysselsatta utanför hälso- och sjukvården. För närmare definitioner av ”inom hälso- och sjukvården” respektive ”utanför hälso- och sjukvården, se avsnittet Metod och definitioner. Den genomsnittliga tjänstgöringsomfattningen för sysselsatta utbildade psykologer upp till och med 66 år var 91 procent 2021 (avser sysselsatta i offentlig regi)[176]. Kvinnor utgjorde 72 procent av samtliga sysselsatta (inom och utanför hälso- och sjukvården) legitimerade psykologer upp till och med 66 år.

Andelen arbetslösa, pensionerade och övriga som inte var sysselsatta men som hade en inkomst i Sverige 2021 (t.ex. sjukskrivna, föräldralediga och studerande) var låg, mellan 0–2 procent. Andelen legitimerade psykologer som inte hade en inkomst i Sverige var 5 procent och utgörs av personer som antingen inte var folkbokförda i Sverige eller som var folkbokförda i Sverige men som saknar eller har okänd inkomst. Denna grupp består sannolikt av personer som bor och/eller arbetar utomlands[177].

Vid samma tidpunkt fanns även 4 880 legitimerade psykologer som var 67 år och äldre (se tabell 33). Av dessa hade merparten (76 procent) gått i pension, medan 13 procent var sysselsatta inom hälso- och sjukvården. Kvinnor utgjorde 63 procent av de sysselsatta psykologerna (inom och utanför hälso- och sjukvården) i åldern 67 och äldre.

[176] Uppgift beställd från Statistiska centralbyrån Tjänstgöringsomfattning avser faktisk tjänstgöringstid i förhållande till heltid för en individ under mätmånaden.
[177] Enligt det nordiska skatteavtalet är huvudregeln att om man bor i Sverige och arbetar i ett annat nordiskt land betalar man skatt endast i arbetslandet från första dagen. Arbetsgivaren ska höra hemma i arbetslandet. Källa: www.skatteverket.se.

Tabell 33. Arbetsmarknadsstatus för legitimerade psykologer 2021 fördelat på åldersgrupp, antal och andel (%)

Arbetsmarknadsstatus	Upp till och med 66 år		67 år och äldre	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Sysselsatt inom hälso- och sjukvården	8 842	76 %	640	13 %
Sysselsatt utanför hälso- och sjukvården	1 708	15 %	263	5 %
Ej folkbokförd i Sverige	394	4 %	273	6 %
Folkbokförd i Sverige men har okänd inkomst	148	1 %	10	0 %
Folkbokförd i Sverige men har ingen deklarerad inkomst i Sverige	12	0 %	X	0 %
Övriga ej sysselsatta	272	2 %	X	0 %
Pension	221	2 %	3 692	76 %
Arbetslös	25	0 %	0	0%
TOTALT	**11 622**	**100 %**	**4 880**	**100 %**

Anm. Statuskategorierna utgår från inkomst, t.ex. lön eller pension. I kategorin Övriga ej sysselsatta ingår bl.a. personer med sjukpenning, föräldrapenning, studiestöd eller försörjningsstöd. Antal legitimerade psykologer som uppgår till under 5 redovisas inte.

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Samtliga sysselsatta legitimerade psykologer upp till och med 66 år

I den följande fördjupande beskrivningen omfattas endast sysselsatta psykologer (inom och utanför hälso- och sjukvården) upp till och med 66 år samt endast de som har psykolog som sin senaste legitimation. De som har gått i pension, är arbetslösa, övriga ej sysselsatta samt de som saknar registrerad inkomst i Sverige är alltså inte medräknade.

Ålder och kön

Samtliga sysselsatta, dvs. både inom och utanför hälso- och sjukvården, med senaste legitimation som psykolog uppgick 2021 till 10 550. Av dessa var nära 7 590 kvinnor (72 procent) och drygt 2 960 män (28 procent), se tabell 34.

I tabell 34 redovisas även åldersfördelningen bland samtliga sysselsatta legitimerade psykologer 2021. Högst andel sysselsatta (34 procent) fanns i åldersgruppen 30–39 år. Andelen minskar sedan med åldern och uppgick till 10 procent i åldern 60–66 år. Åldersfördelningen är liknande bland kvinnor och bland män.

Tabell 34. Samtliga sysselsatta legitimerade psykologer 2021 fördelat på ålder och kön, antal och andel (%)

	Kvinnor		Män		Samtliga	
	Antal	Andel	Antal	*Andel*	Antal	Andel
<30 år	643	8 %	155	5 %	798	8 %
30–39 år	2 667	35 %	959	32 %	3 626	34 %
40–49 år	2 097	28 %	894	30 %	2 991	28 %
50–59 år	1 431	19 %	615	21 %	2 046	19 %
60–66 år	750	10 %	339	11 %	1 089	10 %
Samtliga	**7 588**	**100 %**	**2 962**	**100 %**	**10 550**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Antal år med legitimation

Av samtliga 10 550 sysselsatta psykologerna 2021 var det ungefär en tredjedel (31 procent) som haft sin legitimation i 0–4 år och en tredjedel (32 procent) i 10–19 år. Drygt en fjärdedel (26 procent) hade haft sin legitimation i 5–9 år, medan drygt en av tio (11 procent) haft sin legitimation i 20 år eller mer (se tabell 35).

Tabell 35. Samtliga sysselsatta legitimerade psykologer 2021 fördelat på antal år med legitimation, antal och andel (%)

Antal år med legitimation	Antal	Andel
0–4 år	3 230	31 %
5–9 år	2 746	26 %
10–19 år	3 366	32 %
20–29 år	973	9 %
> 30 år	235	2 %
Samtliga	**10 550**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta legitimerade psykologer inom och utanför hälso- och sjukvården

Av samtliga 10 550 sysselsatta legitimerade psykologer 2021 arbetade drygt 8 840 personer (84 procent) inom hälso- och sjukvården, dvs. offentligt finansierad hälso- och sjukvård, och nära 1 710 personer (16 procent) arbetade utanför hälso- och sjukvården, se tabell 36.

Både inom och utanför hälso- och sjukvården finns de som arbetar i yrkesrollen psykolog men även i andra yrkesroller. Av avsnittet Sysselsatta legitimerade psykologer som arbetar i yrkesrollen och i andra yrkesroller

framgår dels hur många som arbetar i yrkesrollen psykolog inom respektive utanför hälso- och sjukvården, dels vilka andra yrkesroller psykologer har.

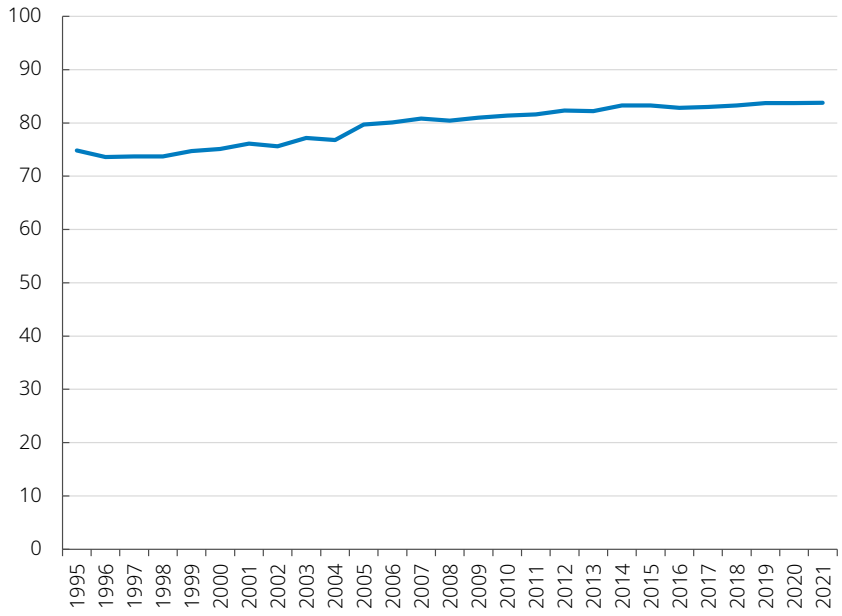
Tabell 36. Samtliga sysselsatta legitimerade psykologer 2021 fördelat på inom och utanför hälso- och sjukvården, antal och andel (%)

	Antal	Andel
Inom hälso- och sjukvården	8 842	84 %
Utanför hälso- och sjukvården	1 708	16 %
Samtliga	**10 550**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Andelen sysselsatta psykologer inom hälso- och sjukvården av samtliga sysselsatta psykologer har varierat något över tid men med en svagt ökande trend sedan 1995 (se diagram 21). Andelen ökade från 75 procent 1995 till 84 procent 2021.

Diagram 21. Sysselsatta legitimerade psykologer inom hälso- och sjukvården som andel (%) av samtliga sysselsatta 1995–2021



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta legitimerade psykologer inom hälso- och sjukvården per typ av vård

Av de drygt 8 840 sysselsatta psykologerna inom hälso- och sjukvården 2021 arbetade störst andel, 44 procent, inom specialistvård (se tabell 37). Primärvård och annan typ av vård (t.ex. annan öppen hälso- och sjukvård utan läkare) var också relativt vanligt, 18 respektive 19 procent. Elevhälsa, kommunal hälso- och sjukvård samt vård i statlig regi var det däremot inte så vanligt att psykologerna arbetade inom (mellan 2 och 5 procent).

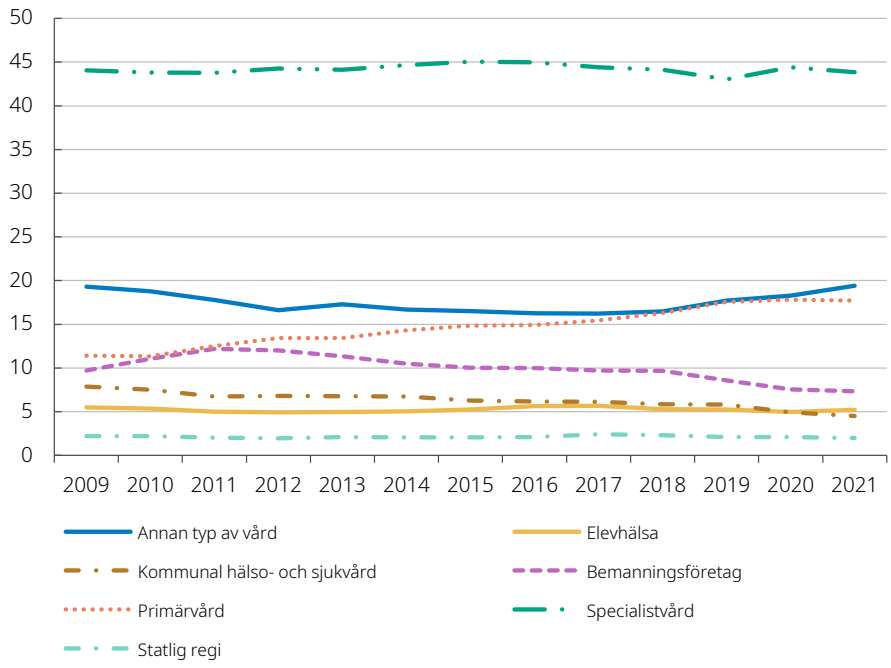
Tabell 37. Sysselsatta psykologer inom hälso- och sjukvården 2021 fördelat på typ av vård, antal och andel (%)

Typ av vård	Antal	Andel
Specialistvård	3 877	44 %
Annan typ av vård	1 717	19 %
Primärvård	1 565	18 %
Bemanningsföretag	647	7 %
Elevhälsa	462	5 %
Kommunal hälso- och sjukvård	398	5 %
Statlig regi	176	2 %
Annan typ av vård	1 717	19 %
Samtliga	**8 842**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Över tid har andelen psykologer som arbetar inom primärvården ökat (se diagram 22). Mellan 2009 och 2021 ökade andelen från 11 till 18 procent av de sysselsatta psykologerna inom hälso- och sjukvården. Under samma period minskade andelen sysselsatta psykologer inom kommunal hälso- och sjukvård, från 8 till 5 procent, och från 10 till 7 procent inom bemanningsföretag. Andelen inom andra vårdtyper har däremot varit relativ konstant.

Diagram 22. Andel (%) sysselsatta psykologer inom hälso- och sjukvården fördelat på typ av vård 1995–2021



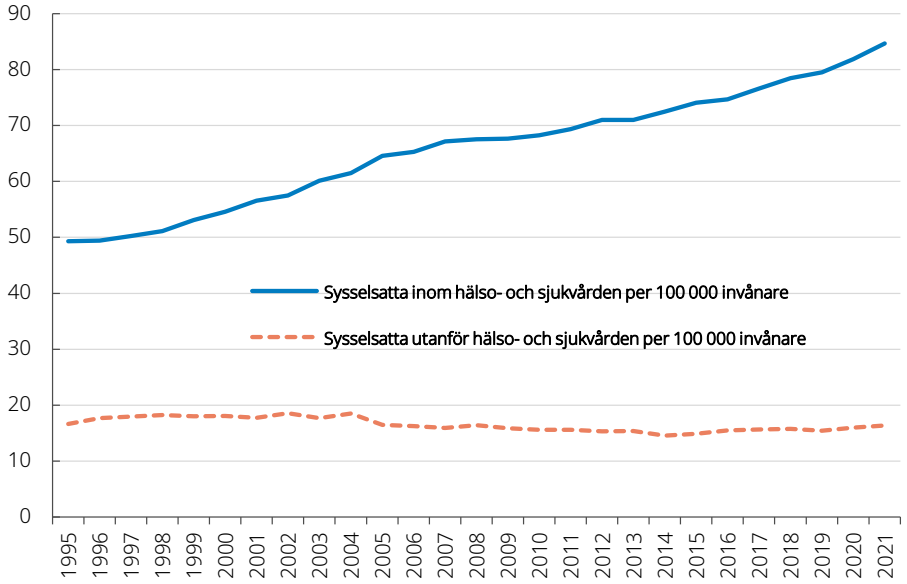
Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Antalet sysselsatta psykologer per 100 000 invånare

För att få en uppfattning om omfattningen av antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården kan antalet sysselsatta per 100 000 invånare studeras. Antalet sysselsatta legitimerade psykologer per 100 000 invånare uppgick 2021 till 101, varav 85 inom hälso- och sjukvården och 16 utanför hälso- och sjukvården.

Antalet sysselsatta psykologer per 100 000 invånare inom hälso- och sjukvården har ökat kontinuerligt över tid, se diagram 23. Mellan 1995 och 2001 ökade antalet med 35 sysselsatta eller 72 procent. Antalet sysselsatta psykologer per 100 000 invånare utanför hälso- och sjukvården har däremot varierat något mellan 1995 och 2021. Antalet varierade mellan 15 och 19 sysselsatta under den studerade perioden.

Diagram 23. Antal sysselsatta legitimerade psykologer per 100 000 invånare inom respektive utanför hälso- och sjukvården 1995–2021



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta psykologer i offentlig och privat regi

Av samtliga 10 550 sysselsatta psykologer 2021 arbetade nära två tredjedelar (65 procent) i verksamheter i offentlig regi och drygt en tredjedel (35 procent) i verksamheter i privat regi[178] (se tabell 38). Bland sysselsatta inom hälso- och sjukvården arbetade 63 procent i offentlig regi, medan motsvarande andel bland sysselsatta utanför hälso- och sjukvården var 77 procent.

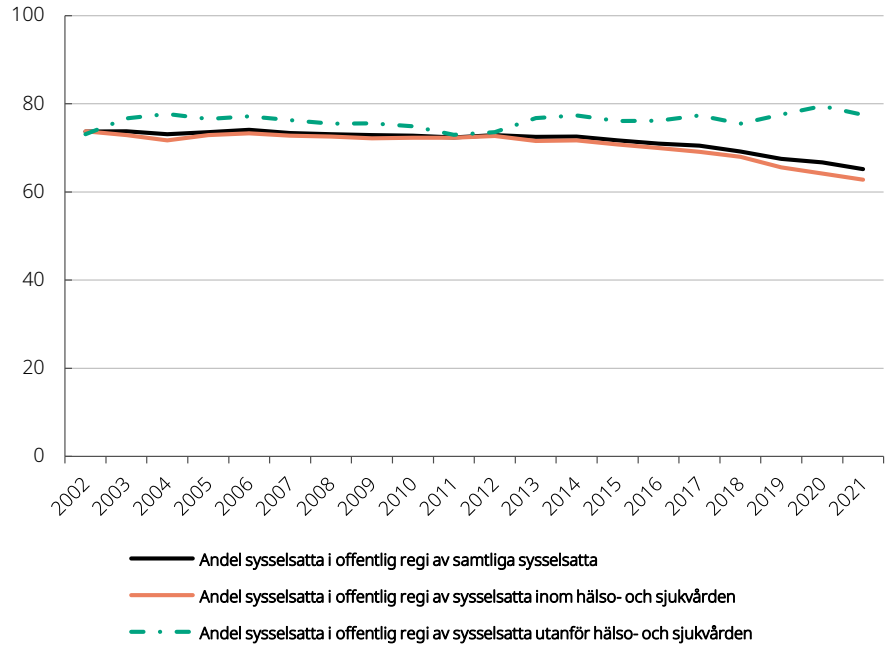
[178] Med regi avses om det är en offentlig eller privat aktör som driver verksamheten. En privat driven verksamhet kan dock finansieras med offentliga medel genom avtal med stat, region eller kommun. Det kan även finnas privata verksamheter som finansieras med privata medel, men då ingår de inte i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. För definitioner av vad som ingår i ”inom hälso- och sjukvården” respektive ”utanför hälso- och sjukvården”, se avsnittet Metod och definitioner.

Tabell 38. Sysselsatta psykologer inom respektive utanför hälso- och sjukvården 2021 fördelat på i offentlig respektive privat regi, antal och andel (%)

	Inom hälso- och sjukvården		Utanför hälso- och sjukvården		Samtliga	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Offentlig regi	5 552	63 %	1 323	77 %	6 875	65 %
Privat regi	3 290	37 %	385	23 %	3 675	35 %
Samtliga	**8 842**	**100 %**	**1 708**	**100 %**	**10 550**	**100 %**

Över tid har andelen sysselsatta psykologer som arbetar i offentlig regi minskat, se diagram 24. Bland sysselsatta psykologer inom hälso- och sjukvården har andelen som arbetar i offentlig regi minskat kontinuerligt sedan 2015. Bland sysselsatta utanför hälso- och sjukvården har andelen sysselsatta i offentlig regi varierat över tid men med en ökande trend sedan 2012.

Diagram 24. Andel (%) sysselsatta psykologer i offentlig regi inom respektive utanför hälso- och sjukvården 2002–2021



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta legitimerade psykologer som arbetar i yrkesrollen och i andra yrkesroller

Av samtliga 10 550 sysselsatta legitimerade psykologer 2021 arbetade nära 8 830 (84 procent) i yrkesrollen psykolog, varav drygt 7 890 (75 procent) inom hälso- och sjukvården och drygt 930 (9 procent) utanför hälso- och

sjukvården. Drygt 1 670 (16 procent) arbetade i andra yrkesroller än som psykolog (se tabell 39).

Bland sysselsatta psykologer inom hälso- och sjukvården arbetade 89 procent i yrkesrollen psykolog, medan motsvarande andel bland sysselsatta utanför hälso- och sjukvården var 55 procent.

Tabell 39. Antal och andel (%) sysselsatta 2021 i yrkesrollen respektive i andra yrkesroller fördelat på inom respektive utanför hälso- och sjukvården

	Inom hälso- och sjukvården		Utanför hälso- och sjukvården		Samtliga sysselsatta	
	Antal	**Andel**	**Antal**	**Andel**	**Antal**	**Andel**
Sysselsatta i yrkesrollen	7 894	89 %	934	55 %	8 828	84 %
Sysselsatta i andra yrkesroller	921	11 %	751	44 %	1 672	16 %
Okänd yrkesroll	27	0 %	23	1 %	50	0 %
Samtliga sysselsatta oavsett yrkesroll	**8 842**	**100 %**	**1 708**	**100 %**	**10 550**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

De vanligaste yrkesrollerna för psykologerna

Som framgår ovan arbetar merparten (89 procent) av de sysselsatta legitimerade psykologerna inom hälso- och sjukvården också i sin yrkesroll. Bland sysselsatta inom hälso- och sjukvården som inte arbetade som psykolog var det vanligast att arbeta som chef inom hälso- och sjukvård eller psykoterapeut (3 procent vardera), se tabell 40. Lednings- och organisationsutvecklare samt planerare och utredare var andra relativt vanliga yrken.

Universitets- och högskolelärare var vanligaste yrket bland dem som inte arbetade som psykolog utanför hälso- och sjukvården (18 procent), följt av planerare och utredare (4 procent) samt övriga chefer inom samhällsservice och personal- och HR-specialister (2 procent vardera).

Därutöver finns det ett stort antal andra yrkesroller och en stor spridning mellan dessa inom populationen. Siffrorna bör tolkas med viss försiktighet, eftersom det kan förekomma felregistreringar. Uppgifter över tid saknas tyvärr i Socialstyrelsens förteckning LOVA när det gäller hur många som arbetar i sin yrkesroll, det går endast att följa tillbaka till 2019.

Tabell 40 Sysselsatta psykologer inom respektive utanför hälso- och sjukvården 2021 fördelat på yrke, antal och andel (%)

Yrken inom hälso- och sjukvården			Yrken utanför hälso- och sjukvården		
	Antal	Andel		Antal	Andel
Psykolog	7 894	89 %	Psykolog	934	55 %
Chefer inom hälso- och sjukvård	233	3 %	Universitets- och högskolelärare	305	18 %
Psykoterapeuter	226	3 %	Planerare och utredare m.fl.	64	4 %
Lednings- och organisations-utvecklare	95	1 %	Övriga chefer inom sam-hällsservice	37	2 %
Planerare och utredare m.fl.	35	0 %	Personal- och HR-specialister	28	2 %
Övriga yrken	332	4 %	Övriga yrken	317	18 %
Okänd yrkesroll	27	0 %	Okänd yrkesroll	23	1 %
Samtliga	**8 842**	**100 %**	**Samtliga**	**1 708**	**100 %**

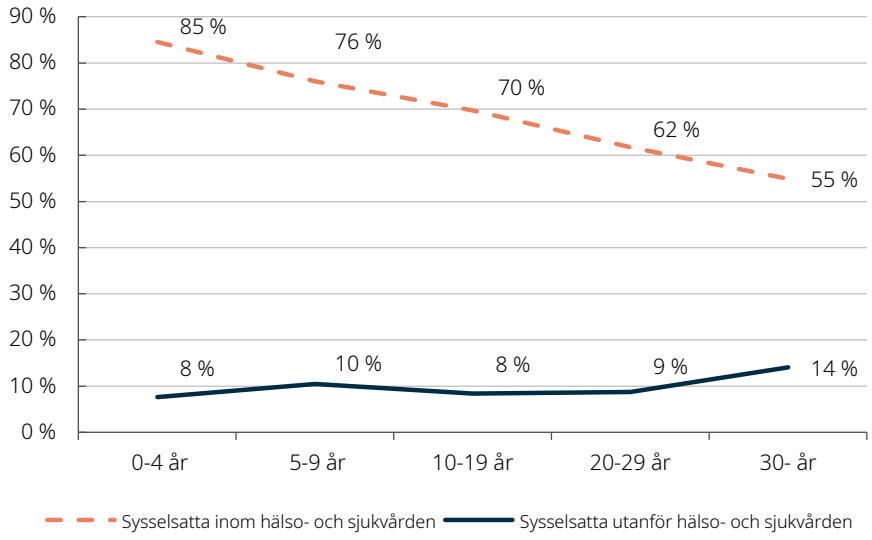
Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta i yrkesrollen efter antal år med legitimation

Andelen psykologer som arbetar i sin yrkesroll inom hälso- och sjukvården minskar med antalet år sedan legitimation. Av samtliga sysselsatta (både inom och utanför hälso- och sjukvården) 2021 som fick sin legitimation för 0–4 år sedan arbetade 82 procent i yrkesrollen psykolog inom hälso- och sjukvården, jämfört med 55 procent bland dem som fick sin legitimation för 30 år sedan eller mer (se diagram 25).

Bland psykologer som var sysselsatta utanför hälso- och sjukvården 2021 varierar andelen som arbetar i yrkesrollen psykolog med antalet år med legitimation mellan 8 och 14 procent (se diagram 25).

Diagram 25. Andel (%) av samtliga sysselsatta psykologer 2021 som arbetade i sin yrkesroll inom respektive utanför hälso- och sjukvården fördelat på antal år med legitimation



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

4.2.6 Tillgång på legitimerade röntgensjuksköterskor

Sammanfattning röntgensjuksköterskor

Röntgensjuksköterska blev ett legitimerat yrke 2000. Totalt fanns 2021 nära 3 230 legitimerade röntgensjuksköterskor upp till och med 66 år i Sverige.

Av dessa var 2 810 (87 procent) sysselsatta på arbetsmarknaden, varav 78 procent kvinnor.

Av de sysselsatta röntgensjuksköterskorna 2021 arbetade drygt 2 664 (95 procent) inom hälso- och sjukvården. Andelen sysselsatta röntgensjuksköterskor inom hälso- och sjukvården minskade från 100 till 95 procent mellan 2000 och 2021.

Av de sysselsatta röntgensjuksköterskorna inom hälso- och sjukvården arbetade störst andel (94 procent) inom specialistvård. Under perioden 2000–2021 har andelen sysselsatta röntgensjuksköterskor som arbetar inom specialistvården varierat mellan 82 och 96 procent.

Antalet sysselsatta röntgensjuksköterskor per 100 000 invånare uppgick 2021 till 27, varav 26 inom hälso- och sjukvården och 1 utanför hälso- och sjukvården. Antalet sysselsatta röntgensjuksköterskor per 100 000 invånare inom hälso- och sjukvården har ökat kontinuerligt sedan legitimationen infördes 2000.

Av samtliga sysselsatta 2021 arbetade 85 procent i yrkesrollen röntgensjuksköterska inom hälso- och sjukvården och 1 procent i yrkesrollen

röntgensjuksköterska utanför hälso- och sjukvården. Övriga arbetade i andra roller inom eller utanför hälso- och sjukvården.

Samtliga legitimerade röntgensjuksköterskor

Röntgensjuksköterska blev ett legitimerat yrke 1 juli 2000[179]. Röntgensjuksköterskor som utbildade sig före 2000 kunde välja mellan att behålla sin sjuksköterskelegitimation eller få legitimation som röntgensjuksköterska. Många valde att behålla sin sjuksköterskelegitimation för att behålla möjligheten att arbeta som sjuksköterska inom andra verksamhetsområden. Det innebär att antalet legitimerade röntgensjuksköterskor i nuläget inte speglar det faktiska antalet.[180]

Totalt fanns 2021 nära 3 230 legitimerade röntgensjuksköterskor upp till och med 66 år enligt Socialstyrelsens förteckning LOVA (se tabell 41). Här avses endast de som har röntgensjuksköterska som senaste legitimation, de som har en senare legitimation i ett annat yrke är alltså inte medräknade. Av dessa var drygt 2 660 (82 procent) sysselsatta inom hälso- och sjukvården. Därutöver var nära 150 (5 procent) sysselsatta utanför hälso- och sjukvården. För närmare definitioner av ”inom hälso- och sjukvården” respektive ”utanför hälso- och sjukvården, se avsnittet Metod och definitioner. Den genomsnittliga tjänstgöringsomfattningen för sysselsatta utbildade röntgensjuksköterskor upp till och med 66 år var 92 procent 2021 (avser sysselsatta i offentlig regi)[181]. Kvinnor utgjorde 78 procent av samtliga sysselsatta (inom och utanför hälso- och sjukvården) legitimerade röntgensjuksköterskor upp till och med 66 år.

Andelen arbetslösa, pensionerade och övriga som inte var sysselsatta men som hade en inkomst i Sverige 2021 (t.ex. sjukskrivna, föräldralediga och studerande) var låg, mellan 0–3 procent. Andelen legitimerade röntgensjuksköterskor som inte hade en inkomst i Sverige var 9 procent och utgörs av personer som antingen inte var folkbokförda i Sverige eller som var folkbokförda i Sverige men som saknar eller har okänd inkomst. Denna grupp består sannolikt av personer som bor och/eller arbetar utomlands[182].

Vid samma tidpunkt fanns även 23 legitimerade röntgensjuksköterskor som var 67 år och äldre (se tabell 41). Av dessa hade merparten, 11 personer (48 procent), gått i pension, medan 6 personer (26 procent) var sysselsatta inom hälso- och sjukvården. Kvinnor utgjorde 89 procent av de sysselsatta

[179] Prop. 1999/2000:56. Vissa hälso- och sjukvårdsfrågor. Betänkande 1999/2000:SoU11. Vissa hälso- och sjukvårdsfrågor.
[180] Socialstyrelsen. Kvalitetsdeklaration – Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2022 samt arbetsmarknadsstatus 2021 (2023).
[181] Uppgift beställd från Statistiska centralbyrån. Tjänstgöringsomfattning avser faktisk tjänstgöringstid i förhållande till heltid för en individ under mätmånaden.
[182] Enligt det nordiska skatteavtalet är huvudregeln att om man bor i Sverige och arbetar i ett annat nordiskt land betalar man skatt endast i arbetslandet från första dagen. Arbetsgivaren ska höra hemma i arbetslandet. Källa: www.skatteverket.se.

röntgensjuksköterskorna (inom och utanför hälso- och sjukvården) i åldern 67 och äldre.

Tabell 41. Arbetsmarknadsstatus för legitimerade röntgensjuksköterskor 2021 fördelat på åldersgrupp, antal och andel (%)

Arbetsmarknadsstatus	Upp till och med 66 år		67 år och äldre	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Sysselsatt inom hälso- och sjuk-vården	2 664	82 %	6	26 %
Sysselsatt utanför hälso- och sjukvården	146	5 %	X	X %
Ej folkbokförd i Sverige	119	4 %	X	X %
Folkbokförd i Sverige men har okänd eller ingen deklarerad inkomst i Sverige	168	5 %	X	X %
Övriga ej sysselsatta	100	3 %	X	X %
Pension	21	1 %	11	48 %
Arbetslös	11	0 %	0	0 %
TOTALT	**3 229**	**100 %**	**23**	**100 %**

Anm. Statuskategorierna utgår från inkomst, t.ex. lön eller pension. I kategorin Övriga ej sysselsatta ingår bl.a. personer med sjukpenning, föräldrapenning, studiestöd eller försörjningsstöd. Antal legitimerade röntgensjuksköterskor som uppgår till under 5 redovisas inte.

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Samtliga sysselsatta legitimerade röntgensjuksköterskor upp till och med 66 år

I den följande fördjupande beskrivningen omfattas endast sysselsatta röntgensjuksköterskor (inom och utanför hälso- och sjukvården) upp till och med 66 år samt endast de som har röntgensjuksköterska som sin senaste legitimation. De som har gått i pension, är arbetslösa, övriga ej sysselsatta samt de som saknar registrerad inkomst i Sverige är alltså inte medräknade.

Ålder och kön

Samtliga sysselsatta, dvs. både inom och utanför hälso- och sjukvården, med senaste legitimation som röntgensjuksköterska uppgick 2021 till 2 810. Av dessa var drygt 2 200 kvinnor (78 procent) och nära 610 män (22 procent), se tabell 42.

I tabell 42 redovisas även åldersfördelningen bland samtliga sysselsatta legitimerade röntgensjuksköterskor 2021. Högst andel sysselsatta (38 procent) fanns i åldersgruppen 30–39 år. Andelen minskar sedan med åldern och uppgick till 4 procent i åldern 60–66 år. Män hade en något högre andel sysselsatta i åldersgruppen 30–39 år än kvinnor, medan det motsatta gällde för åldersgrupperna 40–49 år och 50–59 år.

Tabell 42. Samtliga sysselsatta legitimerade röntgensjuksköterskor 2021 fördelat på ålder och kön, antal och andel (%)

	Kvinnor		Män		Samtliga	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
<30 år	350	16 %	95	15 %	445	16 %
30–39 år	802	36 %	266	44 %	1 068	38 %
40–49 år	594	27 %	138	23 %	732	26 %
50–59 år	367	17 %	88	14 %	455	16 %
60–66 år	88	4 %	22	4 %	110	4 %
Samtliga	**2 201**	**100 %**	**609**	**100 %**	**2 810**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Antal år med legitimation

Av samtliga 2 810 sysselsatta röntgensjuksköterskor 2021 var det ungefär tre av tio som haft sin legitimation i 0–4 år och tre av tio i 5–9 år. De som hade haft sin legitimation i 10–19 år utgjorde 37 procent, medan 2 procent haft sin legitimation i 20 år eller mer (se tabell 43). Som tidigare nämnts blev röntgensjuksköterska ett legitimerat yrke 2000, vilket innebär det ännu är ett fåtal som haft legitimation i 20 år eller mer.

Tabell 43. Samtliga sysselsatta legitimerade röntgensjuksköterskor 2021 fördelat på antal år med legitimation, antal och andel (%)

Antal år med legitimation	Antal	Andel
0–4 år	882	31 %
5–9 år	842	30 %
10–19 år	1 029	37 %
> 20 år	57	2 %
Samtliga	**2 810**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta legitimerade röntgensjuksköterskor inom och utanför hälso- och sjukvården

Av samtliga 2 810 sysselsatta legitimerade röntgensjuksköterskor 2021 arbetade drygt 2 660 personer (95 procent) inom hälso- och sjukvården, dvs. offentligt finansierad hälso- och sjukvård, och nära 150 personer (5 procent) arbetade utanför hälso- och sjukvården, se tabell 44.

Både inom och utanför hälso- och sjukvården finns de som arbetar i yrkesrollen röntgensjuksköterska men även i andra yrkesroller. Av avsnittet Sysselsatta legitimerade röntgensjuksköterskor som arbetar i yrkesrollen och i andra yrkesroller framgår dels hur många som arbetar i yrkesrollen

röntgensjuksköterska inom respektive utanför hälso- och sjukvården, dels vilka andra yrkesroller röntgensjuksköterskor har.

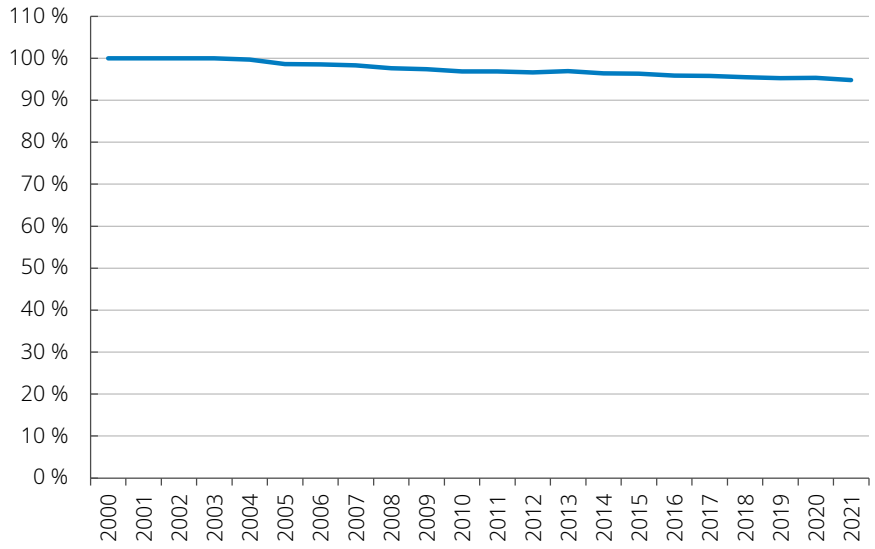
Tabell 44. Samtliga sysselsatta legitimerade röntgensjuksköterskor 2021 fördelat på inom och utanför hälso- och sjukvården, antal och andel (%)

	Antal	Andel
Inom hälso- och sjukvården	2 664	95 %
Utanför hälso- och sjukvården	146	5 %
Samtliga	**2 810**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Andelen sysselsatta röntgensjuksköterskor inom hälso- och sjukvården av samtliga sysselsatta röntgensjuksköterskor har minskat något sedan 2000 då det blev ett legitimerat yrke (se diagram 26). Andelen minskade från 100 procent 2000 till 95 procent 2021.

Diagram 26. Sysselsatta legitimerade röntgensjuksköterskors inom hälso- och sjukvården som andel (%) av samtliga sysselsatta 2000–2021



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta legitimerade röntgensjuksköterskor inom hälso- och sjukvården per typ av vård

Av de drygt 2 660 sysselsatta röntgensjuksköterskorna inom hälso- och sjukvården 2021 arbetade drygt nio av tio (94 procent), inom specialistvård (se tabell 45). Övriga vårdtyper utgjorde ett fåtal procent vardera (mellan 0 och 2 procent.

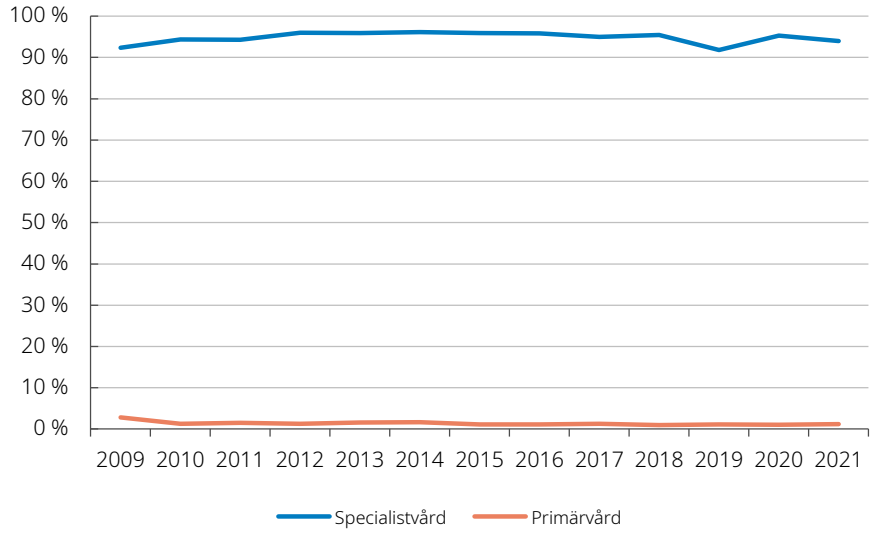
Tabell 45. Sysselsatta röntgensjuksköterskor inom hälso- och sjukvården 2021 fördelat på typ av vård, antal och andel (%)

Typ av vård	Antal	Andel
Specialistvård	2 504	94 %
Bemanningsföretag	63	2 %
Primärvård	32	1 %
Kommunal hälso- och sjukvård	19	1 %
Elevhälsa	5	0 %
Statlig regi	4	0 %
Annan typ av vård	37	2 %
Samtliga	**2 664**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Under perioden 2009–2021 har andelen röntgensjuksköterskor som arbetar inom specialistvården varierat mellan 92 och 96 procent av de sysselsatta röntgensjuksköterskorna inom hälso- och sjukvården (se diagram 27). Inom primärvården har andelen varierat omkring ett fåtal procent under samma period.

Diagram 27. Andel (%) sysselsatta röntgensjuksköterskor inom hälso- och sjukvården fördelat på typ av vård 2009–2021



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

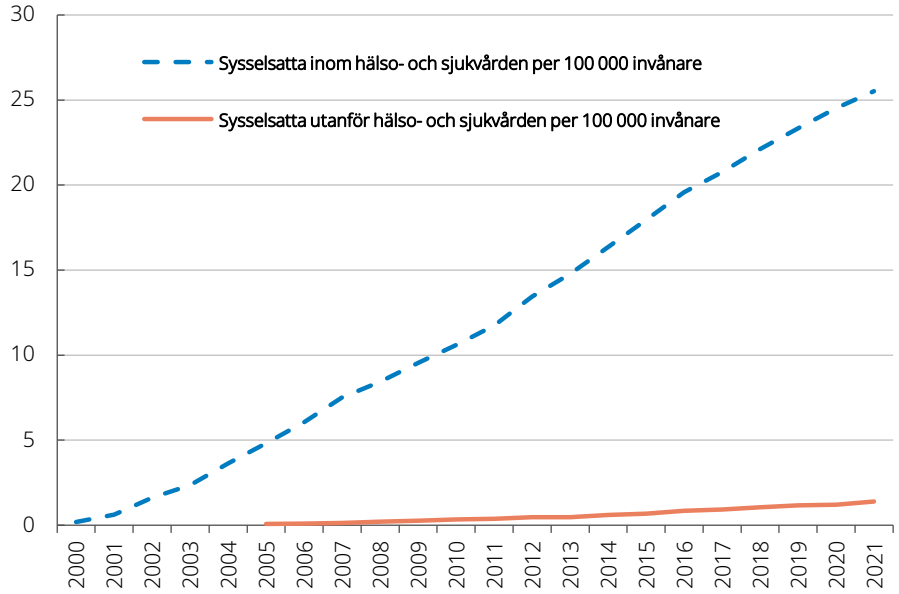
Antalet sysselsatta röntgensjuksköterskor per 100 000 invånare

För att få en uppfattning om omfattningen av antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården kan antalet sysselsatta per 100 000 invånare studeras. Antalet sysselsatta legitimerade röntgensjuksköterskor per 100 000 invånare

uppgick 2021 till 27, varav 26 inom hälso- och sjukvården och 1 utanför hälso- och sjukvården.

Antalet sysselsatta röntgensjuksköterskor per 100 000 invånare inom hälso- och sjukvården har ökat kontinuerligt sedan legitimationen infördes 2000, medan antalet sysselsatta per 100 000 invånare utanför hälso- och sjukvården ökat marginellt (se diagram 28).[183]

Diagram 28. Antal sysselsatta legitimerade röntgensjuksköterskor per 100 000 invånare inom respektive utanför hälso- och sjukvården 2000–2021



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta röntgensjuksköterskor i offentlig och privat regi

Av samtliga 2 810 sysselsatta röntgensjuksköterskor 2021 arbetade 84 procent i verksamheter i offentlig regi och 16 procent i verksamheter i privat regi[184] (se tabell 46). Bland sysselsatta inom hälso- och sjukvården arbetade 87 procent i offentlig regi, medan motsvarande andel bland sysselsatta utanför hälso- och sjukvården var 30 procent.

[183] Uppgifterna över antalet sysselsatta röntgensjuksköterskor inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare skiljer sig från uppgifterna i rapporten Nationella planeringsstödet 2024 (delrapport 1), som även omfattar specialistsjuksköterskor med inriktning röntgen.

[184] Med regi avses om det är en offentlig eller privat aktör som driver verksamheten. En privat driven verksamhet kan dock finansieras med offentliga medel genom avtal med stat, region eller kommun. Det kan även finnas privata verksamheter som finansieras med privata medel, men då ingår de inte i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. För definitioner av vad som ingår i ”inom hälso- och sjukvården” respektive ”utanför hälso- och sjukvården”, se avsnittet Metod och definitioner.

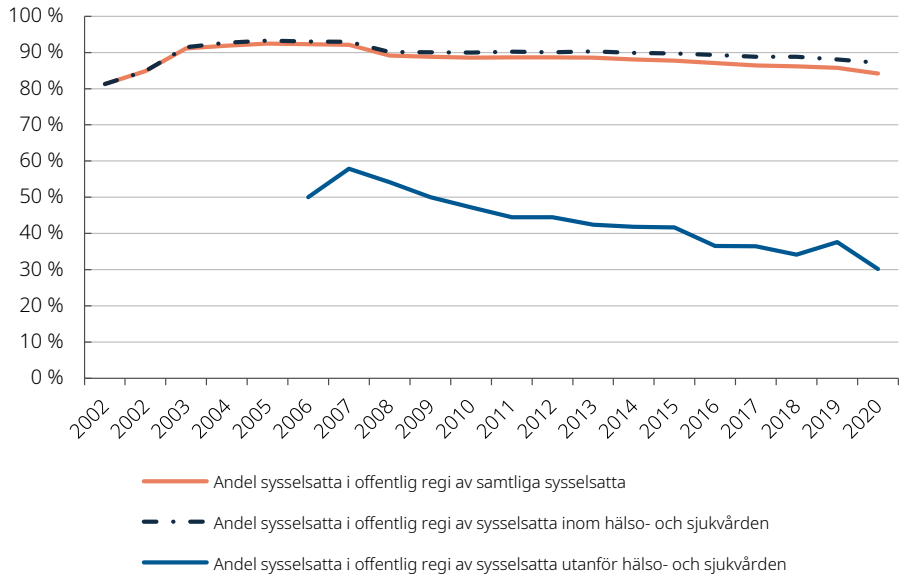
Tabell 46. Sysselsatta röntgensjuksköterskor inom respektive utanför hälso- och sjukvården 2021 fördelat på i offentlig respektive privat regi, antal och andel (%)

	Inom hälso- och sjukvården		Utanför hälso- och sjukvården		Samtliga	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Offentlig regi	2 321	87 %	44	30 %	2 365	84 %
Privat regi	343	13 %	102	70%	445	16 %
Samtliga	**2 664**	**100 %**	**146**	**100 %**	**2 810**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Över tid har andelen sysselsatta röntgensjuksköterskor som arbetar i offentlig regi minskat något, se diagram 29. Bland sysselsatta röntgensjuksköterskor inom hälso- och sjukvården har andelen som arbetar i offentlig regi varit relativt konstant sedan 2009. Bland sysselsatta utanför hälso- och sjukvården har andelen sysselsatta i offentlig regi däremot minskat, med något undantag, sedan 2008.

Diagram 29. Andel (%) sysselsatta röntgensjuksköterskor i offentlig regi inom respektive utanför hälso- och sjukvården 2002–2021



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta legitimerade röntgensjuksköterskor som arbetar i yrkesrollen och i andra yrkesroller

Av samtliga 2 810 sysselsatta legitimerade röntgensjuksköterskor 2021 arbetade drygt 2 400 (86 procent) i yrkesrollen röntgensjuksköterska, varav 2 390 (85 procent) inom hälso- och sjukvården och drygt 20 (1 procent) utanför hälso- och sjukvården. Nära 380 (14 procent) arbetade i andra yrkesroller än som röntgensjuksköterska (se tabell 47).

Bland sysselsatta röntgensjuksköterskor inom hälso- och sjukvården arbetade 90 procent i yrkesrollen röntgensjuksköterska, medan motsvarande andel bland sysselsatta utanför hälso- och sjukvården var 15 procent.

Tabell 47. Antal och andel (%) sysselsatta 2021 i yrkesrollen respektive i andra yrkesroller fördelat på inom respektive utanför hälso- och sjukvården

	Inom hälso- och sjukvården		Utanför hälso- och sjukvården		Samtliga sysselsatta	
	Antal	**Andel**	**Antal**	**Andel**	**Antal**	**Andel**
Sysselsatta i yrkesrollen	2 390	90 %	22	15 %	2 412	86 %
Sysselsatta i andra yrkesroller	265	10 %	123	84 %	388	14 %
Okänd yrkesroll	9	0 %	1	1 %	10	0 %
Samtliga sysselsatta oavsett yrkesroll	**2 664**	**100 %**	**146**	**100 %**	**2 810**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

De vanligaste yrkesrollerna för röntgensjuksköterskor

Som framgår ovan arbetar merparten (90 procent) av de sysselsatta legitimerade röntgensjuksköterskorna inom hälso- och sjukvården också i sin yrkesroll. Bland sysselsatta inom hälso- och sjukvården som inte arbetade som röntgensjuksköterska var det vanligast att arbeta som sjuksköterska (4 procent) och chef inom hälso- och sjukvård (3 procent), se tabell 48. Undersköterska samt planerare och utredare var andra relativt vanliga yrken.

Universitets- och högskolelärare var vanligaste yrket bland dem som inte arbetade som röntgensjuksköterska utanför hälso- och sjukvården (12 procent), följt av företagssäljare (8 procent) samt mjukvaru- och systemutvecklare och lärare i yrkesämnen (5 procent vardera).

Därutöver finns det ett stort antal andra yrkesroller och en stor spridning mellan dessa inom populationen. Siffrorna bör tolkas med viss försiktighet, eftersom det kan förekomma felregistreringar. Uppgifter över tid saknas tyvärr i Socialstyrelsens förteckning LOVA när det gäller hur många som arbetar i sin yrkesroll, det går endast att följa tillbaka till 2019.

Tabell 48. Sysselsatta röntgensjuksköterskor inom respektive utanför hälso- och sjukvården 2021 fördelat på yrke, antal och andel (%)

Yrken inom hälso- och sjukvården			Yrken utanför hälso- och sjukvården		
	Antal	Andel		Antal	Andel
Röntgen-sjuksköterska	2 390	90 %	Röntgen-sjuksköterska	22	15 %
Sjuksköterska	103	4 %	Universitets- och högskolelärare	18	12 %
Chefer inom hälso- och sjukvård	84	3 %	Företagssäljare	11	8 %
Undersköterska	13	1 %	Mjukvaru- och systemutvecklare m.fl.	8	5 %
Planerare och utredare m.fl.	8	0 %	Lärare i yrkesämnen	7	5 %
Övriga yrken	57	2 %	Övriga yrken	79	54 %
Okänd yrkesroll	9	0 %	Okänd yrkesroll	1	1 %
Samtliga	**2 664**	**100 %**	**Samtliga**	**146**	**100 %**

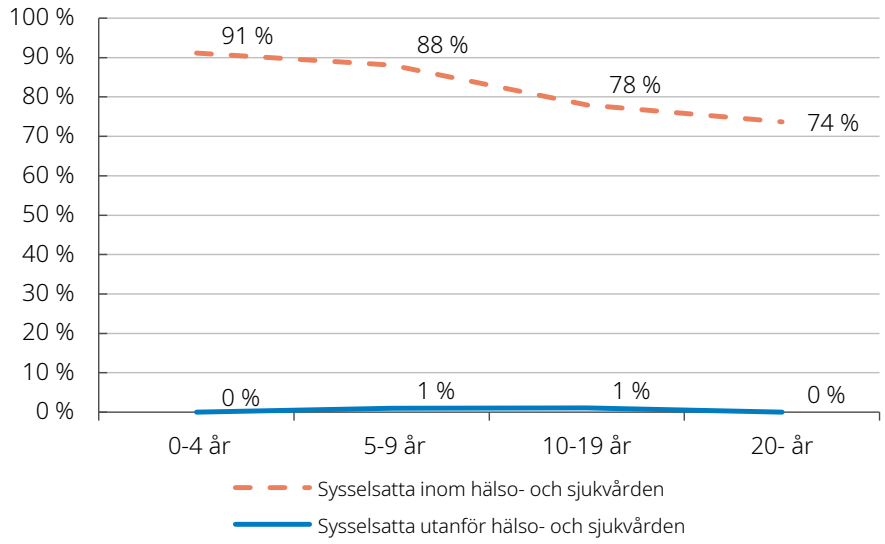
Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta i yrkesrollen efter antal år med legitimation

Andelen röntgensjuksköterskor som arbetar i sin yrkesroll inom hälso- och sjukvården minskar med antalet år sedan legitimation. Av samtliga sysselsatta (både inom och utanför hälso- och sjukvården) 2021 som fick sin legitimation för 0–4 år sedan arbetade 91 procent i yrkesrollen röntgensjuksköterska inom hälso- och sjukvården, jämfört med 74 procent bland dem som fick sin legitimation för 20 år sedan eller mer (se diagram 30).

Bland röntgensjuksköterskor som var sysselsatta utanför hälso- och sjukvården 2021 varierade andelen som arbetar i yrkesrollen röntgensjuksköterska med antalet år med legitimation mellan 0 och 1 procent (se diagram 30).

Diagram 30. Andel (%) av samtliga sysselsatta röntgensjuksköterskor 2021 som arbetade i sin yrkesroll inom respektive utanför hälso- och sjukvården fördelat på antal år med legitimation



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

4.2.7 Tillgång på legitimerade sjuksköterskor

Sammanfattning sjuksköterskor

Totalt fanns 2021 nära 140 860 legitimerade sjuksköterskor upp till och med 66 år i Sverige.

Av dessa var drygt 123 530 (88 procent) sysselsatta på arbetsmarknaden i Sverige, varav 87 procent var kvinnor.

Av de sysselsatta sjuksköterskorna 2021 arbetade nära 109 210 (88 procent) inom hälso- och sjukvården. Andelen sysselsatta sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården har varit relativt konstant under perioden 1995–2021.

Av de sysselsatta sjuksköterskorna inom hälso- och sjukvården var det vanligast att arbeta i specialistvård (61 procent), kommunal hälso- och sjukvård (15 procent) eller primärvård (13 procent).

Antalet sysselsatta sjuksköterskor per 100 000 invånare uppgick 2021 till 1 183, varav 1 046 inom hälso- och sjukvården och 137 utanför hälso- och sjukvården. Under perioden 1995–2011 ökade antalet sysselsatta sjuksköterskor per 100 000 invånare inom hälso- och sjukvården med 14 procent, för att sedan minska under perioden 2012–2020 med 5 procent. År 2021 skedde en mindre ökning igen.

Av samtliga sysselsatta 2021 arbetade 78 procent i yrkesrollen sjuksköterska inom hälso- och sjukvården och 3 procent i yrkesrollen sjuksköterska utanför hälso- och sjukvården. Övriga arbetade i andra roller inom eller utanför hälso- och sjukvården.

Samtliga legitimerade sjuksköterskor

Totalt fanns 2021 omkring 140 860 legitimerade sjuksköterskor upp till och med 66 år, enligt Socialstyrelsens förteckning LOVA (se tabell 49). Här avses endast de som har sjuksköterska som senaste legitimation, de som har en senare legitimation i ett annat yrke är alltså inte medräknade. I uppgifterna ingår även specialistsjuksköterskor, undantaget barnmorskor och röntgensjuksköterskor som är egna legitimationsyrken. Av de omkring 148 860 legitimerade sjuksköterskorna var nära 109 210 (78 procent) sysselsatta i hälso- och sjukvården. Därutöver var omkring 14 330 (10 procent) sysselsatta utanför hälso- och sjukvården. För närmare definitioner av ”inom hälso- och sjukvården” respektive ”utanför hälso- och sjukvården”, se avsnittet Metod och definitioner. Den genomsnittliga tjänstgöringsomfattningen för sysselsatta sjuksköterskeutbildade upp till och med 66 år var 91 procent 2021 (avser sysselsatta i offentlig regi)[185]. Kvinnor utgjorde 87 procent av samtliga sysselsatta legitimerade sjuksköterskor upp till och med 66 år.

Andelen arbetslösa, pensionerade och övriga som inte var sysselsatta men som hade en inkomst i Sverige 2021 (till exempel sjukskrivna, föräldralediga och studerande) var 6 procent. Ytterligare 5 procent hade inte en inkomst i Sverige och utgörs av personer som antingen inte var folkbokförda i Sverige eller som var folkbokförda i Sverige men som saknade eller hade okänd inkomst. Denna grupp består sannolikt av personer som var bosatta och/eller arbetade utomlands[186].

Vid samma tidpunkt fanns även nära 57 460 legitimerade sjuksköterskor som var 67 år eller äldre (se tabell 49). Även här avses endast de som har sjuksköterska som senaste legitimation. Av dessa hade merparten (nära 44 990 eller 78 procent) gått i pension. Andelen sysselsatta inom hälso- och sjukvården uppgick till 10 procent, medan 4 procent var sysselsatta utanför hälso- och sjukvården. Kvinnor utgjorde 89 procent av de sysselsatta sjuksköterskorna (inom och utanför hälso- och sjukvården) i åldern 67 år eller äldre. Det var 7 procent som inte var folkbokförda i Sverige och som sannolikt var bosatta utomlands.

[185] Uppgift beställd från Statistiska centralbyrån. Tjänstgöringsomfattning avser faktisk tjänstgöringstid i förhållande till heltid för en individ under mätmånaden.
[186] Enligt det nordiska skatteavtalet är huvudregeln att om man bor i Sverige och arbetar i ett annat nordiskt land betalar man skatt endast i arbetslandet från första dagen. Arbetsgivaren ska höra hemma i arbetslandet. Källa: www.skatteverket.se.

Tabell 49. Arbetsmarknadsstatus för legitimerade sjuksköterskor med sjuksköterska som senaste legitimation 2021 fördelat på åldersgrupp, antal och andel (%)

Arbetsmarknadsstatus	Upp till och med 66 år		67 år och äldre	
	Antal	Andel	Antal	Andel
Sysselsatta inom hälso- och sjukvård	109 205	78 %	5 459	10 %
Sysselsatta utanför hälso- och sjukvård	14 327	10 %	2 487	4 %
Arbetslösa	248	0 %	0	0 %
Pensionerade	4 586	3 %	44 992	78 %
Övriga ej sysselsatta	4 256	3 %	7	0 %
Folkbokförda i Sverige men har okänd eller ingen deklarerad inkomst i Sverige	3 411	2 %	276	0 %
Ej folkbokförda i Sverige	4 825	3 %	4 236	7 %
Samtliga	**140 858**	**100 %**	**57 457**	**100 %**

Anm. Statuskategorierna utgår från inkomst, t.ex. lön eller pension. I kategorin Övriga ej sysselsatta ingår bl.a. personer med sjukpenning, föräldrapenning, studiestöd eller försörjningsstöd.

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Samtliga sysselsatta legitimerade sjuksköterskor upp till och med 66 år

I den följande fördjupande beskrivningen omfattas endast sysselsatta sjuksköterskor (inom och utanför hälso- och sjukvården) upp till och med 66 år, samt endast de som har sjuksköterska som sin senaste legitimation. De som har gått i pension, är arbetslösa, övriga ej sysselsatta samt de som saknar registrerad inkomst i Sverige är alltså inte medräknade.

Ålder och kön

Samtliga sysselsatta, det vill säga både inom och utanför hälso- och sjukvården, med senaste legitimation som sjuksköterska uppgick 2021 till drygt 123 530. Av dessa var nära 108 020 kvinnor (87 procent) och nära 15 520 män (13 procent), se tabell 50.

I tabell 50 redovisas även och åldersfördelningen bland de sysselsatta legitimerade sjuksköterskorna 2021. Åldersfördelningen följer ungefär samma mönster bland kvinnor och män.

Tabell 50. Sysselsatta legitimerade sjuksköterskor 2021 fördelat på ålder och kön, antal och andel (%)

	Kvinnor		Män		Samtliga	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
< 30 år	11 932	11 %	1 452	9 %	13 384	11 %
30–39 år	26 640	25 %	4 401	28 %	30 041	24 %
40–49 år	25 288	23 %	4 084	26 %	29 372	24 %
50–59 år	28 230	26 %	3 645	24 %	31 875	26 %
60–66 år	16 926	16 %	1 934	13 %	18 860	15 %
Samtliga	**108 016**	**100 %**	**15 516**	**100 %**	**123 532**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Antal år med legitimation

Av samtliga drygt 123 530 sysselsatta legitimerade sjuksköterskor var nästan var femte (18 procent) relativt nyutbildad och hade har haft legitimation mellan 0–4 år. Många hade också lång erfarenhet, mer än var tredje (37 procent) sjuksköterska hade haft legitimation i 20 år eller längre (se tabell 51).

Tabell 51. Sysselsatta legitimerade sjuksköterskor 2021 fördelat på antal år med legitimation, antal och andel (%)

Antal år med legitimation	Antal	Andel
0–4 år	22 009	18 %
5–9 år	18 431	15 %
10–19 år	35 927	29 %
20–29 år	23 754	19 %
30–39 år	18 956	15 %
40+ år	4 455	4 %
Samtliga	**123 532**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta legitimerade sjuksköterskor inom och utanför hälso- och sjukvården

Av samtliga drygt 123 530 sysselsatta legitimerade sjuksköterskor 2021 arbetade nära 109 210 (88 procent) inom hälso- och sjukvården, dvs. i offentligt finansierad hälso- och sjukvård, och nära 14 330 (12 procent) arbetade utanför hälso- och sjukvården (se tabell 52).

Både inom och utanför hälso- och sjukvården finns de som arbetar i yrkesrollen sjuksköterska men även i andra yrkesroller. Av avsnittet Sysselsatta legitimerade sjuksköterskor som arbetar i yrkesrollen och i andra

yrkesroller framgår dels hur många som arbetade i yrkesrollen sjuksköterska inom respektive utanför hälso- och sjukvården, dels vilka andra yrkesroller som legitimerade sjuksköterskor hade bland de sysselsatta 2021.

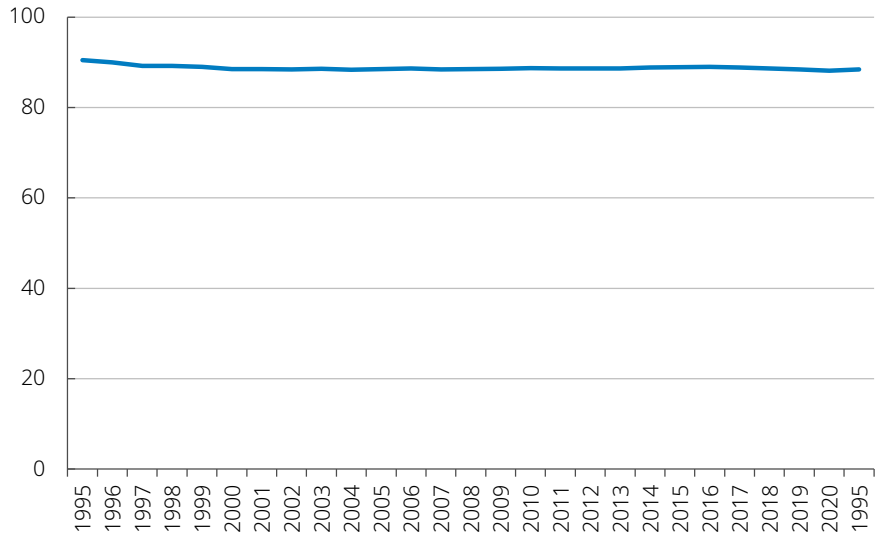
Tabell 52. Samtliga sysselsatta legitimerade sjuksköterskor 2021 fördelat på inom och utanför hälso- och sjukvården, antal och andel (%)

	Antal	Andel
Inom hälso- och sjukvården	109 205	88 %
Utanför hälso- och sjukvården	14 327	12 %
Samtliga	**123 532**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Andelen av sysselsatta legitimerade sjuksköterskor som arbetar inom hälso- och sjukvården har varit relativ konstant under perioden 1995–2021. Andelen har minskat med 3 procentenheter från 91 procent 1995 till 88 procent 2021 (se diagram 31).

Diagram 31. Sysselsatta legitimerade sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården som andel (%) av samtliga sysselsatta 1999–2021



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta legitimerade sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården per typ av vård

Mer än hälften (61 procent) av de nära 109 210 sysselsatta legitimerade sjuksköterskor som arbetade inom hälso- och sjukvården 2021 arbetade i specialistvård. Det var 15 procent som arbetade i kommunal hälso- och sjukvård och 13 procent som arbetade i primärvård (se tabell 53). Merparten av de som arbetade i kommunal hälso- och sjukvård arbetade inom vård- och omsorg i särskilda boendeformer för äldre eller i öppna sociala insatser för äldre. Det var mindre vanligt att sjuksköterskorna arbetade inom elevhälsa, bemanningsföretag samt i statlig regi (se tabell 53).

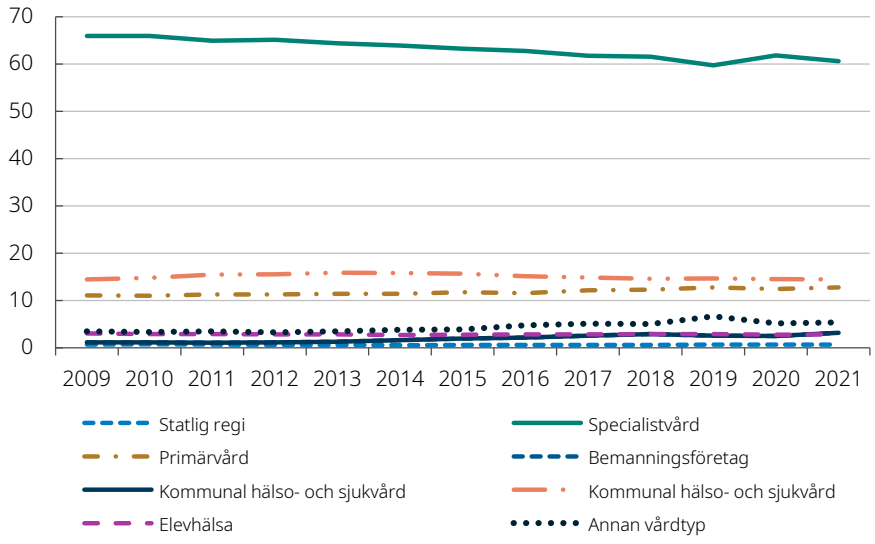
Tabell 53. Sysselsatta legitimerade sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården 2021 fördelat på typ av vård, antal och andel (%)

Typ av vård	Antal	Andel
Specialistvård	66 197	61 %
Kommunal hälso- och sjukvård	16 238	15 %
Primärvård	13 977	13 %
Elevhälsa	3 154	3 %
Bemanningsföretag	3 458	3 %
Statlig regi	770	1 %
Annan typ av vård	5 853	5 %
Samtliga	**109 205**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sedan 2009 har det endast skett små förändringar när det gäller inom vilka vårdtyper inom hälso- och sjukvården som sjuksköterskor är sysselsatta. Mellan 2009–2021 minskade andelen som arbetar i specialistvård med 5 procentenheter, från 66 till 61 procent. Andelen som arbetar i primärvård ökade med två procentenheter under samma tidsperiod, från 11 till 13 procent (se diagram 32).

Diagram 32. Andel sysselsatta sjuksköterskor per vårdtyp inom hälso- och sjukvården 2009–2021



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Antalet sysselsatta sjuksköterskor per 100 000 invånare

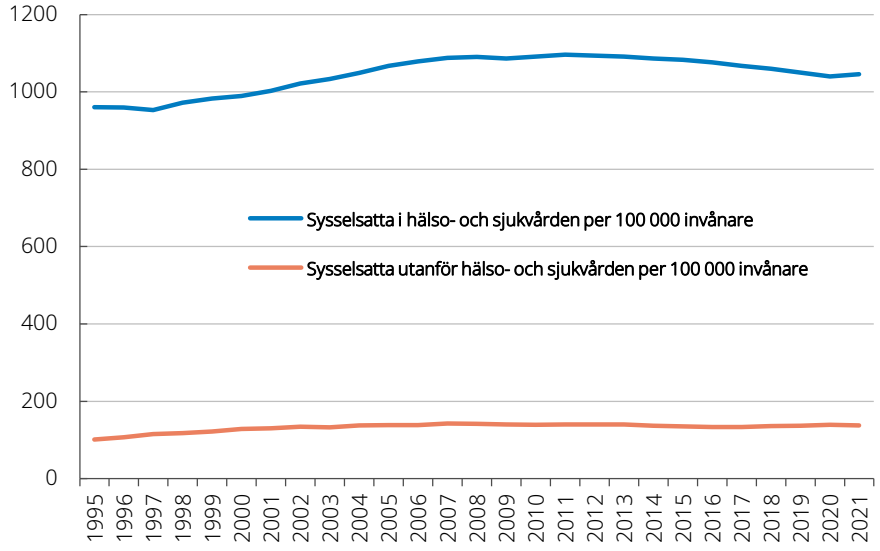
För att få en uppfattning om omfattningen av antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården kan antalet sysselsatta per 100 000 invånare studeras. Antalet sysselsatta legitimerade sjuksköterskor per 100 000 invånare

uppgick 2021 till drygt 1 180. Antalet sysselsatta per 100 000 invånare inom hälso- och sjukvården var 1 046, medan motsvarande antal utanför hälso- och sjukvården var 137.

Under perioden 1995–2011 ökade antalet sysselsatta sjuksköterskor per 100 000 invånare inom hälso- och sjukvården med 14 procent, vilket motsvarar en ökning med 135 fler sysselsatta sjuksköterskor per 100 000 invånare. Under perioden 2012–2020 minskade antalet sysselsatta sjuksköterskor per 100 000 invånare inom hälso- och sjukvården med 5 procent, vilket motsvarar en minskning med 48 sysselsatta sjuksköterskor per 100 000 invånare. År 2021 skedde en mindre ökning igen (se diagram 33).

Antalet sysselsatta sjuksköterskor per 100 000 invånare utanför hälso- och sjukvården ökade med 41 procent under perioden 1995–2007, vilket motsvarar en ökning med 41 sjuksköterskor per 100 000 invånare. Under perioden 2008–2021 skedde endast små förändringar, antalet gick både upp och ner men minskade sammanlagt med 4 procent, vilket motsvarar en minskning med 5 sjuksköterskor per 100 000 invånare utanför hälso- och sjukvården (se diagram 33).

Diagram 33. Antal sysselsatta legitimerade sjuksköterskor per 100 000 invånare inom respektive utanför hälso- och sjukvården, 1995–2021



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta sjuksköterskor i offentlig och privat regi

Av samtliga drygt 123 430 sysselsatta sjuksköterskor 2021 arbetade 78 procent i verksamheter i offentlig regi och 22 procent i privat regi[187]. Av

[187] Med regi avses om det är en offentlig eller privat aktör som driver verksamheten. En privat driven verksamhet kan dock finansieras med offentliga medel genom avtal med stat, region eller kommun. Det kan även finnas privata verksamheter som finansieras med privata medel, men då ingår de inte i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. För definitioner av vad som ingår i ”inom hälso- och sjukvården” respektive ”utanför hälso- och sjukvården”, se avsnittet Metod och definitioner.

sysselsatta inom hälso- och sjukvården arbetade 81 procent i offentlig regi och bland sysselsatta utanför hälso- och sjukvården var motsvarande andel 57 procent (se tabell 54).

Tabell 54. Sysselsatta sjuksköterskor inom respektive utanför hälso- och sjukvården 2021 fördelat på i offentlig respektive privat regi, antal och andel (%)

	Inom hälso- och sjukvården		Utanför hälso- och sjukvården		Samtliga sysselsatta	
	Antal	**Andel**	**Antal**	**Andel**	**Antal**	**Andel**
Offentlig regi	88 448	81 %	8 167	57 %	96 615	78 %
Privat regi	20 757	19 %	6 160	43 %	26 817	22 %
Samtliga sysselsatta oavsett regi	**109 205**	**100 %**	**14 327**	**100 %**	**123 432**	**100 %**

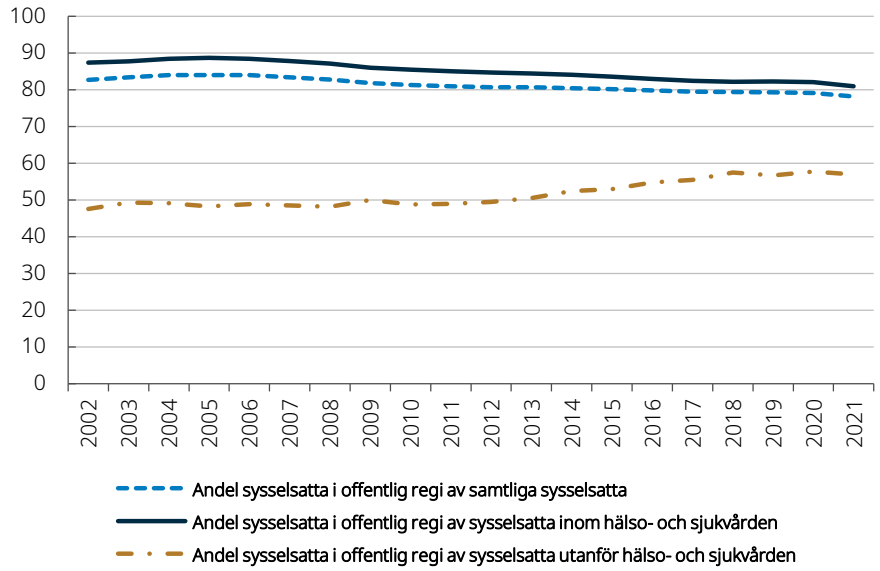
Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

De första åren under 2000-talet fram till och med 2006 skedde en liten ökning av andelen sysselsatta sjuksköterskor som arbetade i offentlig regi. Därefter har andelen som arbetar i offentlig regi minskat årligen, se diagram 34.

Bland sysselsatta sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården har andelen som arbetar i offentlig regi minskat kontinuerligt sedan 2008.

Bland sysselsatta sjuksköterskor utanför hälso- och sjukvården har andelen som arbetar i offentlig regi varit relativt konstant mellan 2002–2012 och sedan 2013 och framåt har andelen ökat varje år (se diagram 34).

Diagram 34. Andel av sysselsatta legitimerade sjuksköterskor som arbetar i offentlig regi, 2002–2021



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta legitimerade sjuksköterskor som arbetar i yrkesrollen och i andra yrkesroller

Av samtliga drygt 123 530 sysselsatta legitimerade sjuksköterskor 2021 arbetade drygt 100 340 (81 procent) i yrkesrollen sjuksköterska, varav nära 96 300 inom hälso- och sjukvården (78 procent) och nära 4 050 (3 procent) utanför hälso- och sjukvården. Nära två av tio (19 procent) av samtliga sysselsatta arbetade i andra yrkesroller än sjuksköterska (se tabell 55).

Bland sjuksköterskor sysselsatta inom hälso- och sjukvården arbetade 88 procent i yrkesrollen sjuksköterska, medan motsvarande andel bland sysselsatta utanför hälso- och sjukvården var 28 procent (se tabell 55).

Tabell 55. Sysselsatta sjuksköterskor inom respektive utanför hälso- och sjukvården 2021 fördelat på sysselsatta i yrkesrollen respektive i andra yrkesroller, antal och andel (%)

	Inom hälso- och sjukvården		Utanför hälso- och sjukvården		Samtliga sysselsatta (i eller utanför hälso- och sjukvården)	
	Antal	**Andel**	**Antal**	**Andel**	**Antal**	**Andel**
Sysselsatta i yrkesrollen	96 295	88 %	4 046	28 %	100 341	81 %
Sysselsatta i andra yrkesroller	12 465	11 %	10 067	70 %	22 532	18 %
Okänd yrkesroll	445	0 %	214	2 %	659	1 %
Samtliga sysselsatta oavsett yrkesroll	**109 205**	**100 %**	**14 327**	**100 %**	**123 532**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

De vanligaste yrkesrollerna för legitimerade sjuksköterskor

Som framgår ovan arbetar merparten (81 procent) av de sysselsatta legitimerade sjuksköterskorna inom hälso- och sjukvården också i sin yrkesroll. Bland sysselsatta inom hälso- och sjukvården som inte arbetade som sjuksköterska var det vanligast att arbeta som chef inom hälso- och sjukvård (5 procent) och näst vanligast att arbeta som chef inom äldreomsorgen (1 procent). Lednings- och organisationsutvecklare samt personliga assistenter var andra yrken bland de som inte arbetade i yrkesrollen sjuksköterska, se tabell 56.

Bland sysselsatta utanför hälso- och sjukvården som inte arbetade som sjuksköterska var det vanligast att arbeta som universitets- och högskolelärare (9 procent) och näst vanligast att arbeta som planerare och utredare (6 procent), se tabell 56.

Därutöver finns det ett stort antal andra yrkesroller och en stor spridning mellan dessa inom populationen. Siffrorna bör tolkas med viss försiktighet, eftersom det kan förekomma felregistreringar. Uppgifter om utvecklingen över tid saknas tyvärr när det gäller hur många som arbetar i sin yrkesroll.

Tabell 56. Sysselsatta sjuksköterskor inom respektive utanför hälso- och sjukvården 2021 fördelat på yrke, antal och andel

Yrken bland sysselsatta inom hälso- och sjukvården			Yrken bland sysselsatta utanför hälso- och sjukvården		
	Antal	**Andel**		**Antal**	**Andel**
Sjuksköterskor	96 295	88 %	Sjuksköterskor	4 046	28 %
Chefer inom hälso- och sjukvård	5 335	5 %	Universitets- och högskolelärare	1 345	9 %
Chefer inom äldreomsorg	841	1 %	Planerare och utredare m.fl.	942	7 %
Lednings- och organisationsutvecklare	438	0 %	Lärare i yrkesämnen	632	4 %
Personliga assistenter	230	0 %	Företagssäljare	611	4 %
Övriga yrken	5 621	5 %	Övriga yrken	6 751	47 %
Bortfall	445	0 %	Bortfall	214	1 %
Samtliga sysselsatta inom hälso- och sjukvården oavsett yrke	**109 205**	**100 %**	**Samtliga sysselsatta utanför hälso- och sjukvården oavsett yrke**	**14 327**	**100 %**

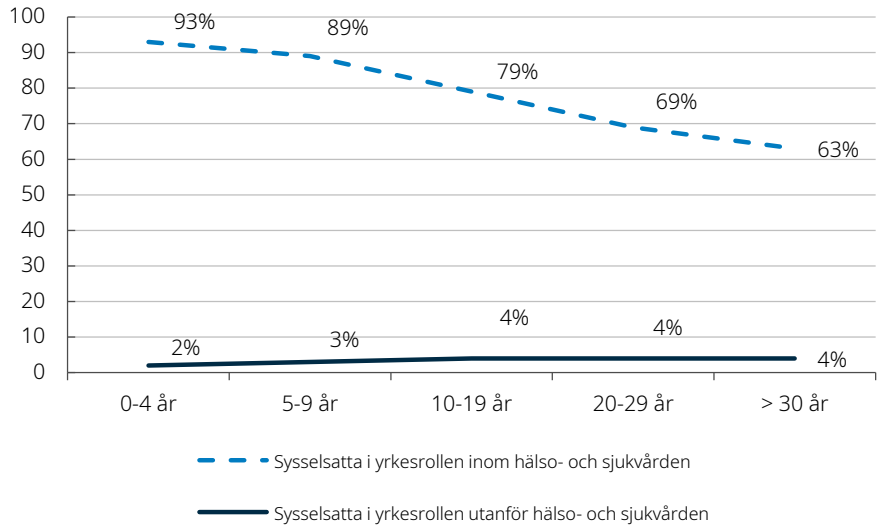
Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta i yrkesrollen efter antal år med legitimation

Andelen som arbetar i yrkesrollen sjuksköterska inom hälso- och sjukvården minskar med antalet år sedan legitimation. Av samtliga sysselsatta (både inom och utanför hälso- och sjukvården) 2021 som tog sin legitimation för 0–4 år sedan arbetade 93 procent i yrkesrollen sjuksköterska inom hälso- och sjukvården. Bland de som tog sin legitimation för 10–19 år sedan arbetade 79 procent i yrkesrollen sjuksköterska inom hälso- och sjukvården. Bland de som hade haft sin legitimation i 30 år eller längre arbetade 63 procent i yrkesrollen sjuksköterska inom hälso- och sjukvården, se diagram 35.

Andelen av samtliga sysselsatta som arbetade i yrkesrollen utanför hälso- och sjukvården 2021 var ungefär densamma oberoende av antalet år med legitimation (se diagram 35).

Diagram 35. Andel (%) av samtliga sysselsatta sjuksköterskor 2021 som arbetade i sin yrkesroll inom respektive utanför hälso- och sjukvården fördelat på antal år med legitimation



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

4.2.8 Jämförelse mellan de sju legitimationsyrkena samt regionala skillnader och utbildningsland

I detta avsnitt presenteras några jämförelser av tillgången på personal mellan de sju studerade legitimationsyrkena. I avsnittet fokuseras jämförelserna främst på sysselsatta inom hälso- och sjukvården, även om jämförelser av sysselsatta utanför hälso- och sjukvården också görs i vissa fall. Till skillnad från tidigare avsnitt redovisas i detta avsnitt även regionala skillnader samt sysselsatta inom hälso- och sjukvården fördelat på utbildningsland.

Sammanfattning jämförelse mellan sju legitimationsyrken

Merparten av de sysselsatta i respektive av de sju studerade legitimationsyrkena 2021 arbetade inom hälso- och sjukvården. Andelen var högst bland röntgensjuksköterskor (95 procent) och läkare (94 procent) och lägst bland arbetsterapeuter (77 procent). Merparten av de sysselsatta var kvinnor, förutom bland läkare där könsfördelningen var jämn.

Andelen sysselsatta inom hälso- och sjukvården av samtliga sysselsatta har ökat mellan 1995 och 2021 bland läkare och psykologer, medan den minskat bland arbetsterapeuter, biomedicinska analytiker, fysioterapeuter, röntgensjuksköterskor och sjuksköterskor. Sett till antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare har dock antalet ökat över tid i samtliga av de sju legitimationsyrkena, med undantag för sjuksköterskor där antalet minskade under perioden 2012–2020. Om endast perioden 2017–2021 studeras har antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare i stället minskat bland arbetsterapeuter, biomedicinska analytiker, fysioterapeuter och sjuksköterskor.

Region Västerbotten hade flest eller ett relativt högt antal sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 2021 jämfört med övriga regioner i samtliga av de sju legitimationsyrkena som studerats. Regioner med lägst antal sysselsatta per 100 000 invånare varierade däremot mellan de sju legitimationsyrkena.

Majoriteten bland sysselsatta inom hälso- och sjukvården 2021 i de sju legitimationsyrkena har visserligen utbildat sig i Sverige, men andelen varierar mellan 53 och 98 procent. Bland sysselsatta läkare inom hälso- och sjukvården har en relativt stor andel utbildat sig utanför Sverige (40 procent).

Av de legitimerade i de sju yrkesgrupperna som var sysselsatta inom hälso- och sjukvården arbetade mellan 82 och 95 procent i sin yrkesroll 2021. Lägst andel fanns bland arbetsterapeuter och högst andel fanns bland läkare. Läkare och psykologer arbetade i relativt stor utsträckning i sin yrkesroll även utanför hälso- och sjukvården (40 respektive 55 procent).

Andelen läkare och sjuksköterskor som var sysselsatta i yrkesrollen inom hälso- och sjukvården av samtliga sysselsatta i respektive legitimationsyrke var lägst i Region Stockholm (83 respektive 74 procent). Variationen mellan regionerna var lägst bland sjuksköterskor och högst bland arbetsterapeuter och psykologer.

Samtliga legitimerade i de sju yrkesgrupperna

I tabell 57 redovisas arbetsmarknadsstatusen för personer upp till och med 66 år som 2021 hade sin senaste legitimation inom någon av de sju utvalda legitimationsyrkena. De som har en senare legitimation inom ett annat yrke är alltså inte medräknade. Av tabellen framgår att för samtliga yrkesgrupper gäller att majoriteten var sysselsatta inom hälso- och sjukvården, andelen uppgår till mellan 69 och 83 procent. Högst andel fanns bland röntgensjuksköterskor (83 procent), sjuksköterskor (78 procent), psykologer (76 procent) och läkare (73 procent). För närmare definitioner av ”inom hälso- och sjukvård” respektive utanför ”hälso- och sjukvård”, se avsnittet Metod och definitioner. Arbetsterapeuter, biomedicinska analytiker (BMA) och fysioterapeuter var sysselsatta inom hälso- och sjukvården i något mindre utsträckning än övriga fyra yrkesgrupper (mellan 69 och 71 procent).

Lägst andel sysselsatta utanför hälso- och sjukvården fanns bland läkare (4 procent) och röntgensjuksköterskor (5 procent). Relativt övriga yrkesgrupper hade läkare däremot en hög andel personer utan registrerad inkomst i Sverige (19 procent). Av avsnitt Samtliga legitimerade läkare framgår att en stor andel av de legitimerade läkare som saknar inkomst i Sverige består av personer som utbildat sig utomlands och som i många fall också är födda utomlands. Andelen arbetslösa, pensionerade respektive

övriga ej sysselsatta (t.ex. sjukskrivna, föräldralediga, studerande) var låg inom samtliga sju yrkesgrupper.

Tabell 57. Arbetsmarknadsstatus för personer upp till och med 66 år med senaste legitimation i någon av sju yrkesgrupper 2021, andel av samtliga i gruppen

Arbetsmarknads-status	Arbets-tera-peut	BMA	Fysio-tera-peut	Läkare	Psyko-log	Röntgen-sjuk-sköter-ska	Sjuk-sköter ska
Sysselsatt inom hälso- och sjuk-vården	71 %	69 %	69 %	73 %	76 %	83 %	78 %
Sysselsatt utanför hälso- och sjuk-vården	21 %	19 %	17 %	4 %	15 %	5 %	10 %
Pension	3 %	5 %	2 %	2 %	2 %	1 %	3 %
Övriga ej sysselsatta	3 %	4 %	3 %	2 %	2 %	3 %	3 %
Ingen inkomst i Sverige*	2 %	3 %	8 %	19 %	5 %	9 %	6 %
Arbetslös	0 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
TOTALT	**100 %**	**100 %**	**100 %**	**100 %**	**100 %**	**100 %**	**100 %**

Anm. Statuskategorierna utgår från inkomstkälla, t.ex. lön eller pension. I kategorin Övriga ej sysselsatta ingår bl.a. personer med sjukpenning, föräldrapenning, studiestöd eller försörjningsstöd.

* Med ej inkomst i Sverige avses personer som inte är folkbokförda i Sverige eller personer som är folkbokförda i Sverige men som har okänd eller ingen deklarerad inkomst i Sverige.

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

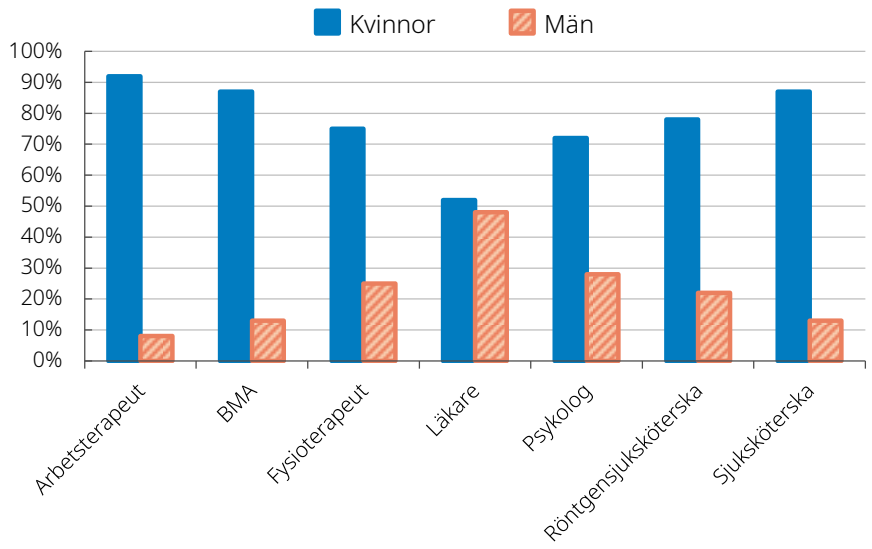
Samtliga sysselsatta i de sju legitimationsyrkena

I följande fördjupande avsnitt omfattas endast sysselsatta inom och utanför hälso- och sjukvården upp till och med 66 år med senaste legitimation inom respektive av de sju legitimationsyrkena. De som har gått i pension, är arbetslösa, övriga ej sysselsatta samt de som saknar registrerad inkomst i Sverige är alltså inte medräknade.

Merparten av de sysselsatta är kvinnor förutom bland läkare

I diagram 36 redovisas andelen kvinnor respektive män bland samtliga sysselsatta (dvs. både inom och utanför hälso- och sjukvården) 2021 i de sju legitimationsyrkena. Av diagrammet framgår att läkare var det enda legitimationsyrke som hade en i stort sett jämn könsfördelning med 52 procent kvinnor och 48 procent män. Störst skillnader mellan könen fanns bland arbetsterapeuter (92 procent kvinnor och 8 procent män), följt av BMA och sjuksköterskor (87 procent kvinnor och 13 procent män).

Diagram 36. Samtliga sysselsatta (upp till och med 66 år) med senaste legitimation i någon av sju yrkesgrupper 2021 fördelat på kön, andel (%)

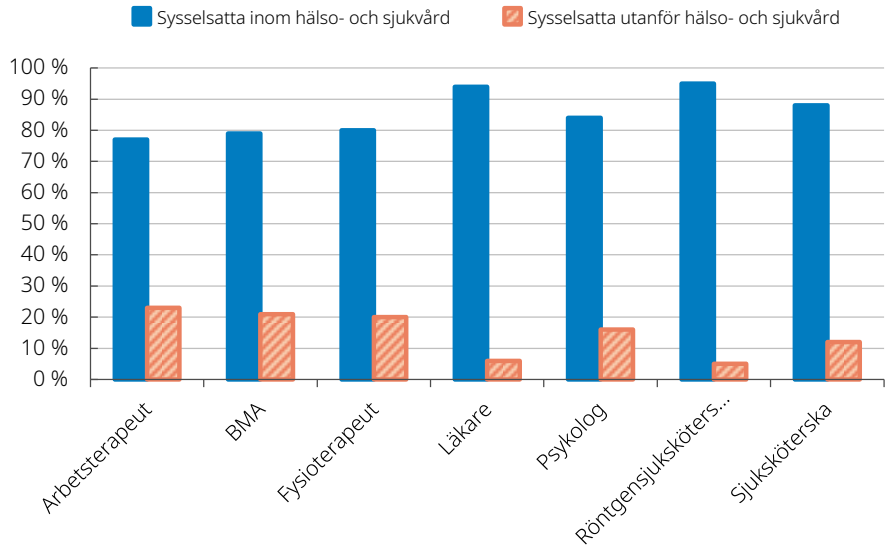


Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta i de sju legitimationsyrkena inom och utanför hälso- och sjukvården

Av diagram 37 framgår att merparten av de sysselsatta i respektive av de sju legitimationsyrkena är sysselsatta inom hälso- och sjukvården. Andelen sysselsatta inom hälso- och sjukvården 2021 var högst bland röntgensjuksköterskor (95 procent) och läkare (94 procent) och lägst bland arbetsterapeuter (77 procent).

Diagram 37. Samtliga sysselsatta 2021 i sju legitimationsyrken fördelat på inom respektive utanför hälso- och sjukvården, andel (%)



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Andelen sysselsatta inom hälso- och sjukvården har utvecklats olika för de sju legitimationsyrkena

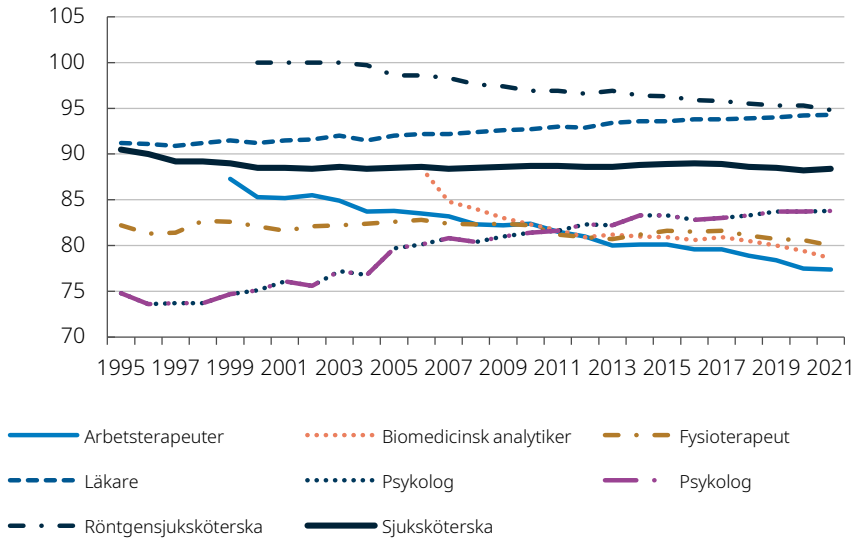
Av de sju legitimationsyrken som redovisas inom ramen för uppdraget kan konstateras att andelen sysselsatta inom hälso- och sjukvården har utvecklats på olika sätt för de olika legitimationsyrkena. Den tidsperiod som här studeras är 1995–2021. Några yrken har dock blivit legitimerade yrken senare än 1995, dvs. arbetsterapeut (1 januari 1999), röntgensjuksköterska (1 juli 2000) och biomedicinsk analytiker (1 april 2006).

Läkare och psykologer var de två legitimationsyrken för vilka andelen sysselsatta inom hälso- och sjukvården av samtliga sysselsatta har ökat under perioden 1995–2021 (se diagram 38). Ökningen var störst för psykologer, där andelen sysselsatta har ökat med 9 procentenheter jämfört med 4 procentenheter för läkare.

Bland såväl arbetsterapeuter, biomedicinska analytiker, fysioterapeuter, röntgensjuksköterskor som sjuksköterskor har andelen sysselsatta inom hälso- och sjukvården minskat över tid. Minskningen var störst bland biomedicinska analytiker där andelen har minskat med över 10 procentenheter sedan 2006, se diagram 38, men även bland röntgensjuksköterskor och arbetsterapeuter går det att urskilja en tydlig minskning över tid med mellan 5–10 procentenheter sedan 1999 respektive 2000.

Bland sjuksköterskor och fysioterapeuter har andelen som arbetar inom hälso- och sjukvården minskat med mellan 2–3 procentenheter mellan 1995 och 2021, se diagram 38.

Diagram 38. Andel sysselsatta inom hälso- och sjukvården 1995–2021, fördelat på sju legitimationsyrken



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Antal sysselsatta per 100 000 invånare varierar mellan de sju legitimationsyrkena och mellan regionerna

För att få en uppfattning om omfattningen av antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården kan antalet sysselsatta per 100 000 invånare studeras. Att relatera antalet sysselsatta till antalet invånare underlättar jämförelser mellan regioner. I tabell 58 redovisas antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 2021 i regionerna. Av tabellen framgår att Region Västerbotten genomgående hade flest eller ett relativt högt antal sysselsatta per 100 000 invånare jämfört med övriga regioner i samtliga av de sju legitimationsyrkena som studerats. Regioner med lägst antal sysselsatta per 100 000 invånare varierar däremot mellan de sju legitimationsyrkena

Tabell 58. Antal sysselsatta (upp till och med 66 år) inom hälso- och sjukvården 2021 per 100 000 invånare

Region	Arbets-tera-peut	BMA	Fysio tera-peut	Läkare	Psyko-log	Röntgen sjuk-sköter-ska	Sjuk-sköter-ska
Blekinge	79	79	96	335	38	18	1 270
Dalarna	84	45	122	315	65	16	1 107
Gotland	102	56	136	382	66	16	1 132
Gävleborg	81	46	119	330	43	24	1 141
Halland	81	56	115	334	66	19	990
Jämtland	96	42	168	400	82	27	1 219
Jönköping	137	89	116	350	48	34	1 147
Kalmar	83	69	117	336	47	16	1 084
Kronoberg	71	61	100	299	53	22	1 143
Norrbotten	126	42	157	286	41	40	1 112
Skåne	81	78	131	391	85	25	1 005
Stockholm	67	65	124	402	115	26	910
Södermanland	83	40	108	323	58	19	938
Uppsala	64	97	138	480	119	34	1 116
Värmland	91	92	119	299	54	28	1 111
Västerbotten	142	131	168	485	100	51	1 372
Västernorrland	86	66	129	311	63	18	1 100
Västmanland	87	60	134	315	65	24	1 037
Västra Götaland	95	73	138	386	93	21	1 071
Örebro	145	103	122	390	82	40	1 170
Östergötland	145	98	135	431	79	18	1 077
Riket	**90**	**72**	**129**	**379**	**85**	**26**	**1 046**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Antal sysselsatta i hälso- och sjukvården per 100 000 invånare har ökat över tid för de flesta av de sju legitimationsyrkena

Antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare har ökat över tid för de flesta av de sju legitimationsyrkena. Antalet sysselsatta sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare minskade dock under perioden 2012–2020. Därefter skedde en liten ökning 2021.

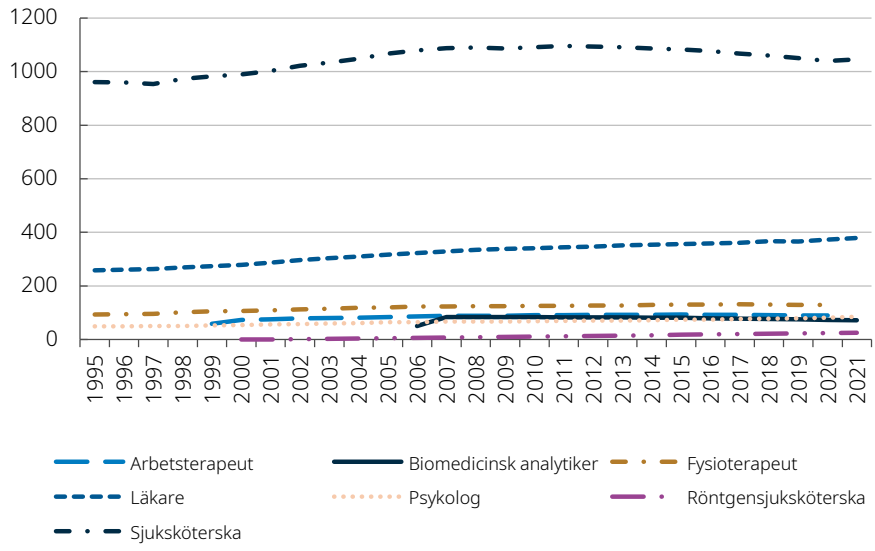
Antalet sysselsatta biomedicinska analytiker per 100 000 invånare inom hälso- och sjukvården ökade med 34 fler sysselsatta per 100 000 invånare

mellan 2006 och 2008, därefter har antalet sysselsatta minskat årligen fram till och med 2021, totalt med 13 färre sysselsatta per 100 000 invånare (se diagram 39 och tabell 59).

Antalet sysselsatta per 100 000 invånare inom hälso- och sjukvården ökade mest bland läkare under tidsperioden 1995–2021 (en ökning med 121 läkare per 100 000 invånare). I procent var ökningen däremot störst bland röntgensjuksköterskor. Mellan 1995 och 2021 ökade antalet sysselsatta röntgensjuksköterskor per 100 000 invånare inom hälso- och sjukvården från 0,2 till 26 röntgensjuksköterskor, vilket ger en stor ökning i procent (se tabell 59).

Om perioden 2017–2021 i stället studeras har antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare minskat bland legitimerade arbetsterapeuter, biomedicinska analytiker, fysioterapeuter och sjuksköterskor.

Diagram 39. Antal sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare i sju legitimationsyrken, utveckling över tid



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Tabell 59. Förändring över tid av antal sysselsatta per 100 000 invånare inom hälso- och sjukvården i sju legitimationsyrken

	Antal sysselsatta per 100 000 invånare 2021	Förändring av antal sysselsatta per 100 000 invånare under aktuell tidsperiod		
Yrkesgrupp		**Tidsperiod**	**Antal**	**Andel**
Arbetsterapeuter	90	1999–2021	+ 31	+ 53 %
Biomedicinska analytiker	72	2006–2021	+ 21	+ 41 %
Fysioterapeuter	129	1995–2021	+ 35	+ 37 %
Läkare	379	1995–2021	+ 121	+ 47 %
Psykologer	85	1995–2021	+ 36	+ 73 %
Röntgensjuksköterskor	26	2000–2021	+ 26	+ 14 400 %
Sjuksköterskor	1 046	1995–2021	+ 84	+ 9 %

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Merparten av de sysselsatta arbetar i offentlig regi förutom i region Stockholm

I tabell 60 redovisas andelen sysselsatta, i offentlig regi 2021 av samtliga sysselsatta (inom och utanför hälso- och sjukvården) i de sju legitimationsyrkena fördelat på region. Av tabellen framgår att andelen sysselsatta i offentlig regi i Region Stockholm är betydligt lägre än i övriga regioner i samtliga sju legitimationsyrken. Det beror på att en relativt stor andel av hälso- och sjukvårdsverksamheten i Region Stockholm är upphandlad av privata aktörer. Exempelvis var andelen sysselsatta sjuksköterskor i offentlig regi 55 procent i Region Stockholm. Genomsnittet för riket var 78 procent, medan andelen för övriga 20 regioner låg över riksgenomsnittet. Statistiken för Region Stockholm skiljer sig således i detta fall från övriga regioner. Det påverkar i sin tur statistiken för riket som helhet, eftersom antalet sysselsatta är relativt fler i Region Stockholm än i övriga regioner.

Tabell 60. Andel (%) sysselsatta (upp till och med 66 år) i offentlig regi 2021 fördelat på region och legitimationsyrke

Region	Arbets-tera-peut	BMA	Fysio-tera-peut	Läkare	Psyko-log	Röntgen-sjuk-sköter-ska	Sjuk-sköter-ska
Blekinge	90 %	93 %	81 %	88 %	81 %	97 %	86 %
Dalarna	93 %	85 %	77 %	93 %	70 %	94 %	90 %
Gotland	91 %	92 %	80 %	89 %	78 %	100 %	81 %
Gävleborg	88 %	94 %	74 %	85 %	83 %	96 %	87 %
Halland	85 %	90 %	63 %	78 %	77 %	89 %	81 %
Jämtland	89 %	92 %	72 %	91 %	84 %	97 %	87 %
Jönköping	88 %	92 %	76 %	87 %	78 %	97 %	88 %
Kalmar	92 %	93 %	82 %	87 %	87 %	95 %	90 %
Kronoberg	89 %	89 %	73 %	87 %	80 %	90 %	86 %
Norrbotten	87 %	81 %	67 %	87 %	87 %	92 %	88 %
Skåne	86 %	82 %	64 %	81 %	66 %	86 %	79 %
Stockholm	55 %	61 %	36 %	61 %	46 %	68 %	55 %
Södermanland	89 %	22 %	74 %	87 %	84 %	95 %	87 %
Uppsala	83 %	81 %	69 %	85 %	75 %	87 %	80 %
Värmland	94 %	93 %	73 %	89 %	81 %	75 %	90 %
Västerbotten	87 %	93 %	76 %	93 %	79 %	97 %	90 %
Västernorrland	88 %	87 %	75 %	86 %	86 %	96 %	85 %
Västmanland	85 %	91 %	66 %	78 %	84 %	91 %	81 %
Västra Götaland	85 %	77 %	63 %	79 %	70 %	84 %	83 %
Örebro	90 %	92 %	78 %	90 %	81 %	86 %	91 %
Östergötland	84 %	93 %	75 %	90 %	73 %	93 %	82 %
Riket	**81 %**	**79 %**	**62 %**	**78 %**	**65 %**	**84 %**	**78 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Utbildningsland sig skiljer sig åt mellan de sju legitimationsyrkena

I vilket land man har utbildat sig skiljer sig åt mellan de sju legitimationsyrkena. Majoriteten bland samtliga sysselsatta inom hälso- och sjukvården 2021 i de sju legitimationsyrkena har visserligen utbildat sig i Sverige, men andelen varierar mellan 53 och 98 procent (se tabell 61). Högst andel sysselsatta som utbildat sig i Sverige fanns bland arbetsterapeuter (98 procent) och sjuksköterskor (95 procent) och lägst andel fanns bland fysioterapeuter (53 procent), läkare (58 procent) och biomedicinska

analytiker (61 procent). Bland fysioterapeuter var det dock en stor andel (44 procent) med okänt utbildningsland. Av dessa var 92 procent födda i Sverige[188].

Störst andel utbildade inom Europeiska unionen (EU)/Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller Schweiz fanns bland läkare (23 procent)[189]. Av dessa var en fjärdedel födda i Sverige. Störst andel utbildade i tredje land, dvs varken i Sverige eller EU/EES eller Schweiz, fanns bland biomedicinska analytiker (37 procent), men även bland läkare var andelen relativt stor (17 procent), se tabell 61, varav tre av tio var födda i Sverige.

Tabell 61. Sysselsatta inom hälso- och sjukvården 2021 fördelat på utbildningsland, andel (%)

Utbildningsland	Arbetsterapeut	BMA	Fysioterapeut	Läkare	Psykolog	Röntgensjuksköterska	Sjuksköterska
Sverige	98 %	61 %	53 %	58 %	84 %	89 %	95 %
EU/EES + Schweiz	1 %	2 %	2 %	23 %	6 %	6 %	2 %
Tredjeland	1 %	37 %	1 %	17 %	10 %	2 %	1 %
Okänt land	0 %	0 %	44 %	2 %	1 %	4 %	1 %
Totalt	**100 %**	**100 %**	**100 %**	**100 %**	**100 %**	**100 %**	**100 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Sysselsatta som arbetar i sin yrkesroll inom och utanför hälso- och sjukvården

Av de legitimerade i de sju yrkesgrupperna som var sysselsatta inom hälso- och sjukvården arbetade mellan 82 och 95 procent i sin yrkesroll 2021 (se tabell 62). Lägst andel fanns bland arbetsterapeuter och högst andel fanns bland läkare.

Andelen av de sysselsatta utanför hälso- och sjukvården som arbetade i sin yrkesroll varierar stort. Läkare och psykologer arbetade i relativt stor utsträckning i sin yrkesroll även utanför hälso- och sjukvården, 40 respektive 55 procent. I antal var dock de sysselsatta läkarna utanför hälso- och sjukvården som arbetade i sin yrkesroll relativt få jämfört med antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården som arbetade i sin yrkesroll. De som är sysselsatta i yrkesrollen utanför hälso- och sjukvården kan arbeta i privat

[188] En förklaring till detta kan vara att fysioterapeut blev en ny yrkestitel för sjukgymnaster 2014. Det är inte tillåtet att använda båda titlarna och många sjukgymnaster ansökte om att få den nya yrkestiteln. När många legitimationer fick göras om under kort tid kan det hända att vissa uppgifter föll bort.
[189] Enligt lagen (2016:145) om erkännande av yrkeskvalifikationer har den som vill arbeta inom ett reglerat yrke i Sverige, och som man är behörig att utöva i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller Schweiz, rätt att arbeta inom samma yrke i Sverige. Från och med 2021 räknas Storbritannien som tredjeland, eftersom landet inte längre är medlem i EU.

finansierad verksamhet som exempelvis privata psykolog- eller läkarmottagningar. Röntgensjuksköterskor hade lägst andel (15 procent) av de sysselsatta utanför hälso- och sjukvården som arbetade i sin yrkesroll. Det saknas tyvärr uppgifter i Socialstyrelsens förteckning LOVA över hur många som arbetar i sin yrkesroll tillbaka i tiden, det går endast att följa tillbaka till 2019. Inom vilka andra yrken som de sysselsatta arbetade i redovisas under respektive legitimationsyrke (se avsnitt 4.2.1–4.2.7).

Tabell 62. Antal och andel (%) av sysselsatta (upp till och med 66 år) som arbetade i sin yrkesroll 2021

Legitimations-yrke	Sysselsatta inom hälso- och sjukvården som arbetade i sin yrkesroll		Sysselsatta utanför hälso- och sjukvården som arbetade i sin yrkesroll		Samtliga sysselsatta som arbetade i sin yrkesroll	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Arbetsterapeut	7 716	82 %	818	30 %	8 534	70 %
BMA	6 605	88 %	506	24 %	7 111	74 %
Fysioterapeut	11 545	86 %	806	24 %	12 351	74 %
Läkare	37 581	95 %	961	40 %	38 542	92 %
Psykolog	7 894	89 %	934	55 %	8 828	84 %
Röntgensjuk-sköterska	2 390	90 %	22	15 %	2 412	86 %
Sjuksköterska	96 295	88 %	4 046	28 %	100 341	81 %

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Andelen sysselsatta i yrkesrollen inom hälso- och sjukvården minskar med antalet år sedan legitimation för samtliga legitimationsyrken

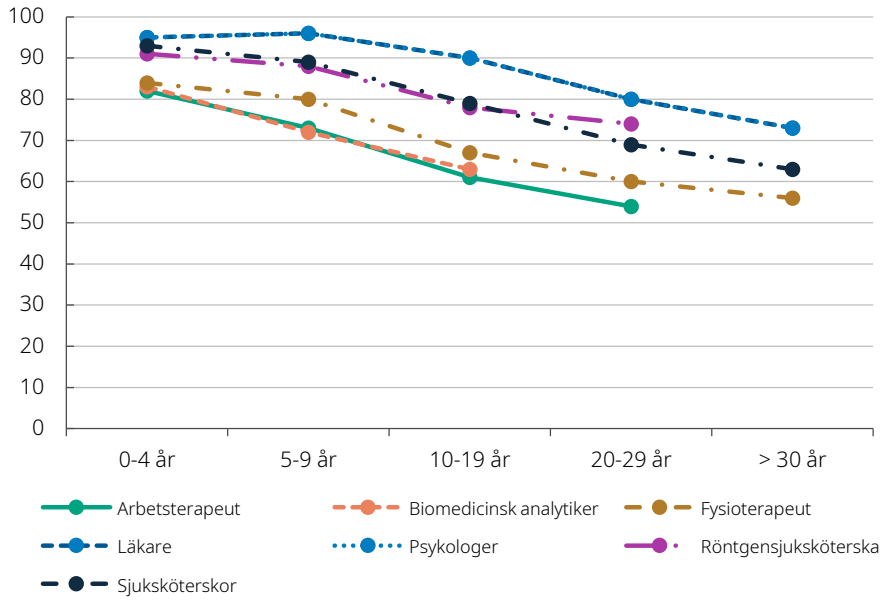
Andelen sysselsatta i yrkesrollen inom hälso- och sjukvården av samtliga sysselsatta (inom och utanför hälso- och sjukvården) 2021 var lägre bland de som hade haft legitimation längre än bland de nyutbildade. Det gäller för samtliga sju studerade legitimationsyrken. Bland läkare var dock andelen sysselsatta i yrkesrollen inom hälso- och sjukvården högst bland dem som hade haft legitimation i 5–9 år (se diagram 40).

Läkare hade högst andel sysselsatta i yrkesrollen inom hälso- och sjukvården av de sju studerade legitimationsyrkena oavsett antal år sedan legitimation. Bland dem som hade haft legitimation i 0–4 år var andelen sysselsatta i yrkesrollen relativt hög även bland sjuksköterskor och röntgensjuksköterskor (över 90 procent), men bland sjuksköterskor och röntgensjuksköterskor som hade haft legitimation 20 år eller mer var andelen som var sysselsatta i yrkesrollen lägre än bland läkare (se diagram 40).

Bland fysioterapeuter, psykologer, arbetsterapeuter och biomedicinska analytiker var det en lägre andel (omkring 85 procent) som arbetade i yrkesrollen bland de som hade haft legitimation i 0–4 år jämfört med bland övriga tre legitimationsyrken. Bland både fysioterapeuter och psykologer som hade haft legitimation i 30 år eller längre arbetade drygt hälften (55 procent) i sin yrkesroll inom hälso- och sjukvården. Bland arbetsterapeuter arbetade drygt hälften (54 procent) i sin yrkesroll inom hälso- och sjukvården bland de som hade haft legitimation i 20 år eller mer (se diagram 40).

För biomedicinska analytiker finns endast uppgifter om andelen sysselsatta i yrkesrollen bland de som hade haft legitimation i upp till och med 19 år eftersom det är ett relativt nytt legitimationsyrke[190]. Bland de som hade haft legitimation i 10–19 år arbetade 63 procent i yrkesrollen inom hälso- och sjukvården, se diagram 40.

Diagram 40. Andel (%) av samtliga sysselsatta 2021 som arbetar i yrkesrollen inom hälso- och sjukvården efter antal år med legitimation



Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

Andelen sysselsatta i yrkesrollen inom hälso- och sjukvården i de sju legitimationsyrkena varierar mellan regionerna

I tabell 63 redovisas andelen sysselsatta inom hälso- och sjukvården som också arbetade i yrket 2021 av samtliga sysselsatta, dvs. både inom och utanför hälso- och sjukvården, i respektive av de sju yrkesgrupperna fördelat på region. Av tabellen framgår att läkare var den yrkesgrupp som hade högst andel sysselsatta i yrket inom hälso- och sjukvården med 90 procent i genomsnitt i riket. Högst var andelen i Region Jönköping (96 procent) och lägst i Region Stockholm (83 procent). Även röntgensjuksköterskor hade en

[190] Biomedicinsk analytiker blev ett legitimationsyrke den 1 april 2006.

relativt hög andel sysselsatta i yrket inom hälso- och sjukvården med 85 procent. I antal är det dock relativt få, vilket gör det vanskligt att jämföra andelen röntgensjuksköterskor som arbetar i yrket inom hälso- och sjukvården mellan regionerna.

Liksom bland läkare var andelen sjuksköterskor som arbetade i yrket inom hälso- och sjukvården lägst i Region Stockholm (74 procent). Högst andel fanns i Region Östergötland (82 procent). Variationen mellan regionerna var lägst bland sjuksköterskor. Variationen mellan regionerna var däremot högst bland arbetsterapeuter (mellan 51 och 83 procent) och bland psykologer (mellan 59 och 90 procent).

Regioner med högst respektive lägst andelen sysselsatta i yrket inom hälso- och sjukvården varierar mellan de sju yrkesgrupperna. Av tabell 63 går det därmed, till skillnad från i tabell 58 och 60, inte att utläsa att någon specifik region särskiljer sig från övriga regioner.

Tabell 63. Sysselsatta (upp till och med 66 år) i yrket inom hälso- och sjukvården 2021 som andel (%) av samtliga sysselsatta i yrkesgruppen fördelat på region

Region	Arbets-tera-peut	BMA	Fysio-tera-peut	Läkare	Psyko-log	Röntgen-sjuk-sköter-ska	Sjuk-sköter ska
Blekinge	70 %	73 %	74 %	94 %	82 %	90 %	78 %
Dalarna	70 %	69 %	69 %	95 %	84 %	90 %	75 %
Gotland	80 %	74 %	77 %	93 %	59 %	91 %	81 %
Gävleborg	79 %	82 %	75 %	93 %	71 %	89 %	79 %
Halland	68 %	81 %	71 %	94 %	90 %	92 %	79 %
Jämtland	67 %	78 %	73 %	95 %	81 %	91 %	75 %
Jönköping	56 %	81 %	77 %	96 %	81 %	84 %	80 %
Kalmar	76 %	81 %	74 %	93 %	70 %	86 %	81 %
Kronoberg	57 %	76 %	67 %	95 %	63 %	88 %	79 %
Norrbotten	53 %	72 %	60 %	94 %	71 %	80 %	79 %
Skåne	67 %	65 %	72 %	89 %	76 %	85 %	78 %
Stockholm	61 %	61 %	61 %	83 %	71 %	81 %	74 %
Södermanland	63 %	69 %	72 %	93 %	82 %	93 %	81 %
Uppsala	63 %	52 %	65 %	86 %	76 %	75 %	78 %
Värmland	83 %	81 %	76 %	95 %	75 %	86 %	80 %
Västerbotten	51 %	73 %	58 %	89 %	69 %	91 %	77 %
Västernorrland	57 %	76 %	77 %	94 %	79 %	87 %	76 %
Västmanland	69 %	80 %	69 %	92 %	86 %	90 %	79 %
Västra Götaland	68 %	72 %	73 %	92 %	78 %	86 %	79 %
Örebro	61 %	79 %	77 %	92 %	73 %	89 %	80 %
Östergötland	58 %	73 %	71%	94 %	73 %	92 %	82 %
Riket	**64 %**	**69 %**	**69 %**	**90 %**	**75 %**	**85 %**	**78 %**

Källa: Socialstyrelsen, Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus (LOVA).

4.2.9 Utvecklingen av sysselsatta i samtliga 22 legitimationsyrken inom hälso- och sjukvården

I bilaga 1 redovisas för samtliga 22 legitimationsyrken diagram över antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare över tid. Till skillnad från tidigare avsnitt avses i detta fall samtliga åldrar, dvs. även personer 67 år och äldre.

Av bilagan framgår att antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare har ökat sedan 1995 (vilket är det första året som finns tillgängligt i Socialstyrelsens förteckning LOVA) eller sedan första året då legitimationen infördes i samtliga yrken, undantaget receptarier och tandläkare där antalet har minskat.

Om perioden 2017–2021 i stället studeras har antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare minskat bland legitimerade arbetsterapeuter (-3), biomedicinska analytiker (-6), fysioterapeuter (-2), psykoterapeuter (-5), receptarier (-3), sjuksköterskor (-7), tandhygienister (-2) och tandläkare (-4). Antalet har däremot ökat bland apotekare (+4), audionomer (+1), barnmorskor (+2), dietister (+1), hälso- och sjukvårdskuratorer (+19), logopeder (+1), läkare (+12), naprapater (+1), ortopedingenjörer (+1), psykologer (+7) och röntgensjuksköterskor (+5). Bland kiropraktorer, optiker och sjukhusfysiker var antalet oförändrat under samma period.

4.3 Kartläggning av regioners och kommuners efterfrågan på legitimerad personal i sju respektive fyra yrkesgrupper

I detta avsnitt redovisas en kartläggning av efterfrågan (dvs. behoven) av personal inom vissa hälso- och sjukvårdsyrken i regioner och kommuner. Kartläggningen har genomförts genom en enkät riktad till samtliga regioner och kommuner. Avsnittet inleds med en metodbeskrivning följt av resultatet av enkätundersökningen.

Sammanfattning:

Eftersom uppgifter saknas inom ett antal regioner och större kommuner gällande förekomst av vakanser respektive antal vakanser, är det inte möjligt att uppskatta efterfrågan på personal i hela landet utan endast för de regioner och kommuner som besvarat enkäten.

Merparten av de svarande regionerna (17 av 21) i enkätundersökningen uppgav att det finns vakanta tjänster inom de sju yrkesgrupperna.

Förhållandet mellan antal vakanta tjänster och antal tillsvidareanställda var inom merparten av regionerna mindre än 10 procent inom yrkena arbetsterapeut, biomedicinsk analytiker, fysioterapeut, läkare, psykolog och sjuksköterska. För röntgensjuksköterskor var det lika många regioner där förhållandet var 10 procent eller mer som antalet regioner där förhållandet var under 10 procent.

Merparten av de svarande kommunerna (211 av 290) i enkätundersökningen har inte vakanta tjänster när gäller arbetsterapeuter, fysioterapeuter eller psykologer.

För sjuksköterskor var det något fler kommuner som uppgav att de har vakanser än som angav att de inte har vakanser.

Antalet vakanta tjänster i förhållande till antalet tillsvidareanställda var för arbetsterapeuter, fysioterapeuter och psykologer högst i landsbygdskommuner.

Antalet vakanta tjänster för sjuksköterskor i förhållande till antalet tillsvidareanställda sjuksköterskor var högst i storstäder, följt av större städer och landsbygdskommuner.

Metod

Enkäternas syfte var att samla in uppgifter om regioners och kommuners efterfrågan av hälso- och sjukvårdspersonal för ett antal legitimationsyrken. Efterfrågan på personal i privat sektor omfattas inte. Utformningen av enkäterna har stämts av med kommuner och regioner i olika nätverk för att säkerställa verksamheternas förståelse av frågornas utformning och därmed en hög svarsfrekvens i regioner och kommuner.

Regionerna tillfrågades om efterfrågan av personal inom sju legitimationsyrken: arbetsterapeuter, biomedicinska analytiker, fysioterapeuter, läkare, psykologer, röntgensjuksköterskor och sjuksköterskor. Kommunerna tillfrågades om efterfrågan inom fyra av dessa sju legitimationsyrken: arbetsterapeuter, fysioterapeuter, psykologer och sjuksköterskor. Kartläggningen avsåg samtliga verksamheter inom kommunen där respektive yrkesgrupp arbetar, dvs. exempelvis kommunal hälso- och sjukvård, omsorg, elevhälsa och eventuella andra verksamheter.

När det gäller sjuksköterskor efterfrågades både grundutbildade sjuksköterskor och sjuksköterskor med vidareutbildning eller specialisering. Urvalet av yrken har begränsats till ett fåtal av de 22 legitimationsyrken som verkar inom hälso- och sjukvården för att inte belasta regioner och kommuner i alltför hög grad. De yrkesgrupper som valts ut att ingå i enkäterna utgör yrkesgrupper med flest antal sysselsatta.

För att kartlägga efterfrågan hos regionerna respektive kommunerna inom respektive yrkesgrupp, ställdes frågor om antalet tillsvidareanställda (räknat i heltidstjänster) samt antalet vakanser (räknat i heltidstjänster) dvs. tjänster som inte kunnat bemannas med tillsvidareanställda personal. Den totala efterfrågan för respektive yrkesgrupp definierades därmed som antalet tillsvidareanställda (redovisat i heltidstjänster) plus antalet vakanser (redovisat i heltidstjänster). Mätperioden var november 2023.

Regionerna och kommunerna ombads ange uppgifter om efterfrågan på personal i de utvalda yrkesgrupperna utifrån beslutad budget och bemanningsplan, dvs. inte utifrån ett ”önskat läge”. Regionerna och

kommuner ombads att ge ett samlat svar för den egna kommunen respektive regionen, dvs. inte för varje enskild verksamhet.

Enkäten ställdes till HR-direktören i respektive region och kommun. Enkäten skickades ut den 15 november 2023 med sista svarsdag den 19 januari 2024. En påminnelse skickades den 10 januari och ytterligare en påminnelse den 22 januari med förlängd svarstid till den 29 januari.

Av svaren framgår att svaranden i flera fall uppgett antalet anställda personer, snarare än det efterfrågade antalet anställda omräknat till heltidstjänster. En viss överskattning av antalet anställda och antalet vakanser förekommer därför. Relativt många regioner och kommuner har besvarat enkäten efter årsskiftet och det kan inte uteslutas att svaren därför avser det då aktuella läget och inte november 2023.

Av de 21 tillfrågade regionerna har 17 inkommit med svar, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 81 procent. Av de 290 tillfrågade kommunerna besvarade 211 kommuner enkäten, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 73 procent.

Denna enkätundersökning skiljer sig från enkätundersökningen som genomförts av Socialstyrelsen inom ramen för det Nationella planeringsstödet (NPS). I enkäten till regionerna efterfrågades inom NPS misslyckade rekryteringstillfällen kopplat till utvalda diagnos- och verksamhetsområden inom den specialiserade vården. Enkäten avsåg alltså inte regionernas primärvård. I enkäten till kommunerna efterfrågades i NPS kommunernas egen bedömning om ”balans” kontra ”brist” för de legitimationsyrken som är störst inom kommunernas hälso- och sjukvårdsverksamhet. Med “balans” avser NPS att en kommun bedömer att de har den personal som krävs för att klara uppdraget att ge en god och jämlik vård. Med “brist” avses att en kommun bedömer att de saknar tillräcklig personal för att kunna utföra grunduppdraget med god kvalitet.[191]

Kartläggning av efterfrågan i regioner

Nedan följer, i tabell 64, en redovisning av de 17 regionernas svar avseende förekomst av vakanta tjänster för respektive yrke. I det fall sådana uppgifter har funnits att tillgå redovisas även förhållandet mellan antalet vakanta tjänster i relation till antalet tillsvidareanställda i respektive yrkesgrupp. Vid exempelvis 10 vakanser i förhållande till 100 tillsvidareanställda blir andelen vakanser 10 procent. Andelen används för att åskådliggöra eventuella skillnader i omfattning av vakanser i förhållandet till antalet tillsvidareanställda. 10 procent ska inte ses som något normerande mått om vad som är en rimlig andel eller inte, utan syftet är endast att belysa

[191] Socialstyrelsen. Nationella planeringsstödet 2024 - Tillgång och efterfrågan på legitimerad personal inom hälso- och sjukvården och tandvården (2024).

eventuella skillnader i storleksordningen på antalet vakanser i förhållande till antalet tillsvidareanställda.

Inom samtliga yrken har flera regioner av olika skäl inte uppgett antalet vakanser, vilket innebär att uppgifterna inte kan användas för att uppskatta efterfrågan på personal i de sju legitimationsyrkena i hela landet utan endast för de regioner som besvarat enkäten. Ett antal av regionerna uppgav genomgående eller delvis i sina svar att det inte var möjligt att svara på frågan utifrån hur enkätens efterfrågan och definition på vakanser såg ut. Detta exempelvis för att regionen inte har sammanställning över antalet vakanta budgeterade tjänster, eller att det inte var möjligt för regionen att bedöma vakansläget utifrån budget då det skulle kräva en djupare genomlysning av verksamheten som ej var möjligt i dagsläget.

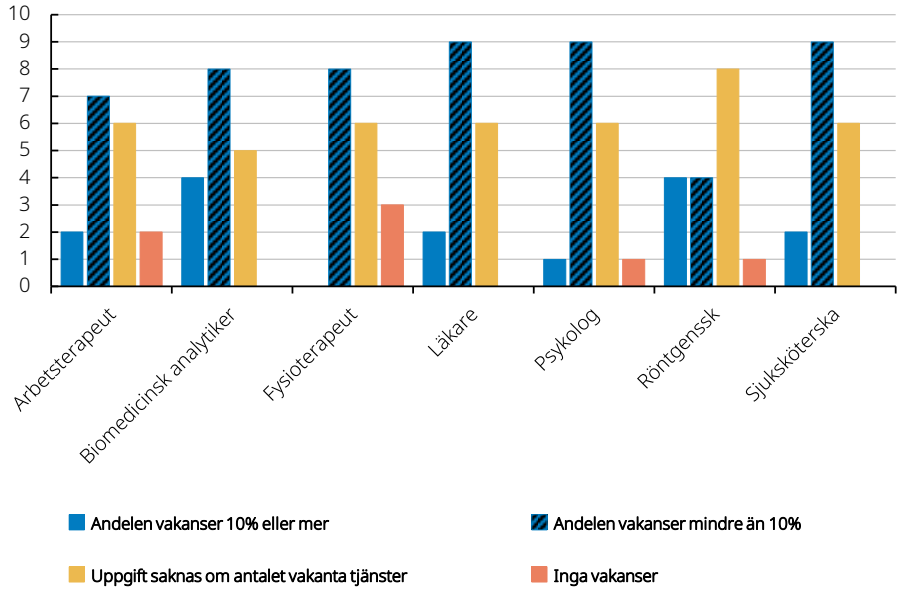
Som framgår av tabell 64 svarade 11 till 14 regioner ”ja” på att de har vakanta budgeterade tjänster inom respektive yrke. Antalet regioner som även uppgett antalet vakanta tjänster var 8 till 12 regioner inom respektive yrke (kursiverad kolumn). Regioner som inte hade vakanser inom en viss yrkesgrupp var en till tre. Regioner som inte besvarat frågan om de har vakanser eller inte var tre till fyra inom respektive yrkesgrupp.

Tabell 64. Förekomst av vakanser som inte kunnat bemannas av tillsvidareanställd personal fördelat på legitimationsyrke, antal regioner (N=17)

	Regioner som svarat ”ja” på att vakanser finns	*därav regioner som även uppgav antalet vakanser*	Regioner som inte har vakanser	Ej uppgift om vakanser finns	Summa
Arbetsterapeut	12	*9*	2	3	17
Biomedicinsk analytiker	14	*12*	-	3	17
Fysioterapeut	11	*8*	3	3	17
Läkare	13	*11*	-	4	17
Psykolog	12	*10*	1	4	17
Röntgen-sjuksköterska	12	*8*	1	4	17
Sjuksköterska	14	*11*	-	3	17

I diagram 41 redovisas spridningen mellan regionerna när det gäller förhållandet mellan antalet vakanta tjänster och antalet tillsvidareanställda inom respektive yrke. I diagrammet redovisas antalet regioner där förhållandet är lika med 10 procent eller mer, eller om förhållandet är mindre än 10 procent. Antalet regioner som inte har vakanser eller där uppgifter saknas redovisas även i diagrammet.

Diagram 41. Antalet vakanta tjänster i förhållande till antalet tillsvidareanställda per yrke, antal regioner (N=17)



Som framgår av diagram 41 är förhållandet mellan antal vakanta tjänster och antal tillsvidareanställda mindre än 10 procent inom merparten av regionerna inom yrkena arbetsterapeut, biomedicinsk analytiker, fysioterapeut, läkare, psykolog och sjuksköterska. För röntgensjuksköterska är det lika många regioner där andelen vakanta tjänster var 10 procent eller mer som antalet regioner där andelen vakanser är under 10 procent.

Av diagrammet framgår vidare att det saknas uppgifter från ett antal regioner avseende om de hade vakanta tjänster inom respektive yrke eller inte, alternativt om regionen svarat ja på att de har vakanser men inte uppgett antalet så förhållandet mellan vakanta tjänster och tillsvidareanställda inte var möjligt att beräkna. För samtliga yrkesgrupper saknas uppgifter om antal vakanta tjänster från minst fem regioner, och som mest åtta regioner inom yrkesgruppen röntgensjuksköterska.

Antalet tillsvidareanställda samt antalet vakanser omräknat till heltidstjänster skiljer sig i stor omfattning mellan de olika regionerna, vilket är förväntat utifrån regionens storlek, befolkningsunderlag m.m. Nedan följer tabeller över uppgifter inom respektive yrkesgrupp, inklusive regioners svar avseende antalet anställda inom den yrkesgruppen, omfattningen avseende andelen vakanser, om inga vakanta tjänster finns samt om svar ej uppgetts.

Arbetsterapeuter

Av tabell 65 framgår att antalet anställda arbetsterapeuter varierar från 31 tjänster till 662 tjänster mellan regionerna. Det var 12 regioner som uppgav att de hade vakanta tjänster, varav nio regioner även uppgav antal vakanser.

Två regioner hade inte några vakanta tjänster. Sex regioner uppgav inget svar/vet ej/kan ej besvara frågan gällande antal vakanta tjänster (se tabell 64 ovan). Av de regioner som uppgav antal vakanta tjänster var det två regioner där andelen vakanser i förhållande till andel tillsvidareanställda arbetsterapeuter var 10 procent eller mer. I sju regioner var andelen vakanser i förhållande till andelen tillsvidareanställda mindre än 10 procent.

Tabell 65. Arbetsterapeuter - Antal tillsvidareanställda och andel vakanta tjänster inom regionerna.

Region	Antal anställda	Andel vakanser	Inga vakanser
Region Dalarna	119	Över 10%	
Region Gotland	31	-	
Region Halland	94	Under 10%	
Region Jämtland Härjedalen	46	Över 10%	
Region Jönköping	203		X
Region Kalmar	79	Under 10%	
Region Kronoberg	80	Under 10%	
Region Norrbotten	95	-*	
Region Skåne	412	-	
Region Stockholm	525	-	
Region Uppsala	94		X
Region Värmland	101	-	
Region Västerbotten	165	-	
Region Västmanland	100	Under 10%	
Region Västernorrland	75	Under 10%	
Region Örebro	145	Under 10%	
Västra Götalandsregionen	662	Under 10%	

* Regionen har uppskattat antalet vakanta tjänster utifrån utannonserade jobbannonser vid tidsperioden. Då omfattningen på utannonserade tjänster inte framgått görs ingen beräkning av andel vakanser.

Biomedicinska analytiker

Av tabell 66 framgår att antalet anställda biomedicinska analytiker varierar från 23 tjänster till 1 040 tjänster mellan regionerna. Det var 14 regioner som uppgav att de hade vakanta tjänster, varav 12 regioner som även uppgav antal vakanser. Fem regioner uppgav inget svar/vet ej/kan ej besvara frågan gällande antal vakanta tjänster (se tabell 64 ovan). Av de regioner som uppgav antal vakanta tjänster var det fyra regioner där andelen vakanser i förhållande till andel tillsvidareanställda biomedicinska analytiker var 10 procent eller mer. I åtta regioner var andelen vakanser i förhållande till andelen tillsvidareanställda mindre än 10 procent.

Tabell 66. Biomedicinska analytiker - Antal tillsvidareanställda och andel vakanta tjänster inom regionerna.

Region	Antal anställda	Andel vakanser	Inga vakanser
Region Dalarna	117	Över 10%	
Region Gotland	23	Över 10%	
Region Halland	166	Under 10%	
Region Jämtland Härjedalen	49	Över 10%	
Region Jönköping	304	Under 10%	
Region Kalmar	154	Under 10%	
Region Kronoberg	118	Under 10%	
Region Norrbotten	64	-*	
Region Skåne	883	-	
Region Stockholm	1 040	-	
Region Uppsala	302	Under 10%	
Region Värmland	210	-**	
Region Västerbotten	308	-	
Region Västmanland	114	Under 10%	
Region Västernorrland	141	Över 10%	
Region Örebro	284	Under 10%	
Västra Götalandsregionen	945	Under 10%	

* Regionen har uppskattat antalet vakanta tjänster utifrån utannonserade jobbannonser vid tidsperioden. Då omfattningen på utannonserade tjänster inte framgått görs ingen beräkning av andel vakanser.
* * Regionen har uppgett behov vakanta tjänster men ej utifrån budget, varvid andel vakanser ej beräknas i detta fall.

Fysioterapeuter

Av tabell 67 framgår att antalet anställda fysioterapeuter varierar från 26 tjänster till 1 069 tjänster mellan regionerna. Det var 11 regioner som uppgav att de hade vakanta tjänster, varav åtta regioner som även uppgav antal vakanser. Tre regioner hade inte några vakanta tjänster. Sex regioner uppgav inget svar/vet ej/kan ej besvara frågan gällande antal vakanta tjänster (se tabell 64 ovan). Av de åtta regioner som uppgav antal vakanta tjänster i förhållande till andel tillsvidareanställda fysioterapeuter var för samtliga regioner andelen vakanser 10 procent eller mindre.

Tabell 67. Fysioterapeuter - Antal tillsvidareanställda och andel vakanta tjänster inom regionerna.

Region	Antal anställda	Andel vakanser	Inga vakanser
Region Dalarna	180	Under 10%	
Region Gotland	26	-	
Region Halland	133	Under 10%	
Region Jämtland Härjedalen	110		X
Region Jönköping	213	Under 10%	
Region Kalmar	155	Under 10%	
Region Kronoberg	110	Under 10%	
Region Norrbotten	140	-*	
Region Skåne	767	-	
Region Stockholm	819	-	
Region Uppsala	245		X
Region Värmland	148	-	
Region Västerbotten	280	-	
Region Västmanland	130	Under 10%	
Region Västernorrland	113		X
Region Örebro	257	Under 10%	
Västra Götalandsregionen	1 069	Under 10%	

* Regionen har uppskattat antalet vakanta tjänster utifrån utannonserade jobbannonser vid tidsperioden. Då omfattningen på utannonserade tjänster inte framgått görs ingen beräkning av andel vakanser.

Läkare

Av tabell 68 framgår att antalet anställda läkare varierar från 252 tjänster till 5 821 tjänster mellan regionerna. Det var 13 regioner som uppgav att de hade vakanta tjänster, varav 11 regioner som även uppgav antal vakanser. Sex regioner uppgav inget svar/vet ej/kan ej besvara frågan gällande antal vakanta tjänster (se tabell 64 ovan). Av de regioner som uppgav antal vakanta tjänster var det två regioner där andelen vakanser i förhållande till andel tillsvidareanställda läkare var 10 procent eller mer. I nio regioner var andelen vakanser i förhållande till andelen tillsvidareanställda mindre än 10 procent.

Tabell 68. Läkare - Antal tillsvidareanställda och andel vakanta tjänster inom regionerna.

Region	Antal anställda	Andel vakanser	Inga vakanser
Region Dalarna	834	Under 10%	
Region Gotland	252	-	
Region Halland	860	Under 10%	
Region Jämtland Härjedalen	557	Över 10%	
Region Jönköping	1 100	Under 10%	
Region Kalmar	739	Under 10%	
Region Kronoberg	507	Under 10%	
Region Norrbotten	492	-*	
Region Skåne	4 310	-	
Region Stockholm	5 821	-	
Region Uppsala	502	Under 10%	
Region Värmland	775	-	
Region Västerbotten	784	-	
Region Västmanland	660	Under 10%	
Region Västernorrland	624	Över 10%	
Region Örebro	1 047	Under 10%	
Västra Götalandsregionen	5 260	Under 10%	

* Regionen har uppskattat antalet vakanta tjänster utifrån utannonserade jobbannonser vid tidsperioden. Då omfattningen på utannonserade tjänster inte framgått görs ingen beräkning av andel vakanser.

Psykologer

Av tabell 69 framgår att antalet anställda psykologer varierar från 26 tjänster till 994 tjänster mellan regionerna. Det var 12 regioner som uppgav att de hade vakanta tjänster, varav tio regioner som även uppgav antal vakanser. En region hade inte några vakanta tjänster. Sex regioner uppgav inget svar/vet ej/kan ej besvara frågan gällande antal vakanta tjänster (se tabell 64 ovan). Av de regioner som uppgav antal vakanta tjänster var det en region där andelen vakanser i förhållande till andel tillsvidareanställda psykologer var 10 procent eller mer. I nio regioner var andelen vakanser i förhållande till andelen tillsvidareanställda mindre än 10 procent.

Tabell 69. Psykologer - Antal tillsvidareanställda och andel vakanta tjänster inom regionerna.

Region	Antal anställda	Andel vakanser	Inga vakanser
Region Dalarna	114	Under 10%	
Region Gotland	26	-	
Region Halland	128	Över 10%	
Region Jämtland Härjedalen	98	Under 10%	
Region Jönköping	123	Under 10%	
Region Kalmar	84	Under 10%	
Region Kronoberg	87	Under 10%	
Region Norrbotten	65	-*	
Region Skåne	563	-	
Region Stockholm	994	-	
Region Uppsala	273		X
Region Värmland	117	-	
Region Västerbotten		-	
Region Västmanland	136	Under 10%	
Region Västernorrland	122	Under 10%	
Region Örebro	186	Under 10%	
Västra Götalandsregionen	847	Under 10%	

* Regionen har uppskattat antalet vakanta tjänster utifrån utannonserade jobbannonser vid tidsperioden. Då omfattningen på utannonserade tjänster inte framgått görs ingen beräkning av andel vakanser.

Röntgensjuksköterskor

Av tabell 70 framgår att antalet anställda röntgensjuksköterskor varierar från 8 tjänster till 469 tjänster mellan regionerna. Det var 12 regioner som uppgav att de hade vakanta tjänster, varav åtta regioner uppgav antal vakanser. En region hade inte några vakanta tjänster. Åtta regioner uppgav inget svar/vet ej/kan ej besvara frågan gällande antal vakanta tjänster (se tabell 64 ovan). Av de regioner som uppgav antal vakanta tjänster var det fyra regioner där andelen vakanser i förhållande till andel tillsvidareanställda röntgensjuksköterskor var 10 procent eller mer. I fyra regioner var andelen vakanser i förhållande till andelen tillsvidareanställda mindre än 10 procent.

Tabell 70. Röntgensjuksköterska - Antal tillsvidareanställda och andel vakanta tjänster inom regionerna.

Region	Antal anställda	Andel vakanser	Inga vakanser
Region Dalarna	69	-	
Region Gotland	8	-	
Region Halland	82	Under 10%	
Region Jämtland Härjedalen	35	Över 10%	
Region Jönköping	146	Under 10%	
Region Kalmar	58	Över 10%	
Region Kronoberg	48	Under 10%	
Region Norrbotten	85	-	
Region Skåne	385	-	
Region Stockholm	469	-	
Region Uppsala	152		X
Region Värmland	70	-	
Region Västerbotten	161	-	
Region Västmanland	56	Över 10%	
Region Västernorrland	79	Över 10%	
Region Örebro	109	-	
Västra Götalandsregionen	411	Under 10%	

Sjuksköterskor

Av tabell 71 framgår att antalet anställda sjuksköterskor varierar från 485 tjänster till 11 247 tjänster mellan regionerna. Det var 14 regioner som uppgav att de hade vakanta tjänster, varav 11 regioner uppgav antal vakanser. Ingen region uppgav att de inte hade några vakanta tjänster (se tabell 64 ovan). Sex regioner uppgav inget svar/vet ej/kan ej besvara frågan gällande antal vakanta tjänster. Av de regioner som uppgav antal vakanta tjänster var det två regioner där andelen vakanser i förhållande till andel tillsvidareanställda sjuksköterskor var 10 procent eller mer. I nio regioner var andelen vakanser i förhållande till andelen tillsvidareanställda mindre än 10 procent.

Tabell 71. Sjuksköterska - Antal tillsvidareanställda och andel vakanta tjänster inom regionerna.

Region	Antal anställda	Andel vakanser	Inga vakanser
Region Dalarna	2 456	-	
Region Gotland	485	Under 10%	
Region Halland	2 167	Under 10%	
Region Jämtland Härjedalen	1 096	Över 10%	
Region Jönköping	2 556	-	
Region Kalmar	1 854	Under 10%	
Region Kronoberg	1 464	Under 10%	
Region Norrbotten	1 276	-*	
Region Skåne	8 169	-	
Region Stockholm	10 235	-	
Region Uppsala	2 779	Under 10%	
Region Värmland	2 084	Under 10%	
Region Västerbotten	2 559	-	
Region Västmanland	1 710	Under 10%	
Region Västernorrland	1 768	Över 10%	
Region Örebro	2 493	Under 10%	
Västra Götalandsregionen	11 247	Under 10%	

* Regionen har uppskattat antalet vakanta tjänster utifrån utannonserade jobbannonser vid tidsperioden. Då omfattningen på utannonserade tjänster inte framgått görs ingen beräkning av andel vakanser.

Kartläggning av efterfrågan i kommuner

I tabell 72 redovisas antalet kommuner som i sitt svar på enkäten uppgett att kommunen har respektive inte har vakanser i den aktuella yrkesgruppen, alternativt inte besvarat frågan. I den sistnämnda gruppen ingår även kommuner som uppgett att man inte har några tillsvidareanställda i yrkesgruppen och inte heller några vakanser.

Av tabell 72 framgår att merparten av de 211 svarande kommunerna inte har vakanta tjänster som inte kunnat bemannas av tillsvidareanställd personal när det gäller arbetsterapeuter, fysioterapeuter eller psykologer (mellan 142 och 158 kommuner). Avseende psykologer var det var relativt många kommuner som uppgav att de inte har några psykologer anställda och därför inte heller några vakanser (19 kommuner) eller som inte besvarade frågan om hur många vakanser de har (20 kommuner). När det gäller sjuksköterskor var det något fler kommuner som uppgav att de har vakanser än som angav att de inte har vakanser (108 respektive 96 kommuner).

Flera storstadskommuner och större städer har av olika skäl inte uppgett antalet vakanser, vilket innebär att uppgifterna inte kan användas för att uppskatta efterfrågan på personal i de fyra legitimationsyrkena i hela landet utan endast för de kommuner som besvarat enkäten.

Tabell 72. Förekomst av vakanser som inte kunnat bemannas av tillsvidareanställd personal fördelat på legitimationsyrke, antal kommuner

	Kommuner som har vakanser	Kommuner som inte har vakanser	Kommuner som inte besvarat frågan/ej relevant	Summa
Arbetsterapeut	62	142	7	211
Fysioterapeut	44	158	9	211
Psykolog	24	148	39	211
Sjuksköterska	108	94	9	211

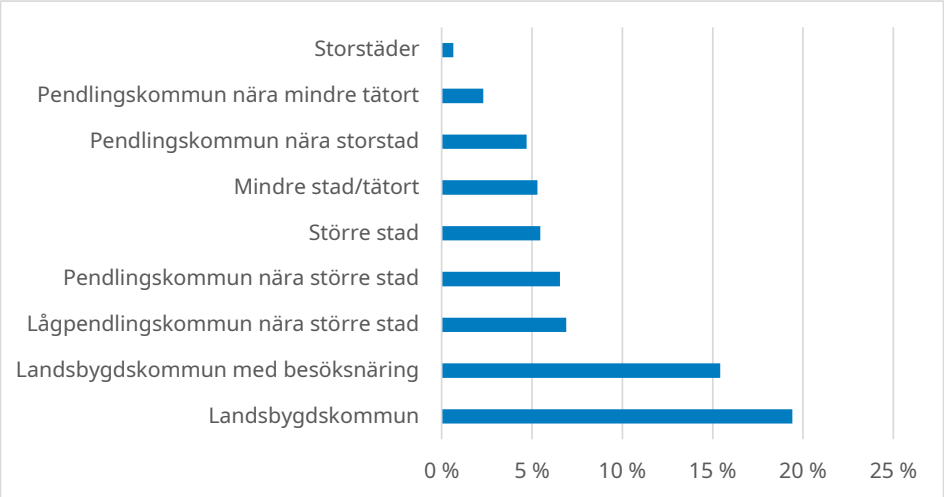
Anm: Med "ej relevant" avses kommuner som svarat att de inte har några tillsvidareanställda och som också svarat att de inte har några vakanser.

Arbetsterapeuter

I diagram 42 redovisas för arbetsterapeuter summan av antalet vakanta tjänster i förhållande till summan av antalet tillsvidareanställda som kommunerna uppgett i enkäten. Uppgiften har sedan fördelats enligt den kommungruppsindelning som Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) tagit fram för 2023 och som används för att underlätta jämförelser och analyser i olika statistiska sammanhang. Endast kommuner som både uppgett hur många anställda de har och hur många vakanser de har ingår i diagrammet (202 kommuner).

Av diagram 42 framgår att antalet vakanta tjänster för arbetsterapeuter i förhållande till antalet tillsvidareanställda arbetsterapeuter var högst i landsbygdskommuner (19 procent) och i landsbygdskommuner med besöksnäring (15 procent). Andelen vakanta tjänster var lägst i storstäder (1 procent) och i pendlingskommuner nära en mindre tätort (2 procent). Genomsnittet för samtliga kommuner var 6 procent.

Diagram 42. Antalet vakanta tjänster i förhållande till antalet tillsvidareanställda arbetsterapeuter fördelat på kommungrupp (N=202), andel (%)



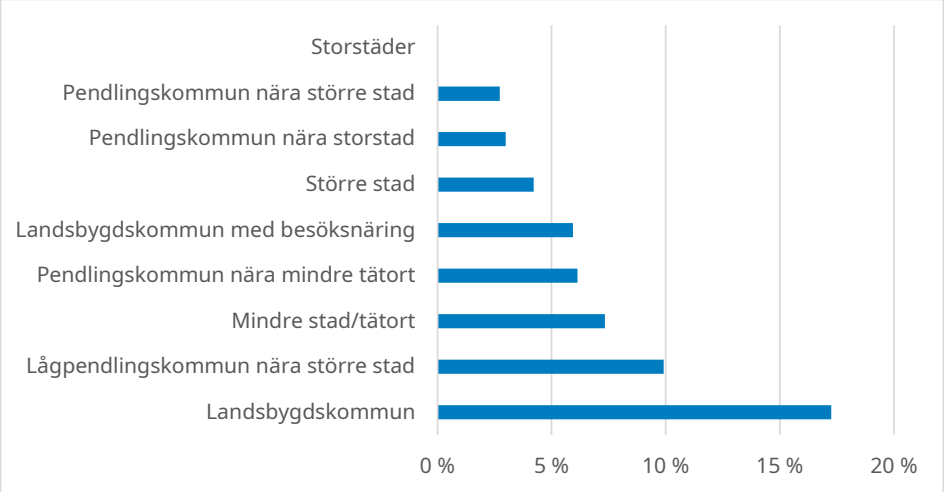
Anm: Endast de kommuner ingår som har uppgett hur många anställda och hur många vakanser de har.

Fysioterapeuter

I diagram 43 redovisas för fysioterapeuter summan av antalet vakanta tjänster i förhållande till summan av antalet tillsvidareanställda som kommunerna uppgett i enkäten fördelat på SKR:s kommungruppsindelning. Endast kommuner som både uppgett hur många anställda de har och hur många vakanser de har ingår i diagrammet (199 kommuner).

Av diagram 43 framgår att antalet vakanta tjänster för fysioterapeuter i förhållande till antalet tillsvidareanställda fysioterapeuter, liksom för arbetsterapeuter, var högst i landsbygdskommuner (17 procent), följt av lågpendlingskommuner nära en större stad (10 procent). Andelen vakanta tjänster var, liksom för arbetsterapeuter, lägst i storstäder (0 procent) följt av pendlingskommuner nära en större stad eller en storstad (3 procent vardera). Genomsnittet för samtliga kommuner var 5 procent.

Diagram 43. Antalet vakanta tjänster i förhållande till antalet tillsvidareanställda fysioterapeuter fördelat på kommungrupp (N=199), andel (%)



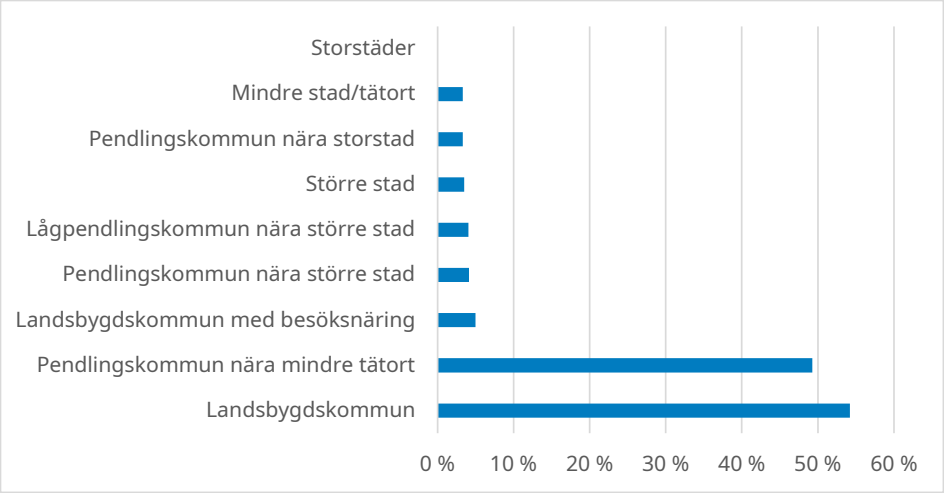
Anm: Endast de kommuner ingår som har uppgett hur många anställda och hur många vakanser de har.

Psykologer

I diagram 44 redovisas för psykologer summan av antalet vakanta tjänster i förhållande till summan av antalet tillsvidareanställda som kommunerna uppgett i enkäten fördelat på SKR:s kommungruppsindelning. Endast kommuner som både uppgett hur många anställda de har och hur många vakanser de har ingår i diagrammet (170 kommuner). Det var relativt många kommuner som uppgav att de inte har några psykologer anställda eller som inte besvarade frågan om hur många vakanser de har (39 kommuner). Det kan inte uteslutas att kommunerna inte uppfattat att frågan även omfattade antalet psykologer inom elevhälsan.

Av diagram 44 framgår att antalet vakanta tjänster för psykologer i förhållande till antalet tillsvidareanställda psykologer var, liksom för arbetsterapeuter och fysioterapeuter, högst i landsbygdskommuner (54 procent), följt av pendlingskommuner nära en mindre tätort (49 procent). Andelen vakanta tjänster var, liksom för arbetsterapeuter och fysioterapeuter, lägst i storstäder (0 procent), följt av större städer och pendlingskommuner nära en storstad eller en större stad (3 procent vardera). Genomsnittet för samtliga kommuner var 5 procent.

Diagram 44. Antalet vakanta tjänster av antalet tillsvidareanställda psykologer fördelat på kommungrupp (N=170), andel (%)



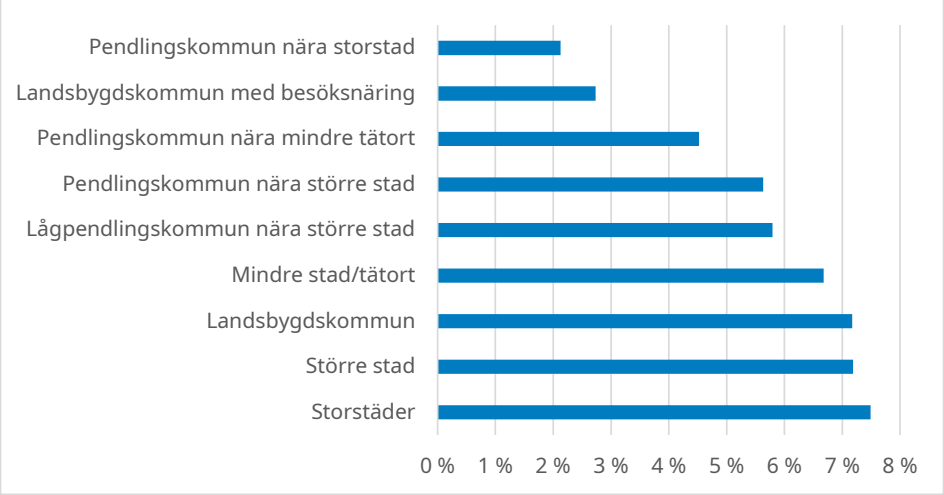
Anm: Endast de kommuner ingår som har uppgett hur många anställda och hur många vakanser de har.

Sjuksköterskor

I diagram 45 redovisas för sjuksköterskor summan av antalet vakanta tjänster i förhållande till summan av antalet tillsvidareanställda som kommunerna uppgett i enkäten fördelat på SKR:s kommungruppsindelning. Endast kommuner som både uppgett hur många anställda de har och hur många vakanser de har ingår i diagrammet (200 kommuner).

Av diagram 45 framgår att skillnaderna mellan kommungrupperna inte var lika stora som för arbetsterapeuter, fysioterapeuter och psykologer. Antalet vakanta tjänster för sjuksköterskor i förhållande till antalet tillsvidareanställda sjuksköterskor var, till skillnad från de övriga tre yrkesgrupperna, högst i storstäder (7,5 procent), följt av större städer och landsbygdskommuner (7,2 procent vardera). Andelen vakanta tjänster var lägst i pendlingskommuner nära en storstad (2,1 procent), följt av landsbygdskommuner med besöksnäring (2,7 procent). Genomsnittet för samtliga kommuner var 5,8 procent.

Diagram 45. Antalet vakanta tjänster av antalet tillsvidareanställda sjuksköterskor fördelat på kommungrupp (N=200), andel (%)



Anm: Endast de kommuner ingår som har uppgett hur många anställda och hur många vakanser de har.

Resultatet av kommunenkäten liknar resultatet från den enkät som Socialstyrelsen genomfört inom ramen för Nationella planeringsstödet (NPS) 2024. Viktigt att notera är dock att Socialstyrelsens enkät avser brist på personal och myndigheten själv lyfter att deras enkät inte utgår från några objektiva mått utifrån vad som utgör en personalbrist utan är kommunens egen bedömning.[192]

Kommunerna uppgav i Socialstyrelsens enkät att de hade störst brist på personal inom yrkesgrupperna grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor. Specialistutbildade sjuksköterskor är liksom tidigare år den grupp som kommuner bedömer att det är störst brist på. En knapp majoritet av kommunerna bedömde att de inte hade brist på personal inom yrkesgrupperna arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Det innebär dock att en relativt stor andel av kommunerna bedömer att de har brist på dessa yrken. Liksom framgår i rådets kommunenkät, är bristen enligt Socialstyrelsens enkät störst i landsbygdskommuner.[193]

4.4 SCB:s prognos över examinerade och personer som lämnar arbetskraften

I detta avsnitt redovisas för de sju utvalda legitimationsyrkena prognoser för perioden 2023–2040 över antalet examinerade och antalet sysselsatta som förväntas lämna arbetskraften. Uppgifterna baseras på specialbeställda uppgifter från Statistiska centralbyråns (SCB) prognosmodell Trender och Prognoser 2023.

[192] Socialstyrelsen. Nationella planeringsstödet 2024 - Tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvårdsyrken och tandvården (2024).
[193] Ibid.

Valet av uppgifter i detta avsnitt har gjorts i enlighet med rådets redovisning av uppdraget att föreslå insatser för att stärka attraktiviteten och kompetensförsörjningen av barnmorskor i förlossningsvården. Enligt uppdraget skulle prognoser redovisas för hur stor andel av barnmorskorna som förväntas gå i pension per år 2022-2035 och hur många barnmorskestudenter som förväntas examineras per år under samma tidsperiod. En bedömning av tillgång och efterfrågan på barnmorskor under prognosperioden skulle också göras. Detta har dock inte varit möjligt att göra inom ramen för detta uppdrag.

Metod

SCB:s prognos över antal examinerade utgår ifrån bearbetningar av högskoleregistret, vilket innefattar nybörjare och examinerade i högskolan. För att beräkna antalet examinationer under prognosperioden gör SCB antagande om det framtida antalet nybörjare per yrkesexamensprogram och ett antagande om den framtida andelen examinerade. SCB gör beräkningar per kön och examen. Under hela prognosperioden antas antalet nybörjare vara detsamma som ett genomsnitt för de två senaste läsåren. I detta fall baserades prognoserna på läsåren 2021/22 och 2022/2023. Vid beräkningar av examensfrekvenser (dvs. genomströmningen) använder SCB historiska uppgifter om antal examinerade från högskolan. Antaganden om examensfrekvenser per kön för olika yrkesexamensprogram baseras på kvoter mellan antalet examinerade under senare läsår och antalet nybörjare ett antal år tillbaka i tiden.[194] För mer detaljerad beskrivning av SCB:s prognosmetod, se appendix till SCB:s rapport Trender och Prognoser 2023.

Prognoser är alltid behäftade med en viss osäkerhet, därför bör prognosvärdena nedan tolkas med försiktighet och betraktas som ungefärliga förväntade utfall.

Resultat

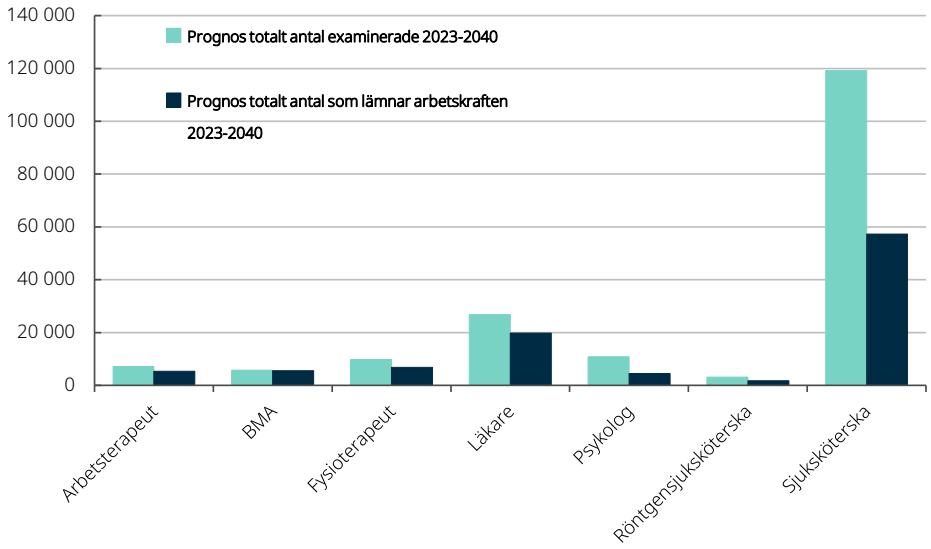
I diagram 46 redovisas dels antalet personer som enligt SCB:s prognoser sammantaget bedöms examineras från utbildningar i de sju utvalda legitimationsyrkena under perioden 2023–2040, dels prognoser över antalet i respektive yrke som bedöms lämna arbetskraften under samma period. De som lämnar arbetskraften gör det enligt SCB framför allt till följd av pensionering.

Av diagrammet framgår att det totala antalet examinerade bedöms överstiga det totala antalet personer som beräknas lämna arbetskraften i samtliga sju legitimationsyrken under perioden 2023–2040. Den största differensen finns bland sjuksköterskeutbildade, som också är den största yrkesgruppen av de sju som studeras. SCB bedömer att antalet examinerade sjuksköterskor kommer att överstiga antalet sjuksköterskor som lämnar arbetskraften med

[194] Statistiska centralbyrån. Trender och prognoser 2023 (2024).

sammantaget drygt 61 800 under prognosperioden. I de specialbeställda uppgifterna över sjuksköterskeutbildning ingår såväl grundutbildning som specialistutbildning, men inte barnmorskeutbildning.

Diagram 46. Prognos över totala antalet examinerade respektive totala antalet som lämnar arbetskraften under perioden 2023-2040



Källa: SCB.

Av uppgifterna som rådet beställt från SCB framgår att antalet examinerade överstiger antalet som lämnar arbetskraften för varje år under prognosperioden (se tabell 73). Undantag gäller dock för biomedicinsk analytiker där antalet som lämnar arbetskraften överstiger antalet som examineras under perioden 2023–2030. Det beror främst på att pensionsavgångarna bland biomedicinska analytiker bedöms öka och väntas bli större än genomsnittet för hela arbetsmarknaden. Därefter bedömer SCB att antalet examinerade från biomedicinsk analytikerutbildning kommer att överstiga antalet förvärvsarbetande biomedicinska analytiker som lämnar arbetskraften fram till 2040.

Tabell 73. Differensen mellan antalet examinerade från sju hälso- och sjukvårdsutbildningar och antalet förvärvsarbetande som lämnar arbetskraften per år, prognos 2023-2040

År	Arbets-terapeut	BMA	Fysio-tera-peut	Läkare	Psyko-log	Röntgen-sjuk-sköter-ska	Sjuk-sköter-ska
2023	111	-104	191	455	271	25	3 461
2024	121	-92	174	368	296	38	3 378
2025	109	-88	179	484	322	63	3 373
2026	118	-74	188	430	347	48	3 506
2027	123	-54	177	364	345	60	3 482
2028	106	-45	174	355	360	71	3 489
2029	107	-28	175	395	376	66	3 482
2030	85	-9	167	386	368	73	3 421
2031	93	4	145	391	369	79	3 414
2032	88	25	162	392	367	77	3 419
2033	94	42	157	414	384	88	3 444
2034	96	62	154	432	383	87	3 474
2035	93	68	168	408	380	90	3 463
2036	90	78	174	368	390	92	3 515
2037	91	93	170	382	370	91	3 452
2038	74	95	167	325	365	95	3 419
2039	69	103	158	297	343	98	3 330
2040	55	115	164	266	337	98	3 309
Totalt	**1 722**	**191**	**3 044**	**6 912**	**6 373**	**1 339**	**61 831**

Källa: SCB.

För antal examinerade respektive antalet förvärvsarbetande som lämnar arbetskraften per år under perioden 2023-2040, se tabell 74 och 75.

Tabell 74. Antalet examinerade från sju hälso- och sjukvårdsutbildningar per år, prognos 2023–2040

År	Arbets-tera-peut	BMA	Fysio-tera-peut	Läkare	Psykolog	Röntgen-sjuk-sköter-ska	Sjuk-sköter-ska
2023	399	331	558	1 515	566	153	6 713
2024	404	335	546	1 569	577	166	6 644
2025	395	319	545	1 591	590	180	6 610
2026	390	313	545	1 510	599	178	6 611
2027	394	316	545	1 457	605	176	6 613
2028	394	316	545	1 472	616	176	6 613
2029	394	316	545	1 475	609	176	6 613
2030	394	316	545	1 472	613	176	6 613
2031	394	316	545	1 468	610	176	6 613
2032	394	316	545	1 468	610	176	6 613
2033	394	316	545	1 468	610	176	6 613
2034	394	316	545	1 468	610	176	6 613
2035	394	316	545	1 468	610	176	6 613
2036	394	316	545	1 468	610	176	6 613
2037	394	316	545	1 468	610	176	6 613
2038	394	316	545	1 468	610	176	6 613
2039	394	316	545	1 468	610	176	6 613
2040	394	316	545	1 468	610	176	6 613
Totalt	**7 108**	**5 722**	**9 824**	**26 741**	**10 875**	**3 141**	**119 160**

Anm. På grund av avrundningar stämmer totalsumman i tabellen i vissa fall inte överens med totalsumma i diagram 46.

Källa: SCB.

Tabell 75. Antalet förvärvsarbetande som förväntas lämna arbetskraften från sju hälso- och sjukvårdsutbildningar per år, prognos 2023–2040

År	Arbetsterapeut	BMA	Fysioterapeut	Läkare	Psykolog	Röntgensjuksköterska	Sjuksköterska
2023	288	435	367	1 060	295	128	3 252
2024	283	427	372	1 201	281	128	3 266
2025	286	407	366	1 107	268	117	3 237
2026	273	387	357	1 080	252	130	3 105
2027	271	370	368	1 093	260	116	3 131
2028	288	361	371	1 117	256	105	3 124
2029	287	344	370	1 080	233	110	3 131
2030	310	325	378	1 086	245	103	3 192
2031	301	312	400	1 077	241	97	3 199
2032	307	291	383	1 076	243	99	3 194
2033	300	274	388	1 054	226	88	3 169
2034	298	254	391	1 036	227	89	3 139
2035	301	248	377	1 060	230	86	3 150
2036	305	238	371	1 100	220	84	3 098
2037	304	223	375	1 086	240	85	3 161
2038	320	221	378	1 143	245	81	3 194
2039	326	213	387	1 171	267	78	3 283
2040	339	201	381	1 202	273	78	3 304
Totalt	**5 386**	**5 531**	**6 780**	**19 829**	**4 502**	**1 802**	**57 329**

Anm. På grund av avrundningar stämmer totalsumman i tabellen i vissa fall inte överens med totalsumma i diagram 46.

Källa: SCB.

4.5 Sammanfattande iakttagelser om tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i vissa hälso- och sjukvårdsyrken

Av genomgången i detta kapitel framgår att uppgifter om tillgång på legitimerad personal inom hälso- och sjukvården är mer tillgängliga än uppgifter om efterfrågan på motsvarande personalgrupper. Uppgifter om tillgången på legitimerad hälso- och sjukvårdpersonal är tillgänglig bl.a. genom Socialstyrelsens förteckning LOVA och arbetsgivarna har uppgifter på antalet anställda.

Uppgifter om efterfrågan på legitimerad personal finns inte i några nationella register och av rådets enkät framkommer att regioner och kommuner i flera fall saknar uppgifter om antalet vakanta tjänster.

Ett utvecklingsarbete bör därför påbörjas för att på ett bättre sätt kunna fånga regioners och kommuners efterfrågan eller behov av personal. Rådet föreslår i avsnitt 2.1 att rådet inom arbetet med den nationella planen och inom samverkansarenan med de sex regionala vårdkompetensråden bör arbeta med att vidareutveckla den metod som rådet använder i föreliggande uppdrag (se avsnitt 4.4) och som användes inom ramen för rådets uppdrag om kompetensförsörjning av barnmorskor inom förlossningsvården. Ett sådant arbete kan t. ex. handla om att identifiera de uppgifter som kan utgöra stöd för en förbättrad kompetensförsörjning i fråga om de behov som huvudmännen har av olika personalkategorier i vården.

Tillgång på personal med legitimation inom sju hälso- och sjukvårdsyrken

Flera skillnader mellan de sju legitimationsyrkena

I studien av tillgången på personal inom sju legitimationsyrken framgår att tillgången på legitimerade läkare skiljer sig på flera punkter från tillgången på legitimerade inom de övriga studerade legitimationsyrkena. Exempelvis var läkare i större utsträckning än de flesta av de övriga sex yrkesgrupperna sysselsatta inom hälso- och sjukvården 2021 och andelen har också ökat kontinuerligt över tid. Andelen sysselsatta inom hälso- och sjukvården var lägst och minskade bland arbetsterapeuter, biomedicinska analytiker och fysioterapeuter.

Ökningen av antalet sysselsatta per 100 000 invånare var störst bland läkare, en ökning med 121 läkare per 100 000 invånare eller 47 procent mellan 1995 och 2021. Antalet sjuksköterskor ökade under samma period med 84 sjuksköterskor eller 9 procent. Mellan 2012-2020 minskade dock antalet med 53 eller 5 procent för att sedan öka något 2021.

Därtill arbetar sysselsatta läkare i större utsträckning än övriga sex yrkesgrupper i sin yrkesroll. Av de sysselsatta läkarna inom hälso- och sjukvården arbetade 95 procent i sin yrkesroll 2021. Bland övriga sex legitimationsyrken var motsvarande andel mellan 82 procent (arbetsterapeuter) och 90 procent (röntgensjuksköterskor).

Samtidigt är andelen läkare i åldersgruppen 67 år och äldre som fortfarande är sysselsatta bland de högsta av de sju legitimationsyrkena. År 2021 uppgick andelen läkare i åldern 67 år och äldre som fortfarande var sysselsatt inom hälso- och sjukvården till 15 procent. Motsvarande andel bland röntgensjuksköterskor var emellertid 26 procent, men det motsvarar

endast sex personer. Lägst andel fanns bland arbetsterapeuter och fysioterapeuter med 6 respektive 7 procent.

Därutöver är könsfördelningen bland läkarna mera jämn än bland de övriga studerade yrkesgrupperna. Andelen kvinnor uppgick till 52 procent bland läkarna och mellan 72 procent (psykologer) och 92 procent (arbetsterapeuter) bland övriga sex studerade legitimationsyrken.

Till sist kan nämnas att andelen sysselsatta inom hälso- och sjukvården som är utbildade utomlands är högst bland läkare. År 2021 uppgick andelen till 40 procent. Motsvarande andel bland arbetsterapeuter var 1 procent och bland sjuksköterskor 4 procent.

Av studien framgår att bland vissa av de sju studerade legitimationsyrkena minskar andelen sysselsatta i offentlig regi inom hälso- och sjukvården över tid, samtidigt som tätheten, dvs. antalet sysselsatta per 100 000 invånare, ökar inom hälso- och sjukvården. Det skulle kunna bero på att tätheten i privat regi inom hälso- och sjukvården ökar. För att kunna dra den slutsatsen behöver dock ytterligare analyser göras.

Det är oroande ur ett kompetensförsörjningsperspektiv om de som vill jobba kvar ändå väljer att lämna yrket

Av studien av tillgång på personal inom sju legitimationsyrken framgår vidare att inte alla legitimerade arbetar i sin yrkesroll och att andelen varierar mellan de sju legitimationsyrkena. Andelen sysselsatta inom hälso- och sjukvården som också arbetar i sin yrkesroll varierade 2021 mellan 82 och 95 procent och motsvarande andel bland sysselsatta utanför hälso- och sjukvården varierade mellan 15 och 55 procent.

Andelen av samtliga sysselsatta som arbetar i sin yrkesroll inom hälso- och sjukvården minskar därutöver ju längre tid man haft sin legitimation. Det gäller för samtliga sju legitimationsyrken, men särskilt för arbetsterapeuter, fysioterapeuter och psykologer. Skälet till detta kan vara flera, exempelvis karriärutvecklingsmöjligheter, möjligheten att använda sitt yrkeskunnande i andra yrkesroller, utbildningslängd samt anställnings- och arbetsvillkor. Att färre väljer att arbeta kvar i yrkesrollen ju längre tid man haft sin legitimation skulle kunna tyda på att det är svårt att få erfaren personal att arbeta kvar i yrket inom hälso- och sjukvården.

Utifrån andelen som arbetar kvar i yrket respektive lämnar efter många år i yrkesrollen förefaller det som om många vill gå vidare i karriären eller byta yrke eller inriktning, vilket det kan finnas flera orsaker till. Det kan även finnas de som vill arbeta kvar och trivs i yrket men som av olika skäl inte orkar arbeta heltid. Samtidigt är det inte enkelt att byta ut den legitimerade personalen med olegitimerad personal i vården. Exempelvis är apotekare, barnmorska, läkare, receptarie och tandläkare yrken som enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) endast får utföras av de som har

legitimation i dessa yrken. Det är därför viktigt att förstå mer om orsakerna till att viss hälso- och sjukvårdspersonal väljer att lämna yrket eller att inte arbeta i sin yrkesroll. Det är oroande ur ett kompetensförsörjningsperspektiv om de som vill jobba kvar ändå väljer att lämna yrket, t.ex. på grund av bristande arbetsförhållanden.

Det finns därför skäl att se över insatser för att öka andelen som vill fortsätta arbeta i sin yrkesroll. I avsnitt 5.3 föreslås bl.a. att regioner och kommuner bör skapa förutsättningar för ett systematiskt arbetsmiljöarbete, att regeringen bör se över möjligheterna till nationell samordning av systematisk och fortlöpande fortbildning för vårdens professioner samt att såväl regioner och kommuner som universitet och högskolor bör öka möjligheterna till kompetensutveckling och karriärvägar för respektive profession.

Efterfrågan på legitimerad personal inom fyra respektive sju yrkesgrupper

Underlag saknas för att uppskatta den sammantagna efterfrågan

Andelen vakanser i förhållande till antalet tillsvidareanställda är enligt rådets enkätundersökning 10 procent eller mindre för sex av sju yrken i merparten av regionerna. Inom kommunerna är motsvarande andel mellan 5 och 6 procent i de fyra yrkesgrupperna som undersökts. Vad som är en rimlig andel är svårt att uttala sig om.

Uppgifter om antalet vakanser saknas i ett antal, framför allt större, regioner och kommuner. Svaren är dessutom svåra att kvalitetssäkra eftersom det inte är möjligt att veta om regionerna och kommuner uppfattat och svarat på samma sätt eller att de ”räknar” på samma sätt gällande vakanser, etc. Underlag saknas därför för att kunna uppskatta den sammantagna efterfrågan på legitimerad personal i regioner och kommuner i de yrken som studerats.

För att kunna få en uppfattning om hur stor efterfrågan är behöver tillgången till och kvaliteten på uppgifter om bl.a. vakanser därför förbättras. Även de regionala vårdkompetensråden har framfört vikten av att ha gemensamma definitioner och begrepp för att mäta kompetensförsörjningsbehoven inom vården och omsorgen.

I likhet med Nationella planeringsstödet framgår av enkätstudien att svårigheterna att i kommunerna bemanna vakanta tjänster för arbetsterapeuter och fysioterapeuter är mest påtaglig i landsbygdskommuner. När det gäller sjuksköterskor är svårigheterna att rekrytera mera spridd över landet, andelen vakanser är hög även i storstadskommuner och kommuner med större städer.

Frågorna i enkäten är ställd utifrån beslutad budget och bemanningsplan och inte utifrån ett önskat läge. Huruvida budgeten är rimlig är inget som rådet kan uttala sig om. Frågorna i enkäten avsåg läget i november 2023 och den beslutade budgeten för 2024 kan ha påverkats av ett förändrat omvärldsläge.

Tillgång på legitimerad personal inom sju hälso- och sjukvården på längre sikt

Fler bedöms utbildas än som lämnar arbetskraften

Vid en enkel granskning av tillgången till examinerade förefaller det inte framgent råda brist på antalet examinerade från de sju undersökta utbildningarna i förhållande till de förvärvsarbetande individer som beräknas lämna arbetskraften, främst till följd av pensionering, under samma period. Som framgår av avsnitt 4.4 bedömer SCB att det totala antalet examinerade överstiger det totala antalet personer som beräknas lämna arbetskraften i samtliga sju legitimationsyrken under perioden 2023–2040. Överskottet varierar mellan cirka 190 (biomedicinska analytiker) och 61 800 (sjuksköterskor) sammantaget under prognosperioden. Kartläggningen omfattar emellertid inte utvecklingen av efterfrågan på personal i de aktuella yrkesgrupperna.

Kartläggningen omfattar inte heller vissa utbildningar med ett mindre antal sökande. Av avsnitt 5.5.1 framgår att flera hälso- och sjukvårdsutbildningar har ett relativt lågt söktryck, t.ex. utbildningar till audionom, sjukhusfysiker, receptarie och logoped. Här behövs insatser för att göra utbildningarna, och yrkena, mer attraktiva.

Av kartläggningen av tillgång på personal med legitimation inom sju hälso- och sjukvårdsyrken 2021 (se avsnitt 4.2) framkommer att inte alla väljer att arbeta i sin yrkesroll. Om legitimerade väljer att inte arbeta i sitt yrke får det konsekvenser för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården. Att utbilda fler är då ingen lösning. För att komma till rätta med detta kan arbetsgivare i större utsträckning än i dag behöva arbeta med att attrahera, utveckla och behålla legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. I avsnitt 5 lämnas flera förslag till insatser för att åstadkomma detta.

4.6 Statistikbaserade flödesbeskrivningar för yrkesgruppen tandläkare

Nationella vårdkompetensrådet redovisar här statistikbaserade flödesbeskrivningar av tandläkares väg genom utbildnings- och hälso- och sjukvårdssystemen. Underlaget är utförd i likhet med de av rådet tidigare genomförda statistikbaserade flödesbeskrivningarna för yrkesgruppen läkare, som publicerades i april 2021, och biomedicinsk analytiker, som publicerades i oktober 2021. Rådet har i arbetet med föreliggande uppdrag

fått inspel om vikten av att se tandvården som en del av hälso- och sjukvården. Rådet har därför valt att i detta fall publicera flödesbeskrivningen som en del av denna rapport istället för att redovisa den separat eller som en bilaga. Arbetet syftar bl.a. till att öka kunskapen om flöden i övergångarna mellan utbildning, legitimation, specialisering och forskarexamen. Redovisningen kan utgöra ett kunskapsunderlag för fortsatt analys i fråga om utmaningar och möjligheter i kompetensförsörjningen av tandläkare. En sådan analys kan i sin tur vara ett stöd för olika verksamheter att identifiera åtgärder och bidra till en ändamålsenlig kompetensförsörjning.

4.6.1 Resultaten i korthet

Redovisningen avser olika perioder i tandläkares yrkesliv i form av mätpunkterna för påbörjade studier till examen, från tandläkarexamen till doktorsexamen och från tandläkarexamen till bevis om specialistkompetens. Även data över hur antalet utfärdade legitimationer samt antalet sysselsatta tandläkare och specialisttandläkare har ändrats över tid redovisas.

Antalet studerande på tandläkarutbildningen liksom antalet examinerade har ökat under den studerade perioden 2006–2017. Det finns framöver anledning att följa antalet examinerade eftersom de inte verkar öka i samma takt som antalet nybörjare. Vidare visar resultatet i redovisningen på att fler kvinnor än män söker sig till tandläkaryrket. Över 60 procent av programnybörjarna på tandläkarutbildningen 2006–2022 var kvinnor.

Examensfrekvensen[195] för kvinnliga tandläkarstudenter är högre jämfört med de manliga, vilket följer den generella trenden att fler kvinnor än män studerar på högskolan och att en större andel kvinnor än män tar en examen inom normalstudietiden, även om skillnaden har minskat över tid.[196] Sett till bruttostudietiden[197] vid tandläkarutbildningen under 2012–2022 har skillnaderna i antalet år mellan programstart till examen nästan varit obefintliga mellan könen. År 2022 var bruttostudietiden i genomsnitt 5,4 år för kvinnor och 5,6 år för män.

Av redovisningen framgår även att antalet antagna till utbildning på forskarnivå har minskat under perioden 2000–2022. Majoriteten av antalet nybörjare och antalet doktorsexamina har under samma period varit kvinnor, vilket även generellt sett motsvarar könsfördelningen bland tandläkare. Av samtliga kvinnliga sysselsatta legitimerade tandläkare 2021 hade två procent en doktorsexamen. Bland männen i populationen var andelen lika stor (två procent) 2021.

Majoriteten av alla sysselsatta tandläkare är allmäntandläkare. År 2021 var cirka 12 procent av alla tandläkare specialisttandläkare, där ortodonti (2020)

[195] Med examensfrekvens avses den andel av nybörjarna ett visst läsår som har tagit ut en tandläkarexamen inom programmets nominella studietid (i det här fallet fem år) plus tre år.
[196] Universitetskanslersämbetet. Hämtad från hemsida 2024-02-09.
[197] Den totala kalendertid som det tar för en student att genomföra sin utbildning.

var den specialitet med flest sysselsatta specialisttandläkare. Tiden mellan tandläkarexamen till bevis om specialistkompetens har minskat och var 2021 i genomsnitt 14,2 år. Det tog i genomsnitt längre tid för kvinnor att erhålla specialistkompetens; 15,1 år för kvinnor och 12,9 år för män.

Resultatet av redovisningen visar även på skillnader mellan kön och ålder inom yrkeslivet. Sedan 2007 arbetar fler kvinnor än män som tandläkare. Antalet sysselsatta tandläkare som är män har minskat från strax över 4 300 personer 1995 till strax under 3 300 personer 2021. Samtidigt har antalet sysselsatta tandläkare som är kvinnor ökat under motsvarande period, från drygt 3 300 personer 1995 till över 4 700 personer 2021. Kvinnor arbetar i större utsträckning i den offentliga tandvården än män, medan män i större utsträckning än kvinnor arbetar i tandvård som drivs i privat regi. År 2020 var det största antalet tandläkare verksamma inom offentlig regi i åldern 30–34 år, följt av tandläkare under 30 år. Inom privat sektor arbetade flest tandläkare i åldern 55–59 år. Andelen tandläkare i åldern 50–59 år har minskat i offentlig regi medan motsvarande grupp har ökat inom privat regi.

Av redovisningen av fördelningen av tandläkare i riket framgår att antalet sysselsatta tandläkare per 100 000 invånare har minskat från 82 tandläkare 2011 till 77 tandläkare 2020. Tätheten för sysselsatta specialisttandläkare i riket har för åren 2011–2020 varit oförändrad på nio specialisttandläkare inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare. Fördelningen mellan olika regioner ser dock olika ut.

Nationella vårdkompetensrådet ger i slutet av detta kapitel sin sammanfattande bedömning av kompetensförsörjningen för tandläkare. Tandläkare skiljer sig från flera andra legitimationsyrken genom att de har en annorlunda styrning av sin specialistutbildning, verkar under reglering av tandvårdslagen samt är aktiva på en arbetsmarknad med ett ersättningssystem som skiljer sig från övrig Hälso- och sjukvård. Rådets förslag på insatser för en förbättrad kompetensförsörjning i avsnitt 5 är avsedda att tillämpas för tandläkare i de fall det är relevant, även om detta inte är specifikt uttryckt vid varje enskilt förslag. Bedömningen är att de flesta förslagen sannolikt går att applicera för tandläkare trots ovan beskrivna skillnader. I avsnittet Avgränsningar (se 4.6.3) framgår en kort beskrivning av områden som kan behöva ytterligare analys och fördjupning.

4.6.2 Bakgrund

Omvärldsfaktorer som påverkar tandhälsan och tandvården

Det finns en rad omvärldsfaktorer som påverkar tandhälsan och tandvården, liknande de som påverkar övrig hälso- och sjukvård, såsom den demografiska utvecklingen, ökad urbanisering, migration, välfärdsystemens utformning (där tandvården avviker med en jämförelsevis hög andel egenfinansiering), ökande inkomst- och förmögenhetsskillnader i samhället,

andra socioekonomiskt relaterade skillnader samt levnadsvanor. Covid 19-pandemin påverkade också tandvården; antalet besökare minskade kraftigt i samband med pandemins utbrott, mest bland personer 70 år och äldre, och för kvinnor något mer än för män.[198]

Tandvårdens organisation

Tandvårdens organisation har vissa likheter med den övriga hälso- och sjukvården, men det finns också stora skillnader. Tandvård bedrivs till exempel på relativt små mottagningar och kliniker, till skillnad från mycket annan hälso- och sjukvård. Ytterst utgår tandvårdens organisation från de lagar som styr, framför allt tandvårdslagen (1985:125), men även till exempel patientsäkerhetslagen (2010:659). Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) gäller däremot inte tandvården, även om tandvård definitionsmässigt är en typ av hälso- och sjukvård.[199] En skillnad mellan hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen, som påtalats i de dialogsamtal som rådet genomfört under arbetet med förevarande regeringsuppdrag att ta fram förslag till en plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning, är att det i hälso- och sjukvårdslagen finns bestämmelser om regioner och kommuners medverkan vid forskning[200], medan sådana bestämmelser saknas i tandvårdslagen. I betänkandet När behovet får styra[201], ges förslag till lagändringar i tandvårdslagen om att tandvården ska vara av god kvalitet och stå *i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet*, eftersom vetenskap och beprövad erfarenhet inte finns med som kvalitetsnorm i tandvårdslagen.

Av Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för tandvården framgår att denna behöver samverka mer med den övriga hälso- och sjukvården, barnhälsovården, skolan, den kommunala omsorgen inom socialtjänsten med flera aktörer, för att främja en god munhälsa i befolkningen. Då krävs bl.a. att tandvården inkluderas i hälso- och sjukvårdens övergripande arbete för bättre samordning. Som exempel nämns att tandvård kan inkluderas i patientens vårdplan, och att tandvård och munhälsa numera ingår i flera av de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen. Läkar- och sjuksköterskeutbildningarna behöver enligt myndigheten tydligare belysa kopplingen mellan munhälsa och allmän hälsa. Myndigheten avser följa upp samordning exempelvis genom indikatorer som mäter andelen tandvårdskliniker, kommuner och hälso- och sjukvårdsverksamheter som uppger att de arbetar med samordnade insatser där tandvård inkluderas i vårdkedjan.[202]

---

[198] SOU 2021:8. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa, Vol. 1.
[199] Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för tandvård (2022).
[200] Exempelvis 18 kap 2 § HSL: Regioner och kommuner ska medverka vid finansiering, planering och genomförande av dels kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område, dels folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Regioner och kommuner ska i dessa frågor, i den omfattning som behövs, samverka med varandra och med berörda universitet och högskolor.
[201] SOU 2021:8.
[202] Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för tandvård (2022).

Vad arbetar tandläkarna med?

Av betänkandet När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa framgår att en allt större andel av tandläkarna är nyligen examinerade vid jämförelse mellan 1998 och 2018. År 2018 var 24 procent av tandläkarna yngre än 35 år jämfört med 10 procent 20 år tidigare. Vidare framgår att unga mindre erfarna tandläkare producerar i snitt 10–25 procent mindre tandvård än äldre mer erfarna, vilket betyder att för varje tandläkare som går i pension behövs mer än en nyexaminerad tandläkare för att bibehålla tandvårdens kapacitet. De praktiska momenten i tandvårdsutbildningarna har minskat över tid. Detta har fått till följd att det i dag är vanligt att som nyligen legitimerad tandvårdspersonal[203] börja med ett till två års introduktion i yrket, vilket även innebär att mer resurser behöver knytas till handledande moment.[204]

De nylegitimerade tandläkarna har ett behandlingspanorama som är något smalare än bland de som varit längre i yrket. Behandlingspanoramat breddas sedan i samband med att antal år i yrket ökar. Störst är förändringen de tio första åren efter legitimation. De nylegitimerade tandläkarna arbetar dock med ett bredare behandlingspanorama 2022 än de gjorde 2012. Bl.a. har andelen tandläkare som arbetar med implantatbehandling ökat och det är även större andelar som arbetar med hälsofrämjande och informationsåtgärder jämfört med tandläkare som varit lika länge i yrket 2012.[205]

Sett över en längre tidsperiod finns en utveckling mot att allt fler specialisttandläkare är anställda av privata vårdgivare. Privata vårdgivare utför fler omfattande behandlingar, vilket delvis förklaras av att de har fler äldre patienter jämfört med folktandvården.[206] Kvinnor arbetar i mindre utsträckning med implantatbehandling jämfört med män och generellt är det vanligare bland tandläkare i privattandvård än i folktandvård att arbeta med implantatbehandlingar. Efter 10 år i yrket slutar ca 15 procent av det totala antalet tandläkare att arbeta och återfinns varken inom privat regi eller inom folktandvården.[207]

Tandläkare med kortare yrkeserfarenhet arbetar i högre grad i mindre städer och glesbygdskommuner. Med stigande yrkeserfarenhet ökar andelen aktiva tandläkare i storstäder och pendlingskommuner. Förflyttningen stannar av efter 11–13 år i yrket och därefter finns det inte några signifikanta skillnader mellan de undersökta grupperna, med 11–13 respektive 21–23 års yrkeserfarenhet. .[208] En utförligare beskrivning av fördelningen av

[203] Avser både tandläkare och tandhygienister.
[204] SOU 2021:8.
[205] Socialstyrelsen, Yrkesutövning bland olika generationer av legitimerad tandvårdspersonal (2023)
[206] SOU 2021:8.
[207] Socialstyrelsen. Yrkesutövning bland olika generationer av legitimerad tandvårdspersonal (2023).
[208] Ibid.

sysselsatta tandläkare och specialisttandläkare finns i avsnittet Från legitimation till sysselsättning.

Utbildning av specialisttandläkare

Sedan 90-talet finns en modell som syftar till att utbildningen av specialisttandläkare samordnas och finansieras gemensamt av regionerna. Detta skiljer sig åt från läkarnas specialiseringstjänstgöring där var och en av de 21 sjukvårdshuvudmännen ska sörja för sin egen kompetensförsörjning av specialistläkare inom respektive specialitet.[209] Enligt modellen för ST-tandläkare är landet indelat i 5 så kallade ST-regioner. Varje ST-region ansvarar för att utbilda specialisttandläkare (ST-tandläkare). Nationellt sker samverkan genom NSATS, där samtliga ST-regioner är representerade. Representanter för ST-utbildningarnas studierektorer, fakulteterna och Socialstyrelsen är adjungerade. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har en samordningsfunktion för NSATS. Antalet utbildningsplatser i varje region baseras på antalet invånare i ST-regionen. ST-platserna kan sökas av alla behöriga i landet. Urvalet görs genom en nationellt överenskommen meritvärdering. ST-platserna finansieras solidariskt inom varje ST-region av de ingående regionerna i förhållande till befolkningsantalet[210]. Utöver detta kan huvudmännen själva anordna utbildningsplatser utanför detta system. NSATS förfogar över drygt 80 nationellt finansierade platser. Enligt uppgifter som framkommit i dialogsamtal under föreliggande uppdrag täcker dessa ca en tredjedel av platserna som behövs i landet. SKR:s planeringsunderlag från 2019 beskriver att uppdragsutbildningar även fortsättningsvis måste ges, för att antalet specialisttandläkare efter 2027 inte ska minska.[211]

Utmaningar för kompetensförsörjning av tandläkare

Som framgår av sammanfattningen i denna rapport samt av ovan bakgrundsbeskrivning har andelen erfarna tandläkare minskat i offentlig regi samtidigt som de nylegitimerade tandläkarna, som i huvudsak arbetar inom Folktandvården, behöver mer handledning än tidigare. Antalet erfarna tandläkare tenderar också att flytta från mindre orter i glesbygd till större tätorter[212]. I föreliggande flödesanalys redovisas hur tandläkartätheten har minskat i takt med att befolkningen ökat.

Av rapporten Yrkesutövning bland olika generationer av legitimerad tandvårdspersonal[213] framgår att tandläkare som varit kortare tid i yrket behandlar en större andel barnpatienter jämfört med de som varit legitimerade längre. Enligt vad rådet erfar betraktas barnpatienter ofta som

[209] Sveriges Läkarförbund. Utbildningsregioner– regioner med ett särskilt utbildningsuppdrag (2022).
[210] Sveriges Kommuner och Regioner. Planeringsunderlag avseende specialisttandvårdens utveckling 2019–2027 (2019).
[211] Sveriges Kommuner och Regioner. Planeringsunderlag avseende specialisttandvårdens utveckling 2019–2027 (2019).
[212] Socialstyrelsen. Yrkesutövning bland olika generationer av legitimerad tandvårdspersonal (2023).
[213] Ibid.

en större utmaning att behandla eftersom detta kräver både finmotorik att arbeta i ett begränsat utrymme, men också ett särskilt bemötande eftersom barn kan vara rädda för att gå till tandläkaren. Tandläkare som varit längst i yrket har störst andel patienter som är 70 år och äldre.

Vid lärosätena råder brist både på disputerade lärare och doktorandhandledare vilket påverkar återväxten av disputerade lärare. Det beskrivs också hur det råder praktiska svårigheter att utöka antalet utbildningsplatser eftersom lokalerna inte är anpassade efter att ta emot fler studenter.

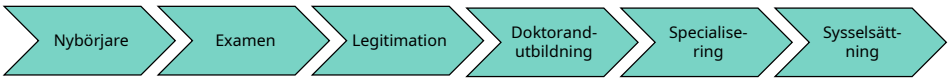
4.6.3 Metod

Inom ett gemensamt regeringsuppdrag som Universitetskanslersämbetet (UKÄ) och Socialstyrelsen hade 2016–2019 genomfördes statistikbaserade flödesmodeller för vissa yrken[214]. Modellerna togs fram som pilotmodeller för att belysa kompetensförsörjningsfrågan från påbörjade studier till etablering på arbetsmarknaden. Efter beslut i Nationella vårdkompetensrådet pågår kartläggningar genom flödesmodellen av de 22 legitimationsyrkena som omfattas av rådets verksamhet. I april 2021 publicerades flödesbeskrivningar för yrkesgruppen läkare[215] och i oktober 2021 publicerades flödesbeskrivningar för yrkesgruppen biomedicinsk analytiker[216].

Flödesmodellen (se figur 2) åskådliggör genomströmningen för den aktuella yrkesgruppen, både i sin helhet och för olika undergrupper uppdelat på ålder, kön och svensk eller utländsk utbildning. Data presenteras i aggregerad form, det vill säga på övergripande nivå. Det betyder att enskilda individers väg från nybörjare till examen samt från legitimation till doktorsexamen inte kan följas. Däremot framgår en helhetsbild för de nämnda mätpunkterna och det totala statistikflödet över tid i form av kohorter, till exempel legitimationskohorter (det vill säga alla som blev legitimerade ett visst år).

[214] Uppdrag om samverkan kring kompetensförsörjningsfrågor i hälso- och sjukvården (S2016/04992).
[215] Nationella vårdkompetensrådet. Statistikbaserade flödesbeskrivningar för yrkesgruppen läkare (2021:2).
[216] Ibid.

Figur 2: Illustration av flödesmodellen applicerad på tandläkare



Flödesbeskrivningen för tandläkare som presenteras i detta underlag, baseras huvudsakligen på statistik från utbildningsregistret (UREG), som förvaltas av Statistiska centralbyrån (SCB), samt Socialstyrelsens förteckning LOVA (Legitimerad Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus)[217] och registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (Hosp).

De olika registren innehåller bl.a. uppgifter om utbildningars nivå och inriktning, studenternas kön, ålder, legitimationsår och arbetsmarknadsstatus. Flödesbeskrivningen för tandläkare har fyra mätpunkter: studiestart, examina, doktorsexamen och bevis om specialistkompetens. Data för mätpunkterna är analyserade retrospektivt. Det innebär att för att till exempel beräkna tiden från nybörjare till examen definieras kohorterna på examensår vartefter kohorterna följs bakåt i tiden för att på så vis få fram studenternas nybörjarår. Redovisningen omfattar däremot inte mätpunkter i fråga om akademiska tjänster såsom tid mellan doktorsexamen och anställning som lektor och professor. Inte heller förenade anställningar omfattas av underlaget. UREG tillhandahåller uppgifter som senast från 2021. Data som specialbeställts från SCB innehåller data som senast från 2020, eftersom det var den som fanns tillgänglig när beställningen gjordes. Statistiken är uppdelad på kön, åldersgrupp och utbildningsland där det är möjligt.

Avgränsningar

I föreliggande rapport behandlas uppgifter enkom för tandläkare. Nationella vårdkompetensrådet är medvetet om att fler yrken är verksamma inom tandvården, såsom tandhygienist och tandsköterska. Rådet konstaterar också att det finns fler frågor rörande kompetensförsörjning för tandläkare som inte är möjligt att omhänderta inom ramen för detta uppdrag, exempelvis:

- En kartläggning av disputerade tandläkare som helhet, inte bara inom odontologi.
- En kartläggning av var disputerade tandläkare arbetar; hur stor andel som arbetar på lärosäten jämfört med i regiondriven och privat vård.

[217] LOVA skapas genom samkörning av data från Hosp och data från SCB:s register Longitudinell Integrationsdatabas för Sjukförsäkrings- och Arbetsmarknadsstudier (LISA).

- Tandläkarstudenternas beredskap att tillgodogöra sig högre studier och hur detta påverkar genomströmningen. Riksrevisionen genomför en granskning av lärosätenas och regeringens åtgärder för att motverka avhopp från grundutbildningar till bristyrken, som beräknas vara färdig i oktober 2024.[218]
- Tandläkarstudenternas förväntan på yrkeslivet – rådet har fått vittnesmål under dialogsamtal om ett ökat intresse av att arbeta med estetiska åtgärder, samtidigt som farhågor lyfts om att arbeta med s.k. ”tunga patienter” såsom barn och äldre.
- En kartläggning av hur tandvårdspersonal fördelar sin arbetstid – mellan medicinskt motiverade åtgärder och estetiska åtgärder, något som påverkar behovet av tandvårdspersonal för att tillgodose det medicinska behovet. I dag saknas kunskap om hur tandläkare och annan tandvårdspersonal fördelar sin tid mellan medicinskt motiverade patientnära åtgärder, estetiska behandlingar och administrativ tid[219].

Handledarkapacitet för doktorander, en kartläggning av möjligheterna för andra yrkeskategorier att bistå i vetenskaplig handledning och av hur vanligt detta är redan i dag.

Socialstyrelsen har i den sammanfattande analysen i Nationella planeringsstödets delrapport om tandvård[220] gjort bedömningen att myndigheten ser ett behov av fortsatt dialog och utveckling av underlag bl.a. gällande fortsatt utveckling av statistiska underlag som beskriver tandvårdspersonalens flyttmönster, arbetsuppgifter, karriärutveckling, arbetsvillkor och arbetsmiljö samt fortsatta analyser över i vilken mån det finns förändringar i attityder till arbete bland studenter och tandvårdspersonal, framförallt under de 10 första åren i yrket.

4.6.4. Från nybörjare till examen på utbildningen till tandläkare

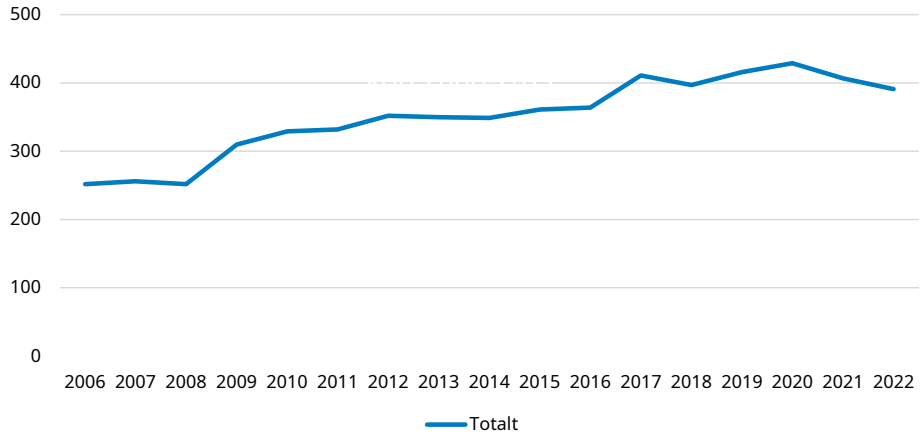
Tandläkarexamen är en yrkesexamen på avancerad nivå i högskolan med en omfattning om 300 högskolepoäng, vilket motsvarar fem års heltidsstudier. Utbildningen ges vid fyra lärosäten: Göteborgs universitet, Karolinska institutet, Malmö universitet och Umeå universitet. Den som har avlagt tandläkarexamen kan efter ansökan få legitimation som tandläkare.

Det totala antalet nybörjare per år på tandläkarutbildningen har ökat mellan åren 2006–2022, från strax över 250 personer 2006 till strax över 390 personer 2022 (se diagram 47). År 2020 hade tandläkarutbildningen det

[218] Riksrevisionen. Hämtad från hemsidan 2024-02-09.
[219] Sådan tid kan, utöver ren klinikadministration, även inkludera terapimöten, utformande av terapi- och kostnadsförslag till patienter, beställningar till tandtekniker o.dyl.
[220] Socialstyrelsen. Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 3 av 3. Resurs- och kapacitetskarta för tandvårdens personalförsörjning.

högsta antalet nybörjare för mätperioden, drygt 430 personer. Den tillfälliga uppgången är enligt Universitetskanslerämbetet (UKÄ) sannolikt en effekt av covid-19-pandemin och speglar ett generellt mönster inom högskolan, där antalet sökande till utbildningar ökade under pandemins första år[221].

Diagram 47. Antal nybörjare på tandläkarutbildningen per nybörjarår 2006–2022

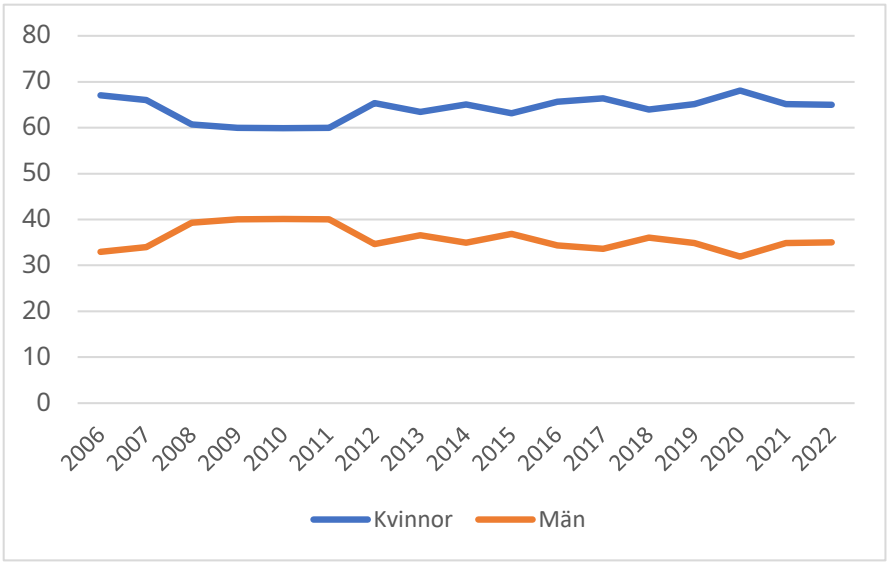


Källa: SCB

Fler kvinnor än män utbildar sig till tandläkare. Detta framgår av diagram 48, som visar könsfördelningen bland nybörjare på tandläkarutbildningen för åren 2006–2022. Diagrammet visar att andelen kvinnliga nybörjare har legat relativt konstant under åren 2006–2022, med mellan 60 och 68 procent.

[221] Antalet nybörjare i högskolan ökade exempelvis kraftigt läsåret 2019/2020 jämfört med föregående läsår. En permanent utbyggnad av högskolans utbildning inleddes under våren 2020 tillsammans med tillfälliga resurstillskott för sommarkurser och behörighetsgivande utbildningar. Allt för att lärosätena snabbt skulle kunna ta emot unga personer som riskerade att hamna i arbetslöshet och ge personer som blivit permitterade möjlighet att vidareutbilda sig under permitteringstiden. Källa: UKÄ, Universitet och högskolor, Årsrapport 2021.

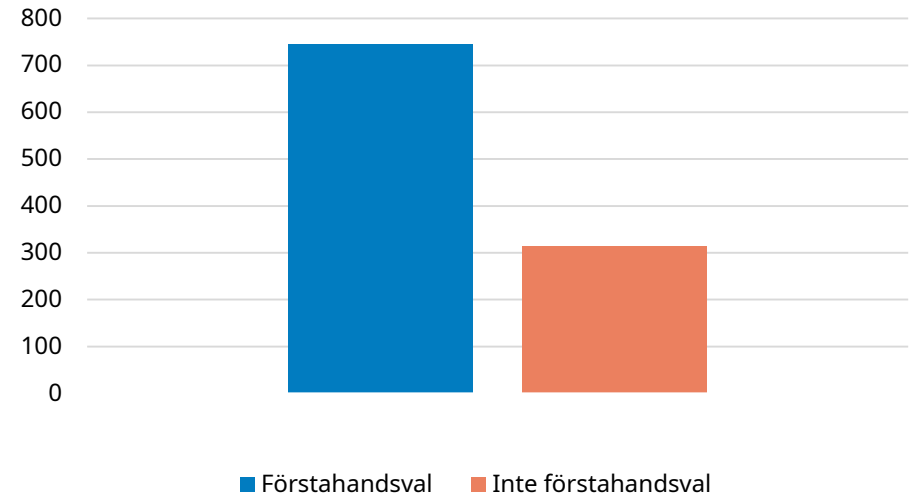
Diagram 48. Andel nybörjare på tandläkarutbildningen efter kön 2006–2022 (i procent).



Källa: SCB

Majoriteten av programnybörjarna på tandläkarutbildningen hade utbildningen som förstahandsval, vilket framgår av diagram 49 som visar antalet nybörjare på tandläkarprogrammet under åren 2013–2015 uppdelat på förstahandsval eller inte förstahandsval.

Diagram 49. Antal nybörjare på tandläkarutbildningen efter förstahandsval och inte förstahandsval. År 2013–2015

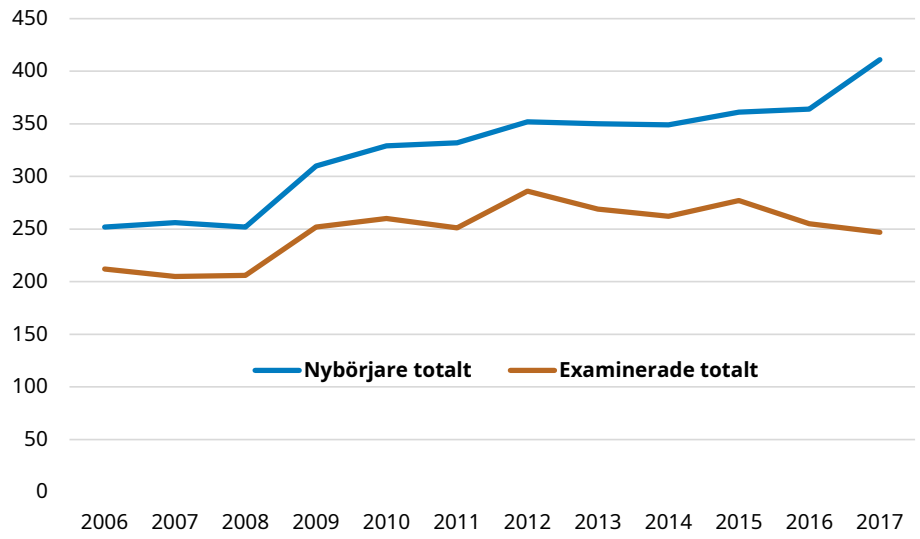


Källa: SCB

Diagram 50 visar antalet nybörjare och antal examinerade från tandläkarutbildningen under åren 2006–2017. De som var nybörjare ett visst år och tog examen inom ramen för programmets studielängd, syns som examinerade fem år efter sitt nybörjarår i diagrammet. Diagrammet visar att skillnaden mellan antalet nybörjare och examinerade varierar något under mätperioden. År 2009 förefaller en förändring ske varefter antalet

examinerade inte ökar i samma takt som antalet nybörjare. Skillnaden ökar från 2015 och störst skillnad mellan antalet nybörjare och examinerade var det 2017. Av de drygt 410 studenter som började tandläkarutbildningen 2017 tog drygt 250 studenter examen inom ramen för programmets studielängd på fem år. Den stora skillnaden mellan antalet nybörjare och examinerade i slutet av mätperioden kan delvis förklaras av att alla de som var nybörjare i slutet av perioden ännu inte hade hunnit avlägga examen. Mätperioden har därför avgränsats till 2017, eftersom de som var nybörjare 2017 knappt hunnit avlägga examen inom ramen för programmets nominella studielängd vid uppföljningen 2022. Statistiska centralbyrån (SCB) följer upp antal examinerade under den nominella studietiden på fem år plus tre år.

Diagram 50. Antal nybörjare och examinerade på tandläkarutbildningen per nybörjarår. År 2006–2017.



Källa: SCB

Tabell 76 visar antal examina och examensfrekvens[222] för nybörjare på tandläkarutbildningen bland studenter som tog examen inom en uppföljningstid omfattande programmets ordinarie studietid om fem år plus tre år efter detta. Examensfrekvensen har varierat under mätperioden, mellan 85 procent för de som var nybörjare på utbildningen 2004/2005 och 2006/2007 till 73 procent för de som var nybörjare 2013/2014.

[222] Med examensfrekvens avses den andel i procent av nybörjarna ett visst läsår som har tagit ut en tandläkarexamen inom programmets nominella studietid (i det här fallet fem år) plus tre år.

Tabell 76. Examensfrekvens för nybörjare på tandläkarutbildningen till och med uppföljningsåret 2011/12–2021/22[223]

Examinerade t.o.m. uppföljningsåret 2011/12–2021/22

Totalt (I antal)	Examen*					Ej exa-men		Summa
Nybörjarel äsår	Antal nybörjare	Yrkes exame n i tandlä kar-progra mmet	Annan yrkes-examen	Gene rell exam en	Registrera de på programm et**	Registre rade övrigt***	Ej regist rerad e****	
2004/2005	227	85	4	1	1	3	6	100
2005/2006	240	83	8	0	1	4	5	100
2006/2007	249	85	7	1	1	4	3	100
2007/2008	255	81	9	2	2	3	4	100
2008/2009	277	83	1	1	4	3	3	100
2009/2010	323	76	10	1	2	6	5	100
2010/2011	335	81	10	0	0	2	6	100
2011/2012	336	75	11	1	2	6	5	100
2012/2013	348	79	8	2	1	5	4	100
2013/2014	353	73	11	1	2	7	6	100
2014/2015	351	78	9	1	1	4	8	100

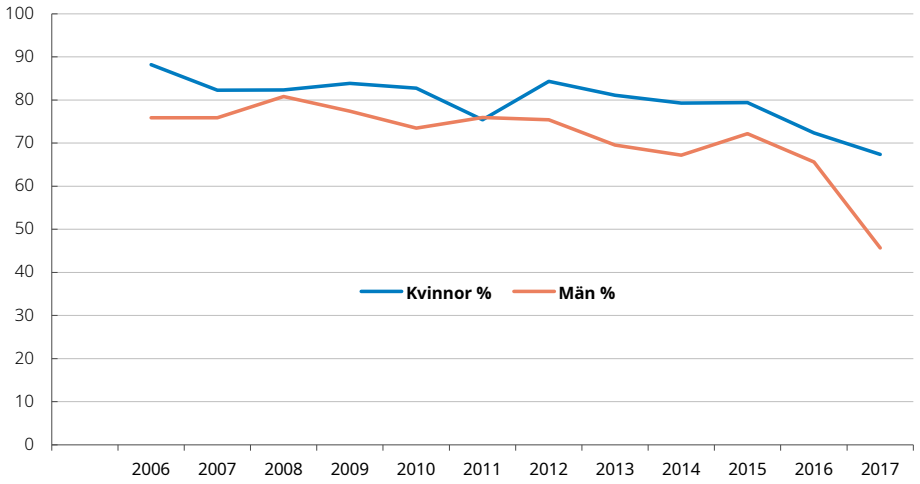
* Uppgift om examinerade avser uttaget examensbevis från och med nybörjarläsåret till och med uppföljningsåret.
** Registrerade på tandläkarutbildningen men inte tagit examen inom uppföljningstiden (programmets nominella studietid + tre år).
*** Registrerade övrigt avser studenter som inte längre är registrerade på sitt nybörjarprogram men är registrerad på annan högskoleutbildning.
**** Ej registrerade avser studenter som inte tagit examen och som inte är registrerade i högskolan.

Källa: SCB.

Diagram 51 visar examensfrekvensen efter kön per nybörjarår 2006–2017. Av diagrammet framgår att kvinnorna har en högre examensfrekvens på tandläkarutbildningen än männen. Att examensfrekvenserna är högre bland kvinnor än män är inte unikt för tandläkarutbildningen utan följer det generella mönstret i högskolan. Även här är en viktig förklaring till att examensfrekvenserna minskar för de senare åren att de som var nybörjare i slutet av perioden ännu inte hade hunnit avlägga examen.

[223] Examensfrekvens för nybörjare på yrkesexamensprogram uppföljningsåret 2011/12-2021-22 (2023-05-24). Hämtad på hemsida: https://www.scb.se/uf0208.

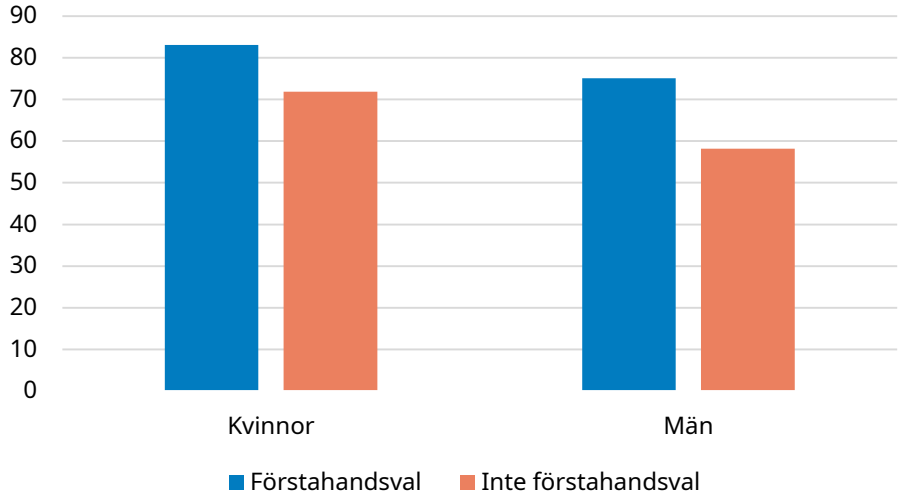
Diagram 51. Examensfrekvens på tandläkarutbildningen efter kön per nybörjarår 2006–2017 (i procent).



Källa: SCB

Bland de nybörjare under åren 2013–2015 som hade tandläkarutbildningen som förstahandsval tog en större andel examen än de som inte hade utbildningen som förstahandsval, vilket framgår av diagram 52. Av de män som började på tandläkarutbildningen åren 2013–2015, men inte hade det som sitt förstahandsval, tog 58 procent examen. För motsvarande grupp bland kvinnorna tog 72 procent examen.

Diagram 52. Examensfrekvens på tandläkarutbildningen efter studieval och kön under nybörjaråren 2013–2015 (i procent).



Källa: SCB

Tabell 77 visar den genomsnittliga bruttostudietiden, dvs. den faktiska tiden det tar för en student mellan programstart och examen, per år under åren 2012–2022. Under åren 2012–2022 har nästan ingen förändring skett i genomsnittlig bruttostudietid. År 2012 tog det i genomsnitt 5,3 år för en student mellan programstart till examen, år 2022 tog det i genomsnitt 5,5 år.

Det har i genomsnitt tagit lika lång tid för kvinnor och män att ta examen från tandläkarutbildningen. Den genomsnittliga bruttostudietiden för både kvinnor och män under åren 2012–2022 är 5,4 år.

Tabell 77. Examinerade på tandläkarutbildningen efter genomsnittlig bruttostudietid (antal år).

Examensår	Kvinnor	Män	Totalt
2012	5,3	5,3	5,3
2013	5,4	5,3	5,4
2014	5,5	5,4	5,5
2015	5,3	5,4	5,3
2016	5,5	5,3	5,4
2017	5,4	5,4	5,4
2018	5,4	5,5	5,4
2019	5,4	5,4	5,4
2020	5,3	5,2	5,2
2021	5,4	5,5	5,4
2022	5,4	5,6	5,5
Totalt 2012–2022	5,4	5,4	5,4

Källa: SCB

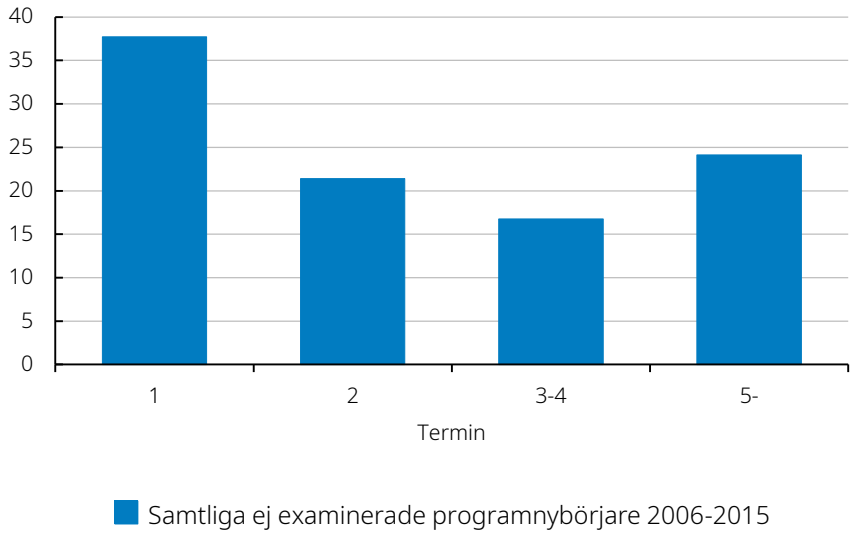
4.6.5 Från påbörjade studier till avhopp – ej examinerade på utbildningen till tandläkare

Diagram 53 visar andelen studenter som ej examinerats under åren 2006–2015 redovisat per termin. Som ej examinerad räknas studenter som inte är registrerade vid utbildningen vid tiden för uppföljning, dvs efter fem plus tre år. Beräkningen är gjord från första terminen till den sista som finns registrerad. Terminen för sista registrering tar dock inte hänsyn till uppehåll i utbildningen, varför det skulle kunna rymmas studenter i de undersökta grupperna som avregistrerats pga. studieuppehåll och som ännu inte examinerats vid tiden för uppföljning (2022). Av de studenter som under perioden inte examinerats skedde flest avhopp på termin ett (38 procent), vilket motsvarar 250 av drygt 660 studenter. 24 procent av studenterna avregistrerades under termin fem eller senare, tätt följt av 21 procent av studenterna som avregistrerades under termin två. Majoriteten av studenterna som avregistrerades i förtid var 29 år eller yngre. Av de tandläkarstudenter som var 29 år eller yngre avregistrerades flest antal under

termin ett (231 stycken), medan flest tandläkarstudenter 30 år eller äldre avregistrerades från studierna under termin fem eller senare (26 stycken). Hur vanligt det är med studieuppehåll längre än den gängse uppföljningstiden på sammantaget åtta år, eller som i datan nedanför, vid sju års uppföljning efter termin fem, saknar rådet kännedom om.

Universitetskanslersämbetet (UKÄ) och Statistiska centralbyrån (SCB) har i rapporten Genomströmning på grundnivå och avancerad nivå till och med 2019/20 följt upp antalet nybörjare på tandläkarutbildningen som inte var registrerade på programmets andra termin, till och med läsåret 2019/2020. De som följs upp var nybörjare på programmet under läsåren 2009/10–2015/16. 70 procent av de som inte fanns kvar på tandläkarutbildningen andra terminen hade bytt till annan högskoleutbildning.[224]

Diagram 53. Andel ej examinerade studenter på tandläkarutbildningen efter sista registrerad studietermin 2006–2015 (i procent). *

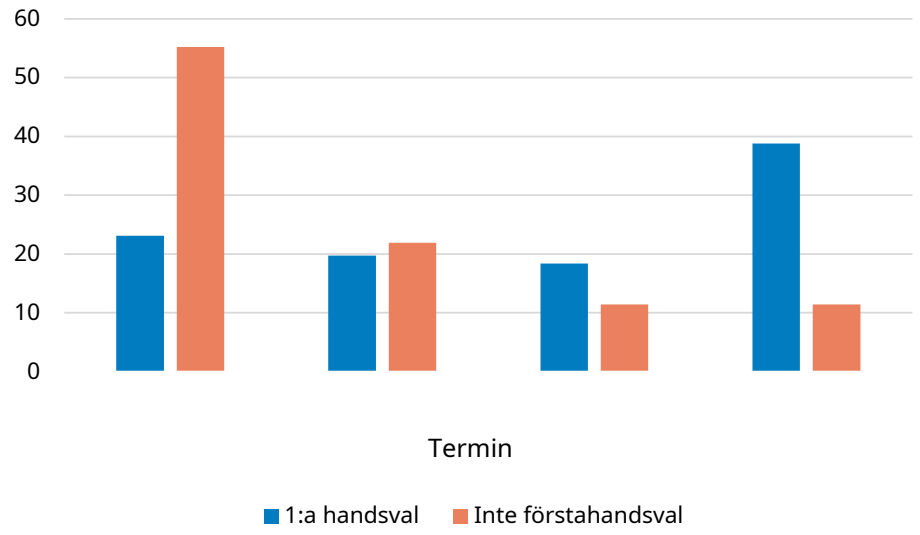


Källa: SCB/LADOK

* Terminen för sista registrering tar inte hänsyn till uppehåll i utbildningen. Det finns inget ordningsnummer för terminerna i registret. Beräkningen är gjord från första terminen till den sista som finns registrerad. Termin 1 betyder att studenten inte kom längre i utbildningen än första terminen osv.

[224] Genomströmning på grundnivå och avancerad nivå till och med 2019/20, UF 20 SM 2103.

Diagram 54. Andelen ej examinerade nybörjare efter förstahandsval och ej förstahandsval per sista registrerad studietermin år 2013–2015 (i procent) *.



Källa: SCB/LADOK

* Det finns inget ordningsnummer för terminerna i registret. Termin 1 betyder att studenten inte kom längre i utbildningen än första terminen osv. Uppgift om förstahandsval finns bara för de senaste 10 åren (2013–2022), och eftersom utbildningen är lång kan inte så många tas med i tabellen.

Diagram 54 illustrerar andelen ej examinerade efter förstahandsval. Liksom beskrivits till diagram 53 tar terminen för sista registrering inte hänsyn till uppehåll i utbildningen, varför det skulle kunna rymmas studenter i de undersökta grupperna som avregistrerats pga. studieuppehåll och som ännu inte examinerats vid tiden för uppföljning (2022).[225] För individer som inte sökt utbildningen som sitt förstahandsval förefaller det vanligast att avsluta studierna i förtid i första hand under termin ett, 55 procent i denna grupp, följt av termin två (22 procent för denna grupp). För de individer som sökt tandläkarutbildningen som förstahandsval förefaller det vanligast att avsluta studierna under termin fem eller senare. Detta gäller för 39 procent av de icke-examinerade i denna grupp. Hur vanligt det är med studieuppehåll längre än den gängse uppföljningstiden på sammantaget åtta år, eller som i datan ovanför, vid sju års uppföljning efter termin fem, saknar rådet kännedom om.

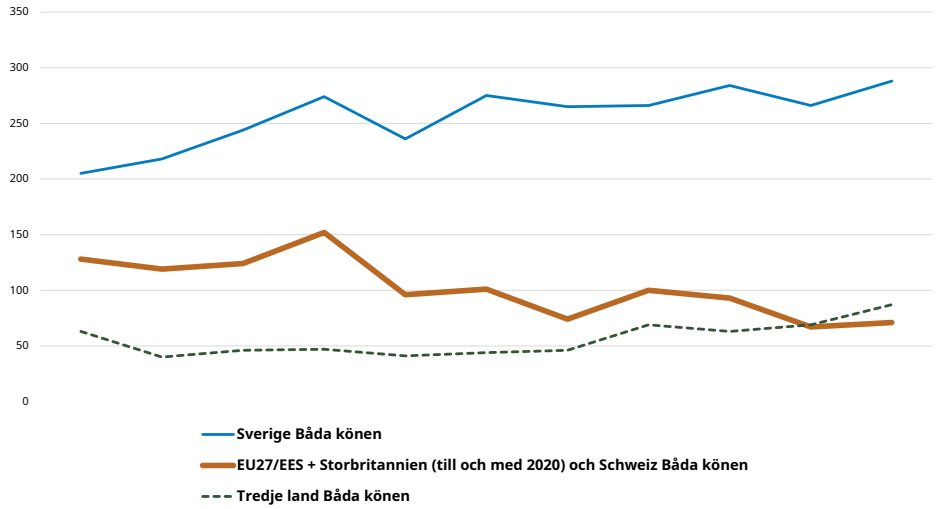
[225] Som ej examinerad räknas studenter som inte är registrerade vid utbildningen vid tiden för uppföljning, dvs efter fem plus tre år. Beräkningen är gjord från första terminen till den sista som finns registrerad.

4.6.6 Från tandläkarexamen till legitimation för tandläkaryrket

Personer som erhållit tandläkarexamen i annat land än i Sverige men som önskar arbeta i Sverige kan genomföra kompletteringsutbildning för tandläkare. Kompletteringsutbildningen för tandläkare omfattar 60 högskolepoäng. Efter genomförd utbildning kan en ansökan göras om legitimation för tandläkaryrket vid Socialstyrelsen.

Av diagram 55 framgår att antalet utfärdade tandläkarlegitimationer per år för individer med examen inom Sverige har ökat under åren 2012–2022, från över 200 till strax under 290 legitimationer 2022. Antalet utfärdade legitimationer för utbildning i tredje land har ökat under 2012–2022, från över 60 till strax under 90. År 2022 utfärdades flest antal legitimationer för personer med utbildning från tredje land för hela mätperioden, dessa uppgick då till drygt 19 procent av det totala antalet utfärdade tandläkarlegitimationer samma år. Denna utveckling kan jämföras med utfärdade legitimationer från utbildning erhållen inom EU/EES och Schweiz inklusive Storbritannien till och med år 2020, där antalet utfärdade legitimationer minskat under åren 2011–2022, från drygt 130 utfärdade legitimationer till strax över 70. År 2022 utgjorde dessa knappt 16 procent av det totala antalet utfärdade tandläkarlegitimationer samma år. Totalt har antalet utfärdade tandläkarlegitimationer ökat med ca 13 procent, från knappt 400 (2012) till knappt 450 (2022).

Diagram 55. Antal utfärdade tandläkarlegitimationer efter utbildningsland. År 2012–2022.



Källa: Socialstyrelsens förteckning LOVA (Legitimerad Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus)

Universitetskanslersämbetet (UKÄ) har i regleringsbreven för 2022 och 2023 haft i uppdrag att följa och redovisa etableringen på arbetsmarknaden för personer som genomgått en utbildning som kompletterar en utländsk

examen, dvs. de som har en examen från tredje land och som behöver komplettera sin utbildning för att kunna ansöka om svensk legitimation. I den undersökta populationen hade 1 010 studenter fullföljt utbildningen. Vid uppföljningarna hade tandläkare den högsta etableringsgraden[226] (87 procent) och hade även en högre andel etablerade bland de som läst en kompletterande utbildning jämfört med motsvarande grupp examinerade i Sverige. Generellt sett har gruppen examinerade i Sverige i genomsnitt en längre uppföljningstid (ca 1,5 år) jämfört med undersökningspopulationen (varierar mellan ett år till 1,5 år). För flertalet av de kompletterande utbildningarna är tillskottet till arbetsmarknaden litet. Tandläkare som fullföljt en kompletterande utbildning utgör dock ett betydande tillskott till arbetsmarknaden, de tillför 14 procent till det totala antalet utbildade tandläkare utöver motsvarande grupp examinerade i Sverige.[227]

4.6.7. Från tandläkarexamen till utbildning på forskarnivå

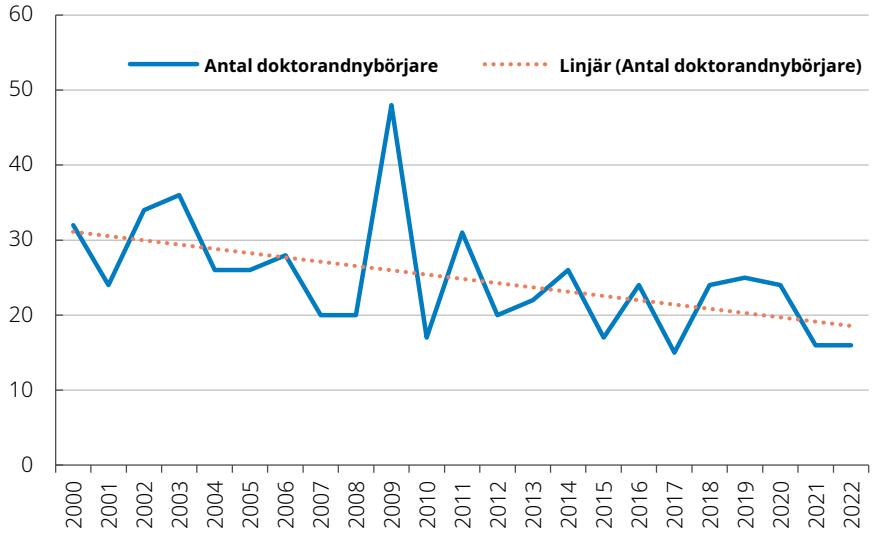
Utbildning på forskarnivå inom odontologi ges vid fyra lärosäten: Göteborgs universitet, Karolinska institutet, Malmö universitet och Umeå universitet.

Tillgången på disputerade lärare är avgörande för om lärosätena dels beviljas examenstillstånd, dels får behålla befintliga examenstillstånd, och är således av vikt för kompetensförsörjningen av tandläkare. Nedan redovisning av doktorandutbildningarna i odontologi syftar till att åskådliggöra hur återväxten ser ut för disputerade lärare.

Antalet nybörjare per år på utbildning på forskarnivå, här även kallade doktorandutbildningar, i odontologi har varierat mellan åren 2000–2022. År 2009 började flest antal doktorander, drygt 50 personer. År 2021 och 2022 har antalet doktorandnybörjare varit strax över 15 personer.[228] Av diagram 56 framkommer att antalet antagna doktorandnybörjare varierar mellan åren men med en minskande trend 2000–2022.

[226] Etableringsgrad definieras som antalet etablerade (med god ställning på arbetsmarknaden) dividerat med summan av antalet etablerade, antal med osäker ställning, antal med svag ställning och antalet som var utanför arbetsmarknaden. Källa: Universitetskanslersämbetet.
[227] Universitetskanslersämbetet. Etablering på arbetsmarknaden för personer som kompletterat utländsk examen (2022).
[228] Ur dialogsamtal med företrädare för tandläkarutbildningarna i Sverige framkommer dock bilden av att andelen utländska doktorander inom odontologi är låg.

Diagram 56. Antal doktorandnybörjare per år inom odontologi i riket. År 2000–2022.



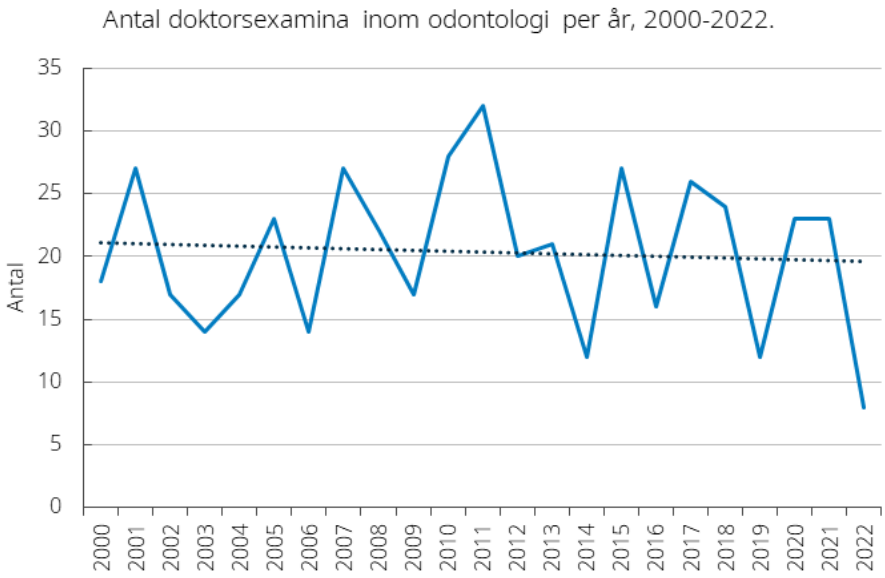
Källa: UKÄ

Diagram 57 visar antalet doktorsexamina per år inom odontologi under åren 2000-2022. Antalet avlagda doktorsexamina inom odontologi varierar mellan åren men med en svagt nedåtgående trend.[229]

Av den totala populationen sysselsatta legitimerade tandläkare upp till 74 år hade 2021 två procent en doktorsexamen. Det gäller både bland kvinnor och män.[230]

[229] Antalet doktorsexamina inom odontologi kan inkludera doktorander som inte har tandläkarbakgrund. Rådet har valt att avgränsa urvalet i denna rapport till doktorander inom odontologi och saknar uppgifter om hur många tandläkare som doktorerar inom andra forskningsämnen.
[230] Statistikunderlag från Statistiska Centralbyrån (SCB).

Diagram 57. Antalet doktorsexamina per år inom odontologi i riket. År 2000–2022.



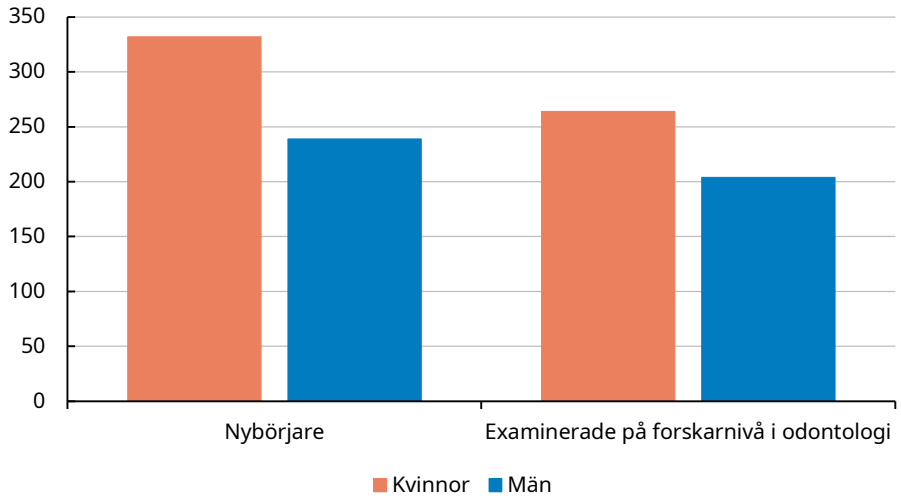
Källa: UKÄ

Fler antal kvinnor än män doktorerar i odontologi. Diagram 58 visar könsfördelningen mellan doktorandnybörjare inom odontologi under åren 2000–2022. Under perioden hade strax över 330 kvinnor och drygt 240 män börjat på doktorandutbildningen i odontologi och över 260 kvinnor och 200 män hade avlagt examen på forskarnivå. Resultatet kan jämföras med exempelvis läkare, där antalet kvinnor som doktorerat är färre än männen.[231]

Andelen män i populationen som har både examen på forskarnivå (i det följande även doktorsexamen) och bevis om specialistkompetens var 4 procent och motsvarande andel för kvinnorna var 3 procent.

[231] Nationella vårdkompetensrådet. Statistikbaserade flödesbeskrivningar för yrkesgruppen läkare (2021).

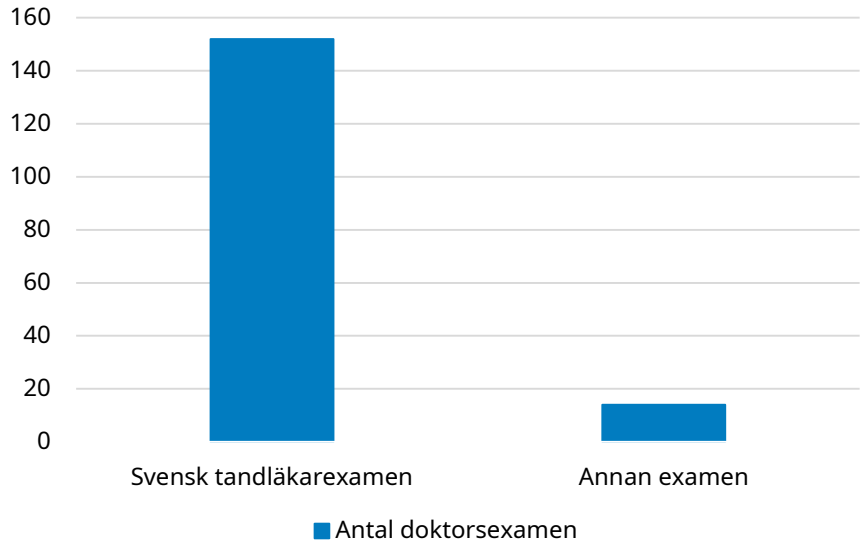
Diagram 58. Totala antalet nybörjare och examinerade på forskarnivå i odontologi per kön. År 2000–2022.



Källa: UKÄ

Bland disputerade sysselsatta tandläkare har majoriteten en examen från ett svenskt lärosäte. Diagram 59 visar antalet sysselsatta legitimerade tandläkare upp till 74 år som har en doktorsexamen, uppdelat utifrån behörighetsgivande utbildning.

Diagram 59. Antal sysselsatta legitimerade tandläkare upp till 74 år med doktorsexamen utifrån behörighetsgivande utbildning 2021.



Källa: SCB

4.6.8 Från tandläkarlegitimation till bevis om specialistkompetens

För att erhålla bevis om specialistkompetens som tandläkare krävs genomgången specialiseringstjänstgöring för tandläkare. För att antas till specialiseringstjänstgöring krävs utfärdad legitimation för tandläkaryrket och minst två års kliniskt arbete. Det finns nio specialiteter inom tandvård: ortodonti (tandreglering), pedodonti (barntandvård), oral protetik (proteser m.m.), käkkirurgi, endodonti (rotbehandling), parodontologi (tandlossningssjukdomar), bettfysiologi (besvär från käkleder och/eller tuggmuskulatur), orofacial medicin (komplexa tillstånd i munnen relaterade till systemsjukdomar eller funktionsvariationer) och odontologisk radiologi.

Tabell 78 visar antalet sysselsatta tandläkare inom hälso- och sjukvården[232] under åren 2017–2021 uppdelat på antalet tandläkare utan specialistutbildning och specialisttandläkare. Under perioden har antalet specialisttandläkare ökat och 2021 utgjorde specialisttandläkare ungefär en åttondel (12 procent) av alla tandläkare inom hälso- och sjukvården.

Tabell 78. Antal tandläkare och därav specialisttandläkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården, åren 2017–2021.

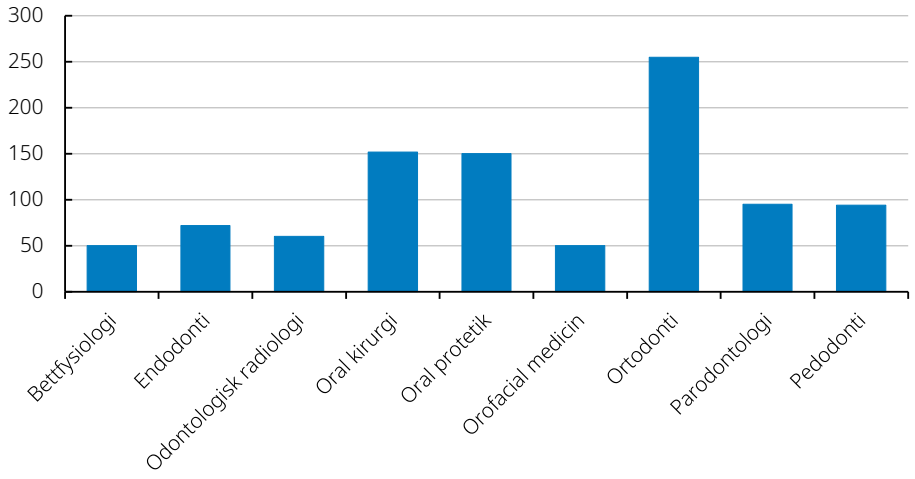
Yrkestyp	2017	2018	2019	2020	2021
Tandläkare	8 177	8 213	8 001	7 981	8 066
Därav					
Specialisttandläkare	934	934	965	978	1 006

Källa: Socialstyrelsens förteckning LOVA (Legitimerad Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus)

Flest specialisttandläkare finns inom ortodonti (255 stycken 2020), därefter är den vanligaste specialistinriktningen oral kirurgi (strax över 150 stycken 2020) och oralprotetik (150 stycken 2020), se diagram 60. Minst antal specialisttandläkare finns inom orofacial medicin (50 stycken 2020) och bettfysiologi (50 stycken 2020).

[232] Av det totala antalet tandläkare arbetar 11 procent utanför hälso- och sjukvården. Av det totala antalet specialister arbetar 15 procent utanför hälso- och sjukvården. Dessa omfattas således inte av tabell 3. Källa: Socialstyrelsens förteckning LOVA (Legitimerad Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus).

Diagram 60. Antal sysselsatta tandläkare per specialisering, inom hälso- och sjukvården. År 2020.



Källa: Socialstyrelsens förteckning LOVA (Legitimerad Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus)

Tabell 79 visar åldersfördelningen mellan olika specialiteter. X betyder att åldersgruppen innehåller för få specialister för att redovisa, streck betyder att det saknas specialister i denna åldersgrupp.

Tabell 79. Specialisttandläkare sysselsatta inom hälso- och sjukvård efter ålder och specialistbevis. 2021.

Grupp	<30 år	30–39 år	40–49 år	50–59 år	60–69 år	70-w år	Totalt
Specialisttandläkare i bettfysiologi	--	12	11	13	11	6	53
Specialisttandläkare i endodonti	--	6	37	15	15	X	75
Specialisttandläkare i odontologisk radiologi	--	5	17	20	15	4	61
Specialisttandläkare i oral kirurgi	--	17	51	43	33	X	152
Specialisttandläkare i oral protetik	--	51	34	47	7	154	15
Specialisttandläkare i orofacial medicin	--	7	12	17	20	X	57
Specialisttandläkare i ortodonti	--	35	97	53	64	X	260
Specialisttandläkare i parodontologi	--	11	32	28	21	X	95
Specialisttandläkare i pedodonti	--	16	30	24	27	X	99

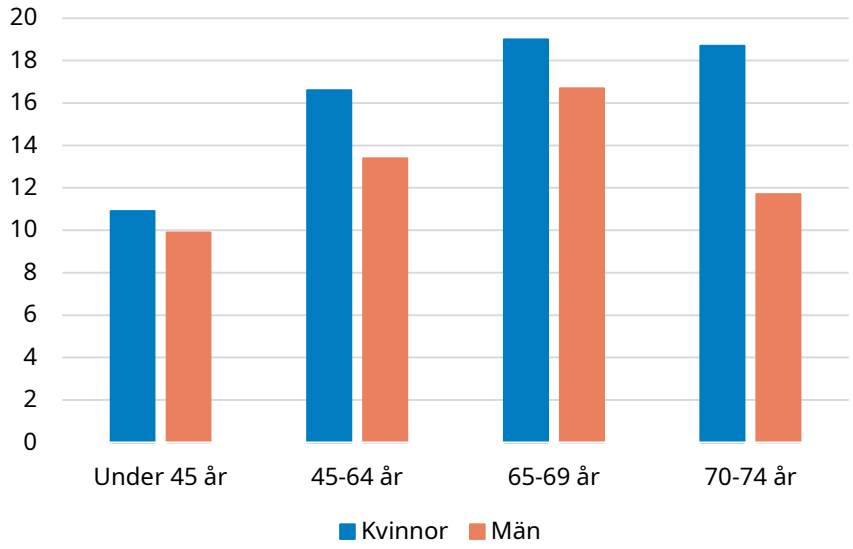
Genomsnittligt antal år mellan tandläkarexamen och bevis om specialistkompetens är 14,2 år för populationen sysselsatta legitimerade tandläkare upp till 74 år. För kvinnor tog det i genomsnitt 15,1 år mellan examen och specialistbevis medan det för män tog 12,9 år. (Källa: SCB)

Diagram 61 visar genomsnittligt antal år mellan tandläkarexamen och bevis om specialistkompetens efter ålder (2021). Diagrammet visar att det gått kortare tid mellan tandläkarexamen och bevis om specialistkompetens för de tandläkare som är 64 år och yngre i jämförelse med tandläkare 65 år eller äldre. Kortast tid har gått för tandläkare under 45 år, i genomsnitt 10,5 år. I gruppen 45–64 år tog det i genomsnitt 15,2 år, i gruppen 65–59 år tog det i genomsnitt 17,8 år och för tandläkare i gruppen 70–74 år tog det i genomsnitt 13,8 år mellan tandläkarexamen och bevis om specialistkompetens. Exakt hur mycket kortare tid det har tagit för de under 45 år är dock svårt att uppskatta, då individer i gruppen fortfarande kan få bevis om specialistkompetens i framtiden. Därför kan den genomsnittliga tiden för denna grupp kunna öka på sikt. Medianåldern för erhållet bevis om specialistkompetens för sysselsatta tandläkare upp till 74 år var 39 år 2021; 40 år för kvinnor och 38 år för män.

Diagram 61 visar också att det gått längre tid mellan tandläkarexamen och erhållet bevis om specialistkompetens för kvinnor än för män. Längst tid har det tagit för kvinnor 65–69 år, i genomsnitt 19 år. För män i motsvarande ålder är siffran 16,7 år. Möjliga förklaringar till skillnaden mellan män och kvinnor kan vara att kvinnor i genomsnitt tar ut mer föräldraledighet och arbetar deltid i större utsträckning än män, vilket förlänger tiden till erhållet bevis om specialistkompetens.

År 2018 blev orofacial medicin en ny specialitet inom tandvården. Tandläkare som i många år varit verksamma inom detta område kunde efter år 2018 ansöka om bevis om specialistkompetens utan att genomgå en viss vidareutbildning, vilket skulle kunna påverka genomsnittstiden mellan examen och specialistbevis för framförallt de äldre åldersklasserna. År 2021 var 89 specialisttandläkare sysselsatta i åldern 55–59 år och av dessa var strax över 10 specialister i orofacial medicin. Av 150 verksamma specialisttandläkare i åldern 60–64-åringar var strax över 10 verksamma som specialister i orofacial medicin år 2021.

Diagram 61. Genomsnittligt antal år mellan examen och bevis om specialistkompetens efter ålder bland tandläkare upp till 74 år med specialistbevis. År 2021.



Källa: SCB

* Tabellen omfattar endast de som både har examen från svenskt lärosäte och bevis om specialistkompetens s. Därför är antalet lägre än i tabell 4 (1249 redovisades). Uppgift om examenstidpunkt för dem med utländsk tandläkarexamen saknas.

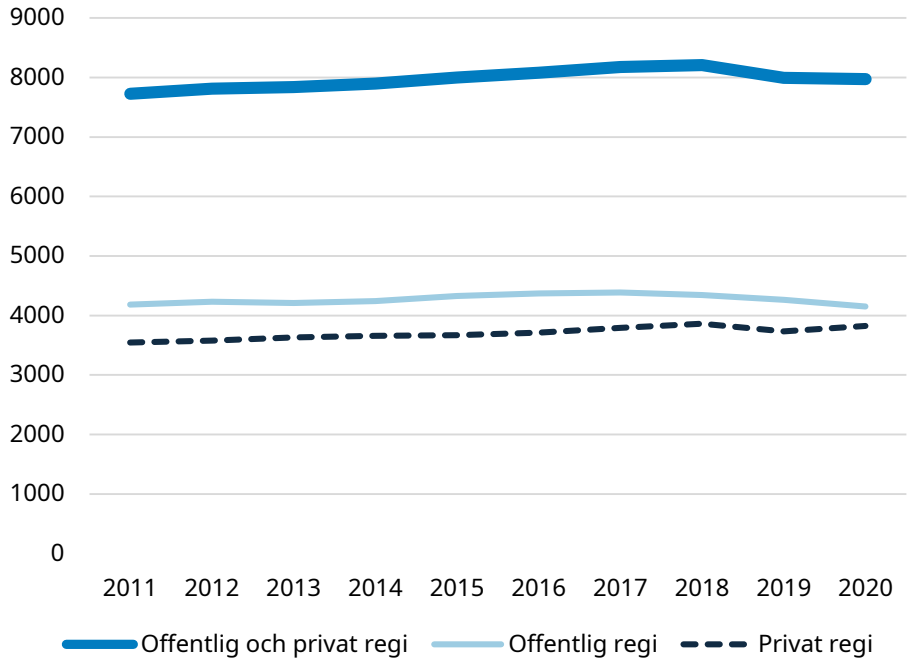
4.6.9 Från legitimation till sysselsättning

Antalet legitimerade tandläkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården uppgick 2021 till 8 066 personer.[233]

Under åren 2011–2020 har det totala antalet sysselsatta tandläkare inom hälso- och sjukvården ökat från över 7 700 personer 2011 till strax under 8 000 personer 2020, vilket framgår av diagram 62 nedan. Diagrammet visar även fördelningen av antalet tandläkare som arbetat i offentlig respektive privat regi. Fler legitimerade tandläkare arbetar i offentlig regi än privat regi, men under mätperioden har antalet sysselsatta tandläkare inom den privata regin ökat och närmat sig nivåerna för offentlig regi. År 2011 arbetade strax under 4 200 tandläkare i offentlig regi och strax över 3 500 tandläkare i privat regi. År 2020 var antalet tandläkare sysselsatta i offentlig regi fortfarande drygt 4 150 och i privat regi över 3 800 personer.

[233] Inräknat i statistiken är även legitimerade sysselsatta tandläkare 70 år och äldre, rådet har i detta avsnitt valt att inte göra någon åldersavgränsning.

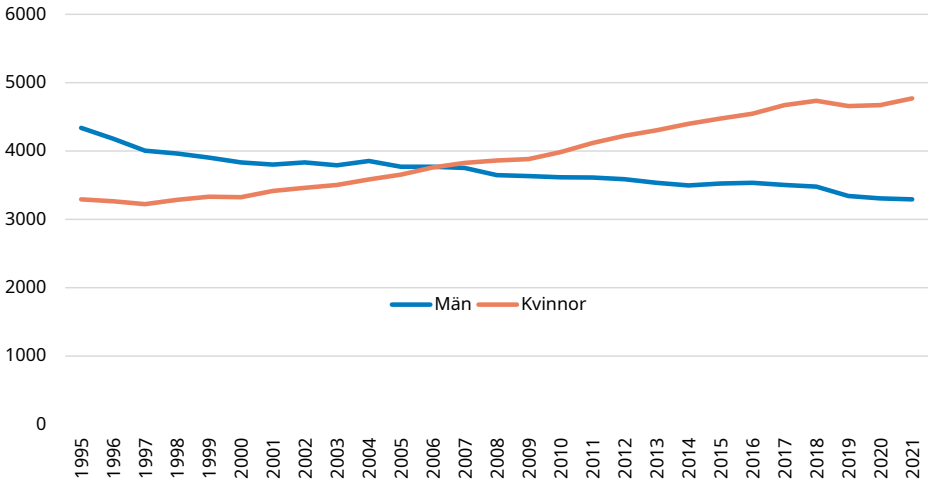
Diagram 62. Antal sysselsatta tandläkare inom hälso- och sjukvården totalt och efter regi. År 2011–2020.



Källa: Socialstyrelsens förteckning LOVA (Legitimerad Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus)

Sedan 2007 arbetar fler kvinnor än män som tandläkare. Diagram 63 visar antalet sysselsatta tandläkare under åren 1995–2021 uppdelat på kön. Diagrammet visar att antalet sysselsatta tandläkare som är män har minskat från strax över 4 300 personer 1995 till strax under 3 300 personer 2021. Samtidigt har antalet sysselsatta tandläkare som är kvinnor ökat under motsvarande period, från drygt 3 300 personer 1995 till över 4 700 personer 2021.

Diagram 63. Totala antalet sysselsatta tandläkare inom hälso- och sjukvården efter kön. År 1995–2021.



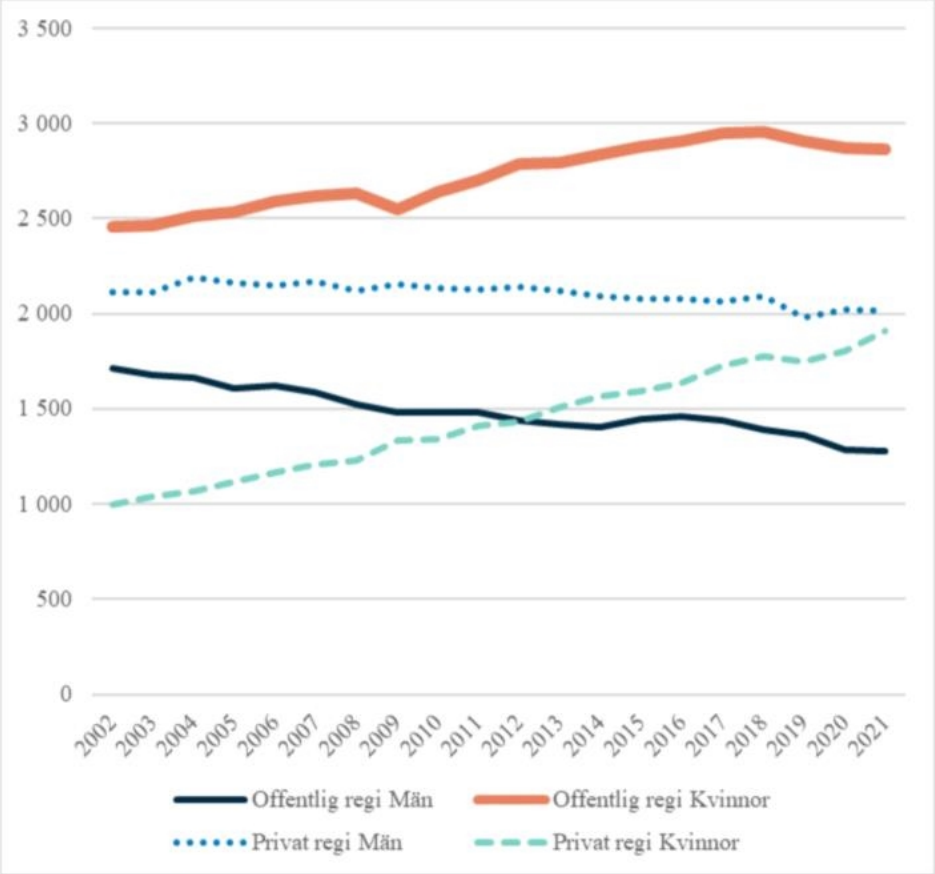
Källa: Socialstyrelsens förteckning LOVA (Legitimerad Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus)

4.6.10 Kvinnor och yngre personer arbetar i större utsträckning i offentlig regi

Kvinnor arbetar i större utsträckning inom den offentliga tandvården än män. Bland de sysselsatta kvinnliga tandläkarna arbetade flest i offentlig regi under perioden 2002–2021, medan i den motsvarande gruppen för män arbetade flest i privat regi.

Mellan 2002–2021 har antalet kvinnor sysselsatta i privat regi ökat från drygt 1 000 personer till över 1 900 personer, vilket motsvarar en ökning med över 90 procent. Ökningen kan jämföras med förändringen i offentlig regi, där antalet sysselsatta kvinnor ökade med över 16 procent, från strax under 2 500 personer 2022 till över 2 800 personer 2021. Under samma period har antalet män sysselsatta i offentlig regi minskat från strax över 1 700 personer 2002 till strax under 1 300 personer 2021 vilket motsvarar en minskning på cirka 25 procent.

Diagram 64. Totala antalet sysselsatta tandläkare inom hälso- och sjukvården efter kön och sysselsättning inom offentlig respektive privat regi. År 2002–2021.

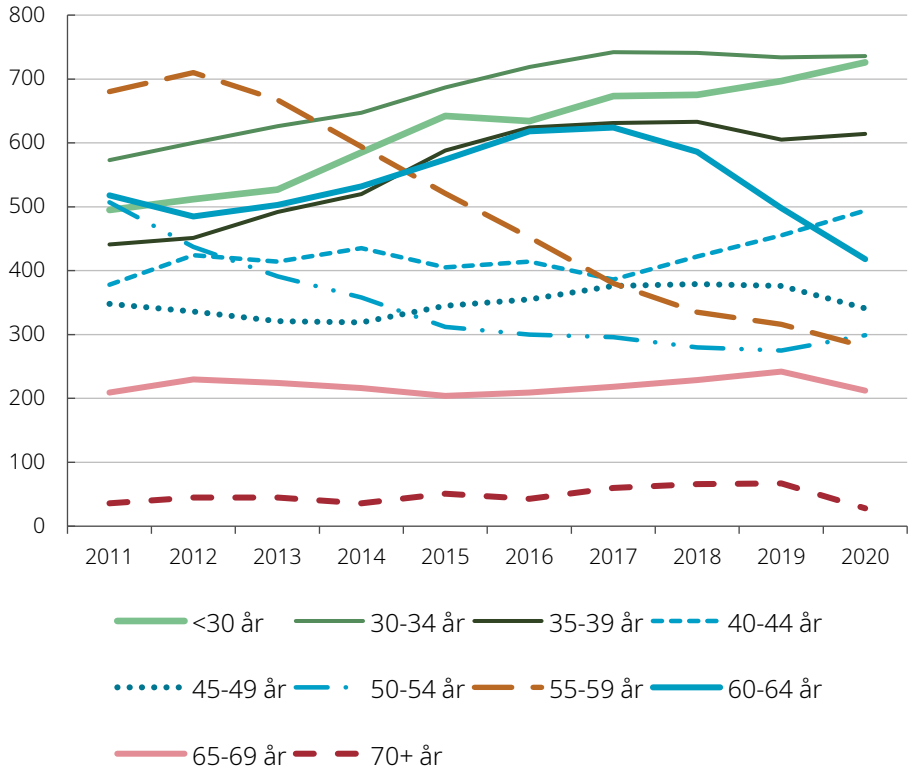


Källa: Socialstyrelsens förteckning LOVA (Legitimerad Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus)

Åldersfördelningen bland sysselsatta tandläkare inom offentlig tandvård har delvis genomgått ett skifte under åren 2011–2020, vilket framgår av diagram 65. År 2011 var det flest tandläkare i ålderskategorin 55–59 år som arbetade

inom den offentliga tandvården. Därefter var det tandläkare 30–34 år följt av tandläkare 60–64 år, 50–54 år och under 30 år. I slutet av mätperioden var ålderskategorin med flest antal tandläkare verksamma inom offentlig tandvård i åldern 30–34 år, följt av tandläkare under 30 år och tandläkare mellan 35–39 år. Sedan 2014är 30–34 den ålderskategori som har flest antal tandläkare som arbetar inom offentlig regi. En ökning i antal har även skett bland tandläkare under 30 år från drygt 500 personer 2011 till strax under 730 personer 2020. Efter 2012 har antalet verksamma tandläkare i offentlig sektor i åldern 55–59 år minskat från under 680 personer 2011 till drygt 280 personer 2020, vilket är den lägsta siffran för ålderskategorin under hela mätperioden. Tandläkare mellan 50–54 år har minskat från strax över 510 personer 2011 till drygt 300 personer 2020.

Diagram 65. Antal sysselsatta tandläkare inom hälso- och sjukvården i offentlig regi efter ålder. År 2011–2020. Färger ska ses över



Källa: Socialstyrelsens förteckning LOVA (Legitimerad Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus)

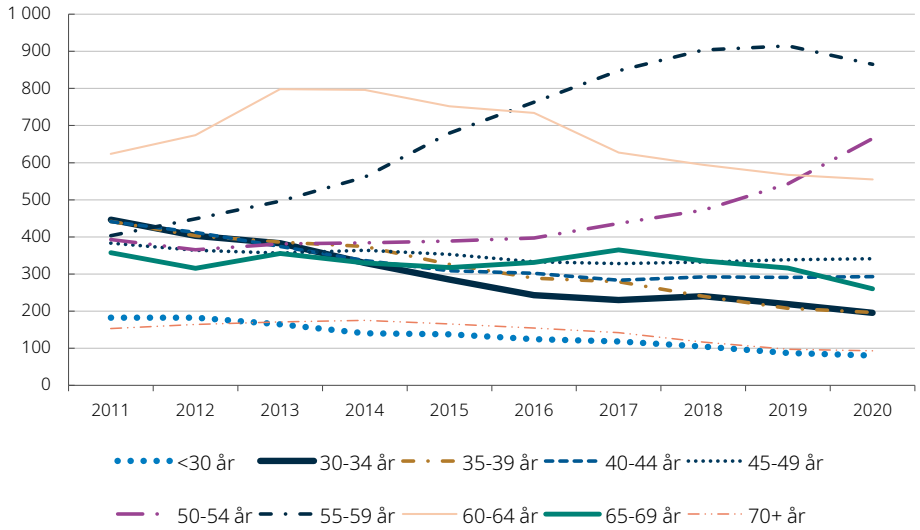
Av diagram 66 framgår åldersfördelningen mellan antalet sysselsatta tandläkare i privat regi under åren 2011–2020. Resultatet visar en motsatt utveckling jämfört med förändringar under motsvarande mätperiod inom den offentliga tandvården som redovisats ovan. Antalet tandläkare inom privat regi i ålderskategorin 55–59 år har ökat under mätperioden, från drygt 400 personer 2011 till över 860 personer 2020. Antalet tandläkare i åldern 50–54 år har också ökat, från strax under 400 personer 2011 till strax under 670 personer 2020. Tandläkare tillhörande de yngsta åldersklasserna som är verksamma inom privat regi har minskat. Antalet tandläkare under 30 år har

minskat från cirka 180 personer 2011 till 80 personer 2020 och tandläkare i åldern 30–34 år har minskat från knappt 450 personer 2011 till knappt 200 personer 2020. En liknande minskning syns för tandläkare mellan 35–39 år.

Tandläkare i åldern 65–69 år och 70 år och äldre arbetar i större utsträckning inom privat regi. År 2020 arbetade 260 tandläkare mellan 65–69 år inom privat regi, att jämföra med samma åldersgrupp inom den offentliga tandvården där antalet var strax över 210 personer. Bland de sysselsatta tandläkare 70 år eller äldre arbetade 2020 mer än två tredjedelar inom privat regi.

Som framgått tidigare i detta avsnitt finns könsskillnader mellan tandläkare som arbetar i offentlig och privat regi. Könsskillnader finns även ifråga om tidpunkt i yrkeslivet då en tandläkare byter från offentlig till privat regi, där män i större omfattning och tidigare efter erhållen legitimation övergår till att arbeta i privat regi än kvinnor.[234]

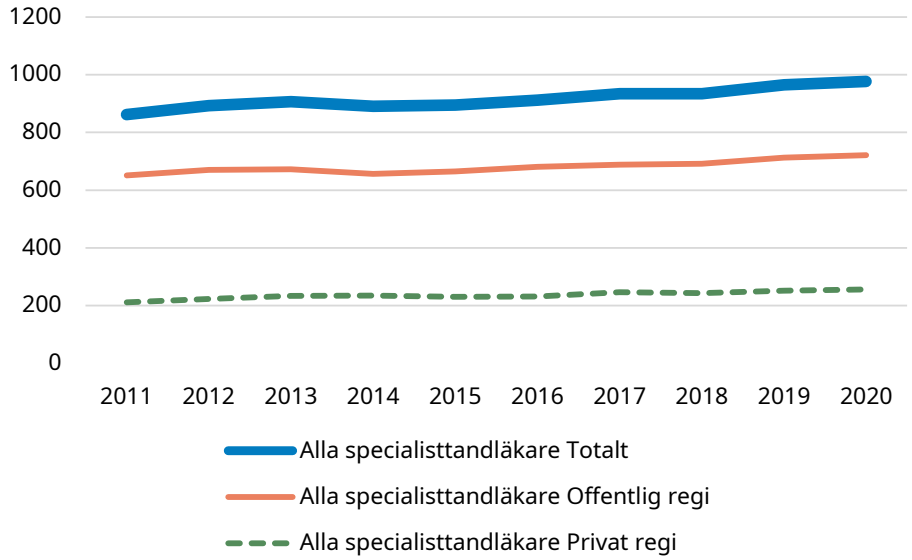
Diagram 66. Antal sysselsatta tandläkare inom hälso- och sjukvården i privat regi efter ålder. År 2011–2020.



Källa: Socialstyrelsens förteckning LOVA (Legitimerad Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus)

[234] Yrkesutövning bland olika generationer av legitimerad tandvårdspersonal, Art.nr: 2023-11-8836, S.11.

Diagram 67. Totalt antal sysselsatta specialisttandläkare inom hälso- och sjukvården i riket. År 2011–2020.

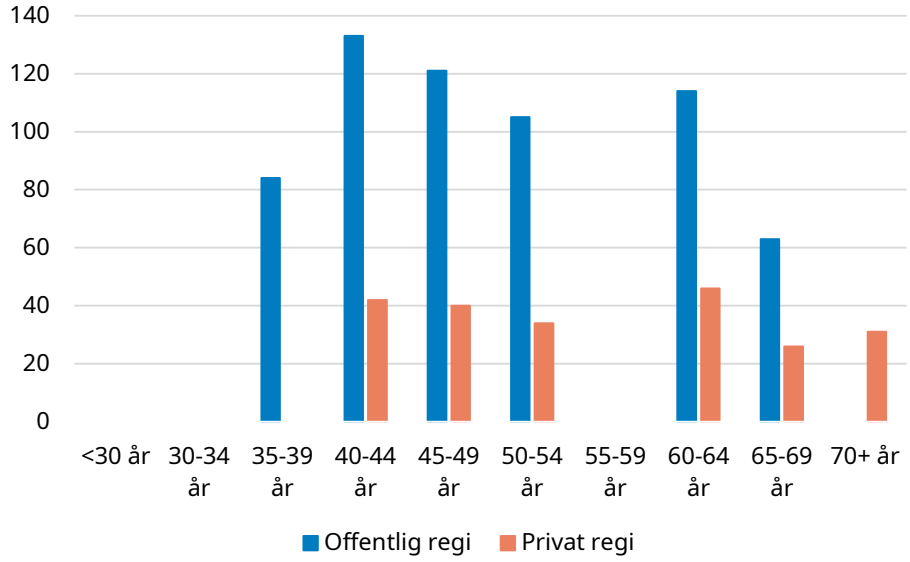


Källa: Socialstyrelsens förteckning LOVA (Legitimerad Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus)

Antal sysselsatta specialisttandläkare inom hälso- och sjukvården har ökat under åren 2011–2020, från strax över 860 personer 2011 till strax under 980 personer år 2020. Fler specialisttandläkare arbetar inom den offentliga tandvården än privat.

Ålderskategorin med flest sysselsatta specialisttandläkare inom hälso- och sjukvården i privat regi utgörs av 60–64-åringar (drygt 50 personer), följt av tandläkare 40–44 år (strax över 40 personer) och 45–49 år (40 personer), se diagram 68. Specialisttandläkare 70 år eller äldre är den enda ålderskategorin där fler arbetar i den privata tandvården än den offentliga.

Diagram 68. Totalt antal sysselsatta specialisttandläkare inom hälso- och sjukvården efter ålder och regi. År 2020.*



Källa: Socialstyrelsens förteckning LOVA (Legitimerad Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus) *Antal under 20 redovisas ej.

4.6.11 Fördelningen av sysselsatta tandläkare inom riket

Fördelningen av antalet sysselsatta tandläkare mellan landets regioner varierar. Ur LOVA[235] framkommer som förväntat att flest antal tandläkare inom hälso- och sjukvården arbetar i de folkrikaste regionerna Stockholm, Västra Götaland och Skåne. I rikets övriga 18 regioner varierar antalet sysselsatta tandläkare mellan drygt 50 tandläkare i Region Gotland och drygt 300 tandläkare i Region Uppsala.

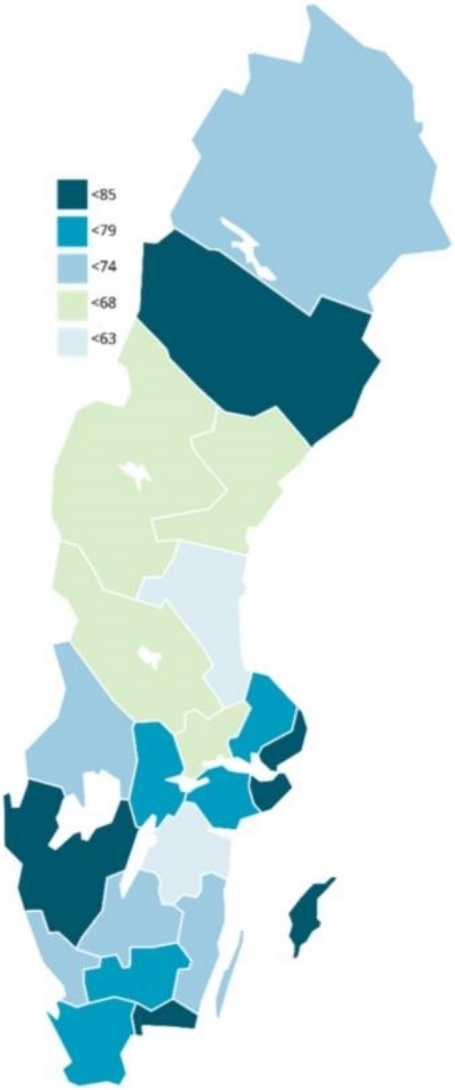
Figur/bild 2 illustrerar att tätheten av tandläkare varierar över riket och att andelen tandläkare per 100 000 invånare är högre i områden med större befolkning.

I betänkandet När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa beskrivs att av samtliga behandlare tenderar andelen tandläkare generellt vara högre i områden med större befolkning och med en stor andel privata vårdgivare. I kommuner i Stockholms län, vissa delar av Norrlands inland samt stora delar av södra Sverige är andelen tandläkare hög, ofta över 70 procent av samtliga behandlare. I Värmland, Gävleborg, Dalarna samt till viss del Norrbotten är det å andra sidan många kommuner där fler än hälften av alla behandlare är tandhygienister.[236]

[235] Socialstyrelsens förteckning LOVA (Legitimerad Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus).
[236] SOU 2021:8.

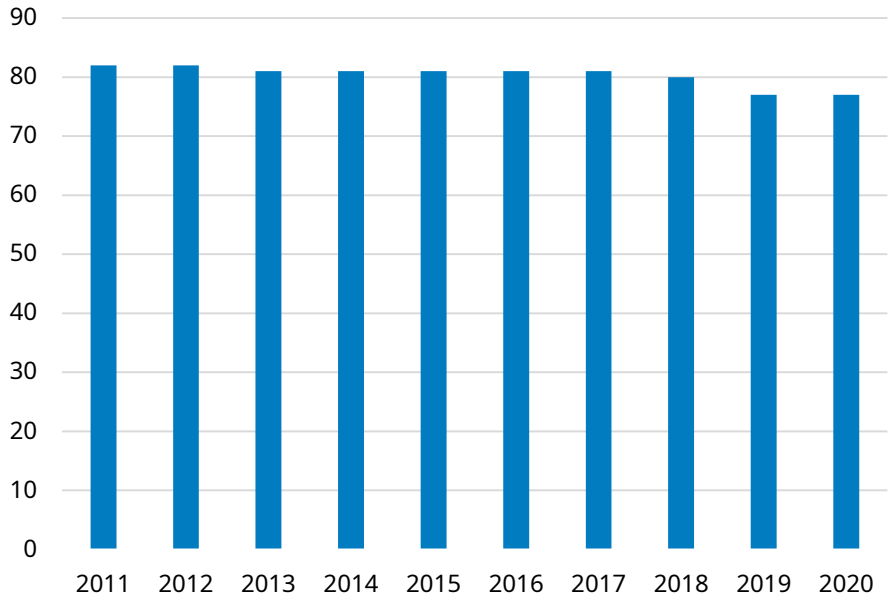
Av Nationella planeringsstödet 2024 delrapport om tandvård framgår att tandläkare och tandhygienister med längre erfarenhet i större grad är verksamma i storstadslänen medan de med kortare arbetslivserfarenhet arbetar i högre grad i utflyttningslän.[237]

Bild 2. Fördelning av antalet tandläkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare. År 2020.



[237] Socialstyrelsen. Nationella planeringsstödet 2024 – delrapport 3 av 3. Resurs- och kapacitetskarta för tandvårdens personalförsörjning.

Diagram 69. Antal sysselsatta tandläkare inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare. År 2011–2020.



Källa: Socialstyrelsens förteckning LOVA (Legitimerad Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus)

Antalet sysselsatta tandläkare inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare har minskat från 82 tandläkare 2011 till 77 tandläkare 2020, vilket framgår av diagram 69. Detta beror sannolikt på att på att befolkningen har ökat mer än antalet sysselsatta tandläkare.

Tandläkartätheten inom riket och regionerna har varierat under åren 2011–2020, vilken tabell 80 visar. År 2020 var antalet sysselsatta tandläkare inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare som störst i Region Stockholm med 85 tandläkare per 100 000 invånare och minst i Region Gävleborg med 57 stycken. 17 regioner redovisade ett färre antal sysselsatta tandläkare per 100 000 invånare 2020 än 2011. I flera regioner var förändringen i antal dock liten, 7 av de 17 regionerna hade en förändring på under fem tandläkare (att jämföra med förändringen av rikssnittet mellan 2011–2020 som var på fem tandläkare). Region Värmland hade ett oförändrat antal och i tre regioner hade tandläkartätheten ökat från 2011 till 2020: Gotland, Blekinge och Örebro.

Tabell 80. Hälso- och sjukvårdspersonal per 100 000, Tandläkare, Offentlig och privat regi, Sysselsatta inom hälso- och sjukvård, Alla näringsgrenar

Område	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Riket	82	82	81	81	81	81	81	80	77	77
Stockholms län	88	88	87	88	87	87	87	88	85	85
Uppsala län	85	84	81	81	85	85	85	85	80	79
Södermanlands län	76	80	80	75	78	78	76	74	76	74
Östergötlands län	72	72	73	73	74	74	70	66	63	61
Jönköpings län	80	82	82	80	80	80	79	79	72	72
Kronobergs län	77	81	81	78	77	77	82	84	81	76
Kalmar län	70	71	77	74	71	71	70	70	70	69
Gotlands län	77	89	93	82	81	81	79	74	75	78
Blekinge län	73	77	80	83	86	86	81	84	77	82
Skåne län	83	82	79	81	80	80	81	82	77	76
Hallands län	75	75	73	72	70	70	71	71	69	70
Västra Götalands län	91	87	87	87	88	88	89	88	85	84
Värmlands län	70	74	73	74	71	71	70	67	66	70
Örebro län	75	76	73	81	81	81	80	75	76	77
Västmanlands län	75	74	76	75	70	70	68	69	69	68
Dalarnas län	66	69	68	67	65	65	66	67	63	64
Gävleborgs län	65	69	67	67	69	69	67	64	61	57
Västernorrlands län	69	67	72	73	69	69	67	65	65	65
Jämtlands län	78	82	86	75	72	72	74	75	77	68
Västerbottens län	85	93	93	94	90	90	91	86	81	83
Norrbottens län	83	84	85	83	83	83	81	77	70	70

4.6.12 Regional fördelning av sysselsatta specialisttandläkare

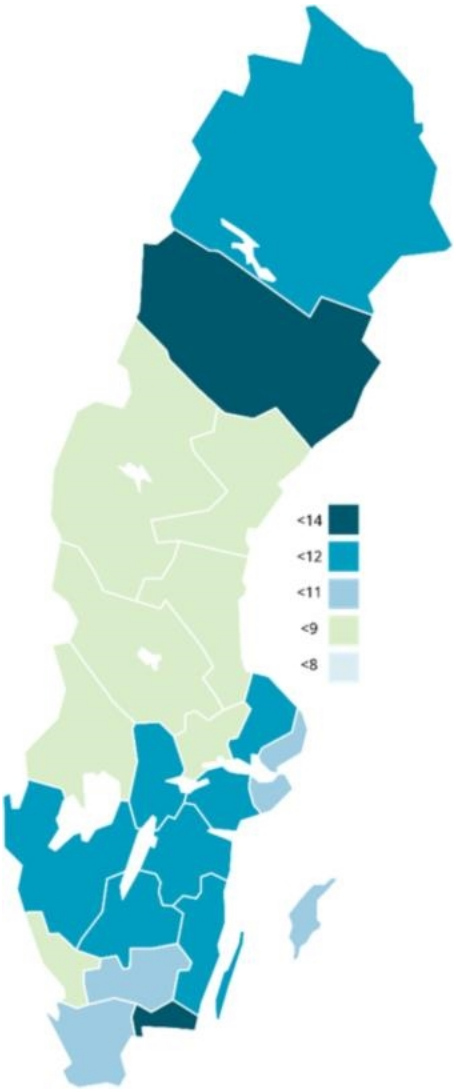
Fördelningen av antalet sysselsatta specialisttandläkare inom hälso- och sjukvården mellan Sveriges regioner följer samma mönster som bland de

sysselsatta tandläkarna: flest antal specialisttandläkare arbetar i Region Stockholm, Västra Götalandsregionen och i Region Skåne. Bland rikets övriga arton regioner varierar antalet sysselsatta specialisttandläkare mellan som flest 50 stycken i Region Östergötland (2020) och som minst 5 i Region Gotland (Källa: LOVA[238]).

Bild/figur 3 illustrerar tätheten för sysselsatta specialisttandläkare i riket, dvs antal specialisttandläkare per 100 000 invånare. Denna har för åren 2011–2020 varit oförändrad nationellt, med i medeltal nio specialisttandläkare inom hälso- och sjukvården[239] per 100 000 invånare. I Region Västerbotten och Region Blekinge arbetade flest antal specialisttandläkare per 100 000 invånare 2020, 14 stycken. Region Västernorrland och i Region Gävleborg hade 2020 minst antal sysselsatta specialisttandläkare per 100 000 invånare, 6 stycken. I Region Stockholm och i Region Skåne var tandläkartätheten för specialisttandläkare i nivå med snittet för riket (9 stycken) och över rikssnittet i Västra Götalandsregionen (11 stycken). Lokala skillnader som inte kan härröras till urbanisering eller högspecialiserad vård skulle kunna bero på att vissa regioner i större utsträckning har specialistutbildade tandläkare anställda i folktandvården eller den privata tandvården.

[238] Socialstyrelsens förteckning LOVA (Legitimerad Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus).
[239] Av det totala antalet specialister arbetar 15 procent utanför hälso- och sjukvården. Dessa omfattas således inte i detta resonemang. (Källa: Socialstyrelsens förteckning LOVA (Legitimerad Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus)).

Bild 3. Fördelning av antalet specialisttandläkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare. År 2020.



Rådets sammanfattande bedömning

Rådet konstaterar, efter att ha arbetat med denna flödesanalys för tandläkare och efter att ha tagit del av inspel från såväl lärosätesföreträdare, profession och sakkunniga i odontologi, att det finns anledning att vara bekymrad över kompetensförsörjningssituationen för tandläkare. Rådet erfar att det råder en situation där de nyutexaminerade tandläkarna i huvudsak arbetar inom folktandvården, där patientklientelen på senare år blivit tyngre och där det råder en allt större brist på erfarna, seniora kollegor att rådfråga. Än värre är det i glesbygd där majoriteten av tandläkarna är yngre och där tätheten av såväl tandläkare som specialisttandläkare är lägre. Rådet har även emottagit vittnesmål från de fyra lärosätena om att tandläkarstudenter allt oftare saknar tillräckliga förkunskaper och har svårt att ta sig igenom utbildningen. Lärosätena vittnar även om ett ökat intresse från studenterna för att arbeta med estetiska åtgärder efter examen, vilket skulle kunna påverka

kompetensförsörjningen framåt. Det finns därför anledning att undersöka studenternas förväntningar på tandläkarutbildningen och på det efterföljande yrkeslivet (se avsnitt 4.6.3, Avgränsningar).

Det har tidigare gjorts satsningar för att bygga ut platserna på tandläkarutbildningarna men trots detta har tätheten av sysselsatta tandläkare minskat. Att ensidigt använda sig av utbyggnaden av antalet utbildningsplatser vid tandläkarutbildningarna ter sig därför ineffektivt, men också svårt rent praktiskt. Vid lärosätena råder såväl brist på disputerade lärare som brist på handledare för doktorander som senare behövs som disputerade lärare. Enligt lärosätesföreträdare är det inte bristande intresse hos juniora tandläkare som är orsaken till att färre doktorerar inom odontologi, utan snarare brist på forskningsmedel och på förenade anställningar, som lyfts som två flaskhalsar som hindrar mer seniora forskare att ta sig an doktorander. Det finns också rent praktiska svårigheter att utöka antalet utbildningsplatser eftersom studenterna har en stor del praktik där de behandlar patienter självständigt, och där lokalerna inte är anpassade efter att ta emot fler studenter.

De insatser som rådet föreslår i förslaget till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning, och som även omfattar tandvården, gäller även tandläkare. Rådet önskar i dessa sammanhang särskilt betona insatser som rör återväxten av disputerade lärare, se avsnitt 5.6.

4.7 Uppskattade samhällsekonomiska kostnader för att utbilda sjuksköterskor och psykologer som inte arbetar i det yrke de är utbildade till eller inom en relevant bransch

Personalen är hälso- och sjukvårdens viktigaste resurs

Nationella vårdkompetensrådet har fått i uppdrag av regeringen att ta fram förslag till en nationell plan för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (S2023/00256). Personalen är hälso- och sjukvårdens viktigaste resurs. Samtidigt är just kompetensförsörjningen en av vårdens stora utmaningar.[240] Sverige får en allt större andel äldre i befolkningen. För att täcka det kommande vårdbehovet med samma bemanningstäthet som i dag skulle 65 procent av den tillkommande yrkesföra befolkningen behöva arbeta inom kommunernas och regionernas vård- och omsorg (se även avsnitt 3.1).

[240] Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (S2023/00256).

Närmare om genomförandet av studien

För tillfället redovisar flera regioner och kommuner ekonomiska underskott, bl.a. till följd av förändringar i omvärlden och en tidigare hög inflation. Media rapporterar om såväl varsel och uppsägningar av vårdpersonal som legitimerad vårdpersonal som inte orkar arbeta heltid eller väljer att arbeta utanför hälso- och sjukvården (se även avsnitt 4).

Mot bakgrund av utmaningarna för vårdens kompetensförsörjning har rådet bl.a. genomfört en hälsoekonomisk studie för att genom ett antal hypotetiska antaganden försöka beräkna kostnaden för att sjuksköterskor och psykologer inte arbetar inom yrket.

Studien syftar till att uppskatta den samhällsekonomiska kostnaden för att utbilda sjuksköterskor och psykologer som inte arbetar inom det yrke de är utbildade till eller inom en relevant bransch. Genom studien belyses antaganden om storleken på de resurser som tas i anspråk för att utbilda individer till ett legitimationsyrke inom hälso- och sjukvården.

Studien belyser fyra olika kompetensförsörjningsperspektiv som kallas yrkes-, kompetens-, vård-, och samhällsperspektivet[241]. Perspektiven används för att beräkna det antal psykologer och sjuksköterskor som inte ingår i kompetensförsörjningen eftersom de inte arbetar inom sin yrkesroll eller inom relevant bransch. För dessa individer beräknas den samhällsekonomiska kostnaden för att utbilda sjuksköterskor och psykologer som inte är sysselsatta inom det yrke de är utbildade till eller inom en relevant bransch.

Studien ska ses som en uppskattning av kostnaden av att psykologer och sjuksköterskor inte arbetar inom sitt yrke. Det är hypotetiska resonemang och rådet har inte för avsikt att värdera individens val eller anlägga perspektiv på huruvida sjuksköterskor och psykologer måste stanna i sitt yrke. Rådet har i arbetet med uppdraget sett att en viss andel av vårdpersonalen inte stannar i sitt yrke men lägger ingen värdering i detta utan vill i första hand bidra till ökad förståelse för utmaningar med att behålla och attrahera personal.

Studiens resultat i korthet

I det följande redovisas studiens resultat kortfattat i form av den samhällsekonomiska kostnaden att utbilda sjuksköterskor och psykologer som inte är sysselsatta inom det yrke de är utbildade till eller inom en relevant bransch. I den samhällsekonomiska kostnaden ingår utbildningskostnaden för att utbilda sjuksköterskor och psykologer i högskolan samt studiebidragskostnaden. Den totala samhällsekonomiska kostnaden av att sjuksköterskor och psykologer inte arbetar i yrket är

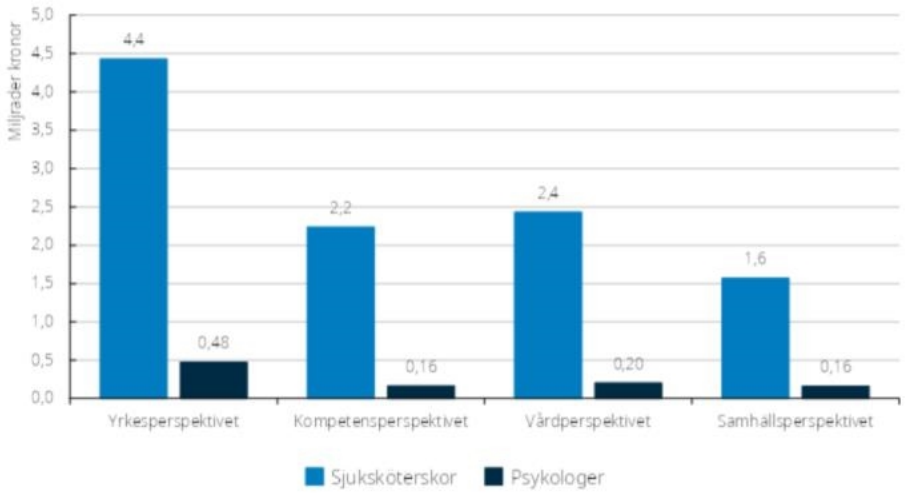
[241] De fyra perspektiv är inte allmänt vedertagna utan en benämning på en samling antaganden för respektive perspektiv i studien.

troligtvis större eftersom studien inte inkluderar arbetsgivarens kostnader för att rekrytera ny personal (se ytterligare i avsnitt om avgränsningar). Studien ska därför ses som ett första steg att undersöka kostnaderna mot bakgrund av utmaningarna i hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.

För att uppskatta den samhällsekonomiska kostnaden multipliceras antalet individer som inte ingår i kompetensförsörjningen, enligt ovan, i respektive perspektiv med utbildningskostnaden. Utbildningskostnaden utgörs av den ersättning per student och år som universitet och högskolor tilldelas från staten för att genomföra sjuksköterske- och psykologutbildning. I en kompletterande känslighetsanalys inkluderas även statens kostnad för studiebidrag för de studerande på nämnda utbildningar.

Diagrammet nedan visar kostnaden per legitimationsyrke och kompetensförsörjningsperspektiv.

Diagram 70. Uppskattad kostnad för att sjuksköterskor och psykologer inte är sysselsatta inom det yrke de är utbildade till eller i en relevant bransch enligt respektive perspektiv



- Den samhällsekonomiska kostnaden (kostnaden för utbildning i högskolan) uppskattas till mellan 1,6–4,4 miljarder kronor för sjuksköterskor, och mellan 0,16–0,48 miljarder kronor för psykologer som inte är sysselsatta inom det yrke de är utbildade till eller i en relevant bransch, beroende på perspektiv (se diagram 70).
- När kostnaden för studiebidrag inkluderas i utbildningskostnaden ökar de totala kostnaderna med 20 procent för sjuksköterskor och 34 procent för psykologer, motsvarande en total kostnad om 5,5 miljarder kronor för sjuksköterskor och för psykologer 0,7 miljarder kronor.
- Den samhällsekonomiska kostnaden bör tolkas som en ögonblicksbild av vad det 2021 har kostat samhället att utbilda sjuksköterskor och psykologer som inte är sysselsatta inom det yrke de är utbildade till eller i en relevant bransch.
- Den samhällsekonomiska kostnaden blir större om fler individer som utbildar sig till sjuksköterska och psykolog och inte är, eller har varit,

sysselsatta som sjuksköterska eller psykolog enligt kompetensförsörjningsperspektiven.
- Den samhällsekonomiska kostnaden blir mindre desto fler legitimerade sjuksköterskor och psykologer som bidrar till kompetensförsörjningen, dvs. stannar inom yrket eller branschen, enligt kompetensförsörjningsperspektiven.

Rådet vill även betona att den samhällsekonomiska kostnaden inte är en årlig återkommande kostnad och, som sagts ovan, att den samhällsekonomiska kostnaden inom ramen för denna studie inte är ett fullskaligt mått på indirekta kostnader relaterande till personalbrist inom hälso- och sjukvården, exempelvis effekter på patientsäkerhet eller arbetsmiljö.

Avgränsningar

Studien omfattar yrkesgrupperna sjuksköterska och psykolog. Urvalet är baserat på att sjuksköterskan till antalet är det största legitimationsyrket i vården och en grupp som, enligt vittnesmål från kommunala och regionala huvudmän, är svår att rekrytera och attrahera, vilket bl.a. leder till minskad tillgänglighet i vården. Det rådet brist även på psykologer som å sin sida har en nyckelfunktion inom verksamhetsområdet psykisk hälsa, där brist på personal leder till köer till olika behandlingsformer, inte minst för barn och unga.

I studien redovisas kostnader för utbildning och studiebidrag för yrkena sjuksköterska och psykolog, men brister i hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning leder även till andra konsekvenser som indirekt också leder till ökade kostnader, t. ex. att brist på rätt kompetens ger upphov till ökad förekomst av hyrpersonal, bristande tillgänglighet i form av köer till diagnostik och behandling, överbeläggningar och patientskador. Dessa kostnader är inte beskrivna i denna studie. Att sjuksköterskor och psykologer stannar i sitt yrke men lider av en dålig arbetsmiljö kan även det innebära en kostnad i termer av ökad ohälsa eller produktivitetsbortfall. Ur ett rent samhällsekonomiskt perspektiv finns också andra faktorer som inte tas med, såsom alternativa lönekostnader inom andra branscher eller kostnader för att utbilda sig i relation till att arbeta. Genom att exkludera nämnda typer av samhällskostnader är det sannolikt att den totala samhällsekonomiska kostnaden i rapporten är under- eller överskattad. Vidare tas inte hänsyn till om en studerande tar universitet och högskolors resurser i anspråk i högre grad än den beräknade studietiden för heltid genom t.ex. frekventa omtentamina.

Begränsningar och osäkerheter kring kostnader

För att uppskatta kostnaden för utbildning till sjuksköterska och psykolog har uppgifter från 2021 använts. Därmed tas inte hänsyn till de verkliga år

som en individ avlagt examen, vilket i sin tur även kan påverkas av t.ex. studieuppehåll eller föräldraledighet.

En ytterligare osäkerhet är att det kan skilja sig åt mellan lärosätena hur klassificering av kurser till utbildningsområde görs vilket kan leda till en viss variation av den faktiska kostnaden för att utbilda sjuksköterskor och psykologer vid respektive lärosäte. Utbildningskostnaden baseras på att kurserna inom sjuksköterskeprogrammet är klassificerade till utbildningsområdet vård och kurserna inom psykologprogrammet till utbildningsområdet humanistiskt, teologiskt, juridiskt och samhällsvetenskapligt.

Det finns begränsningar med och kan diskuteras hur väl utbildningskostnaden fångar den samhällsekonomiska kostnaden av att sjuksköterskor och psykologer inte arbetar inom yrket. I studien har hänsyn inte tagits till individens egen investering genom den kostnad det innebär att studera. Kostnaden täcks för de flesta studenter av studielån som ska betalas tillbaka, vilket får påverkan på den disponibla inkomsten under merparten av yrkeslivet. Emellertid får det antas att utbildning i sig även har ett egenvärde både för individen och för samhället i stort. Det är möjligt att alternativkostnaden för individer som utbildar sig till sjuksköterskor och psykologer skulle kunna vara en annan utbildning, och att utbildningskostnaden därmed har överskattats eller underskattats. Om individerna hade arbetat istället för att studera hade utbildningskostnaden kunnat ses som en produktivitetsförlust. I denna studie kommer inte alternativkostnader tas i beaktning utan förblir en del av osäkerheten. Vidare berörs inte den eventuella kostnad som det innebär för arbetsgivare att legitimerad personal lämnar sina yrken, detta skulle till exempel kunna handla om kostnader för rekrytering eller kostnad för hyrpersonal.

Metod

Syftet med föreliggande kostnadsberäkningar är att genom vissa ekonomiska antaganden försöka beräkna den samhällsekonomiska kostnaden att utbilda sjuksköterskor och psykologer som inte är sysselsatta inom det yrke de är utbildade till eller inom en relevant bransch.

Inom ramen för denna studie används begreppet sysselsatt som benämning för arbete (exkluderar till exempel studerande).

För att undersöka den samhällsekonomiska kostnaden redovisas resultaten samlat för hela riket för 2021 separat för sjuksköterskor respektive för psykologer. Som ett förenklat sätt att mäta samhällskostnad används kostnaden för staten, genom universitet och högskolor, att utbilda sjuksköterskor och psykologer. Denna definition framgår nedan i faktaruta 1, och består av det antal individer som har legitimation för yrket sjuksköterska respektive psykolog men som inte är sysselsatta inom

yrkesrollen eller har varit sysselsatta i en relevant bransch, multiplicerat med kostnaden för utbildning till sjuksköterska respektive psykolog.

Eftersom det saknas ett etablerat svar på hur en individs yrkesroll eller arbetslivserfarenhet bör se ut för att anses bidra till kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården i relation till utbildningskostnaden har rådet valt att illustrera detta genom fyra olika perspektiv.

Faktaruta 1. Metod för att beräkna viss samhällsekonomisk kostnad

Samhällsekonomisk kostnad =

Antal individer som har legitimation för yrket sjuksköterska respektive psykolog som inte är sysselsatt inom yrkesrollen eller har varit sysselsatta i en relevant bransch, multiplicerat med utbildningskostnader för utbildning till sjuksköterska respektive psykolog

Fyra kompetensförsörjningsperspektiv

För att beräkna den hypotetiska kostnaden för samhället för de individer som har legitimation för yrket sjuksköterska och psykolog men som inte är sysselsatta inom yrket eller inom relevant bransch, redovisas som nämnts ovan, fyra olika perspektiv. Detta sker i form av yrkes-, kompetens-, vård- och samhällsperspektivet. Yrkes- och kompetensperspektiven baseras på uppgifter från 2021 medan de andra två perspektiven, vård- och samhällsperspektiven, även omfattar en bakåtblickande tidsperiod för åren 1995–2021.

- **Yrkesperspektivet** omfattar de individer som har legitimation för yrket sjuksköterska respektive psykolog och som 2021[242] är sysselsatta i yrkesrollen sjuksköterska respektive psykolog. Individerna kan vara sysselsatta i verksamheter både inom och utom hälso- och sjukvården.
- **Kompetensperspektivet** omfattar dels de individer som har legitimation för yrket sjuksköterska respektive psykolog och som 2021 var sysselsatta inom yrkesrollen sjuksköterska respektive psykolog, dels de sjuksköterskor och psykologer som 2021 var sysselsatta inom en annan yrkesroll där kompetensen från legitimationsyrkets utbildning är meriterande. Det kan t. ex. vara chefer inom hälso- och sjukvården. Individerna kan vara sysselsatta i verksamheter både inom och utom hälso- och sjukvården.
- **Vårdperspektivet** omfattar de individer som har legitimation för yrket sjuksköterska respektive psykolog och som var sysselsatta inom sin yrkesroll 2021 eller dessförinnan varit sysselsatt minst tio år inom någon hälso- och sjukvårdsbransch[243] för åren 1995–2021 (detta benämns som ett ”bakåtblickande” perspektiv).

[242] År 2021 är det senaste årets data i LOVA (Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus).
[243] En hälso- och sjukvårdsbransch definieras inom denna studie i enlighet med de verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

- **Samhällsperspektivet** omfattar de individer som har legitimation för yrket sjuksköterska respektive psykolog och var sysselsatt inom sin yrkesroll 2021 *eller* dessförinnan har varit sysselsatt minst tio år inom någon hälso- och sjukvårdsbransch *eller* i branscher där kompetens som erhålls genom sjuksköterske- och psykologutbildning är meriterande mellan 1995–2021 (detta benämns som ett ”bakåtblickande” perspektiv).

Urval av legitimerade sjuksköterskor och psykologer som inte är sysselsatta inom yrket eller har varit sysselsatta i en relevant bransch

Datakällor

För att beräkna den samhällsekonomiska kostnaden för att sjuksköterskor och psykologer inte är sysselsatta inom sitt legitimationsyrke eller har varit sysselsatta i en relevant bransch har data från Socialstyrelsens förteckning LOVA (Legitimerade Omsorgs- och Vårdyrkesgruppers Arbetsmarknadsstatus) använts för att uppskatta antalet individer. Förteckningen bygger på en sambearbetning av uppgifter från Socialstyrelsens register över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och personal med bevis om rätt att använda yrkestiteln undersköterska (HOSP) och flera register från SCB, huvudsakligen longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA). LOVA publiceras med viss eftersläpning och det senaste årets data är från november 2021.

Senaste legitimation

Uppgifter om individens senaste legitimation som sjuksköterska och som psykolog utgör underlag till studien. Det betyder att närliggande yrken såsom specialistsjuksköterska och psykoterapeut inte omfattas av studien.

Begränsningar och osäkerheter kring urvalet

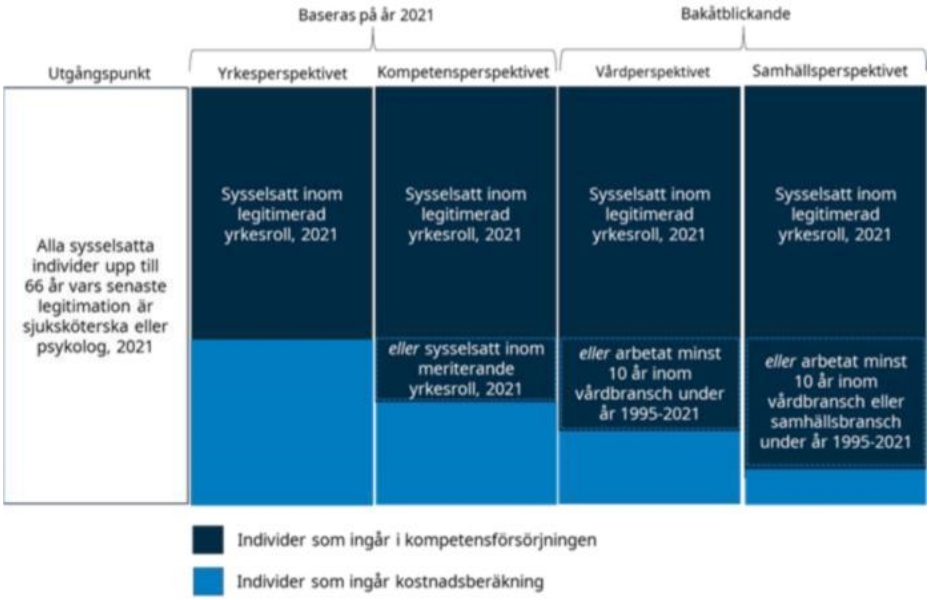
På grund av begränsningar i LOVA i fråga om att uppgifter om yrkesroll endast finns från 2019 och framåt, används för perspektiven med bakåtblickande tidsperiod, dvs. vårdperspektivet och samhällsperspektivet, i stället bransch som grund för yrkesroll, samt kring indelningen av branscher enligt ”hälso- och sjukvårdsbransch” och ”samhällsbransch”. I studien bedöms vidare att branschindelningen, trots osäkerheter, bidrar till ökad förståelse och nyansering kring antaganden om kostnader och kompetensförsörjning. Andra osäkerheter med definitionerna inom vård- och samhällsperspektivet beskrivs i avsnittet om detaljerad beskrivning av branschindelning.

Urvalsdefinition enligt de fyra kompetensförsörjningsperspektiven

För att beräkna den samhällsekonomiska kostnaden av att individer inte ingår i kompetensförsörjningen behöver ett urval göras för att identifiera de

individer som ingår i respektive perspektiv. Dessa urval ser därmed olika ut för de fyra kompetensförsörjningsperspektiven. Figur 3 illustrerar urvalet av individer som ingår i kompetensförsörjningen enligt respektive perspektiv samt hur storleken på urvalet för kostnadsberäkningen förändras för respektive perspektiv.

Figur 3. Sammanfattning kompetensförsörjningsperspektiv
Notera att de olika storleksgraderna på urvalen som ingår och inte ingår i kompetensförsörjningen enligt de fyra perspektiven är illustrativa och inte exakta.



Urvalsdefinition för yrkes- och kompetensperspektivet

Utgångspunkten är individer upp till 66 år som har legitimation för yrket sjuksköterska eller psykolog och som 2021 var sysselsatta. Exkluderade här är individer som är föräldralediga, personer utan någon vårdlegitimation (t.ex. en florist eller revisor), och personer med en annan legitimation inom ett vårdyrke, exempelvis läkare.

Med avstamp i utgångspunkten delas individer in i att ingå i kompetensförsörjningen eller inte, enligt varje perspektiv. Enligt yrkesperspektivet i figur 3 ingår en individ i kompetensförsörjningen som har legitimation för yrket sjuksköterska respektive psykolog och som 2021 var sysselsatt i yrkesrollen sjuksköterska respektive psykolog (mörkblå ruta under rubriken ”Yrkesperspektivet”). Enligt yrkesperspektivet definieras resterande individer, det vill säga de som inte är sysselsatta inom sin legitimerade yrkesroll 2021, till att inte ingå i kompetensförsörjningen (klarblå ruta under rubriken ”Yrkesperspektivet”), exempelvis sjuksköterskor eller psykologer som 2021 var sysselsatta som florist, flygvärdinna eller chef inom hälso- och sjukvården. Det är dessa individer som utgör grunden för kostnadsberäkningarna för yrkesperspektivet.

I kolumnen under rubriken ”Kompetensperspektivet” i figur 3 breddas definitionen av vilka som ingår kompetensförsörjningen. Här ingår även

individer som är sysselsatta inom en annan yrkesroll än sjuksköterska respektive psykolog där kompetensen från legitimationsyrkets utbildning är meriterande. Det kan till exempel vara chefer inom hälso- och sjukvården. I kompetensperspektivet ingår alltså fler individer i kompetensförsörjningen än i yrkesperspektivet. Som en konsekvens av detta är det färre individer som utgör urvalet för kostnadsberäkningen enligt kompetensperspektivet jämfört med yrkesperspektivet.

Urvalsdefinition för vård- och samhällsperspektivet

För att ta reda på vad sjuksköterskor och psykologer har varit sysselsatta med under åren 1995–2021 vidareutvecklas analysen enligt figur 3 med de två bakåtblickande perspektiven; vårdperspektivet och samhällsperspektivet. I dessa perspektiv ingår i kompetensförsörjningen, utöver de enligt yrkesperspektivet, även de individer som har varit sysselsatta i minst 10 år inom en yrkesrelevant bransch (i avsnittet känslighetsanalys redovisas även tidsintervall om minst 5, 15 och 20 år).

Eftersom det saknas uppgifter i LOVA om vilken yrkesroll en individ är sysselsatt inom före 2019 har i stället den bransch som individen varit sysselsatt inom använts som mått för yrkesrollen i denna del av studien. Detta medför dock en viss osäkerhet eftersom branschtillhörighet inte säger något om vilken yrkesroll en person varit sysselsatt inom.

I figur 3 under rubriken ”Vårdperspektivet” definieras de som ingår i kompetensförsörjningen som de sjuksköterskor och psykologer som var sysselsatta i sin yrkesroll 2021, dels de sjuksköterskor och psykologer som 2021 var sysselsatta inom annat yrke men som tidigare har varit sysselsatta minst 10 år inom en hälso- och sjukvårdsbransch[244], kallad vårdbransch i figuren. En individ som ingår i kompetensförsörjningen enligt vårdperspektivet men inte yrkesperspektivet är exempelvis en psykolog som är sysselsatt som frisör 2021 men som tidigare varit sysselsatt 12 år inom hälso- och sjukvården. Resterande individer som inte bidrar till kompetensförsörjningen är de som utgör urvalet för kostnadsberäkningen.

Slutligen, under rubriken ”Samhällsperspektivet” i figur 3 breddas definitionen av kompetensförsörjningen ytterligare. Utöver de som ingår i kompetensförsörjningen enligt vårdperspektivet, ingår även de som har varit sysselsatta minst tio år inom en vårdbransch eller samhällsbransch. Exempel på en samhällsbransch är forskning eller offentlig förvaltning. En individ som 2021 var sysselsatt som florist men som har varit sysselsatt tolv år inom primärvården och dessutom har varit sysselsatt tolv år som sakkunnig inom en myndighet ingår alltså i både vårdperspektivet och samhällsperspektivet. Däremot, en sjuksköterska som har varit sysselsatt tolv år som sakkunnig inom en myndighet men som har varit sysselsatt åtta år inom primärvården

[244] En hälso- och sjukvårdsbransch definieras inom denna studie i enlighet med de verksamheter som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

ingår i samhällsperspektivet men inte i vårdperspektivet. Det är alltså färre som ingår i urvalet för den samhällsekonomiska kostnaden i samhällsperspektivet jämfört med vårdperspektivet.

Kostnader för utbildning och studiestöd

Datakällor

Universitet och högskolor tilldelas ekonomiska resurser för högre utbildning årligen efter beslut av riksdagen i form av ersättningsbelopp för helårsstudenter och helårsprestationer fördelat på olika utbildningsområden[245]. Uppgifter om ersättningsbeloppens storlek framgår årligen av budgetpropositionen och av uppgifter från Universitetskanslersämbetet (UKÄ). Uppgifterna i denna analys avser 2021. I känslighetsanalysen inom denna studie inkluderas beräkningarna även kostnader för studiebidrag till individer, samt andel studenter inom respektive program som fått studiebidrag. Dessa uppgifter har samlats in från Centrala studienämnden (CSN).

Utbildningskostnader

Ersättningen till universitet och högskolor för utbildning på grundnivå och avancerad nivå består av ersättningsbelopp för helårsstudenter och helårsprestationer utifrån olika utbildningsområden. Helårsstudent innebär att en student är registrerad för heltidsstudier, dvs. 60 högskolepoäng per år eller summan av registreringar av flera studenter med lägre omfattning men som tillsammans motsvarar 60 högskolepoäng. En helårsprestation motsvarar 60 avklarade högskolepoäng.

I tabell 81 redovisas ersättning per helårsstudent och helårspresentation 2021 för utbildningsområdena vård samt humanistiskt, teologiskt, juridiskt, samhällsvetenskapligt.

Tabell 80. Ersättning per helårsstudent och helårsprestation för universitet och högskola efter utbildningsområde för studenter, 2021

Utbildningsområde	Ersättning per helårsstudent, kr	Ersättning per helårsprestation, kr	Total ersättning per student* och år, kr
	2021	2021	2021
Vård	60 653	52 532	113 185
Humanistiskt, teologiskt, juridiskt, samhällsvetenskapligt	33 458	21 802	55 260

Källa: UKÄ, 2021
*Summan av ersättning per helårsstudent och ersättning per helårsprestation.

[245] Prop. 2023/24:1.

Utbildningen till sjuksköterskeexamen är en treårig yrkesexamen på grundnivå som omfattar 180 högskolepoäng. Utbildningens huvudämne är vårdvetenskap. Examen som sjuksköterska ligger till grund för legitimation för sjuksköterskeyrket. Legitimation utfärdas efter ansökan av Socialstyrelsen. För att uppskatta den samhällsekonomiska kostnaden för att utbilda en sjuksköterska har ersättningen för utbildningsområde vård multiplicerats med tre år, vilket motsvarar sjuksköterskeutbildningens längd.

Utbildningen till psykologexamen är en femårig yrkesexamen på avancerad nivå som omfattar 300 högskolepoäng. För att legitimation ska kunna utfärdas av Socialstyrelsen krävs dels psykologexamen, dels genomgången praktisk tjänstgöring i psykologarbete (PTP) under handledning av erfaren psykolog. För att uppskatta den samhällsekonomiska kostnaden för att utbilda en psykolog har ersättningen för utbildningsområde humanistiskt, teologiskt, juridiskt, samhällsvetenskapligt multiplicerats med fem år vilket motsvarar psykologutbildningens längd, se tabell 81.

Av tabell 81 nedan framgår ersättningen till lärosätena för sjuksköterske- och psykologprogrammet i relation till medianersättning för alla utbildningsområden med en uppskattad utbildningslängd på tre år.

Tabell 81. Ersättning från staten till lärosäten för utbildning av sjuksköterske- och psykologstudenter, 2021

Utbildning	Total ersättning per student och år, kr	Antal år	Utbildningskostnader per student, kr
Sjuksköterskeprogrammet	113 185	3	339 555
Psykologprogrammet	55 260	5	276 300
*Medianersättning för alla utbildningsområden**	161 259	3	483 776

Källa: UKÄ, 2021
*Baserat på UKÄ:s uppdelning av utbildningsområde

Statens kostnad för studiebidrag

Utbildningen till sjuksköterska och psykolog är studiemedelsberättigad. Studiemedlet består av två delar: en bidragsdel som studenten får och en lånedel som ska betalas tillbaka. År 2021 var bidragsdelen 828 kronor per vecka vid heltidsstudier. Enligt uppgifter från Centrala studiestödsnämnden (CSN) fick knappt 22 000 sjuksköterskestudenter och knappt 4 000 psykologstudenter studiebidrag under 2021. Uppskattningsvis motsvarar detta ungefär 85 procent av alla studerande till sjuksköterska respektive psykolog. Studiebidraget är en kostnad för staten för att utbilda sjuksköterskor och psykologer; således har denna kostnad inkluderats i en känslighetsanalys. Kostnaden för utbetalning av studiebidrag per student för den 3-åriga sjuksköterskeutbildningen och för den 5-åriga psykologutbildningen redovisas i tabell 82.

Resultat

I det följande redovisas kostnaderna för utbildning av sjuksköterskor och psykologer i relation till antalet individer som har legitimation som sjuksköterska eller psykolog men som inte ingår i kompetensförsörjningen vilket definieras olika i de fyra olika kompetensförsörjningsperspektiven; yrkes-, kompetens-, vård- och samhällsperspektivet.

Yrkes- och kompetensperspektivet

Resultaten som redovisas utifrån yrkes- och kompetensperspektivet utgår från antaganden för 2021 och framgår av tabell 82. År 2021 hade totalt 72 559 individer legitimation som sjuksköterska och 10 550 individer legitimation som psykolog (se tabell 82).

Yrkesperspektivet omfattar de individer som har legitimation för yrket sjuksköterska respektive psykolog och som 2021 var sysselsatta i yrkesrollen sjuksköterska respektive psykolog. Enligt detta perspektivet var 18,0 procent av sjuksköterskorna, det vill säga runt 13 000 individer och 16,3 procent av psykologerna, runt 1 700 individer, 2021 sysselsatta inom andra yrken. Detta innebär att en klar majoritet, 82,0 procent, av antalet sysselsatta sjuksköterskor och 87,7 procent av antalet sysselsatta psykologer 2021 var sysselsatta inom yrkesrollen.

Tabell 82. Kostnad för legitimerade sjuksköterskor och psykologer som ej ingår i yrkesperspektivet och kompetensperspektivet

	Yrkesperspektivet	Kompetensperspektivet	Totalt antal med legitimation
Sjuksköterskor			
Antal (% av total)	13 054 (18,0%)	6 594 (9,1%)	72 559
Utbildningskostnad per individ (kr)	339 555	339 555	
Kostnad (mkr)	4 433	2 239	
Psykologer			
Antal (% av total)	1 722 (16,3%)	591 (5,6%)	10 550
Utbildningskostnad per individ (kr)	276 300	276 300	

Kompetensperspektivet omfattar dels de individer som har legitimation för yrket sjuksköterska respektive psykolog och som 2021 var sysselsatta i yrkesrollen sjuksköterska respektive psykolog, dels de sjuksköterskor och psykologer som var sysselsatta inom en annan yrkesroll där kompetensen från legitimationsyrkets utbildning är meriterande. Tabell 82 visar att enligt detta perspektiv var det 9,1 procent av sjuksköterskorna och 5,6 procent av

psykologerna som inte var sysselsatta inom yrkesrollen eller inom ett yrke där legitimationen är meriterande.

Av tabell 82 framgår även att kostnaden för att utbilda sjuksköterskor som 2021 inte var sysselsatta inom sin yrkesroll enligt yrkesperspektivet var 4,4 miljarder kronor. Utifrån kompetensperspektivet inkluderas även de som är sysselsatta i annan yrkesroll där kompetensen från legitimationsyrkets utbildning är meriterande. De som inte inkluderas i kompetensförsörjningen enligt detta perspektiv blir följaktligen färre och kostnaden lägre: 2,2 miljarder kronor. På samma vis kan, enligt yrkesperspektivet, kostnaden av att utbilda psykologer som 2021 inte var sysselsatta inom sin yrkesroll uppskattas till cirka 0,5 miljarder kronor, medan den var cirka 0,2 miljarder kronor för att utbilda psykologer som varken var sysselsatta inom yrkesrollen 2021 eller sysselsatta inom ett annat yrke där legitimation som psykolog är meriterande. Totalt sett kan det konstateras, enligt kompetensperspektivet, att mer än 90 procent av sjuksköterskor och psykologer antingen var sysselsatta inom sin yrkesroll 2021 eller inom ett annat yrke där legitimation som sjuksköterska eller psykolog är meriterande.

Vård- och samhällsperspektivet

Ovan redovisades beräkningar av kostnaden för yrkes- och kompetensperspektivet som innefattar de individer som har legitimation för yrket sjuksköterska respektive psykolog och som 2021 inte var sysselsatta i sin yrkesroll eller inom ett annat yrke där legitimationen kan anses meriterande. Dessa perspektiv tar alltså inte hänsyn till om individerna varit sysselsatta inom yrkesrollen föregående år, eller om de är sysselsatta inom andra branscher där deras kompetens är av stort värde. För att bemöta denna begränsning görs även inom studien analyser enligt vård- och samhällsperspektivet, som inkluderar de individer som inte var sysselsatta i sin yrkesroll 2021, men som kan ha bidragit till kompetensförsörjningen före 2021 respektive är sysselsatta inom en vårdbransch eller samhällsbransch.

I analysen för vård- och samhällsperspektivet tas avstamp i definitionen för yrkesperspektivet, det vill säga de sjuksköterskor och psykologer som inte är sysselsatta i sin yrkesroll 2021, men tar hänsyn till om dessa individer varit sysselsatta inom yrket före 2021. Enligt vård-och samhällsperspektivet bidrar en individ till kompetensförsörjningen om de mellan åren 1995–2020 har varit sysselsatta minst tio år inom en vårdbransch eller en samhällsbransch. Se detaljerad beskrivning av branscher under avsnittet Detaljerad beskrivning av branschindelning. I tabell 83 presenteras antalet individer som inte bidrar till kompetensförsörjningen och kostnaderna för vård- och samhällsperspektivet. Genom att ta hänsyn till vad en individ har gjort innan 2021 minskar antalet individer som inte antas bidra till kompetensförsörjningen och därmed även kostnaderna. Utbildningskostnaden per person är oförändrad.

Tabell 83. Kostnad för sjuksköterskor och psykologer som ej bidrar till kompetensförsörjningen: Vårdperspektivet och samhällsperspektivet

	Vårdperspektivet	Samhällsperspektivet	Totalt antal med legitimation
Sjuksköterskor			
Antal (% av total)	5 179 (7,1%)	3 724 (5,1%)	72 559
Utbildningskostnad per individ (kr)	339 555	339 555	
Kostnad (mkr)	2 433	1 569	
Psykologer			
Antal (% av total)	729 (6,9%)	588 (5,6%)	10 550
Utbildningskostnad per individ (kr)	276 300	276 300	
Kostnad (mkr)	201	162	

Av tabellen framgår att vid en samlad analys av de bakåtblickande perspektiven minskar andelen individer som inte bidrar till kompetensförsörjningen från vårdperspektivet till samhällsperspektivet. Mellan 5,1 och 7,1 procent av alla sysselsatta individer med legitimation som sjuksköterska 2021 var inte sysselsatta i yrkesrollen sjuksköterska och har arbetat färre än 10 år inom en relevant bransch. Motsvarande siffra för psykologerna är mellan 5,6 och 6,9 procent. Dvs omkring 95 procent av sjuksköterskorna och psykologerna bidrar till kompetensförsörjningen i genomsnitt enligt de två perspektiven.

Enligt vårdperspektivet uppgår den samhällsekonomiska kostnaden för att sjuksköterskor och psykologer 2021 inte bidrar eller inte heller tidigare har bidragit till kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården till cirka 2,4 miljarder kronor för sjuksköterskor och cirka 0,20 miljarder kronor för psykologer. Enligt samhällsperspektivet blir kostnaden av att sjuksköterskor respektive psykologer inte bidrar eller tidigare har bidragit till vården eller en relaterad bransch i samhället cirka 1,6 miljarder kronor respektive cirka 0,16 miljarder kronor.

Känslighetsanalyser

Känslighetsanalyser görs för att hantera osäkerheter i data och analyser. En känslighetsanalys kan beskrivas som en kompletterande analys där en faktor i taget som ligger bakom kostnadsberäkningen varieras för att se hur stor påverkan det har på den slutgiltiga kostnaden. I föreliggande rapport används känslighetsanalyser för att skapa förståelse för hur känslig samhällskostnaden är för specifika antaganden. I rapporten varieras utbildningskostnaden genom att även inkludera kostnader för studiebidrag i

en känslighetsanalys, detta påverkar samhällskostnaden för alla kompetensförsörjningsperspektiv. Vidare varieras antalet år en individ ska ha varit sysselsatt inom en hälso- och sjukvårdsbransch eller en samhällsbransch för att anses ingå i kompetensförsörjningen enligt vård- och samhällsperspektiven. Dessa känslighetsanalyser är till för att skapa en bättre förståelse kring hur samhällskostnaden påverkas av att enskilda faktorer förändras.

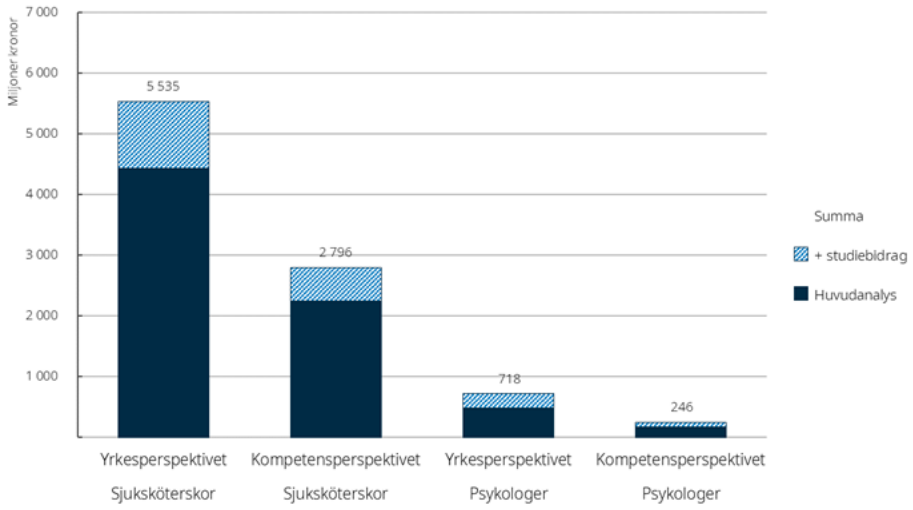
Utbildningskostnader inkluderande studiebidrag

Utöver statens ersättning till lärosätena för utbildning innebär utbildning en ytterligare kostnad för staten i form av kostnaden för studiebidrag till individer under studietiden.[246] För att ta hänsyn till detta presenteras i diagram 71 kostnaden för studiebidrag tillsammans med utbildningskostnaden för psykologer och sjuksköterskor (se avsnittet Underlag för känslighetsanalyser för detaljer om antaganden och uträkning). Dessa kostnader multipliceras sedan med urvalet, dvs. antalet individer enligt yrkesperspektivet och kompetensperspektivet, beskrivet i faktaruta 1.

När kostnaden för studiebidrag inkluderas ökar de totala kostnaderna med 20 procent för sjuksköterskor och 34 procent för psykologer.[247] Enligt yrkesperspektivet innebär detta en ökning från 4,4 miljarder kronor till 5,5 miljarder kronor för sjuksköterskor och för psykologer en ökning från 0,5 miljarder kronor till 0,7 miljarder kronor. Utifrån kompetensperspektivet uppgår kostnaderna inklusive studiebidrag till 2,8 miljarder kronor för sjuksköterskor och 0,2 miljarder kronor för psykologer.

Diagram 71. Sammanfattning av kostnader med och utan studiebidrag

Baserat på data från 2021. Siffror i tabell anger totala utbildningskostnader (ersättning till lärosäten + studiebidrag). Y-axeln anger miljoner kronor.



[246] Rapporten inkluderar inte studielån då individen med stor sannolikhet betalar tillbaka detta och det därav inte bör ses som en kostnad för samhället, även om pengarna kunde ha använts till något annat.
[247] Skillnaden beror på att ersättning till lärosäten, studiebidragen per vecka för utbildningarna är detsamma men sjuksköterskeprogrammet är 3 år och psykologprogrammet är 5 år. Därav att andel studiebidrag av totala utbildningskostnader är olika.

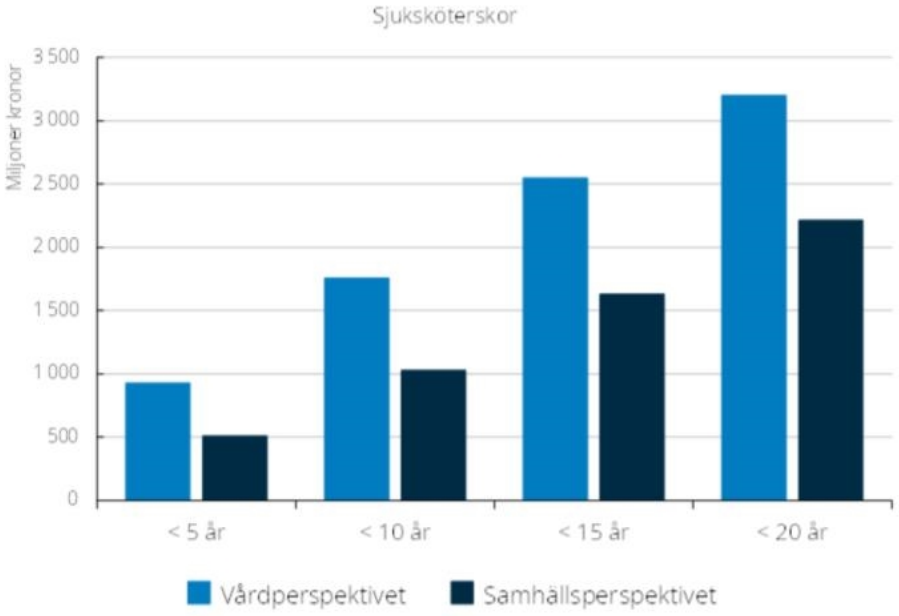
Förändring i uppskattade samhällskostnader beroende på hur många år individer har varit sysselsatta inom yrkesrelevant bransch

I analyserna med vård- och samhällsperspektivet har ett antagande gjorts om att individer ska ha varit sysselsatt i minst 10 år för att ha bidragit till kompetensförsörjningen. Det finns inget som säger att just 10 år är gränsen för tiden vad samhället anser skulle motsvara att en individ har bidragit till kompetensförsörjningen inom ett visst perspektiv. Likaväl skulle sysselsättning i 5, 15 eller 20 år kunna räknas som att ha bidragit till kompetensförsörjningen inom respektive perspektiv. För att undersöka hur gränsen av antal år påverkar kostnaderna har även 5, 15 och 20 år testats i s.k. känslighetsanalyser. I diagram 71 och 72 presenteras hur kostnaderna ändras när intervallet av antalet år för att ha varit sysselsatt inom vårdbransch eller samhällsbransch, för sjuksköterskor respektive psykologer, varieras. Under avsnittet Underlag för känslighetsanalyser redovisas exakta siffror.

Resultaten från känslighetsanalyserna visar att eftersom definitionen av relevant bransch är bredare för samhällsperspektivet jämfört med vårdperspektivet är det fler individer som exkluderas från kompetensförsörjningen i vårdperspektivet, varför detta genomgående resulterar i högre kostnader jämfört med samhällsperspektivet. När en individs bidrag till kompetensförsörjningen baseras på färre antal år, till exempel 5 år, blir denna grupp större, eftersom det är fler individer som haft möjlighet att ha uppnått 5 års arbetslivserfarenhet inom relevant bransch från det att individen fick sin legitimation, jämfört med om gränsen vore exempelvis 20 år. Diagram 71 illustrerar att kostnaden enligt vårdperspektivet är ungefär 1 miljard kronor för sjuksköterskor som inte är sysselsatta inom yrkesrollen som sjuksköterska och som heller inte heller har varit sysselsatta totalt 5 år inom vårdbranschen. Detta perspektiv tar dock inte hänsyn till individernas ålder och gör heller ingen uppskattning av hur länge de kan tänkas vara sysselsatta i sin yrkesroll.

Diagram 72. Kostnader efter urval enligt år inom yrkesrelevanta branscher: Sjuksköterskor

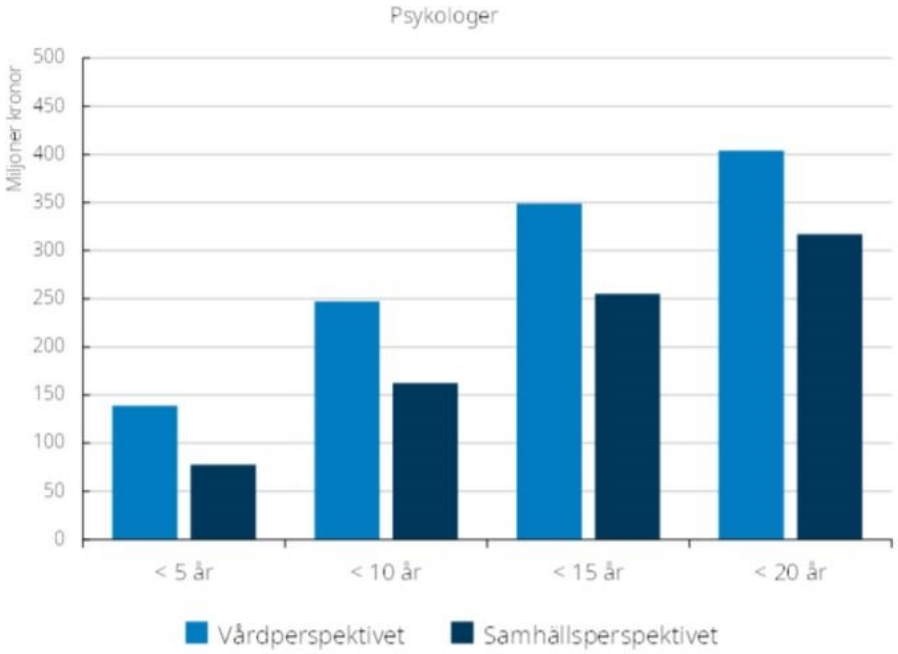
Kostnader av att sjuksköterskor inte ingår i kompetensförsörjningen, efter antal år de har varit sysselsatta inom yrkesrelevant bransch (indelning enligt vårdperspektivet eller samhällsperspektivet). Y-axeln anger miljoner kronor.



I diagram 73 illustreras på samma sätt kostnaden enligt vårdperspektivet och samhällsperspektivet för psykologer som inte är sysselsatta inom yrkesrollen som psykolog och som heller inte har varit sysselsatta 5, 15 respektive 20 år inom relevant vård- eller samhällsbransch. För psykologerna är kostnaderna genomgående lägre jämfört med sjuksköterskorna. Detta beror på att antalet psykologer är färre, alltså färre individer som utbildningskostnaden har multiplicerats med. För en detaljerad beskrivning över hur indelningen av relevant vård- respektive samhällsbransch har hanterats, se avsnittet om Detaljerad beskrivning av branschindelning.

Diagram 73. Kostnader efter urval enligt år inom yrkesrelevant bransch: Psykologer

Kostnader av att psykologer inte ingår i kompetensförsörjningen, efter antal år de har varit sysselsatta inom yrkesrelevant bransch (indelning enligt vårdperspektivet eller samhällsperspektivet). Y-axeln anger miljoner kronor.



Underlag för känslighetsanalyser

I känslighetsanalysen används summan av utbildningskostnad och kostnad för studiebidrag enligt tabell 84. För att utreda hur statens kostnad för studiebidrag påverkar den totala kostnaden för individer med senaste legitimation sjuksköterska eller psykolog som inte arbetar som det de är utbildade till enligt yrkesperspektivet och kompetensperspektivet presenteras en känslighetsanalys (tabell 84).

Studiebidrag per vecka är detsamma för studenter oavsett studieprogram, 828 kronor. Däremot är antal veckor längre för psykologprogrammet än för sjuksköterskeprogrammet. Till följd av detta blir den totala möjliga kostnaden för studiebidrag under studieperioden större för psykologer än för sjuksköterskor, omkring 165 000 kronor för psykologer och 99 000 kronor för sjuksköterskor. Eftersom inte alla studenter får studiebidrag viktar vi sedan kostnaden per sannolikheten att studenten skulle få studiebidrag, det vill säga 85 procent. Kostnaden för genomsnittlig student blir då 85 procent av den totala möjliga kostnaden, det vill säga 84 456 kronor per sjuksköterska och 140 760 kronor per psykolog. I kolumnen längst till höger läggs denna summa ihop med ersättning till lärosäten per student från tabell 81.

Tabell 84. Statens kostnad för studiebidrag per sjuksköterske- och psykologstudent

Utbildning	Studiebidrag per vecka och student*, kr	Antal veckor	Realiserad kostnad per genomsnittlig student, kr	Utbildningskostnader + studiebidrag
Sjuksköterskeprogrammet	828	120	84 456	424 011
Psykologprogrammet	828	200	140 760	417 060

*Baserat på uppgifter från CSN för år 2021.

Tabell 85 presenterar underlaget till tabell 81, vilken redovisar utbildningskostnader med eller utan studiebidrag enligt yrkesperspektivet och kompetensperspektivet. Kostnaden som multipliceras med antalet i urvalet är här summan av ersättning till lärosäten plus genomsnittligt studiebidrag som presenteras i tabell 84.

Tabell 85. Kostnader för legitimerad yrkespersonal som ej ingår i kompetensförsörjningen enligt yrkesperspektivet: Utbildningskostnader och studiebidrag

	Yrkesperspektivet	Kompetensperspektivet	Totalt antal
Sjuksköterskor			
Antal (% av total)	13 054 (18,0%)	6 594 (9,1%)	72 559
Utbildningskostnad per individ (kr)	424 011	424 011	
Kostnad (mkr)	5 535	2 796	
Psykologer			
Antal (% av total)	1 722 (16,3%)	591 (5,6%)	10 550
Utbildningskostnad per individ (kr)	417 060	417 060	
Kostnad (mkr)	718	248	

Slutligen, som underlag till diagram 72 och 73 presenteras tabell 89. När det krävs fler inarbetade år inom definitionen för att ha ingått i kompetensförsörjningen, ökar antalet individer i urvalet som inte gör det, vilket gör att samhällskostnaden av att personer som inte arbetar inom en kompetensrelevant bransch ökar. Raden för ” <10 år” för både sjuksköterskor och psykologer är den som presenteras i tabell 81 i huvudanalysen och dessa kostnader återfinns i tabell 83.

Tabell 86. Kostnader för legitimerad yrkespersonal som ej ingår i kompetensförsörjningen enligt vårdperspektivet och samhällsperspektivet

Antal är baserat på antal personer med sjuksköterska respektive psykologlegitimation som inte var sysselsatt inom yrket 2021 samt arbetade mindre än X år inom en yrkesrelevant bransch.

	Inarbetade år	Vårdperspektivet		Samhällsperspektivet	
		Antal	Kostnad (mkr)	Antal	Kostnad
Sjuksköterskor	< 5 år	2732	928	1849	511
Sjuksköterskor	< 10 år	5179	1 759	3724	1 029
Sjuksköterskor	< 15 år	7508	2 549	5895	1 629
Sjuksköterskor	< 20 år	9428	3 201	8011	2 213
Psykologer	< 5 år	409	139	281	78
Psykologer	< 10 år	729	248	588	162
Psykologer	< 15 år	1028	349	924	255
Psykologer	< 20 år	1190	404	1148	317

Detaljerad beskrivning av branschindelning

För de två kompletterande analyserna som även tar hänsyn till individens sysselsättning innan 2021 används antal år inom branscher istället för antal år inom yrkesrollen. Anledningen till detta är bristande datatillgänglighet; information om yrkesroll i LOVA hämtas från SCB och finns endast tillgängligt sedan 2019. Det finns därför inte tillräckligt lång dataserie bakåt för att ge oss en uppfattning om hur länge vårdpersonalen jobbat inom yrkesrollen.

I rapporten används därför data på vilken bransch individer varit sysselsatta i vilket finns tillgängligt för hela vårt urval sedan 1995. Detta kallas även näringsgren och utgår från SCB:s standard för svensk näringsgrensindelning (SNI). Vi utgår från SNI 2007 som har 821 olika grenar på detaljgruppsnivå och på huvudgruppsnivå 88 grenar. Dessa baseras på arbetsgivares uppgifter om varje anställdas arbetsställenummer (ASTNr) som ska anges till Skatteverket årligen. Därav finns, per anställd individ, en uppgift om arbetsställets bransch. Det anger däremot inte hur stor del av året en individ har varit anställd inom det arbetsstället, samt om individen arbetat heltid, halvtid eller deltid. Detta betyder att en individ som arbetat heltid 250 dagar under ett år och en individ som arbetat deltid under två dagar kan klassificeras som arbetande inom samma bransch, vilket är en osäkerhetsfaktor.

Varje bransch indelas sedan i vårdbransch, samhällsbransch eller annan bransch. En bransch klassificeras som vårdbransch om det är en verksamhet

som utövar arbetsuppgifter som hör till legitimationsområdet och som underordnas IVO:s tillsyn. Detta utgår från hälso- och sjukvårdslagen och är i enlighet med Socialstyrelsens definition om vad som ingår i hälso- och sjukvård: regionernas sjukvård, kommunal hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvård i statlig regi, elevhälsa, och bemanningsverksamhet. Med regional primärvård menas vård, såsom vård i sjukhus och vårdcentraler, som drivs i regional regi och i de enskilda vårdföretag som har avtal med regionen. Med bemanningsverksamhet menas enskilda företag som hyr ut personal. De erbjuder personal över ett brett spektrum av professioner och avgränsar inte verksamheten till just hälso- och sjukvård. Hyrpersonal inom vården ingår ofta i sådana bemanningsbranscher.

En samhällsbransch ska fånga om en person som arbetat inom en eller flera branscher bidragit till samhällets kompetensförsörjning av vårdutbildad personal. Samhällsbranscher ska fånga om legitimerad vårdpersonal *sannolikt* arbetar inom sin yrkesroll inom branschen eller i en bemärkelse där vårdlegitimationen är meriterande eller på annat sätt ingår i kompetensförsörjningen inom yrket. Exempel på en samhällsbransch är forskning, vårdutbildning och vårdadministration. Alla andra branscher klassificeras som ”andra” branscher.

En begränsning är att vi inte fångar individers näringsgren/bransch innan 1995; detta medför att det kan finnas fall där t.ex. en psykolog arbetat tio år 1985–1995 men ändå klassificeras in i urvalet som inte ingått i kompetensförsörjningen.

En ytterligare begränsning med år inom vård- eller samhällsbransch är att nyexaminerade sjuksköterskor och psykologer har färre möjliga år att bidra till kompetensförsörjningen och därför per automatik klassas som den del av urvalet som inte ingått i kompetensförsörjningen. I denna rapport anses det dock att detta är i enlighet med att den kostnaden som har tagits fram är en ögonblicksbild 2021: De sjuksköterskor och psykologer som fick sin legitimation 2021 eller strax innan har ännu inte arbetat in den samhällsinvestering deras utbildning medfört.

En annan begränsning är att branscher är ett imperfekt mått på den yrkesroll individer arbetar inom. En sjuksköterska skulle till exempel kunna arbeta inom ”regional primärvård” men i en yrkesroll där legitimationskompetensen inte behövs, t.ex. receptionist. En sista, potentiellt intressant, dimension denna analys inte fångar är hur fördelningen av arbetet ser ut över tid och på arbetsställen. En sjuksköterska som arbetat tolv år i rad på samma vårdcentral klassificeras här likadant som en sjuksköterska som också arbetat tolv år totalt men 2–3 år vardera på olika vårdcentraler och spritt under en tjugoårsperiod. Båda typer av arbetssätt finns och har viktiga funktioner, men vi särskiljer inte dessa.

Underlag för känslighetsanalyser

I känslighetsanalysen används summan av utbildningskostnad och kostnad för studiebidrag enligt tabell 87. För att utreda hur statens kostnad för studiebidrag påverkar den totala kostnaden för individer med senaste legitimation sjuksköterska eller psykolog som inte arbetar som det de är utbildade till enligt yrkesperspektivet och kompetensperspektivet presenteras en känslighetsanalys (tabell 87).

Studiebidrag per vecka är detsamma för studenter oavsett studieprogram, 828 kronor. Däremot är antal veckor längre för psykologprogrammet än för sjuksköterskeprogrammet. Till följd av detta blir den totala möjliga kostnaden för studiebidrag under studieperioden större för psykologer än för sjuksköterskor, omkring 165 000 kronor för psykologer och 99 000 kronor för sjuksköterskor. Eftersom inte alla studenter får studiebidrag viktar vi sedan kostnaden per sannolikheten att studenten skulle få studiebidrag, det vill säga 85 procent. Kostnaden för genomsnittlig student blir då 85 procent av den totala möjliga kostnaden, det vill säga 84 456 kronor per sjuksköterska och 140 760 kronor per psykolog. I kolumnen längst till höger läggs denna summa ihop med ersättning till lärosäten per student från tabell 81.

Tabell 87. Statens kostnad för studiebidrag per sjuksköterske- och psykologstudent

Utbildning	Studiebidrag per vecka och student*, kr	Antal veckor	Realiserad kostnad per genomsnittlig student, kr	Utbildningskostnader + studiebidrag
Sjuksköterske-programmet	828	120	84 456	424 011
Psykolog-programmet	828	200	140 760	417 060

*Baserat på uppgifter från CSN för år 2021.

Tabell 88 presenterar underlaget till diagram 71, vilket redovisar utbildningskostnader med eller utan studiebidrag enligt yrkesperspektivet och kompetensperspektivet. Kostnaden som multipliceras med antalet i urvalet är här summan av ersättning till lärosäten plus genomsnittligt studiebidrag som presenteras i tabell 87.

Tabell 88. Kostnader för legitimerad yrkespersonal som ej ingår i kompetensförsörjningen enligt yrkesperspektivet: Utbildningskostnader och studiebidrag

	Yrkesperspektivet	Kompetensperspektivet	Totalt antal
Sjuksköterskor			
Antal (% av total)	13 054 (18,0%)	6 594 (9,1%)	72 559
Utbildningskostnad per individ (kr)	424 011	424 011	
Kostnad (mkr)	5 535	2 796	
Psykologer			
Antal (% av total)	1 722 (16,3%)	591 (5,6%)	10 550
Utbildningskostnad per individ (kr)	417 060	417 060	
Kostnad (mkr)	718	248	

Slutligen, som underlag till diagram 72 och 73 presenteras tabell 89. När det krävs fler inom definitionen för att ha ingått i kompetensförsörjningen, ökar antalet individer i urvalet som inte gör det, vilket gör att samhällskostnaden av att personer som inte arbetar inom en kompetensrelevant bransch ökar. Raden för ” <10 år” för både sjuksköterskor och psykologer är den som presenteras i tabell 81 i huvudanalysen och dessa kostnader återfinns i tabell 83.

Tabell 89. Kostnader för legitimerad yrkespersonal som ej ingår i kompetensförsörjningen enligt vårdperspektivet och samhällsperspektivet

Antal är baserat på antal personer med sjuksköterska respektive psykologlegitimation som inte var sysselsatt inom yrket 2021 samt arbetade mindre än X år inom en yrkesrelevant bransch.

	Inarbetade år	Vårdp-erspektivet		Samhälls-perspektivet	
		Antal	Kostnad (mkr)	Antal	Kostnad
Sjuksköterskor	< 5 år	2732	928	1849	511
Sjuksköterskor	< 10 år	5179	1 759	3724	1 029
Sjuksköterskor	< 15 år	7508	2 549	5895	1 629
Sjuksköterskor	< 20 år	9428	3 201	8011	2 213
Psykologer	< 5 år	409	139	281	78
Psykologer	< 10 år	729	248	588	162
Psykologer	< 15 år	1028	349	924	255
Psykologer	< 20 år	1190	404	1148	317

5. Del 3 – Förslag på insatser för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning

Rådet har fått i uppdrag av regeringen att ta fram förslag till en nationell plan för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Uppdraget omfattar såväl offentliga som privata vårdgivare samt både regionalt och kommunalt finansierad hälso- och sjukvård.

I detta kapitel redovisas rådets förslag på insatser i den nationella planen. Förslagen är framtagna efter dialoger med berörda aktörer i enlighet med uppdraget samt utifrån rådets samlade erfarenheter i arbetet med frågor som rör kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården.

Nationella vårdkompetensrådet utgör en samverkansarena för frågor om hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning genom sin representation av lärosäten, regioner, kommuner samt myndigheterna Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet (UKÄ). Rådet ska bidra till en god planering av vårdens kompetensförsörjning och bl.a. åstadkomma samverkan mellan och föra dialog med berörda aktörer.[248]

Rådets förslag till nationell plan syftar till att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Planen bör utgöra planeringsunderlag både på kort och på lång sikt för de aktörer som ansvarar för kompetensförsörjningen. Planen kan också ge stöd till ökad kontinuitet och systematik i arbetet med hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.

Rådets förankring och genomförande av planen består i att stödja och driva på de berörda aktörernas arbete med planeringen av kompetensförsörjningen genom att följa upp de 25 insatserna som rådet föreslår i planen. De berörda aktörerna är kommuner, regioner, statliga myndigheter såsom universitet och högskolor, Socialstyrelsen, Universitetskanslersämbetet samt regeringen. Arbetet sker inom ramen för den samverkansarena som det nationella rådet utgör tillsammans med de sex regionala vårdkompetensråden. Planen föreslås gälla för perioden 2025–2028 för att skapa långsiktiga förutsättningar för planering.

För varje förslag på insats anges gällande bestämmelser, vilken aktör som insatsen riktar sig till samt förslag till hur uppföljning av insatsen ska genomföras. En tabellöversikt över förslag till insatser finns sammanfattningen.

[248] Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

5.1 Struktur för förslag till insatser

Rådets förslag till insatser redovisas enligt den ordning som följer av lagfästa bestämmelser med relevans för uppdraget. Inledningsvis redovisas förslag till insatser som gäller för hälso- och sjukvården och därefter följer förslag till insatser som gäller för universitet och högskolors verksamhet. Förslag till insatser på hälso- och sjukvårdsområdet redovisas uppdelat i två delar: hälso- och sjukvårdens organisation, verksamhet och ledning samt personal inom hälso- och sjukvård. Därefter redovisas förslag på insatser för universitet och högskolor uppdelat i tre delar: universitet och högskolors verksamhet, utbildning och forskning samt för professorer och andra lärare vid universitet och högskolor.

5.1.1 Bestämmelser på området

Rådet har under arbetet med att ta fram förslag till plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning fått inspel från berörda aktörer att det förekommer ett stort antal olika vägledningar för hälso- och sjukvårdens verksamhetsföreträdare och personal. Jämte lagfästa bestämmelser finns allmänna råd, riktlinjer, handböcker och olika slags vägledningar. Det har därför varit viktigt för rådet att i planen tydliggöra att de förslag till insatser som rådet föreslår har sin grund i lagfästa bestämmelser. Dvs. bestämmelser som riksdag och regering har beslutat om. Enligt vad rådet erfar upptar rapportering och administration en stor del av arbetet för hälso- och sjukvårdspersonal, som när både de ekonomiska och personella resurserna är knappa, skulle kunna användas till patientnära arbete. Rådet välkomnar därför att regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har kommit överens om en gemensam inriktning för en sammanhållen och ändamålsenlig kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården. Detta ska bidra till att kunskap sprids, tillämpas, resultatet följs upp och ny kunskap skapas i en sammanhållen kedja[249].

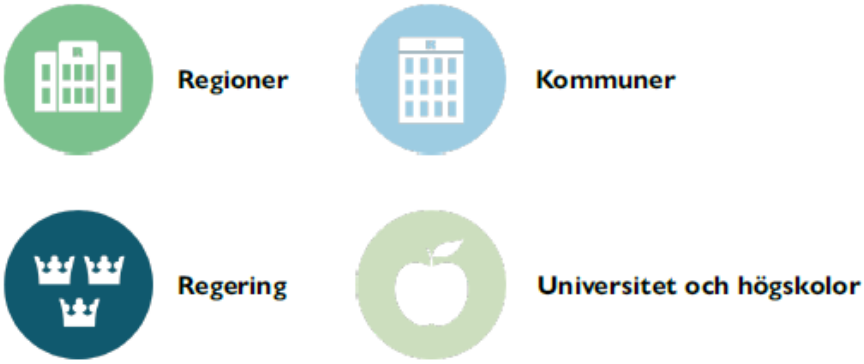
Uppdraget omfattar såväl offentliga som privata vårdgivare samt både regionalt och kommunalt finansierad hälso- och sjukvård. I enlighet med definitionerna i 2 kap. 2–3 §§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, avses med huvudman enligt lagen den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet. Med vårdgivare avses i nämnda lag statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet. Rådets förslag till insatser riktade till regioner och kommuner omfattar därmed, i enlighet med vad som nyss redovisats, såväl offentliga som privata vårdgivare.

[249] Bemyndigande att underteckna en avsiktsförklaring mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om gemensam inriktning för en sammanhållen och ändamålsenlig kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården (S2024/00637).

5.1.2 Om uppföljning av förslag till insatser

Uppföljning av planen och förslagen till insatser bör ske årligen i en rapport där rådet följer upp och redovisar hur de berörda aktörernas arbete med förslagen fortlöper utifrån de process- och effektmål som framgår av planen. Uppföljningens mål är som sagt både processmål och effektmål. Arbetet med uppföljningen kommer även att behöva utvecklas vartefter planarbetet fortskrider. I detta första föreliggande förslag till plan bedömer rådet att uppföljningen i huvudsak bör handla om att synliggöra de insatser till förslag som behövs för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning i respektive berörda aktörers styrdokument. Detta är en viktig signal för både ledning och personal i att se till att en förflyttning sker i arbetet med planeringen av kompetensförsörjningen. Uppföljningen handlar därför i huvudsak om att följa huruvida en förflyttning sker i olika frågor.

Vid varje förslag till insats finns symboler som synliggör den aktör som förslaget omfattar i enlighet med nedan symboler.



5.2 Hälso- och sjukvårdens organisation, verksamhet och ledning

5.2.1 Stärkt medicinsk kompetens inom kommunal hälso- och sjukvård

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

Förslag till uppföljning: Framgår av kommuners beslutade styrdokument.

Bestämmelser om verksamhetschefen och dess kompetens

Av 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, HSL) framgår att det alltid ska finnas någon som är ansvarig för hälso-och sjukvårdsverksamheten, en verksamhetschef. Verksamhetschefen ansvarar bl.a. för att säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.[250] Vilken kompetens som en verksamhetschef ska ha är dock inte reglerat mer än att om verksamhetschefen inte har medicinsk kompetens, får den inte bestämma över vård och behandling av en patient.[251] Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska, om det i verksamheten inte finns någon läkare.[252] Den medicinskt ansvarig sjuksköterskan ska ansvara för att patienten får en säker och ändamålsenlig hälso- och sjukvård av god kvalitet inom kommunens ansvarsområde.[253]

Tidigare framgick verksamhetschefens ansvar och arbetsuppgifter dels av förordningen om verksamhetschef (1996:933) inom hälso- och sjukvården, som upphävdes 2017 i samband med införandet av hälso-och sjukvårdsförordningen (2017:80), dels av Socialstyrelsens allmänna råd om verksamhetschef inom hälso- och sjukvård (SOSFS 1997:8). De allmänna råden upphörde 2015 i och med att Socialstyrelsen bedömde att vissa delar av dem inte längre var aktuella och att de innehöll hänvisningar till författningar och till allmänna råd som hade upphävts, samt att de huvudsakligen bestod av annat än vad som enligt författningssamlingsförordningen är allmänna råd. Socialstyrelsen remitterade förslaget till upphävande av de allmänna råden inklusive en konsekvensutredning. Av konsekvensutredningen framgår att eftersom råden huvudsakligen bestod av annat än allmänna råd, bedömde myndigheten att övriga konsekvenser av upphävandet, såsom minskad vägledning kring verksamhetschefens ansvar och kompetens, skulle bli begränsade. Myndigheten beskrev också att efter att råden hävts kommer det analyseras om det finns behov av vägledning kring verksamhetschefens ansvar och kompetens och i så fall vilken form av vägledning som kan behövas.[254] I remissammanställningen till förslaget om upphävandet av de allmänna råden konstaterade Socialstyrelsen att de flesta remissinstanser har tillstyrkt förslaget till upphävande av de allmänna råden men att ett flertal remissinstanser ansåg att de allmänna råden inte borde upphävas förrän något som ersätter dem fanns. Särskilt framhölls från remissinstanserna att

[250] 4 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).
[251] Ibid.
[252] 11 kap 4§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[253] 4 kap 6 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).
[254] Socialstyrelsen. Konsekvensutredning avseende förslag om upphävande av Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:8) Verksamhetschef inom hälso- och sjukvård Dnr 4.1.1–40561/2014 samt Socialstyrelsens författningssamling. Upphävande av allmänna råden (SOSFS 1997:8) Verksamhetschef inom hälso- och sjukvård.

det behövs vägledning om ansvarsfördelning.[255] Bland remissvaren återfanns bl.a. en avstyrkan från Vårdförbundet som menade att de allmänna råden fyller en viktig funktion och att de kan och bör utvecklas med generella rekommendationer om hur bestämmelserna om verksamhetschef ska tillämpas beträffande exempelvis verksamhetschefens kompetens, det samlade ledningsansvaret och uppdrag åt annan att fullgöra enskilda ledningsuppgifter.[256] Även Sveriges Läkarförbund framförde i sitt remissvar en önskan att råden skulle uppdateras och utvecklas i stället för att upphävas. Läkarförbundet menade att råden innehöll en god översikt över verksamhetschefens plats i systemet, vilket ansvar verksamhetschefen har etc. Förbundet menade vidare att utvecklingen av vården med ökad komplexitet i utförandet och högt ställda krav på kvalitet och effektivitet gör att det behövs specifik vägledning i fråga om vad det sammanhållna verksamhetschefsansvaret innebär och hur det ska utövas.[257] Förbundet menade att det inte är ovanligt vid ett delegerat ledningsansvar att det är otydligt vad uppdraget omfattar och om det finns inskränkningar i uppdragstagarens befogenheter, men att det i de allmänna råden stod bl.a. att verksamhetschefen, vid överlåtande av ledningsuppgift, tydligt bör ange dessa ramar. Förbundet menade att det vore olyckligt att ta bort den preciseringen och önskade tvärtom att skrivningen skulle skärpas.[258]

På samma sätt fanns tidigare allmänna råd (SOSFS 1997:10) om Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i kommunernas hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen genomförde en kartläggning av MAS- och MAR- (Medicinskt ansvarig för rehabilitering) funktionerna 2014 i syfte att beskriva funktionerna, synliggöra eventuella utmaningar i möjligheterna att fullfölja uppdraget, kartlägga hur kommunerna valt att organisera socialt ansvariga samordnarfunktioner samt öka kunskapen om förutsättningar och hinder för MAS och MAR att bidra till kvalitetsarbetet inom kommunal vård och omsorg. Av kartläggningen framgår att det finns bestämmelser som beskriver funktionen på en övergripande nivå och att det breda uppdraget gör att det inte alltid finns tydliga förväntningar på rollen, samt att lagstiftningen i vissa fall är dåligt anpassad till att det finns flera vårdgivare inom den kommunala hälso- och sjukvården.[259] När Socialstyrelsen remitterade sitt förslag till upphävande av de allmänna råden, avstyrkte Vårdförbundet förslaget och menade att de allmänna råden om medicinskt ansvarig sjuksköterska fyllde en viktig informativ och vägledande funktion eftersom det inte är helt okomplicerat att få en samlad bild av vad uppdraget

[255] Socialstyrelsen. Sammanställning av remissvar avseende upphävande av allmänna råd1997:8 om verksamhetschef. Dnr 42019/2014–16.
[256] Socialstyrelsen. Vårdförbundets svar på remissen Förslag om upphävande av Socialstyrelsens allmänna råd om verksamhetschef inom hälso-och sjukvård. Dnr 42019/2014–9.
[257] Socialstyrelsen. Sveriges Läkarförbunds svar på remissen Förslag om upphävande av Socialstyrelsens allmänna råd om verksamhetschef inom hälso-och sjukvård. Dnr 42019/2014–1.
[258] Läkartidningen. Läkarförbundet: Råden om verksamhetschefens ansvar bör utvecklas, inte avskaffas. 2014,111:C9SF.
[259] Socialstyrelsen. Kartläggning av medicinskt ansvarig sjuksköterska och andra kvalitetssäkrande funktioner. Artikelnummer 2014-4-12 (2014).

som medicinskt ansvarig sjuksköterska innebär. Förbundet menade också att ledningsfunktionen för den kommunala hälso- och sjukvården behövde tydliggöras[260].

Utredningar om stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård

Frågan om stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård är komplex och har varit föremål för flera utredningar. Coronakommissionen bedömde i sitt delbetänkande 2020 att det bör vara möjligt för kommuner att anställa läkare, eftersom den nuvarande uppdelningen mellan kommun och region i fråga om läkaransvar bl.a. gör att läkare i princip inte kan delta i kommunens planeringsarbete eller leda vidareutvecklingen av medicinska rutiner och insatser på exempelvis särskilda boenden. Kommissionen bedömde också att den medicinska kompetensen inom äldreomsorgen bör förstärkas bl.a. genom att sjuksköterskekompetens bör finnas som huvudregel på plats på varje särskilt boende dygnet runt under veckans alla dagar.[261]

Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner konstaterar i betänkandet Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer (SOU 2022:4) att många kommuner inte har tillräcklig medicinsk kompetens på ledningsnivå när strategiska beslut fattas som huvudman och vårdgivare. I kommunerna, till skillnad från i regionerna, utgör hälso-och sjukvården en mer begränsad del av kommunernas samlade ansvarsområden. Därmed är det, enligt utredningen, inte lika självklart att det finns medicinsk kompetens på ledningsnivå i kommunerna. Den kommunala hälso- och sjukvården tar hand om många av de sköraste patienterna med komplexa hälsoproblem och svåra funktionsnedsättningar.[262] Samtidigt möjliggör den medicintekniska utvecklingen att alltmer vård kan utföras i hemmet i stället för på sjukhus, för patienter i allt högre ålder.[263] Med kortare vårdtider och snabbare utskrivningar från sjukhusen har behovet av rehabiliterings- och habiliteringsåtgärder ökat i den kommunala hälso- och sjukvården vilket påverkar behovet av samverkan mellan olika vårdnivåer och professioner.[264] Det lagfästa kravet på att en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ska finnas i verksamheten talar för, på grund av de uppgifter som beskrivs i bestämmelserna och av förarbetena till denna, att avsikten är att MAS ska komplettera verksamhetschefer inom kommunens primärvård med medicinsk kompetens. Eftersom MAS finns på olika nivåer i verksamheterna i olika kommuner, ibland finns rollen som stöttande nära verksamhetschefen, i andra fall har den en tillsynsliknande roll långt bort från den praktiska verksamheten, kan ansvarsfördelningen mellan

[260] Vårdförbundet. Hämtad 2024-04-22 från hemsida.
[261] SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin - delbetänkande av Coronakommissionen.
[262] Socialstyrelsen. Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – Förstudie (2020).
[263] SOU 2022:41. Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer.
[264] Ibid.

verksamhetschefen och MAS ibland upplevas som otydlig. I nämnda betänkande föreslås därför att nuvarande reglering om MAS ersätts med en reglerad ledningsstruktur, som adresserar såväl huvudmannanivå som vårdgivarnivå: dels att det på huvudmannanivå ska finnas en särskilt utpekad person som ska vara ansvarig för ledningen av kommunens primärvård, dels att det på ledningsnivå i verksamheterna finns kompetens inom omvårdnad och rehabilitering. Om den som är verksamhetschef enligt HSL inte har den utbildning och erfarenhet som krävs, behöver en särskild befattningshavare utses att vara kvalitetsansvarig inom kompetensområdet omvårdnad. På samma sätt ska, enligt utredningens förslag, en kvalitetsansvarig för rehabilitering utföra ledningsuppgifter som kräver sådan kompetens om verksamhetschefen inte själv har tillräcklig kompetens och erfarenhet inom rehabilitering och hjälpmedel.[265] Betänkandet har remitterats och bereds i Regeringskansliet.

Regeringen tillsatte i juni 2023 en utredning om stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård (Dir. 2023:98), som bl.a. ska analysera och redogöra för kommunernas nuvarande förutsättningar att anlita läkare på regionernas bekostnad och effektiviteten i nuvarande system. Uppdraget ska redovisas senast den 1 november 2024.

Frågan om medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård har och är i enlighet med ovanstående föremål för olika utredningar som redogör för anställningsformer och roller av olika kompetenser. Flera kommuner arbetar redan i dag med olika initiativ för att stärka den medicinska kompetensen, exempelvis har rollen som läkarstrateg prövats i Stockholm och Örebro.[266]

Den medicinska kompetensen behöver stärkas i kommunal hälso- och sjukvård

Rådet har tidigare föreslagit att en ny yrkesroll i form av en Avancerad specialistsjuksköterska (AVS) bör införas som ett reglerat yrke i Sverige, i syfte att stärka kompetensen kring patienter med komplexa vårdbehov, med inriktning mot nära vård[267]. Rådet har även rekommenderat att kommunerna bör säkra att medicinsk kompetens finns i den övergripande ledningen i verksamheter för vård och omsorg om äldre[268]. Rådet instämmer i den analys som görs i betänkandet Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer, dvs. att det behövs tydliggörande av såväl huvudmannens som vårdgivarens ansvar och en förstärkt hälso- och sjukvårdskompetens på båda dessa ledningsnivåer. Rådet vill emellertid ytterligare betona i tillägg till nämnda utredning, att oavsett vilka formella ledningsfunktioner som finns utpekade på de olika nivåerna, behöver kommunerna tydliggöra syftet och mandatet för dessa funktioner samt att de

[265] SOU 2022:41. Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer.
[266] Läkartidningen 1–3/2023, hämtad 2024-04-18 från hemsida.
[267] Nationella vårdkompetensrådet. Avancerad specialistsjuksköterska (AVS) – en möjlighet att stärka kompetensen kring patienter med komplexa vårdbehov, med inriktning mot nära vård (2023:2).
[268] Nationella vårdkompetensrådet. Pandemin och kompetensförsörjningen, del 2 (2022:2).

bör vara tydliga för såväl kommunens olika ledningsnivåer som personal och patienter.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår rådet att kommuner bör säkerställa att medicinsk kompetens finns på alla ledningsnivåer inom den kommunala hälso- och sjukvården samt att mandat, innehåll och syfte tydliggörs inom och mellan respektive nivå.

5.2.2 Verksamhetschefer vid universitetssjukvårdsenheter behöver ha vetenskaplig kunskap och kompetens



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

Förslag till uppföljning: Framgår av regioners beslutade styrdokument.

Vad är universitetssjukvård?

Universitetssjukvård (USV) definieras i avtalet mellan svenska staten och vissa landsting (numera regioner) om samarbete om grundutbildning av läkare, medicinsk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården (ALF-avtalet)[269]. I avsnittet om parternas avsiktsförklaring i avtalet fastställs följande.

> Genom detta avtal är parterna överens om att gemensamt främja hälso- och sjukvårdens utveckling genom ett fördjupat och vidgat samarbete inom forskning, utbildning och utveckling. Parterna är vidare överens om att sträva mot en ökad samordning och koncentration av de resurser som görs tillgängliga i samarbetet. För att skapa goda förutsättningar för forskning och utbildning är parterna överens om att berörda universitet ska delta i organisering och ledning av verksamheten i den del av hälso- och sjukvården som utformas med särskild hänsyn tagen till forskningens och utbildningens behov. Denna verksamhet betecknas universitetssjukvård och är en gemensam angelägenhet för berörda landsting och universitet.

I första paragrafen i ALF-avtalet beskrivs vidare att universitetssjukvårdens kärnverksamhet ska, jämte hälso- och sjukvård, vara klinisk forskning och utbildning liksom kunskapstillämpning och kunskapsspridning för hälso- och sjukvårdens utveckling. Därutöver anges att universitetssjukvården ska

- fortlöpande bedriva forskning av hög nationell och internationell kvalitet,

[269] Avtal mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om grundutbildning av läkare, medicinsk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.

- bedriva utbildning av hög kvalitet,
- följa den internationella utvecklingen inom medicinsk forskning, utbildning och hälso- och sjukvård,
- bidra till en evidensbaserad hälso- och sjukvård genom att överföra egna och andras forskningsresultat till praktisk vård och fortlöpande utvärdera etablerade och nya metoder,
- förmedla resultatet av sin verksamhet till övriga delar av hälso- och sjukvården, och
- samverka med näringslivet och patientorganisationer.

Vidare anges i första paragrafen bl.a. följande.

> Universitetssjukvårdens miljöer kännetecknas av hälso- och sjukvård av hög kvalitet, sjukvårdshuvudmannens uttalade uppdrag för forskning och utbildning, innovativ kultur och en incitamentsstruktur för kunskapsutveckling.
> Universitetssjukvården ställer särskilda krav på organisationsutformning, vetenskapligt ledarskap, infrastruktur och finansiering.

Av första paragrafen framgår även att landsting (numera regioner) som ingår avtal med en privat vårdgivare ska säkerställa att utbildning och forskning kan utföras med hög kvalitet även hos den vårdgivaren.

Genom ett beslut av den nationella styrgruppen för ALF-avtalet som består av staten och regionerna har definitionen vidareutvecklats genom nedanstående tillägg[270].

- Det är landstingens (numera regionernas) och universitetens gemensamma ansvar att utforma ledningsstrukturen för samverkan inom forskning, utbildning och sjukvårdsutveckling.
- Universitetssjukvården har särskilda krav på finansiering, vilket innebär att det finns tillgängliga medel avsatta för forskning, utveckling och utbildning.
- Universitetssjukvård är snarare en funktion än en geografisk plats och endast vissa delar av hälso- och sjukvården kommer att bli universitetssjukvård.
- Universitetssjukvårdsenhet avser i normalfallet en klinik eller motsvarande basenhet, som leds av en verksamhetschef[271]. Sådana enheter kan även utses hos privata vårdgivare som har avtal med ett berört landsting (numera region).[272]

Vad är en universitetssjukvårdsenhet?

En universitetssjukvårdsenhet (USV-enhet) behöver, som nyss redovisats, inte alltid vara en klinik, utan kan också utgöras av t.ex. flera samverkande

[270] Vetenskapsrådet. Hämtad från hemsidan 2024-03-12.
[271] Den som enligt hälso- och sjukvårdslagen har uppdrag som verksamhetschef.
[272] Definition av universitetssjukvård. Underlag beslutad av den nationella styrgruppen för ALF.

vårdcentraler. Vid årsskiftet 2021/22 fanns sammanlagt 296 USV-enheter. Enligt Socialstyrelsens utvärdering av USV inom ALF-avtalet 2018–2021 kännetecknas en USV-enhet av att den:

- har direkt eller indirekt patientkontakt,
- har en verksamhetschef eller motsvarande, enligt HSL,
- har kompetens inom forskning, utbildning och utveckling i ledningen,
- kan erbjuda handledning av forskarstuderande,
- bedriver aktiv klinisk forskning,
- har engagemang i läkarutbildningen genom verksamhetsförlagd utbildning (VFU), verksamhetsintegrerat lärande (VIL) eller föreläsningar och seminarier,
- är aktiv och har kunskap och kompetens inom evidensbaserad medicin, för att både ta fram kunskap och sprida den.[273]

Det är de regionala ledningsorganen, inom ramen för ALF-avtalets samverkan,[274] som ska komma överens om hur USV-enheter utses i regionen. Ledningsorganen har valt olika strategier för detta. År 2021 gällde följande:

- i de tre ALF-regionerna Stockholm, Skåne och Västerbotten ska den verksamhet som vill bli utsedd till USV-enhet ansöka om detta,
- i Västra Götalandsregionen ingår samtliga verksamheter vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i olika USV-enheter medan övriga verksamheter ansöker, och
- i övriga ALF-regioner bestämmer det regionala ledningsorganet vilken verksamhet som ska vara USV-enhet.[275]

ALF-avtalet har utvärderats

Av tredje paragrafen i ALF-avtalet framgår att en utvärdering av universitetssjukvården ska genomföras vart fjärde år i syfte att stödja universitetssjukvårdens utveckling. Utvärderingen ska genomföras med avseende på struktur, process och resultat i fråga om forskning, utbildning och utveckling. Av tredje paragrafen i avtalet framgår vidare att i utvärderingen ska fastslås en viss miniminivå som universitetssjukvården ska uppnå. En region som inte uppnår denna miniminivå ska i samverkan med berört universitet åtgärda detta inom en viss tid i enlighet med

[273] Socialstyrelsen. Utvärdering av universitetssjukvård inom ALF-avtalet 2018–2021. Uppföljning av klinisk forskning, läkarutbildning och hälso- och sjukvårdens utveckling – miniminivåer och kvalitetsutveckling (2023).
[274] Enligt 2 § i ALF-avtalet ska respektive region och universitet bilda ett gemensamt ledningsorgan för samverkan, där regionens och universitetets ledningsnivåer är representerade och verkar på jämbördiga villkor.
[275] Socialstyrelsen. Utvärdering av universitetssjukvård inom ALF-avtalet 2018–2021. Uppföljning av klinisk forskning, läkarutbildning och hälso- och sjukvårdens utveckling – miniminivåer och kvalitetsutveckling (2023).

utvärderingens rekommendation. Om det inte sker får staten säga upp avtalet gentemot berörd region.[276]

Det nuvarande avtalet gäller sedan den 1 januari 2015 och har tecknats med de sju regioner som har ett universitetssjukhus: Region Stockholm, Region Uppsala, Region Östergötland, Region Skåne, Västra Götalandsregionen, Region Västerbotten och Region Örebro län. ALF-avtalet kompletteras med regionala avtal mellan berörda regioner och universitet.

Socialstyrelsen har haft i uppdrag av regeringen att utvärdera universitetssjukvården vid de regioner som omfattas av ALF-avtalet. En första utvärdering genomfördes 2018 och omfattade perioden 1 juli 2014–31 december 2017 och en andra utvärdering genomfördes 2022 och omfattade perioden 2018–2021. Inom ramen för Socialstyrelsens första utvärdering 2018 tog nationella styrgruppen för ALF, tillsammans med Socialstyrelsen, fram förslag på 27 kriterier som utgör miniminivåer för vad en USV-enhet minst bör uppnå. Miniminivåerna är fördelade på de tre områdena i avtalet: VFU inom läkarutbildningen, klinisk forskning samt utveckling av hälso- och sjukvården. Miniminivåerna fastställdes av Socialstyrelsen i december 2020. Samtliga miniminivåer som Socialstyrelsen fastställt är på USV-enhetsnivå och alla USV-enheter ska uppnå samtliga miniminivåer.[277]

De viktigaste resultaten och slutsatserna i utvärderingen 2023 sammanfattar Socialstyrelsen enligt följande.

- ALF-avtalet och miniminivåerna har varit kvalitetsdrivande.
- Trots att utvecklingen går framåt är alla delar av ALF-avtalet inte uppfyllda (endast 5 av de 27 miniminivåerna uppnås av samtliga USV-enheter).
- Forskning och utveckling behöver prioriteras både på strategisk nivå och i vardagen.
- Det finns stora skillnader i förutsättningarna mellan olika medicinska områden.
- Vissa miniminivåer behöver ses över, bl.a. för att anpassa dem till förändringar inom universitetssjukvården.[278]

Vetenskapsrådet har parallellt med Socialstyrelsen haft i uppdrag att inom ALF-avtalet utvärdera den kliniska forskningens vetenskapliga kvalitet, betydelse och samhällsnytta, samt forskningens förutsättningar.[279] Vetenskapsrådets utvärdering visar att svensk klinisk forskning fortfarande håller hög kvalitet och att det har skett en positiv utveckling sedan Vetenskapsrådets förra utvärdering 2018. Samtidigt konstaterar Vetenskapsrådet i utvärderingen för 2023 att det finns fortsatt utrymme för

[276] 3 § Avtal mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om grundutbildning av läkare, medicinsk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.
[277] Socialstyrelsen. Utvärdering av universitetssjukvård inom ALF-avtalet 2018–2021 (2023).
[278] Ibid.
[279] Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende Vetenskapsrådet.

kvalitetshöjande åtgärder i samtliga utvärderade ALF-regioner, och rekommendationen om fler och större nationella och internationella samarbeten kvarstår även i denna utvärdering.[280]

En särskild utredare fick 2007 fick i uppdrag av regeringen att utreda den kliniska forskningens situation med beaktande av såväl hälso- och sjukvårdens som forskningens behov och villkor[281]. I utredningens delbetänkande Världsklass! Åtgärdsplan för den kliniska forskningen (SOU 2008:7) lyfts att genom universitetssjukhusens betydelsefulla roll i den svenska sjukvården är universitetssjukhusen också ett nav för den kliniska forskningen och en arena för samverkan. Universitetssjukhusens ansvar för att sprida kunskap till den övriga hälso- och sjukvården lyftes också som viktigt.[282]

En generell iakttagelse som Socialstyrelsen gör inom ramen för sin utvärdering av ALF-avtalet, som redovisas ovan, är att universitetssjukvården tampas med att frigöra tid för forskning och utveckling i en vardag där vårdbehoven ofta är av mer akut karaktär. Utöver att forskning och utveckling är en förutsättning för att kunna tillhandahålla en god vård i framtiden, lyfts även möjligheten till forskning och utveckling som en framgångsfaktor för att kunna rekrytera och behålla kompetent personal. Socialstyrelsen anser därför att det är en fördel om verksamhetschefen vid USV-enheterna har en djupgående förståelse för de förutsättningar som krävs för att bedriva forskning. Det framgår inte vad Socialstyrelsen menar med djupgående förståelse men myndigheten betonar forskningsverksamhetens betydelse för att bibehålla den akademiska basen för utbildningen, samt evidensbaserad utveckling av hälso- och sjukvården. Här kan egen erfarenhet av forskning och det kritiska förhållningssätt som lärs ut i akademisk högre utbildning vara betydelsefull för att förstå och värdesätta vad som krävs för att bedriva forskning, utbildning och utveckling. Socialstyrelsen ser därför behov av att regionerna och USV-enheterna fortsätter verka för att verksamhetscheferna vid USV-enheterna är vetenskapligt meriterade.[283]

I sammanhanget kan nämnas att Utbildningsdepartementet i april 2024 remitterade en promemoria med förslag till ett reviderat ALF-avtal. I promemorian föreslås bl.a. att utvärderingen av universitetssjukvården ska upphöra som en del av ALF-avtalet.[284]

[280] Vetenskapsrådet. Utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet vid de regioner som omfattas av ALF-avtalet–2023 års utvärderingsrapport (2023).
[281] Kommittédirektiv. Utredning av den kliniska forskningens behov och villkor samt förslag till åtgärdsplan (dir 2007:39).
[282] SOU 2008:7.
[283] Socialstyrelsen. Utvärdering av universitetssjukvård inom ALF-avtalet 2018–2021. (2023).
[284] Utbildningsdepartementet. Hållbar och högkvalitativ läkarutbildning och klinisk forskning - förslag till ett reviderat ALF-avtal (U2024/01035).

Västra Götalandsregionen har beslutat om att USV-enheterna ska ledas av en person med formell kompetens inom universitetssjukvårdens grunduppdrag, sjukvård, akademisk utbildning och forskning, dvs. minst disputation med grundprofession inom sjukvården. Om enheten inte leds av sådan person ska det i enhetens ledningsgrupp finnas en person med docentkompetens och grundanställning inom sjukvården till vilken är delegerat ett övergripande ansvar för forskning, utveckling och utbildning vid enheten.[285]

Verksamhetschefens roll är central för den kliniska forskningens kvalitet

Utredningen av den kliniska forskningen, Världsklass! Åtgärdsplan för den kliniska forskningen (SOU 2008:7), ansåg att egen forskarmeritering bör vara en självklarhet för en verksamhetschef vid ett universitetssjukhus. I hälso- och sjukvården är verksamhetschefens roll för den kliniska forskningens kvalitet mycket viktig, eftersom verksamhetschefen ansvarar för rekryteringen av nya medarbetare och för att skapa en stimulerande miljö på kliniken. Detta förutsätter ett tydligt uppdrag och mandat från ledningens sida som gör det möjligt för verksamhetschefen att utveckla forskningen i samverkan med universitetet.[286]

Rådet bedömer att verksamhetschefer vid USV-enheter behöver ha kunskap och kompetens om forskningens förutsättningar för att kunna rekrytera och behålla kompetent personal. Rådet föreslår mot bakgrund av ovanstående att regioner bör säkerställa att verksamhetschefer vid universitetssjukvårdsenheter är vetenskapligt meriterade.

5.2.3 Ett rimligt antal medarbetare ger bättre förutsättningar för ett gott ledarskap

Förslag till insats: Regioner och kommuner bör besluta om ett normspann för antal medarbetare som den verksamhetsnära chefen har ansvar för.

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

Hälso- och sjukvården ska ledas och följas

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, är verksamhetschefen den som har ansvaret för verksamheten och för hur vården bedrivs. Det innebär att verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses[287]. Enligt

[285] Västra Götalandsregionen. Universitetssjukvårdsenheter – (USVE) på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och i Västra Götalandsregionen. Dnr SU 2019–05845.
[286] SOU 2008:7. Världsklass! Åtgärdsplan för den kliniska forskningen.
[287] 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen och 6 kap. 1 § patientlagen.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete gäller att vårdgivaren med stöd av ledningssystemet ska planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten[288].

Antal anställda per chef påverkar enligt forskning och rapporter

Ett gott och hållbart ledarskap behövs som ovan nämnts för att stötta medarbetare, säkerställa en god och hållbar arbetsmiljö och säkra kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården. Forskning visar att högre grad av stödjande organisatoriska strukturer och god samverkan mellan chef och medarbetare är relaterat till en lägre personalomsättning[289]. En låg personalomsättning och hög kontinuitet leder i sig till ökad patientsäkerhet och kvalitet i vården[290].

Enligt en rapport från Ledarna har chefer verksamma inom s.k. ”synnerligen kvinnodominerade arbetsområden” såsom hälso- och sjukvården sämre organisatoriska förutsättningar för att kunna utöva ett framgångsrikt och hållbart chefs- och ledarskap, jämfört med chefer inom andra arbetsområden[291]. I dessa arbetsområden har varje chef i genomsnitt 30–31 direkt underställda medarbetare, jämfört med i övriga grupper av arbetsområden där genomsnittligt antal underställda medarbetare är betydligt färre, mellan 13–20 medarbetare per chef. [292] Forskning visar att smala kontrollspann[293], dvs. ett lägre antal anställda, är lämpliga när chefer och medarbetare har stora ansvarsområden och många olika arbetsuppgifter, när dessa är svåra att förutsäga eller påverka samt när organisationen är föränderlig, produktionen är komplicerad och det finns stort behov kunskapsöverföring och anpassning. Det är också lämpligt med smala kontrollspann för organisationer som är geografiskt spridda, vilket oftast är fallet exempelvis inom kommunens omsorgsverksamhet, där första linjens chefer har ansvar för verksamheter på olika platser och det är vanligt att de pendlar mellan olika verksamhetsenheter under en arbetsvecka. Utifrån de kriterier som lyfts fram inom forskningen om kontrollspann är det enligt en forskningsrapport från Vision anmärkningsvärt att verksamheter inom vård

[288] SOSFS 2011:9, 3 kap 2 §.
[289] Dellve et al. Hur påverkar lednings- och samarbetsförhållanden över organisationsnivåer personalomsättning över tid? Socialmedicinsk tidskrift (1/2020).
[290] Socialstyrelsen. Kompetensförsörjning och patientsäkerhet (2021).
[291] Termen ”synnerligen kvinnodominerade arbetsområden” innebär att minst 81 procent av cheferna är kvinnor. Samtliga områden tillhör den offentliga sektorn eller den offentligfinansierade privata sektorn och omfattar tre områden – hälso- och sjukvård, äldreomsorg samt LSS (stöd och service till vissa funktionshindrade). Utöver dessa arbetsområden finns ”relativt kvinnodominerade arbetsområden”, där 61–80 procent av cheferna är kvinnor, liksom ”arbetsområden utan könsdominans”, där 40–60 procent av cheferna är kvinnor eller män. Motsvarande benämningar finns för män inom områden där manliga chefer är i majoritet.
[292] Ledarna. Lönlöst att få det att fungera? Illegitima arbetsuppgifter, personalansvar och lön i kvinno- och mansdominerade arbetsområden. (2019).
[293] Kontrollspann = det antal underställda, som en chef ansvarar för och som inte faller under någon annan chefs ansvarsområde. Gulick et al. (1937).

och omsorg har arbetsmarknadens högsta genomsnittliga kontrollspann medan chefer i verksamheter som kan förmodas kännetecknas av högre grad av standardisering t.ex. tillverkningsindustrin har betydligt färre underställda i genomsnitt. [294]

Den samlade forskningen visar också att alltför stora arbetsgrupper innebär stressade och överbelastade chefer som leder sämre, sämre arbetssituation för medarbetarna med mer missnöje och mindre engagemang samt ökad personalomsättning och chefsomsättning. Enligt Nyckeltalsinstitutet, som kartlägger och mäter arbetsvillkor inom olika branscher, finns det starka samband mellan storlek på arbetsgrupper och sjukfrånvaro. Ju fler medarbetare per chef, desto högre långtidssjukfrånvaro.[295] Bilden bekräftas även i en rad forskningsrapporter som citeras i kunskapssställningen Leda lagom många, utgiven av Institutet för Stressmedicin, Västra Götalandsregionen.[296] Det finns dock även enskilda studier som visar att ansvar för färre än 10 medarbetare per chef kan resultera i en mer otydlig ledarroll och att ett kontrollspann på mellan 10–20 medarbetare skapade bäst förutsättningar för ett s.k. transformativt ledarskap, dvs ett sätt att leda som präglas av delaktighet och öppenhet.[297]

Vad är ett rimligt antal medarbetare per chef?

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har publicerat en checklista för beslut som rör antal medarbetare som chef, som beskriver några faktorer som påverkar hur många medarbetare en chef kan leda på ett bra sätt. Det rör sig exempelvis om vilken typ av verksamhet det handlar om, hur stabil den omkringgivande organisationen är, vilka kompetenser medarbetarna har, hur chefens erfarenhet ser ut och om chefen har tillgång till ett adekvat administrativt stöd.[298] Uppsala kommun fattade 2021 beslut om att införa en rekommendation om ett maxantal på 30 medarbetare per chef i kommunen[299]. Västra Götalandsregionen (VGR) har enligt en egen rapport som första region fattat ett beslut om ett s.k. normtal för chefer, vilket innebär att chefer inom VGR ska vara ansvariga för mellan 10–35 medarbetare.[300]

I en nordisk jämförelse har enhetscheferna i svensk äldreomsorg betydligt fler medarbetare än grannländerna. I finska äldreboenden går det cirka 15

[294] Vision. Chefer i välfärdens tjänst – En forskningsrapport om hur personalgruppens storlek påverkar kvalitet och hälsa (2016).
[295] Sunt arbetsliv. Hämtad från hemsidan 2024-03-11.
[296] Institutet för Stressmedicin &Västra Götalandsregionen. Leda lagom många. En kunskapssammanställning om betydelsen av antalet medarbetare per chef. (2023).
[297] Andersen, L., et al. Achieving High Quality Through Transformational Leadership: A Qualitative Multilevel Analysis of Transformational Leadership and Perceived Professional Quality. Public Personnel Management (2018).
[298] Sveriges Kommuner och Regioner. Hämtad från hemsida 2024-03-06.
[299] Uppsala Kommun. Kommunstyrelsens protokoll onsdagen den 15 december 2021.
[300] Västra Götalandsregionen. Betydelsen av antalet medarbetare per chef - En kunskapssammanställning Del I och II (2022).

anställda per chef. Det återspeglas också i att personalen i de svenska särskilda boendena i betydligt mindre utsträckning än i de tre grannländerna haft möten med sin närmaste chef. I Sverige angav år 2015 tolv procent att de hade det minst en gång i veckan, att jämföra med Finland som ligger högst med 36 procent.[301]

Socialstyrelsen konstaterar i sin redovisning av regeringsuppdraget att kartlägga förutsättningar och stöd för första linjens chefer i äldreomsorgen, att dessa har ett högt kontrollspann, det vill säga ett högt antal direkt underställda medarbetare per första linjens chef. Av en enkät som myndigheten genomfört framgår att medelvärdet för antal anställda per första linjens chef i särskilt boende var 50 och i hemtjänst 42 anställda 2021.[302] Socialstyrelsen har även haft i uppdrag av regeringen att analysera och bedöma förutsättningarna för att införa en gräns för antal anställda för första linjens chefer i äldreomsorgen. Myndigheten menar i sin rapport att det å ena sidan finns studier som pekar på att ett högt kontrollspann inte passar för äldreomsorgen och att ett sådant påverkar chefers möjligheter att vara närvarande och tillgängliga. Å andra sidan menar myndigheten att en nackdel med en nationell övre gräns för antal anställda skulle kunna vara att det bl.a. kan bli svårt att beakta omständigheter såsom variationer i krav och stöd till cheferna, behov hos omsorgstagarna och verksamheternas personalsammansättning, samt att kommuner och arbetsgivare har olika förutsättningar. Socialstyrelsens slutsats är att även om antalet anställda per första linjens chefer är en viktig fråga och att ett införande av en nationell övre gräns för antal anställda kan skapa en större enhetlighet, så kan det minska flexibiliteten för det lokala behovet eftersom man också behöver ta hänsyn till andra områden såsom arbetsmiljön och kvaliteten i äldreomsorgen.[303]

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys lyfter i sin rapport om bemanningen inom förlossningsvården vikten av att se över antalet medarbetare per chef och att säkerställa att chefer har tillgång till stödstrukturer samt att ledarskapsfrågan prioriteras i verksamheten[304] Utredningen Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg för äldre personer har föreslagit att det bör införas ett mål för antal medarbetare per chef för enhetschefer inom äldreomsorgen. Riktvärdet bör enligt utredningen vara 30 medarbetare i genomsnitt och ska enligt förslaget vara uppnått senast 2028. [305] I betänkandet Vilja välja vård och omsorg - En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre (SOU 2021:52)

[301] Szebehely, M. Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden. Underlagsrapport (2020).
[302] Socialstyrelsen. Förutsättningar och stöd för första linjens chefer - Kartläggning av första linjens chefer i äldreomsorgen (2021).
[303] Socialstyrelsen. Införa en gräns för antal anställda och utbildningskrav för första linjens chefer i äldreomsorgen - Bedömningar och analyser av fördelar och nackdelar (2023).
[304] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. I tid och otid. En fördjupningsstudie av bemanningen inom förlossningsvården (2023).
[305] SOU 2017:21. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg för äldre personer.

rekommenderas ett tak om 20–30 personer för antalet medarbetare som den verksamhetsnära chefen med personalansvar ska ansvara för.[306]

Ett begränsat antal medarbetare kan förbättra ledarskapet

Som ovan beskrivits krävs ett gott och hållbart ledarskap för att stötta medarbetare, säkerställa en god och hållbar arbetsmiljö och samtidigt säkra kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården. För att möjliggöra ett sådant ledarskap och underlätta för hälso- och sjukvårdens medarbetare krävs goda förutsättningar i fråga om antal medarbetare per verksamhetsnära chef. Även om det finns variationer i hur väl verksamheter fungerar, oavsett antal medarbetare, bedömer rådet att huvudmännen i hälso- och sjukvård i högre utsträckning bör sträva efter att begränsa antalet medarbetare som den verksamhetsnära chefen med personalansvar ska ansvara för. Antalet medarbetare ska vara rimligt och ställas i proportion till verksamheters förutsättningar och inriktningar. Chefernas ansvarsfördelning och mandat behöver även fortsatt vara tydligt, något som rådet även betonar i förslag 5.2.1. Teamarbete och andra goda arbetssätt som kan bidra till en välfungerande verksamhet ska också tas tillvara och spridas, men de fråntar inte den verksamhetsnära chefen dess ansvar att stötta medarbetare och arbeta systematiskt med exempelvis arbetsmiljöfrågor. Dylika chefsspecifika arbetsuppgifter försvåras rimligtvis av ett alltför stort kontrollspann.

Som tidigare beskrivits visar viss forskning att färre än 10 medarbetare per chef kan vara förknippat med negativ påverkan på ledarskapet. Gällande en övre gräns har forskningen gått från att försöka definiera ett maxtak till att mer försöka fastställa vilka faktorer som behöver beaktas som påverkar gruppens storlek. Samtidigt har två offentliga utredningar bedömt en övre gräns vara 30 medarbetare, och en region respektive en kommun har, som beskrivits ovan, beslutat om att rekommendera 30 respektive 35 medarbetare som maxtak. Rådet har även fått inspel från bl.a. Vårdföretagarna om att nya, oerfarna chefer kan behöva färre medarbetare än de mer erfarna, varför det kan finnas ett behov av att justera normspannet åt det nedre hållet för denna grupp. Mot denna bakgrund föreslår rådet att regioner och kommuner bör besluta om ett normspann för antal medarbetare som den verksamhetsnära chefen har ansvar för. Ett sådant normspann kan mot bakgrund av ovanstående förslagsvis röra sig runt ca 10–35 medarbetare[307].

[306] SOU 2021:52. Vilja välja vård och omsorg - En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre.
[307] Se tidigare förslag från rådet: Nationella vårdkompetensrådet. Pandemin och kompetensförsörjningen, del 2 (2022) och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården (2023:3).

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

Förslag till insats: Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att ta fram ett nationellt ledarskapsprogram för chefer inom hälso- och sjukvård och tandvård.

Förslag till uppföljning: Beslut av regering/riksdag.

Verksamhetschefen ansvarar för hur vården bedrivs

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, är verksamhetschefen den som har ansvaret för verksamheten och för hur vården bedrivs. Det innebär att verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses[308]. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vårdgivaren med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten[309].

Ledarskapets betydelse för kompetensförsörjningen

Arbetet i hälso- och sjukvården omfattar många olika komplexa och varierande uppgifter och hälso- och sjukvårdspersonalen arbetar med eget ansvar för att vården bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet[310]. Utöver det patientnära arbetet bedrivs inom verksamheterna ofta undervisning för studenter och blivande medarbetare, forskning samt kontinuerlig samverkan med andra aktörer och myndigheter som verkar inom hälso- och sjukvården. I den pågående omställningen av hälso- och sjukvården till en nära vård är det viktigt att personalen involveras för att förankra de förändringar och utmaningar som omställningen medför i verksamheten. [311] [312]

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterar i rapporten, Visa vägen i vården – ledarskap för stärkt utvecklingskraft (2017:7), att en viktig uppgift för chefer inom hälso- och sjukvården är förmågan att hantera och balansera de olika intressekonflikterna i hälso- och sjukvården. Dessa kan handla om motstridiga krav mellan å ena sidan politikens övergripande styrning, förvaltningens struktur och styrning och å andra sidan professionernas praktiska insatser på basis av vetenskap och beprövad erfarenhet. Ledarskap i hälso- och sjukvården kräver kunskap och förståelse för kärnverksamheten, ledning, styrning och organisation samt att kunna relatera till strukturella, kulturella och politiska faktorer i sin omgivning.[313]

[308] 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 6 kap. 1 § patientlagen (2014:821).
[309] SOSFS (2011:9) 3 kap 2 §.
[310] 6 kap. 1–2 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659).
[311] SOU 2018:39. God och nära vård – En primärvårdsreform.
[312] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Ordnat för omställning? (2023:2).
[313] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Visa vägen i vården – ledarskap för stärkt utvecklingskraft (2017:7).

Samtidigt behövs, inte minst, ett gott och hållbart ledarskap för att stötta medarbetare, säkerställa en god och hållbar arbetsmiljö och säkra kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården. Regeringen konstaterade bl.a. i forskningspropositionen för 2020 att chefernas kompetens har betydelse för verksamheternas kvalitet, vilket också framkommit i flera tidigare rapporter och utredningar[314] [315] [316] [317] [318]

Vad säger forskningen om ledarskapet?

Forskning visar att högre grad av stödjande organisatoriska strukturer och god samverkan mellan chef och medarbetare är relaterat till en lägre personalomsättning[319]. En låg personalomsättning och hög kontinuitet leder i sig till ökad patientsäkerhet och kvalitet i vården[320]. Liknande resonemang finns i rapporten, Vården är värd en bättre styrning, där det framgår att ett väl fungerande, verksamhetsnära chefskap har stor betydelse för arbetsmiljön och att ett dåligt chefskap ofta leder till bemanningsproblem och negativa spiraler[321]. Det är enligt rapporten därför angeläget att det verksamhetsnära chefskapet är attraktivt och att det är möjligt att rekrytera chefer som förstår vårdens förutsättningar och har stort förtroende bland medarbetare. Chefer behöver tillräckliga frihetsgrader för att kunna utveckla lösningar utifrån lokala behov och förutsättningar, exempelvis genom att minska den detaljstyrning som främst kommer från intern styrning i flera regioner, att öka möjligheterna att planera sin egen verksamhet genom mer långsiktighet och mindre ryckighet vid förändring av krav och regler i vårdvalssystemen och genom att inte ha ansvar för kostnader som verksamheterna själva inte kan påverka. Som exempel på olika former av regional styrning som förekommit sedan 70-talet nämns i rapporten olika beställare–utförare-modeller, valfrihetssystem, rambudgetar och internprissättning samt utjämningsmodeller mellan olika kliniker.[322]

Förutsättningar för ledarskapet – om tillitsbaserad respektive tillförlitlig styrning

Rådet har i dialoger med berörda aktörer fått inspel om att förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens chefer behöver förbättras. En av dessa förutsättningar rör graden av extern styrning i relation till det egna mandat en chef har. Regeringen inrättade 2016 Tillitsdelegationen som i sitt

[314] Prop. 2020/21:60. Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige.
[315] SOU 2021:89. Sverige under pandemin, volym 1 och 2.
[316] Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården (2023:3).
[317] SOU 2021:52. Vilja välja vård och omsorg - En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre.
[318] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Åt samma håll - Nationella insatser för stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården (2019:3).
[319] Dellve & Håkansson. Hur påverkar lednings- och samarbetsförhållanden över organisationsnivåer personalomsättning över tid? Socialmedicinsk tidskrift (1/2020).
[320] Socialstyrelsen. Kompetensförsörjning och patientsäkerhet (2021).
[321] Anell, A. Vården är värd en bättre styrning (2020).
[322] Ibid.

slutbetänkande, Med tillit växer handlingsutrymmet (SOU 2018:47), konstaterade att tillit inom yrkesutövningen innebär att ge vårdens professioner handlingsutrymme inom sina kompetensområden. Detaljstyrning, orimliga administrativa krav, bristande inflytande i beslutsprocesser kan ses som exempel på bristande tillit.[323] Enligt rapporten Tillförlitlig styrning och organisering av välfärden (2023), har tillitsbaserad styrning och ledning fått stort genomslag i svensk offentlig sektor, som motreaktion till tidigare styrmodeller såsom exempelvis New Public Management (NPM) som bl.a. omfattade ökad användning av prestationsmått, utvärderingar och dokumentation.[324] [325] Nationella vårdkompetensrådet har tidigare lyft vikten av tillit och tilltro till hälso- och sjukvårdens medarbetare och dess kunskaper, vilket också blev särskilt tydligt under covid 19-pandemin[326].

I ovan nämnda rapport problematiseras begreppet tillitsbaserad styrning ytterligare. Det tycks råda förvirring och bristfällig kunskap kring hur tillitsbaserad styrning och ledning kan tillämpas i praktiken och att det rent av leder till ett slags önsketänkande hos organisationsledningar avseende exempelvis de personalansvariga chefernas förmåga att leda och administrera verksamheter med många medarbetare, hög personalomsättning och stora arbetsmiljöproblem. Rapportförfattarna menar att tillit uppstår som ett resultat av god organisering, s.k. ”tillförlitlig organisering”, snarare än något som kan beordras. Kontroll och goda och väletablerade standarder behövs för att skapa och bevara tillit och hållbara arbetsförhållanden. Som exempel på tillförlitlig organisering nämns en väl utvecklad dialog mellan central och lokal ledning samt mellan lokal ledning och medarbetare, en kultur som välkomnar kritiska röster och en problematiserande hållning, goda rutiner och standarder, öppna och uppriktiga samtal om arbetsvillkoren i verksamheten samt goda organisatoriska förutsättningar såsom exempelvis arbetsgruppernas storlek och ett genomtänkt administrativt stöd. Högre chefer och staber måste ha ett öra mot rälsen och vara rimligt samordnade för att inte överbelasta kärnverksamheten med överlappande eller rentav motsägelsefulla initiativ.[327] Se även avsnittet om ledningssystem 5.2.5.

Ledarskap inom den nära vården

Traditionellt sett är hälso- och sjukvården i Sverige organiserad i stuprörsliknande verksamheter utifrån budgetansvar och vårdområden. En sammanhållen vård av hög kvalitet förutsätter att medarbetarnas kompetenser används effektivt, vilket i sin tur kräver en god samverkan mellan huvudmännen. Nationella vårdkompetensrådet konstaterade i

[323] SOU 2018:47. Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn.
[324] Björk, L & Tengblad, S (red). Tillförlitlig styrning och organisering av välfärden (2023).
[325] Nationalencyklopedin. Hämtad 2024-03-06 från hemsida.
[326] Nationella vårdkompetensrådet. Pandemin och kompetensförsörjningen, del 2 (2022:2).
[327] Björk, L & Tengblad, S (red). Tillförlitlig styrning och organisering av välfärden (2023).

slutredovisningen av uppdraget om kompetensförsörjning inom primärvården att den pågående omställningen till en nära vård delvis ställer nya krav på kompetens hos chefer och medarbetare[328]. Exempelvis lyftes att införandet av ett personcentrerat arbetssätt ställer delvis nya krav på kompetens hos chefer och medarbetare bl.a. genom att möjliggöra arbete i team. Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys har konstaterat att den kommunala hälso- och sjukvården innebär särskilda utmaningar genom att den ofta samverkar med både specialistvård och regional primärvård och att samverkan försvåras av otydligheter kring vilken huvudman som ansvarar för hälso- och sjukvården i olika situationer. Myndigheten konstaterar vidare att chefer i kommunal hälso- och sjukvård möter flera utmaningar såsom att de själva kan finnas i olika typer av verksamheter som inte sällan har ansträngd ekonomi, att de ofta har medarbetare från flera yrkesgrupper, varav vissa är legitimerad personal.[329] [330] Detta kan bli särskilt komplicerat när alltmer vård flyttas ut från sjukhusen och mer vård ska ske i hemmet i olika former. Rådet bedömer att det i och med denna förflyttning kan komma att kräva en ny typ av ledarskap för att stötta medarbetarna i kommunal hälso- och sjukvård, liksom ett tydliggörande av vem som har det medicinska ansvaret när alltmer avancerad vård flyttas ut från sjukhusen (se avsnitt 5.2.1). I överenskommelsen för 2024 mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om en god och nära vård kan medlen användas för att stärka förutsättningarna för ledarskapet. Ett gott ledarskap beskrivs i överenskommelsen som att det skapar förutsättningar för medarbetare att komma till sin rätt och också att det är avgörande för möjligheten att lyckas med den förbättring och utveckling av hälso- och sjukvårdens verksamheter som behövs.[331]

Ungas syn på gott ledarskap

Rådet har i sitt arbete med föreliggande uppdrag tagit del av två undersökningar som gjorts av Sobona[332], rörande ungas syn på kommunala företag och arbetsgivarattraktivitet, respektive av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)[333] om hur ungas intresse för jobben i välfärden ser ut, vad unga värdesätter hos en (framtida) arbetsgivare, hur de ser på jobben i kommuner och regioner samt deras råd till kommuner och regioner för att bli ännu mer attraktiva. I Sobonas undersökning av unga (20–35 år) framkommer bl.a. att i valet av enskild arbetsgivare anger 64 procent ”bra ledarskap” som viktigast, där några av de karaktärsdrag som nämns hos en

[328] Nationella vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen. Kompetensförsörjning inom primärvården – slutredovisning (2022).
[329] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Åt samma håll - Nationella insatser för stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården (2019:3).
[330] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Läget för ledarna - Förutsättningar för ledarskapsutveckling i kommunal vård och omsorg (2021:3).
[331] Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner 2024. God och nära vård 2024 - En personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård med primärvården som nav.
[332] Sobona. Det bästa av två världar - Morgondagens medarbetare i kommunala företag (2022).
[333] Sveriges Kommuner och Regioner. Unga och välfärdsjobben - Intresse, attityder och tankar kring jobben i kommuner och regioner (2023).

bra chef är ”tydlig”, ”lyhörd”, ”rättvis”, ”förstående” och ”trevlig”. Trygghet är också en faktor som återkommer, bl.a. i meningen att det är viktigt att det är tillåtet att misslyckas och att få stöd när det behövs. Många unga är uppvuxna med att kunna påverka och känner stort ansvar för sin egen utveckling, men för att lyckas med detta beskrivs behovet av att chefen är tydlig, lyhörd och rättvis. I SKR:s undersökning av unga i Sverige (16–29 år), framgår att när unga får frågan om hur deras drömarbetsgivare ska vara är det ord som snäll, förstående, flexibel, rättvis och trevlig som är mest framträdande. Hög lön ligger överst på killarnas topplista över vad som är viktigast hos en arbetsgivare, medan det ligger på femte plats på tjejernas lista. Tjejerna värderar bra arbetsmiljö, trygg anställning, arbetsvillkor och trevliga kollegor högre än lön, och även högre än vad killarna gör, även om dessa aspekter också är viktiga för killar.

Ledarskapet behöver anpassas till organisationens behov och följas upp

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har haft i uppdrag av regeringen att ta fram ett underlag till ett nationellt program för samordning av ledarskapsfrågor i hälso- och sjukvården[334]. I slutrapporten konstaterar myndigheten att en rad omvärldsfaktorer ställer nya krav på ledarskapet, såsom att leda grupper och processer i förändring, ha en god förmåga till kommunikation, ha förståelse för olika verksamheters och aktörers uppdrag samt kompetens att utveckla arbetssätten med ny digital teknik. Chefer och ledare kommer enligt myndigheten även behöva andra typer av stöd, till exempel för att genomföra systemanalyser som kan undersöka vårdprocesser över verksamhets- och organisationsgränser samt för att leda processer, och stöd för logistik. Sammanfattningsvis konstaterar myndigheten att ledarskapet i hälso- och sjukvården måste anpassas till organisationens sammanhang och behov och att ledarskapsutbildning och utveckling bör utformas av, och vara förankrat i, organisationen eller landstinget (numera regionen) där cheferna arbetar, varför de förslag som myndigheten ger i slutrapporten rör andra insatser än nationella utbildningsprogram för chefer i vården, såsom exempelvis att regeringen bör ge en myndighet i uppdrag att se över möjligheten att utveckla den nationella uppföljningen av huvudmännens arbete med ledarskap och ledning och styrning.[335]

Bättre organisatoriska förutsättningar och mer kunskapsbaserat ledarskap

Mot bakgrund av den komplexa verksamhet som bedrivs inom hälso- och sjukvården med snabbt föränderliga krav bedömer rådet, i likhet med Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, att det krävs insatser för att stärka ledarskapet för chefer som behöver få bättre organisatoriska

[334] Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
[335] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Åt samma håll. (2019:3).

förutsättningar och att ledarskapsutvecklingen kan bli mer kunskapsbaserad och samordnad.[336] Ett välfungerande ledarskap är även avgörande för att rekrytera och behålla medarbetare i hälso- och sjukvården. Redan i dag finns olika ledarskapsprogram, exempelvis Att leda i nära vård som Sveriges Kommuner och Regioner arrangerar. Som exempel på nationella ledarskapsprogram inom offentlig sektor finns det s.k. rektorsprogrammet för nyblivna rektorer. Rådet har tidigare gett som förslag att ett nationellt ledarskapsprogram för chefer inom primärvården bör införas inom vilket parter som samverkar ska kunna delta tillsammans för att öka förståelsen för varandras verksamheter. Rådet bedömer att ett motsvarande nationellt ledarskapsprogram för hela hälso- och sjukvården kan skapa en gemensam bas för alla chefer och kan inkludera exempelvis systemkunskap om hälso- och sjukvårdens organisation och metodstöd i bortprioritering för att undvika icke värdeskapande arbetssätt. Mot denna bakgrund föreslår rådet att regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att ta fram ett nationellt ledarskapsprogram för chefer inom hälso- och sjukvård och tandvård[337].

5.2.5 Skärpta krav på vårdgivarens ledningssystem för att tydliggöra behov av resurser och bemanning som leder till förbättrad kompetensförsörjning

Förslag till insats: Kravet på ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska kompletteras med krav på att ledningssystemet ska vara certifierat av ett ackrediterat certifieringsorgan. En certifierad vårdgivare är en statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet som har ett kvalitetsledningssystem som anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning samt identifierar, beskriver och fastställer de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet och som framgår av föreskrifter som har meddelats med stöd av hälso- och sjukvårdsförordningen. Vårdgivaren bör kunna styrka detta med ett certifikat. Frågor om certifiering av vårdgivare bör prövas av organ som har ackrediterats för detta ändamål. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer bör få meddela föreskrifter om vad som krävs av certifierade vårdgivare i fråga om kunskap, erfarenhet och certifiering.

Förslag till uppföljning: Beslut av regering/riskdag.

En god vård kräver tillgång till kompetent personal i förhållande till de arbetsuppgifter som ska utföras

Där det bedrivs hälso- och sjukvård i Sverige ska det enligt 5 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, finnas den personal, de lokaler och den

[336] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Läget för ledarna (2021:3).
[337] Se tidigare förslag från rådet: Nationella vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen. Kompetensförsörjning inom primärvården – slutredovisning (2022:5).

utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Med god vård menas enligt 5 kap.1 § HSL att den är av god kvalitet med en god hygienisk standard och att den tillgodoser patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet samt att den bygger på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främjar goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och är lätt tillgänglig. Därutöver anges i 5 kap. 4 § HSL att kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Vårdgivaren ansvarar således för att hälso- och sjukvårdsverksamheten bedrivs på ett sådant sätt att kraven på en god vård uppfylls. För att möjliggöra detta krävs tillgång till kompetent personal i förhållande till de arbetsuppgifter som ska utföras. Vårdgivaren har därför krav på sig att ha ett ledningssystem[338] för att bl.a. enklare kunna bedöma och planera verksamheten.

Socialstyrelsens föreskrifter

Vårdgivaren är som nyssnämnt ansvarig för att det finns ett ledningssystem för hälso- och sjukvårdsverksamheten. I Socialstyrelsens föreskrifter (2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete [339] finns bestämmelser samlade som enligt Socialstyrelsen kan sägas utgöra grunden till det systematiska förbättringsarbetet. Föreskrifterna är bindande regler och de allmänna råden innehåller rekommendationer om hur en författning kan eller bör tillämpas. Föreskrifterna har meddelats med stöd av 8 kap. 2 § i HSL.[340] Enligt 3 kap. 1 och 2 §§[341] framgår att vårdgivaren ansvarar för att det ska finnas ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Ledningssystemet ska omfatta verksamhetens alla delar och den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera samt förbättra verksamheten. Vårdgivaren ska även enligt 3 kap. 3 § ange, hur uppgifterna som ingår i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten, är fördelade i verksamheten. Av 4 kap. 4 § framgår vidare att vårdgivaren ska anpassa ledningssystemet till verksamhetens inriktning och omfattning.[342]

Föreskrifterna understryker vikten av att arbeta med riskanalyser, egenkontroll och klagomålshantering. Enligt 5 kap. 2 § i föreskrifterna (2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska vårdgivaren utöva egenkontroll med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. I konsekvensutredningen som föregick inrättandet av nämnda föreskrift

[338] 5 kap. 4 § HSL Socialstyrelsens föreskrifter (2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
[339] 4 kap. SOSFS (2011:9).
[340] Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017.80).
[341] SOSFS (2011:9).
[342] SOU 2018:77 Hälso- och sjukvården – nulägesbeskrivning leda, kontrollera, följa upp, utvärdera samt förbättra verksamheten.

bedömer Socialstyrelsen att det i första hand är genom riskanalyser, egenkontroll och ett uppbyggt system för mottagande och hantering av synpunkter och klagomål, samt återföring av erfarenheterna från dessa aktiviteter, som ska säkerställa att vårdgivaren får såväl god kontroll över att verksamheten uppfyller ställda krav och mål (kvalitetssäkring). Brister som uppmärksammas i egenkontrollen eller genom klagomålshanteringen i den beskrivna verksamheten samt risker som uppmärksammas genom riskanalyserna ska medföra att åtgärder vidtas för att direkt undanröja hinder för att enskildas behov tillgodoses.

Till nämnda föreskrift hör även allmänna råd som bl. a. anger att egenkontrollen kan innefatta undersökning av om det finns förhållningssätt och attityder hos personalen som kan leda till brister i verksamhetens kvalitet. Som allmänt råd till vårdgivare ges även förslag på vad som kan ge stöd till ledningssystemet. Här nämns standarder, tekniska specifikationer och modeller för kvalitets- och verksamhetsutveckling.[343]

Socialstyrelsens konsekvensutredning – SoS utredning inför 2011:9

I konsekvensutredningen[344] som föregick föreskriften om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSF 2009:11) gör Socialstyrelsen bedömningen att ett systematiskt kvalitetsarbete fordrar ett inrättande av ett styrsystem. Minimikrav för en verksamhet är att den är kvalitetssäkrad och att den uppfyller de krav och mål som ställs på verksamheten i lagar och andra föreskrifter. I konsekvensutredningen framkom även att Socialstyrelsens tillsyn visat på tydliga brister gällande kravet att ha ett ledningssystem för att utveckla och säkra verksamheten. Genom att förtydliga föreskriften hoppades myndigheten på ett större genomslag för densamma.[345] Syftet med ledningssystemet är enligt Socialstyrelsen, att säkerställa att den som bedriver en verksamhet har en grundläggande struktur/arbetsmetodik som gör det möjligt att säkerställa att han eller hon har kontroll på vad som görs, varför det görs och att verksamheten utförs enligt en fastställd systematik som gör uppföljning möjlig.

Detta understryks i 7 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, där det framgår att IVO:s tillsyn utgår från att den verksamhet som granskas uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter. Bland dessa föreskrifter torde kravet på ett ledningssystem vara grundläggande eftersom detta system är till för att hjälpa vårdgivaren att uppfylla övriga krav.

[343] SOU 2018:77 Hälso- och sjukvården – nulägesbeskrivning leda, kontrollera, följa upp, utvärdera samt förbättra verksamheten.
[344] Socialstyrelsen. Utredning av konsekvenser av förslag till föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet (Dnr 00-7272/2009-88).
[345] Ibid.

Socialstyrelsen konstaterade i nämnda konsekvensutredning[346] att vissa verksamheter hade kommit långt när det gäller kravet på ett ledningssystem. En del verksamheter hade skapat ledningssystem som de därefter låtit ett ackrediterat certifieringsorgan certifiera medan andra verksamheter ännu var i en uppbyggnadsfas.

Socialstyrelsens föreskrifter (2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården innehöll formuleringar om personalens kompetens och kompetensutveckling

I Socialstyrelsens numera upphävda föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården preciserades att vårdgivaren skulle utarbeta ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet innehållandes rutiner för personalens kompetens och kompetensutveckling. I 4 kap. 3 § ställdes det krav på vårdgivaren att säkerställa att ledningssystemet skulle innehålla följande beträffande personalens kompetens och kompetensutveckling.

- Rutiner som tillgodoser att personalen har den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgiften,
- rutiner som anger personalens ansvar och befogenheter, och
- planer för personalens kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov.

Motsvarande krav på att ledningssystemet ska innehålla rutiner för personalens kompetens och kompetensutveckling saknas i nu gällande föreskrifter (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Socialstyrelsens handbok[347]

Socialstyrelsen har tagit fram en handbok för tillämpningen av föreskrifterna (SOSFS 2011:9). Syftet med handboken är att ge ytterligare stöd för vad som krävs av vårdgivaren enligt föreskrifterna. Avsikten är inte att beskriva ett färdigt ledningssystem. Detta måste i stället den som bedriver verksamheten arbeta fram så att det passar just den egna verksamheten.

I Socialstyrelsens handbok som utgår från myndighetens föreskrifter (2011:9) förs ett allmänt hållet resonemang om behovet av att planera för personalförsörjning och kompetensutveckling. Handbokens syfte är att ge stöd till vårdgivaren och är en rekommendation som inte har någon juridisk verkan.

[346] Socialstyrelsen. Utredning av konsekvenser av förslag till föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet (Dnr 00-7272/2009-88).
[347]Socialstyrelsens handbok (SOSFS 2011:9) för tillämpning och allmänna råd om ledningssystem för kvalitetsarbete.

Styrelsen för ackreditering och teknisk kontroll – Swedac

Styrelsen för ackreditering och teknisk kontroll, Swedac, är en myndighet och Sveriges nationella ackrediteringsorgan och har regeringens uppdrag att vara svenskt ackrediteringsorgan. Av Swedacs instruktion[348], 3 §, framgår att Swedac ska inom området ackreditering, verka för behovsanpassade och kostnadseffektiva regelverk, avtal (t.ex. frihandelsavtal, standarder och kontrollordningar, såväl nationellt som internationellt) som bidrar till att skydda allmänna intressen på områden som hälsa, säkerhet, konsumentskydd och miljöskydd.

Ackreditering är en kompetensprövning som görs enligt europeiska och internationella standarder. För att bli ackrediterad prövas kompetens, rutiner och metoder så att alla kvalitetskrav uppfylls enligt en standard. Swedac ackrediterar företag och organisationer som i öppen konkurrens utför kontrollerna. Ackrediterade verksamheter finns inom exempelvis kärnkraft, bilindustri, IT och sjukvård. Detta innebär bl. a. att myndigheten ackrediterar certifiering, validering, verifiering, kalibrering, kontroll och provning enligt internationella standarder och regelverk. Ackreditering syftar till att säkerställa att kontroller genomförs på ett tillförlitligt och enhetligt sätt, samt att de personer som genomför dem har rätt kompetens och är oberoende. Detta granskas av Swedac vid regelbundna tillsynsbesök.

Syftet med ackreditering är att kunna säkerställa att certifiering, validering, verifiering, kalibrering, kontroll och provning görs med hög kvalitet och god säkerhet för liv, hälsa och miljö. Ackrediteringen innebär kontroller av att uppdragen utförs opartiskt, korrekt och grundas på internationellt erkända standarder.

Vad kan ackrediteras?

Det är bara verksamhet inom det som på fackspråk kallas bedömning av överensstämmelse som kan ackrediteras. Det går inte att ackreditera ett helt sjukhus men däremot ett laboratorium som analyserar blodprover. Det går inte att ackreditera ett ledningssystem, men väl ett certifieringsorgan som bekräftar att ledningssystemet uppfyller krav i enlighet med relevanta standarder.

Företag, verksamheter eller organisationer (exempelvis bolag, enskilda firmor, myndigheter, kommuner och regioner) som har rättslig handlingsförmåga kan ackrediteras av Swedac.

Inom vissa områden är ackreditering obligatoriskt. Ett företag som bedriver fordonsbesiktning eller utför hissbesiktning måste vara ackrediterat. Inom andra områden, till exempel för medicinska laboratorier eller

[348] Förordning (2021:1252) med instruktion för Styrelsen för ackreditering och teknisk kontroll.

kalibreringslaboratorier är ackreditering frivillig och fungerar som en kvalitetsstämpel.

Standarder för ackreditering av ledningssystem för kvalitet i hälso- och sjukvården

Ackreditering görs mot standarder som innehåller stöd för verksamheten. Europastandarden SS-EN 15224:2017 gäller som svensk standard vid ackreditering av ledningssystem för kvalitet i hälso- och sjukvården[349]. Inledningsvis beskrivs övergripande vad standarden innebär för en hälso- och sjukvårdsorganisation samt vilken typ av stöd den kan ge, exempelvis att hantera risker och möjligheter kopplade till organisationens förutsättningar och mål samt att visa överensstämmelse med krav som specificeras i ledningssystemet för kvalitet. Det framgår också att standarden omfattar krav på kvalitetsledning men inte specificerar krav för specifika tjänster inom hälso- och sjukvård. De krav på ledningssystem för kvalitet som anges i denna standard utgör komplement till krav på produkter och tjänster inom hälso- och sjukvård. Vidare framgår att riskbaserat tänkande gör det möjligt för hälso- och sjukvårdsorganisationen att identifiera faktorer som kan gör att dess kliniska eller andra processer eller dess ledningssystem för kvalitet avviker från planerat resultat. Det gör det också möjligt att införa förebyggande åtgärder för att minimera negativa effekter och att maximalt utnyttja möjligheter när sådana uppkommer.[350]

Certifiering av ledningssystemet för kvalitet i hälso- och sjukvård enligt standarder

Genom certifiering kan ett företag inom hälso-och sjukvården få en granskning av en oberoende part som årligen bedömer om ledningssystemet uppfyller kraven i standarden. Swedac har tagit fram ett vägledningsdokument för certifieringsorgan som vill ha ackreditering för att certifiera ledningssystem enligt EN 15224. Standarden EN 15224 har som ovan beskrivits tagits fram som hjälp till att hantera de specifika omständigheter som finns inom hälso- och sjukvården. Standarden anknyter tydligare till sjukvårdens terminologi och villkor än vad ISO 900161 gör genom att standarden är utformad utifrån de processer och den terminologi som finns inom vården. Det kan även konstateras att en internationell standard avseende hälso- och sjukvård har för första gången publicerats.[351]

[349] Standarden har utarbetats av CEN/TC 362, Health care services – Quality management system. Sekretariatet hålls av SIS57. Standarden fastställdes 2017-01-02 som SS-EN 15224:2017 och har utgivits i engelsk version. Standarden finns i även i svensk språkversion. De båda språkversionerna gäller parallellt.
[350] SS-EN 15224.
[351] ISO 7101:2023. ”ISO 7101 is the first international consensus standard for healthcare quality management. It prescribes requirements for a systemic approach to sustainable, high quality health systems enabling organizations of any scale, structure, or region to: create a culture of quality starting with strong top management; embrace a healthcare system based on people-centred care, respect, compassion, co-production, equity and dignity; identify address risks; ensure patient and workforce safety and wellbeing; control service delivery through documented processes and documented

Standarden kan användas av företag i såväl privat, kommunal som i regional regi samt till olika former av vårdinrättningar såsom primärvård, sjukhusvård, vårdhem, rehabilitering och tandvård. Förutom standarden EN 15224 finns det även en handledning för hur standarden kan tillämpas (SIS-TR) [352]. Svenska institutet för standarder (SiS) tillhandahåller standard och handledning mot en avgift[353].

Genom certifiering kan ett företag inom hälso-och sjukvården få en granskning av en oberoende part som årligen bedömer om ledningssystemet uppfyller kraven i standarden. Swedac har tagit fram ett vägledningsdokument för certifieringsorgan som vill ha ackreditering för att certifiera ledningssystem enligt EN 15224.

Bristande arbetsmiljö är ett hinder för en hållbar kompetensförsörjning

Inspektionen för vård och omsorg, (IVO), har genomfört en sammanhållen nationell tillsyn av den svenska sjukhusvården. IVO har inom ramen för tillsynen hittills granskat 27 sjukhus och riktat kritik mot samtliga. Den sammantagna bilden är att läget är allvarligt. IVO kan konstatera att patientsäkerheten inte kan garanteras.[354] IVO konstaterar i samma rapport att de bakomliggande orsakerna behöver åtgärdas på flera plan såsom utbyggd primärvård, förbättrad äldreomsorg och bättre arbetsmiljö för vårdpersonalen. Sammantaget konstaterar IVO att lägstanivån är oacceptabelt låg. Regionerna, som ansvarar för vården, lever inte upp till de krav som ställs. Det är inte förenligt med den lagstiftning som gäller för svensk vård.

Lagens krav om att vården ska vara av god kvalitet och att det ska finnas den personal som krävs för att god vård ska kunna ges innebär att var och en som söker hälso- och sjukvård ska behandlas av den personal och på det sätt som varje enskilt fall fordrar (se prop. 1981/82:97 s. 116). IVO konstaterar därmed att kvaliteten i de insatser som ges är alltså avgörande för huruvida en verksamhet kan betraktas som patientsäker.[355]

I IVO:s granskning framkommer att de granskade sjukhusen anger att det är svårt att få sökande till de utannonserade tjänsterna. Sökproblematiken är som störst på medicinavdelningarna där mer än hälften uppger att de sällan eller aldrig får sökande till utannonserade tjänster. Flera sjukhus lyfter också vid inspektionerna och i enkätsvaren utmaningarna med att behålla personal och att den stora personalomsättningen gör att erfarenheten och kompetensen blir lidande. En annan aspekt är att den stora

information; monitor and evaluate clinical and non-clinical performance; continually improve its processes and results".
[352] Hälso- och sjukvårdsförordningen (2017.80).
[353] Svenska institutet för standarder (SiS). Hämtad 2024-05-02 från https://www.sis.se/standarder/.
[354] Inspektionen för vård och omsorg. Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen (2023:02)
[355] Ibid.

personalomsättningen medför att erfarna sjuksköterskor återkommande behöver lägga tid på att lära upp nya kollegor.

Arbetsmiljöverket (AV) har i tillsynsbeslut mot en region slagit fast att regionen inte bara kan åberopa sjuksköterskebrist, utan måste förbättra arbetsförhållandena för att fler ska vilja arbeta hos regionen. I tillsynsbeslut till regionen med förelägganden vid vite har AV angivit att bristen på sjuksköterskor inte är absolut. Det handlar istället om en brist på sjuksköterskor som vill arbeta i regionen på grund av rådande arbetsmiljöförhållanden. Myndigheten skriver vidare att regionen måste distansera sig från tankesättet att minsta överkapacitet är av ondo. I IVO:s tillsyn framkommer att närmare hälften av sjukhusens akutmottagningar uppger att personalen inte har förutsättningar att ge läkemedel i rätt tid eller mat och dryck, omvårdnad samt tillsyn utifrån patienternas behov. Det kan exempelvis innebära att svårt sjuka patienter inte får den tillsyn de behöver och kan försämras utan att det uppmärksammas. Listan med brister utifrån vad som krävs enligt gällande rätt kan göras längre.[356]

I AV:s tillsynsbeslut och föreläggande framgår att det som arbetsgivaren anser vara ett rimligt patientantal ur arbetsmiljösynpunkt har inte gått att utreda. När det gäller undersökningen och bedömningen avseende den maximala belastningen på ett vårdlag, återger AV att den granskade vårdgivaren uppgett att en sådan inte har kunnat genomföras då det finns för många parametrar att ta hänsyn till. Vidare konstaterar AV att ”om verksamheten i framtiden behöver kunna bryta den negativa spiral (med personal som blir sjuk, slutar och rekryteringsproblem) som vårdgivaren dragits in i är det av avgörande vikt att ni först lägger fast vad som är en rimlig bemanning i förhållande till patientantalet.” Den del av den ohälsosamma arbetsbelastningen som AV får information om, dvs. att verksamheten är underbemannad även när den är planerat fullbemannad, syns inte vare sig i planeringen av verksamheten eller för de anställda enligt AV och beaktas därmed inte inom ramen för de åtgärder som vårdgivaren genomfört. I vårdgivarens svar framkommer att vårdgivaren hänvisar till att patienthänsyn har företräde, att de inte kan påverka patientflödet och anger lagkollisioner som ursäkt för att inte kunna följa arbetsmiljölagstiftningen.[357]

AV konstaterar i nämnda föreläggande att patientsäkerhet oftast inte står i motsats till arbetsmiljömässiga överväganden. Utarbetad personal och underbemannande avdelningar utgör ingen garant för patientsäkerheten, enligt AV. Det är AV:s uppfattning att den brist på sjuksköterskor som vårdgivaren gör gällande inte är absolut utan en brist på sjuksköterskor som vill arbeta hos vårdgivaren såsom arbetsmiljöförhållandena är just vid AV:s tillsynsbesök. Detta har vårdgivaren både möjligheter och skyldigheter att ändra på. Således, menar AV, måste bedömningen utgå ifrån genomsnittlig

[356] Inspektionen för vård och omsorg. Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen (2023:02).
[357] Arbetsmiljöverket. 2022/009462-11 - föreläggande med vite i ärende 2022/009462.

vårdtyngd bland patienterna och genomsnittlig kompetens bland tillgängliga medarbetare samt de övriga faktorer som anges ovan.

Det nuvarande kravet på ledningssystem bör kompletteras med krav på att ledningssystemet ska vara certifierat av ett ackrediterat certifieringsorgan

I enlighet med IVO:s och AV:s bedömningar i föregående avsnitt, framgår att regelefterlevnaden är svag i fråga om systematiskt kvalitetsarbete. Utifrån rådets perspektiv är det centralt att komma tillrätta med bristande arbetsmiljö som medför att varken rutinerad eller nyutbildad personal vill arbeta under rådande förhållanden, vilket är ett stort problem och medför en vård som brister i patientsäkerhet. Planering och prioritering av personalens kompetens och resurs i förhållande till den vård som ska bedrivas är avgörande, dels för att personalen ska vilja arbeta i vården, dels för att klara av att bedriva en god, säker och jämlik vård, i enlighet med lagstiftarens intentioner.

För att säkerställa att vårdgivare bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet där kraven på god vård är uppfyllda krävs, utöver tillgång till kompetent personal i förhållande till de arbetsuppgifter som ska utföras, att bestämmelsen om krav på ledningssystem efterlevs.

En certifierad vårdgivare ska särskilt ha anpassat de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet i fråga om sådana principer som ingår i det systematiska kvalitetssäkringsarbetet i vårdverksamheten och som framgår av myndighetsföreskrifter. Vårdgivaren bör kunna styrka detta med ett certifikat som har utfärdats av ett organ som har ackrediterats för detta ändamål. För att förslagen ska kunna genomföras, och för att de ackrediterade certifieringsorganen ska kunna börja certifiera vårdgivare, krävs att vårdgivare säkrar verksamheten utifrån de fastställda kraven i ledningssystemet för kvalitet i tillämplig svensk/internationell standard för hälso- och sjukvård.

En certifierad vårdgivare ska, förutom ett kvalitetsledningssystem, ha särskild sakkunskap och erfarenhet i fråga om processer för planering av resurser och kompetensförsörjning samt principer om ledarskap. Vilka krav som kommer ställas på en certifierad vårdgivare i fråga om sådan erfarenhet och kompetens, initialt och över tid, ska enligt Nationella vårdkompetensrådets förslag regleras genom myndighetsföreskrifter.

Regeringen har i hälso- och sjukvårdsförordningen bemyndigat Socialstyrelsen att meddela de föreskrifter som behövs för verkställigheten av kravet på att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Rådet erfar att vårdgivarnas oförmåga att specificera verksamhetens kompetensbehov tillsammans med det faktum att det i dag saknas bestämmelser som kräver detta av vårdgivarna gör behovet särskilt angeläget att införa krav på certifiering av ledningssystem. Krav på att

ledningssystem ska innehålla rutiner för personalens kompetens och kompetensutveckling saknas i nu gällande föreskrifter[358].

Kravet på att ledningssystemet ska vara certifierat skulle innebära att Socialstyrelsen förtydligar gällande rätt genom att införa krav om att vårdgivarna ska kunna uppvisa ett certifikat från ett ackrediterat certifieringsorgan. Socialstyrelsen bör i föreskrifter om ledningssystem meddela vad som krävs av vårdgivarna i fråga om kunskap, erfarenhet och certifiering. Ett certifierat ledningssystem ger även vårdgivarna ett verktyg i sin planering av personalförsörjningen.

Varför behövs ett certifierat ledningssystem?

Av såväl hälso- och sjukvårdslagen[359] som Socialstyrelsens föreskrifter[360] framgår att samtliga vårdgivare är skyldiga att ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Trots detta saknade samtliga akutsjukhus som tillsynades av IVO[361] ett ledningssystem för verksamheten. Detta är anmärkningsvärt. Särskilt när IVO:s granskning i första hand ska inriktas på att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till god vård[362]. IVO har sett problematiken med att det allvarliga läget varit återkommande och att det till och med har förvärrats över tid. Avsaknaden av ledningssystem visar att det är svårt för vårdgivarna att klara sitt uppdrag, särskilt som ledningssystemet är tänkt att vara ett hjälpmedel för vårdgivarna. Ledningssystemet torde dessutom vara grunden för att kunna ha kontroll över verksamheten.

Trots att regionerna håller med om IVO:s kritik har de inte lyckats vända på utvecklingen. Vissa regioner bemöter kritiken genom att konstatera att de inte är ensamma om problemen. De hävdar i stället att det finns fler sjukhus i Sverige som har samma problem. Liksom IVO konstaterar är detta vare sig en ursäkt eller en lösning på problemen. Det viktiga nu är att det allvarliga läget som råder inom svensk akutsjukvård inte blir ett nytt normalläge. Att allvarliga problem åtgärdas är ytterst en legitimitetsfråga för hela vårdsystemet.

I Socialstyrelsens numera upphävda föreskrifter[363] preciserades att vårdgivaren skulle utarbeta ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet innehållandes rutiner för personalens kompetens och kompetensutveckling. Krav på att ledningssystem ska innehålla rutiner för personalens kompetens och kompetensutveckling saknas i nu gällande föreskrifter (SOSFS 2011:9).

[358] SOSFS (2011:9).
[359] 5 kap. 4 § HSL (2017:30).
[360] 3 kap. 1 § SOSFS (2011:9).
[361] Inspektionen för vård och omsorg. Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen (2023:02).
[362] 3 kap. 1 § PSL (2010:659).
[363] SOSFS (2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

Av hälso- och sjukvårdslagen[364] framgår att det bl.a. ska finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges. I övrigt saknas det bestämmelser om kompetensförsörjning och kompetensutveckling.

Vad tillför ett certifierat ledningssystem för hälso- och sjukvården?

IVO är den statliga myndighet som har tillsynsansvar över hälso- och sjukvården. Detta betyder att det är IVO som är ansvarig för myndighetsutövning såsom meddelande av förelägganden, viten och förbud.[365] IVO har inte kunnat kontrollera vårdgivarnas ledningssystem då detta saknats eller varit obefintligt[366]

IVO:s verktyg för tillsyn[367] såsom vitesförelägganden kan i värsta fall vara kontraproduktiva. Ett utdömande av vite om miljoner kronor torde kunna innebära att hälso- och sjukvården drabbas ytterligare genom försämrad ekonomi vilket kan leda till fler neddragningar eller i värsta fall utebliven vård om missförhållanden inom verksamheten innebär fara för patienter liv, hälsa eller personliga säkerhet i övrigt. Enligt 7 kap. 26, 27 §§ PSL får IVO med eller utan föregående föreläggande helt eller delvis förbjuda verksamheten.

Genom krav på certifiering mot tillämplig standard skulle IVO få ytterligare ett verktyg i tillsynen som ger information om huruvida vårdgivaren uppfyller lagens krav på att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls. Ett ledningssystem som har certifierats av ett ackrediterat certifieringsorgan utsätts för årlig revision av det oberoende certifieringsorgan som certifierat detsamma. Det innebär att IVO:s tillsyn kan förenklas då de kan kontrollera om vårdgivare har ett giltigt certifikat för sitt ledningssystem. Samtidigt får vårdgivarna ett verktyg som gör det lättare för dem att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten.

I förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen[368] understryker regeringen att ett väl fungerande system för kvalitetssäkring och utveckling skulle skapa bättre förutsättningar för tillsynen på så sätt att behovet av direktverkande insatser blir mindre och utrymmet för en mer övergripande tillsyn blir större.

Kvalitetssäkring av kompetensförsörjning och kompetensutveckling

I Socialstyrelsens föreskrifter (2005:12)[369] föreskrevs, som ovan beskrivits, att vårdgivare ska utarbeta ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet innehållandes rutiner för personalens kompetens och kompetensutveckling. Dessa föreskrifter är upphävda och motsvarande krav saknas i nu gällande

[364] 5 kap. 2 § HSL.
[365] 7 kap. 1, 20 – 28 §§ PSL.
[366] Inspektionen för vård och omsorg. Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen (2023:02).
[367] Ibid.
[368] Prop. (2016/17:43) En ny hälso- och sjukvårdslag.
[369] SOSFS (2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården.

föreskrifter om ledningssystem (SOSFS 2011:9). Hälso- och sjukvårdens resurser inklusive personella sådana är en del av den standard som ledningssystemet certifieras mot. Standarden använder den s.k. PDCA-cykeln (Plan, Do, Check and Act) som uppfyller Socialstyrelsens[370] krav på systematiskt förbättringsarbete. PDCA- cykeln möjliggör för en vårdgivare att försäkra sig om att dess processer har tillräckliga resurser och lämplig ledning samt att förbättringsmöjligheter tillvaratas. Däribland ingår säkerställande av personella resurser samt den kompetens som är nödvändig för såväl verksamheten som personalen inklusive kompetensutveckling. Krav på att ledningssystemet ska vara certifierat synliggör vårdgivares personalförsörjning samt planer för personalens kompetensutveckling. Det certifierade ledningssystemet fyller med andra ord det tomrum som upphävandet av Socialstyrelsens föreskrifter (2005:12) lämnat efter sig. Mot denna bakgrund föreslår därför rådet att kravet på ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska kompletteras med krav på att ledningssystemet ska vara certifierat av ett ackrediterat certifieringsorgan. En certifierad vårdgivare är en statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet som har ett kvalitetsledningssystem som anpassas till verksamhetens inriktning och omfattning samt identifierar, beskriver och fastställer de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet och som framgår av föreskrifter som har meddelats med stöd av hälso- och sjukvårdsförordningen. Vårdgivaren bör kunna styrka detta med ett certifikat. Frågor om certifiering av vårdgivare bör prövas av organ som har ackrediterats för detta ändamål. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer bör få meddela föreskrifter om vad som krävs av certifierade vårdgivare i fråga om kunskap, erfarenhet och certifiering.

5.3 Personal inom hälso- och sjukvården

5.3.1 Ett systematiskt arbetsmiljöarbete är nödvändigt för en hållbar kompetensförsörjning





Förslag till insats: Regioner och kommuner bör skapa förutsättningar för och följa verksamheternas systematiska arbetsmiljöarbete, bl.a. genom att utveckla insatser som främjar en god arbetsmiljö.

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

Hälso- och sjukvårdspersonalen utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, föreskriver att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler, de sjukvårdsprodukter och den övriga utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges (5 kap. 2 §). Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, ska hälso- och sjukvårdspersonalen utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter (PSL 6 kap. 1–2 §§).

Hälso- och sjukvården ska hålla en god personell standard

Av förarbetena till hälso- och sjukvårdslagen framgår att kravet på att vården ska vara av god kvalitet innebär att var och en som söker hälso- och sjukvård ska behandlas av den personal och på det sätt som varje enskilt fall fordrar (prop. 1981/82:97). Även i senare förarbeten fastställs vad som menas med en god vård, nämligen att vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Detta innebär att hälso- och sjukvården ska hålla en god personell och materiell standard, dvs. bedrivas av en personal med adekvat utbildning och med behövlig teknisk utrustning i ändamålsenliga lokaler.[371]

Vidare lyfts i förarbeten vad som krävs av vårdens verksamhet gällande verksamhetstillsyn som Socialstyrelsen ansvarade för (numera ligger ansvaret hos IVO) om de krav som bör ställas avseende hälso- och sjukvårdsverksamheten som sådan och om den uppfyller de allmänna kraven, t.ex. hur den är organiserad, vårdutbudets omfattning och inriktning, arbetsrutiner, den medicintekniska utrustningen, personalens utbildning och kompetens samt personaltillgången.[372]

Socialstyrelsens allmänna råd om personalplanering och kompetensutveckling

Av Socialstyrelsens handbok till ledningssystemet (SOSFS 2022:9) som innehåller allmänna råd till vårdgivare framgår att personalen behöver ha rätt kompetens för att kunna medverka i kvalitetsarbetet och ge en god vård och omsorg. Utan rätt kompetens har personalen inte förutsättningar för att fullgöra sin rapporteringsskyldighet eller i övrigt delta i kvalitetsarbetet, t. ex. genom att lämna in klagomål och synpunkter. För att den som bedriver verksamheten ska kunna utveckla och säkra kvaliteten behöver denne därför planera för personalförsörjning och kompetensutveckling.

[371] Prop. 1995/96:176.
[372] Ibid.

Principer för legitimation

I enlighet med nyssnämnda bestämmelser i HSL ska det där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges. I Sverige finns inte ett generellt förbud mot att utöva yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Det är endast för yrkesgrupperna apotekare, barnmorska, läkare, receptarie och tandläkare som behörigheten att utöva yrket är förbehållen dem som har legitimation eller särskilt förordnande (4 kap. 4 § PSL). Legitimationen och skyddet för titeln ska bidra till att ge den enskilda patienten en säker och kompetent hälso- och sjukvård. En patient ska kunna förlita sig på att legitimationen borgar för en viss kompetens. I propositionen Legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer (prop. 2017/18:138) framhöll regeringen att rätten till legitimation ska förbehållas sådana grupper av yrkesutövare som har en självständig yrkesfunktion med kvalificerade arbetsuppgifter och ett särskilt ansvar för patienternas säkerhet i vården och som i inte oväsentlig utsträckning vänder sig direkt till allmänheten, t.ex. i egenskap av fria yrkesutövare. De kriterier som ska beaktas vid bedömningen av om ett yrke ska omfattas av bestämmelserna om legitimation är: patientsäkerhet, yrkesrollens innehåll, utbildningsnivå och internationella förhållanden. Legitimationen är ett uttryck för att en yrkesutövare har godkänts för yrkesverksamhet inom det område som legitimationen avser och att yrkesutövaren står under samhällets tillsyn. Legitimationen är en garanti för och utgör ett bevis på en yrkesutövares kompetens och lämplighet för sitt yrke. [373]

Arbetstagare ska ha den utbildning som krävs för arbetet

Arbetsmiljölagen (1977:1160), förkortad AML, syftar till att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt att uppnå en god arbetsmiljö. Av bestämmelser i lagens tredje och sjätte kapitel framgår att arbetsgivaren systematiskt ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att arbetsmiljön uppfyller kraven på en god arbetsmiljö. Arbetsgivaren ska vidare fortlöpande undersöka riskerna i verksamheten och vidta de åtgärder som föranleds av detta. Arbetsgivaren ska i den utsträckning verksamheten kräver dokumentera arbetsmiljön och arbetet med denna. Handlingsplaner ska därför upprättas. Vidare framgår av lagen att arbetsgivaren ska förvissa sig om att arbetstagaren har den utbildning som behövs och vet vad han har att iaktta för att undgå riskerna i arbetet. Det ska eftersträvas att arbetsförhållandena ger möjligheter till personlig och yrkesmässig utveckling liksom till självbestämmande och yrkesmässigt ansvar[374].

I tillägg till arbetsmiljölagen, regleras i Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete, krav som innebär att det systematiska

[373] Prop. 2017/18:138. Legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer.
[374] 2 kap 1§ arbetsmiljölagen, AML.

arbetsmiljöarbetet ska ingå som en naturlig del i den dagliga verksamheten och omfatta alla fysiska, psykologiska och sociala förhållanden som har betydelse för arbetsmiljön[375]. Av nämnda föreskrift framgår att även om arbetsgivaren fördelar olika uppgifter i arbetsmiljöarbetet, kvarstår alltid dess huvudansvar för arbetsmiljön. Det betyder att om uppgifter fördelas är det viktigt att det tydligt framgår vem som är skyldig att göra vad i det systematiska arbetsmiljöarbetet[376].

I Arbetsmiljöverkets föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö regleras kunskapskrav, mål, arbetsbelastning, arbetstid och hur kränkande särbehandling ska hanteras. Av denna föreskrift framgår även att arbetsgivaren ska se till att de arbetsuppgifter och befogenheter som tilldelas arbetstagarna inte ger upphov till ohälsosam arbetsbelastning. Det innebär att resurserna ska anpassas till kraven i arbetet.[377]

Av Arbetsmiljöverkets handbok till arbetsmiljölagen och dess förordning med kommentarer framgår att kraven på arbetsmiljön inte ska kunna sänkas för att en enskild arbetsgivare har svag ekonomi. Grundtanken är att kostnaderna för arbetsmiljön är en del av produktionskostnaderna och dessa kostnader måste alltid beaktas, även om insatserna för att förbättra arbetsmiljön inte får vara orimliga i förhållande till de resultat som kan uppnås[378].

Fullmäktiges ansvar för arbetsmiljön

Folkvalda representanter i regioners och kommuners fullmäktige, styrelser och nämnder ansvarar enligt lagfästa bestämmelser, som redovisats ovan, för beslut som påverkar arbetsmiljöarbetet. Dessa representanter ska se till att arbetsmiljölagen efterlevs i verksamheten. Arbetsmiljöverket beskriver på sin hemsida bl.a. kommun- och regionfullmäktiges uppgifter i det systematiska arbetsmiljöarbetet. De ska bl.a. fastställa en skriftlig arbetsmiljöpolicy, se till att ingen arbetsmiljöfråga hamnar mellan nämnderna, följa upp en gång per år att nämnden driver verksamheten i enlighet med arbetsmiljöpolicyn och årligen följer upp sitt systematiska arbetsmiljöarbete samt ge nämnderna ekonomiska resurser för arbetsmiljöarbetet.[379]

I betänkandet Vilja välja vård och omsorg (SOU 2021:52) konstateras att det systematiska arbetsmiljöarbetet brister på många håll i vården och omsorgen om äldre. I betänkandet rekommenderas att den politiska ledningen i kommunen behöver ta sitt lagstadgade ansvar för att ett systematiskt arbetsmiljöarbete bedrivs inom vården och omsorgen om äldre, oavsett

[375] AFS 2001:1.
[376] Arbetsmiljöverket. Arbetsmiljölagen med kommentarer (2018).
[377] AFS 2015:4 §§9–11.
[378] Ibid.
[379] Arbetsmiljöverket. Politikers arbetsmiljöansvar, hämtad från hemsida 2023-11-24.

utförare, samt att arbetsgivarna bör använda de stödmaterial som finns för det systematiska arbetsmiljöarbetet, som både parterna och Arbetsmiljöverket har tagit fram.[380]

Omfattande arbetsmiljöproblem inom hälso- och sjukvården

Enligt Arbetsmiljöverket (AV) är det vanligt att vårdpersonal måste arbeta i påfrestande arbetsställningar under långa perioder, såsom vid såromläggning, tandvård, operation eller arbete där man arbetar ofta och länge med armarna långt från kroppen, som till exempel vid ultraljudsundersökning. Även långvarigt sittande framför bildskärmar förekommer. Detta kan leda till besvär i nacke, rygg, axlar och skuldror. Även vid förflyttning av patienter kan arbetet vara tungt och påfrestande, vilket kan ge besvär i axlar, armar, rygg och nacke och ibland innebära risker för olycksfall, särskilt om det är trångt i rum och på toaletter.

Nämnda myndighet lyfter även faktorer som sociala och organisatoriska påfrestningar såsom skiftarbete, oregelbundna tider, hög arbetsbelastning, samarbetsproblem och konflikter samt ständiga förändringar i verksamheten. Det kan även handla om organisatoriska brister som kan leda till hög arbetsbelastning om resurserna inte räcker för att möta kraven i arbetet. Ständiga överbeläggningar på vårdavdelningar är enligt AV ytterligare en av orsakerna till en hög arbetsbelastning bland vårdpersonal. Dessutom ökar arbetsbelastningen till följd av krav på ökad effektivitet och besparingar. Det är samtidigt svårt för personalen att få tid till återhämtning och reflektion. Myndigheten nämner även en komplex verksamhet där olika slag av bildskärmar övervakar patienter och skickar information som behöver tolkas, vilket blir en ytterligare stressfaktor utöver den ergonomiska belastningen som beskrivits inledningsvis. Därtill kräver verksamheten hög grad av beslutsfattande jämte hantering av olika system som upplevs krångliga att använda, vilket bidrar till en hög kognitiv belastning och kan leda till stress. Vidare beskriver AV att risk för våld och hot förekommer inom vården och att några som löper särskilt hög risk är personal inom akutmottagningar, psykiatrisk och geriatrisk vård och ambulansverksamhet.[381]

Kvinnors arbetsmiljö

Sedan början av 2010-talet har den arbetsrelaterade ohälsan ökat, mest för kvinnor och framför allt i kvinnodominerade sektorer. Eftersom hälso- och sjukvården till stora delar är en kvinnodominerad bransch, finns det anledning att inom uppdraget beskriva hur sjukfrånvaron ser ut för kvinnor generellt. Organisatoriska och sociala faktorer är i dag, tillsammans med fysisk och mental belastning, de främsta orsakerna till kvinnors

[380] SOU 2021:52. Vilja välja vård och omsorg - En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre.
[381] Arbetsmiljöverket. Hämtad från hemsida 2023-11-24.

arbetsrelaterade ohälsa. Det är också främst ohälsa till följd av sociala och organisatoriska faktorer i arbetsmiljön som ökar.[382] [383]

Av en rapport från Försäkringskassan framgår att sjukfrånvaron i psykiatriska diagnoser, i synnerhet bland kvinnor och på grund av stressrelaterad psykisk ohälsa, ökade under åren 2010 till 2016 och att dessa, efter några års minskning, nu åter har börjat öka. Under perioden 2019–2023 ökade antalet personer som var sjukfrånvarande med stressrelaterad diagnos från 32 700 till 42 000 (en ökning med 29 procent). [384] AFA Försäkring beskriver samtidigt i en rapport att psykiska diagnoser är en av de vanligaste orsakerna till långvarig sjukfrånvaro inom kommuner och regioner och för privatanställda arbetare. Nio av tio sjukfall med psykisk diagnos beror på förstämningssyndrom (till exempel depression), reaktion på svår stress och ångestsyndrom och kvinnor har mer än dubbelt så hög risk som män för sjukfrånvaro på grund av psykisk diagnos. [385]

Hög arbetsbelastning inom vård och omsorg

Arbetsmiljöverket beskriver i rapporten Arbetsmiljön 2021 att bland samtliga sysselsatta har kvinnor arbeten med hög anspänning i större utsträckning än män. Med hög anspänning avses arbeten där det finns höga krav och där individen har liten kontroll/litet inflytande. Arbeten som innebär mycket kontakt med andra människor, där arbetsuppgifter ofta är engagerande, kan även bli påfrestande, särskilt om det finns dåliga förutsättningar såsom otydliga förväntningar eller bristande resurser. Av rapporten kan utläsas att ungefär hälften av alla anställda inom vård och omsorg samt sociala tjänster upplever att de har för mycket att göra. I samma rapport beskrivs att omkring var tredje sysselsatt inom vård och omsorg samt sociala tjänster har ett psykiskt ansträngande arbete i hög grad.[386]

Myndigheten för arbetsmiljökunskap (MYNAK) har haft regeringens uppdrag att inhämta och sammanställa kunskap om arbetsmiljörisker och friskfaktorer bland hälso- och sjukvårdspersonal.[387] I en av delrapporterna framgår att bland yrkesgrupperna läkare, sjuksköterskor och undersköterskor som var verksamma inom den svenska kommunala och regionala sjukvården i Sverige hade tre av tio symtom på stressrelaterad ohälsa och nästan hälften övervägde att lämna arbetet. De tre studerade yrkesgrupperna hade sämre värden för organisatorisk och social arbetsmiljö jämfört med

[382] Arbetsmiljöverkets föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö 2015:4. Termen avser villkor och förutsättningar för arbetet som inkluderar ledning och styrning, kommunikation, delaktighet, handlingsutrymme, fördelning av arbetsuppgifter och krav, resurser och ansvar.
[383] SOU 2022:45. Steg framåt, med arbetsmiljön i fokus.
[384] Försäkringskassan. Psykisk ohälsa i dagens arbetsliv - Försäkringskassans lägesrapport (2023).
[385] AFA Försäkring. Sjukfrånvaro med psykisk diagnos (2023).
[386] Arbetsmiljöverket. Arbetsmiljön 2021 - Arbetsmiljöstatistik Rapport (2022:2).
[387] Socialdepartementet. Uppdrag att inhämta och sammanställa kunskap om arbetsmiljörisker och friskfaktorer bland hälso- och sjukvårdspersonal (dnr S2021/06572).

referensvärdena för arbetsmarknaden i stort för faktorerna obalans mellan arbetet och privatlivet, obalans mellan ansträngning och belöning, känslomässiga krav samt socialt stöd från överordnad.[388]

Tillsyn och förelägganden med koppling till personalens arbetsmiljö

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har genomfört en sammanhållen nationell tillsyn av den svenska sjukhusvården. IVO har inom ramen för tillsynen hittills granskat 27 sjukhus och riktat kritik mot samtliga. Den sammantagna bilden är att läget är allvarligt. IVO kan konstatera att patientsäkerheten inte kan garanteras.[389] IVO konstaterar i samma rapport att de bakomliggande orsakerna behöver åtgärdas på flera plan såsom utbyggd primärvård, förbättrad äldreomsorg och bättre arbetsmiljö för vårdpersonalen. Sammantaget konstaterar IVO att lägstanivån är oacceptabelt låg. Regionerna, som ansvarar för vården, lever inte upp till de krav som ställs. Det är inte förenligt med den lagstiftning som gäller för svensk vård.

Lagens krav om att vården ska vara av god kvalitet och att det ska finnas den personal som krävs för att god vård ska kunna ges innebär att var och en som söker hälso- och sjukvård ska behandlas av den personal och på det sätt som varje enskilt fall fordrar (se prop. 1981/82:97 s. 116). IVO konstaterar därmed att kvaliteten i de insatser som ges är alltså avgörande för huruvida en verksamhet kan betraktas som patientsäker.[390]

I IVO:s granskning framkommer att de granskade sjukhusen anger att det är svårt att få sökande till de utannonserade tjänsterna. Sökproblematiken är som störst på medicinavdelningarna där mer än hälften uppger att de sällan eller aldrig får sökande till utannonserade tjänster. Flera sjukhus lyfter också vid inspektionerna och i enkätsvaren utmaningarna med att behålla personal och att den stora personalomsättningen gör att erfarenheten och kompetensen blir lidande. En annan aspekt är att den stora personalomsättningen medför att erfarna sjuksköterskor återkommande behöver lägga tid på att lära upp nya kollegor.

Arbetsmiljöverket har i tillsynsbeslut mot en region slagit fast att regionen inte bara kan åberopa sjuksköterskebrist, utan måste förbättra arbetsförhållandena för att fler ska vilja arbeta hos regionen. I tillsynsbeslut till regionen med förelägganden vid vite har Arbetsmiljöverket angivit att bristen på sjuksköterskor inte är absolut. Det handlar istället om en brist på sjuksköterskor som vill arbeta i regionen på grund av rådande arbetsmiljöförhållanden. Myndigheten skriver vidare att regionen måste distansera sig från tankesättet att minsta överkapacitet är av ondo. I IVO:s

[388] Myndigheten för arbetsmiljökunskap. Arbetsmiljörisker och friskfaktorer inom hälso- och sjukvården – en intervjustudie med nyckelaktörer (2023).
[389] Inspektionen för vård och omsorg. Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen (2023–02).
[390] Ibid.

tillsyn framkommer att närmare hälften av sjukhusens akutmottagningar uppger att personalen inte har förutsättningar att ge läkemedel i rätt tid eller mat och dryck, omvårdnad samt tillsyn utifrån patienternas behov. Det kan exempelvis innebära att svårt sjuka patienter inte får den tillsyn de behöver och kan försämras utan att det uppmärksammas. Listan med brister utifrån vad som krävs enligt gällande rätt kan göras längre. Sammantaget konstaterar IVO att lägstanivån är oacceptabelt låg. Regionerna, som ansvarar för vården, lever inte upp till de krav som ställs. Det är inte förenligt med den lagstiftning som gäller för svensk vård.[391]

I AV:s tillsynsbeslut och föreläggande framgår att det som arbetsgivaren anser vara ett rimligt patientantal ur arbetsmiljösynpunkt har inte gått att utreda. När det gäller undersökningen och bedömningen avseende den maximala belastningen på ett vårdlag, återger AV att den granskade vårdgivaren uppgett att en sådan inte har kunnat genomföras då det finns för många parametrar att ta hänsyn till. Vidare konstaterar AV att om verksamheten i framtiden behöver kunna bryta den negativa spiral (med personal som blir sjuk, slutar och rekryteringsproblem) som vårdgivaren dragits in i är det av avgörande vikt att vårdgivaren först lägger fast vad som är en rimlig bemanning i förhållande till patientantalet. Den del av den ohälsosamma arbetsbelastningen som AV får information om, dvs. att verksamheten är underbemannande även när den är planerat fullbemannade syns inte och beaktas därmed inte inom ramen för de åtgärder som vårdgivaren genomfört. I vårdgivarens svar framkommer att i vårdgivaren hänvisar till att patienthänsyn har företräde, att de inte kan påverka patientflödet och anger lagkollisioner som ursäkt för att inte kunna följa arbetsmiljölagstiftningen.[392]

AV konstaterar i nämnda föreläggande att patientsäkerhet oftast inte står i motsats till arbetsmiljömässiga överväganden. Utarbetad personal och underbemannande avdelningar utgör ingen garant för patientsäkerheten. Det är AV:s uppfattning att den brist på sjuksköterskor som vårdgivaren gör gällande inte är absolut utan en brist på sjuksköterskor som vill arbeta hos vårdgivaren såsom arbetsmiljöförhållandena är just nu. Detta har vårdgivaren både möjligheter och skyldigheter att ändra på. Således menar AV, måste bedömningen utgå ifrån genomsnittlig vårdtyngd bland patienter och genomsnittlig kompetens bland tillgängliga medarbetare samt de övriga faktorer som anges ovan.

Inspel från professionsföreträdare

I dialogsamtal med professionsföreträdare under såväl föreliggande som tidigare regeringsuppdrag, har arbetsmiljön lyfts som en av de enskilt viktigaste faktorerna för att förbättra kompetensförsörjningen. I rådets delrapport om kompetensförsörjning inom primärvården beskrevs

[391] Inspektionen för vård och omsorg. Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen (2023–02).
[392] Arbetsmiljöverket. Föreläggande; 2022/009462–11 - föreläggande med vite i ärende 2022/009462.

exempelvis hur olika yrkeskategorier upplevde svårigheter att räcka till för uppdraget och påverka sin situation samtidigt som de upplevde en stark stress och höga krav på att utföra ett gott arbete[393]. I arbetet med föreliggande uppdrag har bl.a. nämnts att vissa yrken ser ett behov av att gå ned i tid på grund av den höga arbetsbelastningen, men att möjlighet till detta saknas pga. låga löner. Några yrkesgrupper beskriver också att deras frågor ibland skyms eftersom de är så små och att uppdragen ofta är otydligt beskrivna, vilket ger en etisk stress och bl.a. medför en minskad ork att handleda studenter.

Ersättningssystemens påverkan på arbetsmiljön och kompetensförsörjningen i vården

Inom ramen för rådets arbete med regeringsuppdraget om kompetensförsörjning för primärvården kartlades villkor och förutsättningar för kompetensförsörjningen i primärvården. Rådet kunde konstatera att det råder oklarheter kring i vilken mån regionernas ersättningssystem och modeller styr mot vård efter behov, att varierande styrning och bristande transparens försvårar etableringar, att styrningen i alltför låg grad tar hänsyn till behoven i befolkningen samt att principerna för ersättningssystemen allt för ofta justeras, vilket skapar ovissa planeringsförutsättningar för utförare.[394] [395] I betänkandet God och nära vård - en primärvårdsreform (SOU 2018:39) rekommenderades regionerna att samverka för att skapa en mer enhetlig utformning av ersättningsmodeller för sina respektive vårdval i primärvården. Under rådets arbete med regeringsuppdraget om kompetensförsörjning i primärvården framkom även att trots att ersättningen till primärvårdsenheter generellt sett gått ifrån att vara prestationsbaserad, så upplever professionsföreträdare hur man hela tiden känner en stark stress och ett krav på sig att "räkna pinnar". I Digifysiskt vårdval nämns dock också att de ökade kraven på kostnadskontroll samt produktivitet och kvalitet har inneburit ett ökat inslag av prestationsmätningar i vården på olika sätt. I dialogsamtalen under rådets arbete med regeringsuppdraget om kompetensförsörjning i primärvården nämndes att även dessa bidrar till en upplevd prestationsbaserad stress, även om den inte alltid är knuten till själva ersättningssystemet.[396]

Enligt promemorian Uppdrag att möjliggöra bättre tillgång till hälso- och sjukvård i hela landet genom främjande av etablering i glesbygd (Ds 2023:23), som utarbetats inom Socialdepartementet, sker ett omfattande arbete inom SKR med frågor om ersättningsmodeller. Utredarna menar att mot bakgrund av det prekära läget vad gäller kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården, som påverkar tillgången till vård, och den kritik som

[393] Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården - delredovisning (2022:3).
[394] Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården – Delredovisning (2022:3).
[395] SOU 2018:55. Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv.
[396] SOU 2019:42. Digifysiskt vårdval.

framförts mot ersättningssystemen av olika aktörer, behöver denna fråga tas på allvar. Det arbete som SKR redan har påbörjat tillsammans med regionerna utgör enligt promemorian ett gott initiativ, men kan behöva kompletteras med ett samarbete med kommunerna och ett mer övergripande statligt perspektiv.

Tidigare eller pågående arbeten och utredningar rörande arbetsmiljön i hälso- och sjukvården

Flera statliga initiativ pågår för att stärka arbetsmiljön. Regeringen bedömer att det behövs ökad kunskap i form av exempelvis utvärdering, forskning av hög kvalitet samt statistik på arbetsmiljöområdet, för att ge en ökad förståelse av problemen så att relevanta åtgärder kan genomföras. Regeringen har även tillsatt en utredning om åtgärder för att minska offentliganställdas utsatthet, vars betänkande har remitterats och är under beredning i regeringskansliet.[397]

Av regeringens arbetsmiljöstrategi 2021–2025, En god arbetsmiljö för framtiden, framgår att Arbetsmiljöverket (AV) och Myndigheten för arbetsmiljökunskap (MYNAK) har i uppdrag att ta fram åtgärdsplaner för att genomföra strategin inom sina respektive områden, vilka ska redovisas senast den 1 mars varje år och slutredovisas den 1 mars 2026. Dessutom genomför AV riktade inspektioner av arbetsmiljön i hälso- och sjukvården[398].

Arbetsmiljöverket (AV) och Myndigheten för arbetsmiljökunskap (MYNAK) har haft regeringens uppdrag att i samverkan med Folkhälso-myndigheten och Försäkringskassan sammanställa friskfaktorer på organisatorisk nivå som går att mäta och följa över tid[399]. I uppdragets slutredovisning konstateras att uttömmande forskning om friskfaktorer på organisatorisk nivå saknas. Flera studier har funnit möjliga friskfaktorer men dessa har sällan verifierats i andra studier. Ett antal potentiella friskfaktorer på organisatorisk nivå kunde dock identifieras i de olika studierna, exempelvis rimligt antal arbetstagare under chef, tydliga utvecklingsmöjligheter, möjligheter för medarbetare att framföra idéer och kritik, tydliga mål, god kännedom om arbetstagares hälsa och sjukfrånvaro. I nämnda rapport delades de potentiella friskfaktorerna in i övergripande teman: goda förutsättningar för ledarskap, utvecklingsmöjligheter och lärande, delaktighet och kommunikation, arbete med mål och värdegrund,

[397] SOU 2024:1. Ett starkare skydd för offentliganställda mot våld, hot och trakasserier.
[398] Arbetsmiljöverket inspekterar sedan hösten 2022 ca 70 akutsjukhus med anledning av de arbetsmiljöproblem som har rapporterats från flera sjukhus, ofta kopplade till hög arbetsbelastning, personalbrist och överbeläggningar. Tillsynen riktad mot akutsjukhusen breddas från och med april 2023 med fler arbetsställen och andra områden inom vården, exempelvis barn- och ungdomspsykiatrin, vuxenpsykiatrin och vårdcentraler. Myndigheten beräknar att arbetet är klart i juni 2024.
[399] Arbetsmiljöverket och Myndigheten för arbetsmiljökunskap. Friskfaktorer som kan mätas och följas över tid (2021).

och strategiskt arbetsmiljöarbete samt arbete med hälsoläge och sjukfrånvaro.

MYNAK har även ett pågående regeringsuppdrag om att inhämta och sammanställa kunskap om arbetsmiljörisker och friskfaktorer bland hälso- och sjukvårdspersonal (S2021/06572). I en av delrapporterna från 2023 drar myndigheten slutsatsen avseende individ- och organisationsinriktade interventioner att effekterna av dessa generellt var små i de studier som har inkluderats. Författarna har därför konkluderat att det var svårt att skönja tydliga mönster och att dra entydiga slutsatser om vad som är mest effektivt, varför de inte kunnat peka ut vissa interventioner som varande mest effektiva i alla situationer eller identifiera särskilda ”framgångsfaktorer” för hur hälso- och sjukvårdens psykosociala arbetsmiljö kan förbättras.[400]

Regeringen ser över möjlighet till sanktionsavgift även gällande organisatorisk och social arbetsmiljö

Det finns i dag möjlighet för Arbetsmiljöverket att ta ut sanktionsavgifter gällande vissa arbetsmiljö- och arbetstidsregler, vilket bl.a. regleras i Arbetsmiljöverkets författningssamling (AFS) och i Arbetstidslagen (1982:673). Regeringen gav i juni 2021 en särskild utredare i uppdrag att se över om Arbetsmiljöverket (AV) bör kunna ta ut sanktionsavgifter även för överträdelser av föreskrifter som till exempel riktar sig mot organisatorisk och social arbetsmiljö. I betänkandet Steg framåt, med arbetsmiljön i fokus (SOU 2022:45) föreslås att Arbetsmiljöverkets bemyndigande att föreskriva om sanktionsavgifter utökas så att myndigheten får möjlighet att koppla föreskrifterna till sanktionsavgifter oavsett om det är fråga om dokumentationskrav eller annat krav. I betänkandet föreslås också att regeringen ger AV i uppdrag att, utifrån det nya bemyndigandet, undersöka möjligheterna att införa nya eller omarbeta befintliga föreskrifter så att de kan förenas med sanktionsavgift samt genomföra de föreskriftsanpassningar som behövs för att avgift ska kunna påföras.[401] Förslagen bereds i Regeringskansliet. Myndigheten för arbetsmiljökunskap (MYNAK) har utvärderat användandet av sanktionsavgifter gällande arbetsmiljö- och arbetstidsregler.

Goda exempel

Några av de framgångsfaktorer som framkom under rådets arbete med kompetensförsörjning inom primärvården, som tycks påverka arbetsmiljön i primärvården och sannolikt även möjligheterna att rekrytera och behålla personal, var exempelvis ett avgränsbart uppdrag[402], teamarbete och samverkan med kollegor, möjligheter till sidouppdrag såsom forskning,

[400] Myndigheten för arbetsmiljökunskap. Interventioner för god psykosocial hälsa inom hälso- och sjukvården (2023:7).
[401] SOU 2022:45. Steg framåt, med arbetsmiljön i fokus.
[402] Med detta menas såväl ett rimligt antal patienter att ansvara för som att inte enbart ha ansvar för patienter med komplexa vårdbehov.

utbildning och fortbildning, tillvaratagande av senior kompetens för handledning och att involvera personalen i planering av kärnverksamheten.[403]

Rådet har även tagit del av den s.k. Svallövsmodellen i Region Skåne. Vårdcentralen i Svalöv arbetar sedan 2021 enligt en modell inspirerad av ett framgångsrikt arbetssätt från Alaska, den så kallade "Alaska-modellen", där relationer och kontinuitet sätts i centrum, stöttat av tvärprofessionella team[404]. Inom teamet ses de olika rollerna kontinuerligt över tillsammans för att tydliggöra rollerna och ansvarsuppgifterna i teamet, som exempelvis vem som dokumenterar en rond och vem som återkopplar till patienten. En av fördelarna med detta arbetssätt som vårdgivaren lyfter är att kontinuiteten bärs av teamet även om någon slutar, och att kontinuitet är något som har positiv påverkan för såväl patienterna som för medarbetarna. [405] [406] I olika sammanhang har vårdcentralens medarbetare lyft att arbetssättet har gynnat personalrekryteringen, bl.a. genom att det skapar samsyn, en ökad trygghet och tillhörighet och trivsel på jobbet, eftersom personalen upplever att de gör rätt saker[407].

Rådet har i dialogsamtal tagit del av projektet ”Hälsosamt arbetsliv” i Region Gävleborg som omfattar heltidsarbetande barnmorskor. Projektet möjliggör att 10 procent av arbetstiden kan ägnas åt individuell utveckling, fortbildning och friskvård, samt att 10 procent kan användas till verksamhetsutveckling. Detta arbetssätt har tagits emot mycket positivt av personalen. Från projektgruppens sida upplever man att projektet gett positiva resultat på rekryteringen genom att de kan erbjuda bättre VFU-placeringar för studenter och att dessa återkommer senare för att arbeta.[408]

En god arbetsmiljö krävs för en hållbar kompetensförsörjning

Arbetsmiljön är en av de enskilt viktigaste faktorerna för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning har genomgående framgått i rådets arbete. Flera myndighetsrapporter och utredningar redovisar dessvärre omfattande utmaningar med kompetensförsörjningen i relation till arbetsmiljöproblem. Rådet har tidigare konstaterat att utan personal med rätt kompetens i hälso- och sjukvården kommer inte lagens krav om jämlik och säker vård att kunna uppnås. IVO, liksom Arbetsmiljöverket har, vilket belyses ovan, riktat skarp kritik mot flera vårdgivare i relation till arbetsmiljön. Hälso- och sjukvården är en kvinnodominerad sektor och

[403] Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården - slutrapport (2022:5).
[404] Svallövsmodellen är ett exempel på Primärvården Skånes Teammodell som i sin tur bygger på ett framgångsrikt arbetssätt från Alaska, den så kallade "Alaska-modellen", och från en teamrondsmodell från vårdcentralen i Strömstad, där relationer och kontinuitet mellan personal och patienter sätts i centrum, stöttat av tvärprofessionella team.
[405] Region Skåne. Hämtad från hemsida 2024-03-06.
[406] Ibid.
[407] Dagens medicin. Hämtad från hemsida 2024-03-06.
[408] Projektet har enligt företrädare stämts av löpande med medarbetarna och utvärderas nu även i regionens strategigrupp.

dessvärre visar undersökningar att den arbetsrelaterade ohälsan ökat sedan 2010-talet, mest för kvinnor och framför allt i kvinnodominerade sektorer.

Av Arbetsmiljöverkets rapport Arbetsmiljön 2021 framgår att strax under 60 procent av anställda inom vård och omsorg samt sociala tjänster uppger att ett systematiskt arbetsmiljöarbete pågår på arbetsplatsen, att jämföras med andra branscher som varierar mellan 40–80 procent. Andelen sysselsatta vars arbetsplats haft besök eller fått en bedömning av företagshälsovården är något lägre inom vård och omsorg samt sociala tjänster (15 procent) jämfört med snittet för alla sektorer (ca 20 procent).[409] Rådet bedömer att regioner och kommuner i högre grad bör bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete som omfattar utveckling av dylika insatser för att främja en god arbetsmiljö. Rådet bedömer även att det är av stor vikt att medarbetarna involveras aktivt i det systematiska arbetsmiljöarbetet. Det kan exempelvis ske med stöd från de verktyg som finns via Suntarbetsliv.se, som till stor del utgår ifrån de friskfaktorer som MYNAK tagit fram[410]. Rådet bedömer att även om nämnda friskfaktorer behöver beforskas ytterligare, så är det viktigt att också tillämpa insatser som främjar en god arbetsmiljö och som har någon form av erfarenhetsmässigt goda resultat. Avseende psykosocial arbetsmiljö handlar detta om lagom arbetsbelastning, tillräckligt med tid, handlingsfrihet/autonomi, lagom krav från personen själv, ledning, kollegor och patienter, bra arbetsinnehåll (variation, stimulans, meningsfullhet, tydlighet, etc.), erkännande för ens arbete och prestationer, positivt arbetsklimat samt socialt stöd från ledning och kollegor[411].

Mot bakgrund av föregående redogörelse av förekommande problem och risker föreslår rådet att regioner och kommuner bör skapa förutsättningar för och följa verksamheternas systematiska arbetsmiljöarbete, bl.a. genom att utveckla insatser som främjar en god arbetsmiljö[412].

5.3.2 Stöd till prioritering av rätt arbetsuppgifter





Förslag till insats: Regioner och kommuner bör arbeta systematiskt med att stödja medarbetarna till att arbeta med arbetsuppgifter som är prioriterade i relation till sin kompetens.

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

[409] Arbetsmiljöverket. Arbetsmiljön 2021 - Arbetsmiljöstatistik Rapport (2022:2).
[410] Sunt arbetsliv. Hämtad från hemsida 2024-02-15.
[411] Myndigheten för arbetsmiljökunskap. Interventioner för god psykosocial hälsa inom hälso- och sjukvården (2023:7).
[412] Se tidigare förslag från rådet: Nationella vårdkompetensrådet. Pandemin och kompetensförsörjningen, del 2 (2022), Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet och Kompetensförsörjning inom primärvården - slutrapport (2022). Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården (2023).

Vården ska ges efter behov

Enligt 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, föreskrivs att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården

År 1997 fattade riksdagen beslut om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården utifrån propositionen Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60). I propositionen redovisas vissa allmänna riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Dessa är baserade på några grundläggande etiska principer; människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen.

Riksrevisionen (RiR) granskade 2004 vad regeringen och de nationella myndigheterna hade gjort att för att riksdagens riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården skulle kunna omsättas i praktiken. Av rapporten framgår att RiR ansåg att regeringen inte hade konkretiserat riksdagens riktlinjer för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvård på ett sådant sätt att de har kunnat omsättas i praktiken. Myndigheten bedömde att regeringen heller inte hade följt upp eller begärt in information för att kunna bedöma måluppfyllelsen. RiR konstaterade att regeringen hade varit passiv i sin styrning och uppföljning av riksdagens riktlinjer för prioriteringar och att avsaknaden av uppföljning var särskilt anmärkningsvärd. Myndigheten bedömde att riktlinjerna för prioriteringar hade fått en relativt undanskymd roll i den statliga styrningen av hälso- och sjukvård medan satsningar på ökad tillgänglighet har givits en högre dignitet.[413]

Medicinska professioner kläms mellan patienters förväntningar och tillgängliga resurser

Enligt HSL ska den som har det största behovet av vård ges företräde till vården. Hälso- och sjukvårdspersonalen har behov av stöd vid prioritering mellan två patienters vårdbehov. Den etiska plattformen för prioriteringar i vård och omsorg syftar till att utgöra ett sådant stöd. I nämnda proposition betonas vikten av att prioriteringar görs av väl kvalificerad personal med hög kompetens. Utan en bra första bedömning kan det vara svårt att tillämpa de etiska principerna vid prioriteringar. Även om personalen har rätt kompetens och utbildning ställs vårdens professioner inte sällan för svåra etiska dilemman. Varje gång det fattas beslut om resurser av något slag görs en prioritering, ett val. I och med att man beslutar sig för att använda resurserna inom hälso- och sjukvården till något ändamål har man samtidigt avstått från att använda dem till något annat. Vissa patienters behov av vård prioriteras framför andra patienters behov. Ofta handlar det om att någon ges

[413] Riksrevisionen. Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård (RiR 2004:9).

vård tidigare än någon annan. Att prioritera är dock inte bara en fråga om att välja utan kan också vara en fråga om att välja bort. Det är kravet på prioritering på grund av bristande resurser som föranleder debatt och aktualiserar svåra etiska problem. Medicinska professioner kläms mellan patientens förväntningar, det medicinskt-tekniskt möjliga och de ekonomiska ramarna. Politiker kläms mellan väljarnas önskemål, krav från hälso- och sjukvårdspersonalen och behovet att hushålla med resurser.[414]

Arbetsuppgifter ska inte ge upphov till ohälsa för personalen

I enlighet med nyssnämnda är det av stor vikt att arbetsmiljön och de uppgifter som vårdprofessionerna har att utföra inte ger upphov till ohälsosam arbetsbelastning. Det innebär att resurserna ska anpassas till kraven i arbetet.[415] Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår att vårdgivaren med stöd av ledningssystemet ska planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten[416].

Olika modeller som stöd i arbetet med att prioritera

Sveriges kommuner och regioner (SKR) beskriver i sin rapport Utveckla arbetssätten – strategier för att använda kompetens rätt i hälso- och sjukvården (2020) att behoven i hälso- och sjukvården under kommande år kommer att öka snabbare än resurserna. Färre medarbetare kommer därmed att behöva vårda fler patienter. För att möta patienternas och deras närståendes behov krävs enligt SKR en rad åtgärder på olika nivåer. En viktig strategi är att använda kompetens på ett effektivt sätt. I rapporten beskrivs bl.a. metoder för uppgiftsväxling och teamarbete.[417]

Till stöd i det dagliga arbetet med att prioritera finns det olika metoder och modeller. I beskrivningen av Socialstyrelsens nationella riktlinjer framgår att politiker, ledande tjänstepersoner eller verksamhetschefer kan använda dessa rekommendationer för att till exempel fördela resurser efter behov, så att de gör största möjliga nytta. Myndigheten ger även rekommendationen icke-göra när en insats inte har någon effekt eller till och med är skadlig. Sådana insatser bör alltså enligt myndigheten avvecklas helt.[418] Socialstyrelsen konstaterar dock i sin rapport Vård som inte bör göras – Följsamheten till nationella riktlinjer (2023) att flera av åtgärderna fortfarande tillämpas. Några av skälen som anges i myndighetens utvärdering är svårigheter att stå emot patientens önskemål, bristande kunskap om riktlinjerna och delvis otydliga rekommendationer.

[414] Prop. 1996/97:60. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.
[415] AFS 2015:4 §§ 9–11.
[416] SOSFS 2011:9, 3 kap 2 §.
[417] Sveriges Kommuner och Regioner. Utveckla arbetssätten – strategier för att använda kompetens rätt i hälso- och sjukvården (2020).
[418] Socialstyrelsen. Hämtad 2024-04-12 från https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/.

Svenska läkaresällskapet (SLS) har i en nyligen utgiven rapport genomfört en kartläggning av förutsättningarna i Sverige för att introducera den internationella modellen Choosing wisely, på svenska benämnd Kloka Kliniska Val. Detta för att minst 20 procent av resurserna avsatta för sjukvård beräknas gå till spillo genom användning av tester, undersökningar och behandlingar som inte är av värde för patienterna, s.k. lågvärdevård. Enligt modellen uppmanas både sjukvårdens professionella och allmänheten att fundera över om en föreslagen åtgärd verkligen behövs, om den medför risker eller biverkningar, vad som händer om man inte gör något alls, och om det finns alternativ. SLS:s slutsatser är att det finns goda skäl och goda förutsättningar för fortsatt arbete med Kloka Kliniska Val i Sverige.[419]

Ett tredje exempel är att regionerna i samverkan, inom ramen för Nationellt system för kunskapsstyrning, har tagit fram ett ramverk för regionalt införande av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Som stöd för införandet finns en checklista som syftar till att undvika över- och underdiagnostik och -behandling. Några av frågorna i checklistan som ska beaktas är bl.a. ”Vad kommer vi göra annorlunda i vår region när vi börjar arbeta enligt vårdförloppet? Vad av det vi gör inom regionen för aktuell patientgrupp bör vi sluta göra?”[420].

Utöver checklistan ovan finns även en föreslagen modell för horisontell prioritering inom hälso- och sjukvård, utgiven av den nationella expertgruppen för horisontella prioriteringar, tillsatt av partnerskapet för kunskapsstyrning. Tidigare har prioriteringsarbete i första hand handlat om vertikala prioriteringar, dvs. inom ett visst diagnosområde eller verksamhetsområde, genom Nationell modell för prioritering. I dialogsamtal som rådet har fört under föreliggande arbete beskrivs hur projekt som syftar till prioritering förekommer, men att prioritering sällan implementeras systematiskt i processer och ledningssystem.

I och med att nya initiativ kommit från bl.a. systemet för kunskapsstyrning har behovet av en modell även för horisontell prioritering aktualiserats. De nya initiativen och insatserna kräver resurser för att införas, men om sådana inte finns att tillföra, är det nödvändigt att prioritera såväl mellan de nya insatserna och mellan insatserna och den befintliga verksamheten för att avgöra hur resurserna ska fördelas. Arbetsgruppen har därför utformat ett förslag till modell för stöd vid horisontell prioritering med utgångspunkt i den etiska plattformen. Modellen är tänkt att användas för att ta fram

[419] Svenska Läkaresällskapet. Rapport från arbetsgruppen för Kloka Kliniska Val (2023).
[420] Sveriges Kommuner och Regioner. Checklista för regional analys avseende vårdförlopp - Ett praktiskt stöd vid regionernas analys och fastställande av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp (2020).

underlag som ska ligga till grund för prioriteringsbeslut på tjänstepersonsnivå eller politisk nivå. [421] [422] [423]

Arbetsmoment som tar tid från kärnuppdraget behöver prioriteras bort

Respektive profession bör arbeta ”på toppen av sin kompetens”, dvs. i så hög grad som möjligt utföra de arbetsuppgifter som utgör grunden i respektive utbildning. Förekomsten av arbetsmoment som tar tid från kärnuppdraget för olika yrkeskategorier behöver minska. Rådet har tidigare rekommenderat regionerna, avseende kompetensförsörjning för barnmorskor, att skapa förutsättningar för barnmorskor att i huvudsak utföra de uppgifter som ingår i barnmorskeyrket och som ingen annan yrkesgrupp kan utföra, eftersom barnmorskeyrket är ett s.k. ensamrättsyrket. Ett sätt att stärka förutsättningarna för ett sådan arbetsfördelning är att överföra serviceuppgifter såsom städning och måltidshantering till servicepersonal och vissa administrativa uppgifter till administrativ personal. Rådet kvarstår vid denna rekommendation och önskar bredda den till att alla legitimationsyrken bör kunna avlastas genom att service- och administrativa uppgifter som inte kräver legitimation fördelas till servicepersonal och administrativ personal. Rådet bedömer också att huvudmännen systematiskt och i högre grad bör ta del av och arbeta utefter befintliga metodstöd som kan underlätta att prioriteringen bland hälso- och sjukvårdens arbetsuppgifter (se även avsnitt 5.2.5 om ledningssystem). Rådet föreslår att regioner och kommuner bör arbeta systematiskt med att stödja medarbetarna i att prioritera rätt arbetsuppgifter bör öka[424]. Syftet är att ge vårdprofessionerna förutsättningar att arbeta med sitt huvudsakliga kärnuppdrag. Mot denna bakgrund föreslår rådet att regioner och kommuner bör arbeta systematiskt med att stödja medarbetarna i att arbeta med arbetsuppgifter som är prioriterade i relation till sin kompetens.

[421] Carlsson, P., et al. Prioriteringscentrum, Linköpings universitet. Nationell modell för öppna vertikala prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård. (2007:1).
[422] Den etiska plattformen beskrivs i betänkandet 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården, som ligger till grund för kap 3 och 4 i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), dvs att de principer som bör ligga till grund för prioriteringar inom vården är människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.
[423] Prioriteringscentrum. Nationell expertgrupp för horisontella prioriteringar. Förslag till modell för horisontell prioritering inom hälso- och sjukvård (rapport 2023:2).
[424] Se tidigare förslag från rådet: Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården - delredovisning (2022:3) och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården (2023:3).

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



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

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

Digitala verktyg ska vara enkla att använda

Av Arbetsmiljöverkets föreskrift om arbete vid bildskärm framgår att programvara och system ska vara lämpligt utformade med hänsyn till arbetsuppgiftens krav och användarens förutsättningar och behov. Programvara ska vara lätt att använda och vid behov kunna anpassas till användarens kunskaps- eller erfarenhetsnivå. Systemen ska så långt möjligt ge användarna återkoppling ifråga om det utförda arbetet. De skall visa information i ett format och i en takt som är anpassad till användarna.[425]

Effektiva digitala arbetssätt förutsätter personalens delaktighet

Som nämnts i tidigare avsnitt beskriver Sveriges kommuner och regioner (SKR) i sin rapport, Utveckla arbetssätten – strategier för att använda kompetens rätt i hälso- och sjukvården (2020), att behoven i hälso- och sjukvården under kommande år kommer att öka snabbare än resurserna. Färre medarbetare kommer därmed att behöva vårda fler patienter.[426]

Användarvänliga digitala arbetssätt kan utgöra ett stöd för både medarbetare och patienter, genom att underlätta samverkan och möjliggöra teamarbete mellan verksamheter och olika vårdnivåer, förbättra tillgänglighet och kontinuitet samt möta ökade vårdbehov genom en ökad integrering mellan digital och fysisk vård.[427] Detta förutsätter att systemen är användarvänliga och inte medför merarbete genom exempelvis behovet av att logga in i flera parallella system. Det finns flera exempel på hur digitala system snarare kan utgöra hinder än verktyg[428]. Det är därför av betydelse att vårdpersonal är delaktig som kravställare vid upphandling (dvs. att identifiera nödvändiga behov), utveckling och införande av digital teknik i vård och omsorg.[429]

Digital arbetsmiljö handlar inte bara om teknik i sig utan som sagt också om hur digitala system påverkar arbetsmiljön. Exempelvis ska systemen vara

[425] 10 § AFS 1998:5.
[426] Sveriges Kommuner och Regioner. Utveckla arbetssätten – strategier för att använda kompetens rätt i hälso- och sjukvården (2020).
[427] Nationella vårdkompetensrådet och Socialstyrelsen. Kompetensförsörjning inom primärvården – slutredovisning (2022:5).
[428] Dagens medicin. Hämtad 2023-10-30 från hemsida. 700 chefer: Här är de värsta tidstjuvarna i vården, Dagens medicin 2022, https://www.dagensmedicin.se/arbetsliv/arbetsmiljo/700-chefer-har-ar-de-varsta-tidstjuvarna-i-varden/.
[429] Svensk sjuksköterskeförening. Strategi för sjuksköterskors arbete med e-hälsa (2019).

lätta att förstå och hantera, de ska skapa flexibilitet och förenkla administration, effektivisera arbetet och den digitala tekniken ska fungera med säkra och stabila uppkopplingar och tillgång till utrustning som behövs.[430] Stöd från användarvänliga och ändamålsenliga digitala verktyg är av särskilt betydelse i landsbygd och kan bidra till ökad tillgänglighet, kontinuitet för patienterna samt en mer effektiv användning av medarbetarnas resurser. Genom utökat utnyttjande av digitala verktyg skulle även administrativt hemarbete för personal underlättas. Utöver användarvänlighet behövs även pedagogisk kompetens och tekniskt användarstöd för att de aktuella verktygen ska komma till bästa möjliga användning i verksamheten. Att arbeta enligt digitala arbetssätt kräver också utrymme för att personalen ges möjlighet till omställning, anpassning och att lära sig och ta tillvara de kunskaper man erhåller längs vägen.

Rådet har tidigare föreslagit att insatser bör införas inom ramen för arbetet med Vision e-hälsa 2025 för att stärka de digitala grundförutsättningarna i primärvården i syfte att stärka möjligheten för digitala verktyg och arbetssätt som kan underlätta teamarbete och stärka kompetensförsörjningen[431]. Sedan dess har flera utredningar och en nationell samordnare tillsatts[432] [433]. Rådet välkomnar dessa initiativ för att stärka grundförutsättningarna och följer utvecklingen.

Digitala verktyg som är användarvänliga minskar arbetsbelastningen på personalen

Nya arbetssätt behövs för att minska belastningen på befintlig personal och en förbättrad digital arbetsmiljö kan utgöra en del av det. Rådet vill i sammanhanget betona vikten av att involvera vårdpersonal vid utveckling och implementering av nya digitala verktyg. En god digital arbetsmiljö bedömer rådet skulle bidra till att minska onödig administration och dubbelarbete och därmed också belastningen på befintlig vårdpersonal. Mot denna bakgrund föreslår rådet att regioner och kommuner bör vidta åtgärder för att säkerställa att digitala verktyg är användarvänliga och effektiva[434].

[430] Sunt arbetsliv. Hämtad 2024-03-04 från hemsida.
[431] Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården – slutredovisning (2022:5).
[432] E-hälsomyndigheten. Förslag till färdplan för genomförandet av en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården (Slutredovisning S2023/02108).
[433] Regeringskansliet. Samordnare för en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården (Dir. 2023:177).
[434] Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården - slutredovisning (2022:5).

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

Förslag till insats: Regeringen bör se över möjligheterna till nationell samordning av systematisk och fortlöpande fortbildning för vårdens professioner.

Förslag till uppföljning: Beslut av regering/riksdag.

Vårdgivarens ansvar att identifiera medarbetarnas utbildningsbehov och ge möjligheter till regelbunden fortbildning och kompetensutveckling

Vårdgivaren är skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete[435]. Det betyder bl. a. att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls. I förarbetena till patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, framgår att vårdgivaren ska se till att de som arbetar i verksamheten har rätt kompetens för sina arbetsuppgifter och att de i övrigt fullgör sina åligganden på korrekt sätt. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls. Samtidigt ska hälso- och sjukvårdspersonalen enligt PSL utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter[436]. Vårdgivaren ansvarar också för att identifiera medarbetarnas utbildningsbehov och ge möjligheter till regelbunden fortbildning och kompetensutveckling.[437] Det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare ska bedriva regleras närmare i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete[438] [439]. Därtill finns även det moderniserade Yrkeskvalifikationsdirektivet (YKD), av vilket det framgår att det genom fortbildning, enligt varje medlemsstats specifika förfaranden, ska säkerställas att de som har avslutat sina studier kan hålla sig à jour med utvecklingen inom yrket i den mån som är nödvändig för att yrkesinsatserna ska bibehållas på säker och effektiv nivå. Medlemsstaterna är skyldiga att informera EU-kommissionen om vilka åtgärder som vidtagits för att främja fortbildning för bl.a. läkare, sjuksköterskor, tandläkare, barnmorskor och apotekare.

[435] 3 kap. patientsäkerhetslagen.
[436] 6 kap 1–2 §§ PSL.
[437] Prop. 2009/10:210. Patientsäkerhet och tillsyn.
[438] 3 kap. PSL.
[439] SOSFS 2011:9. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Utöver ovanstående regleringar kan vissa kollektivavtal innehålla delar som indirekt reglerar fortbildningsfrågor genom att individuella kompetensutvecklingsplaner ska utarbetas för medarbetarna.[440]

Särskild reglering saknas

Någon särskild reglering av vårdprofessionernas kontinuerliga fortbildning, utöver YKD, finns inte i dag. Detta framgår också i direktivet för det pågående utredningsuppdraget om att analysera möjliga förändringar som kan behövas i regelverk och strukturer när det gäller reglerade yrken, specialistkompetenser och specialistutbildningar samt vidareutbildning och fortbildning inom hälso- och sjukvården och tandvården[441]. Den särskilda utredaren ska bl. a. bedöma om det är lämpligt att införa krav på kontinuerlig fortbildning för vissa legitimerade yrkesgrupper. Uppdraget ska redovisas senast den 30 mars 2025. Regeringen har vidare i februari 2024 gett Socialstyrelsen i uppdrag att förbereda för föreskrifter och utbildning av sjukhusfysiker i enlighet med patientsäkerhetslagens bestämmelser om specialistkompetens. Uppdraget ska redovisas i april 2025.[442]

Brist på fortbildning kan påverka patientsäkerheten

Av Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården framgår att en god kompetensförsörjning innebär att på såväl kort som på lång sikt säkerställa att verksamheten har tillgång till personal med adekvat kompetens. Kompetenta och engagerade medarbetare som ges möjlighet att arbeta på toppen av sin kompetens är en förutsättning för en trygg och säker vård av god kvalitet. Både tekniska och icke-tekniska färdigheter behöver tränas och utvecklas kontinuerligt i arbetet för en säkrare vård.[443] Rådet bedömer att syftet med fortbildning och kompetensutveckling både kan vara att bli mer trygg i sin yrkesroll och att utvecklas till att kunna utföra nya arbetsuppgifter. Fortbildning i nya tekniker och arbetssätt är nödvändigt för att medarbetaren ska kunna genomföra sina arbetsuppgifter på ett patientsäkert sätt och för att verksamheterna ska kunna följa kunskapsutvecklingen[444].

Bristen på fortbildning är dock en av de frågor som återkommande lyfts under rådets dialogsamtal med professionsföreträdare och som utgör, tillsammans med statligt reglerad specialistutbildning för de legitimationsyrken som inte har det i dag, en av de mest prioriterade av frågorna för hälso- och sjukvårdsprofessionerna. Delvis handlar det om att den samlade arbetsbördan hindrar medarbetarna att fortbilda sig i enlighet

[440] Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården - Slutrapport (2022:5).
[441] Kommittédirektiv. Behörighet och yrkesreglering inom hälso- och sjukvård och tandvård (dir. 2023:148).
[442] Regeringen. Hämtad från hemsida 2024-03-06.
[443] Socialstyrelsen. Agera för säker vård - Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024 (2020).
[444] Prop. 2020/21:60. Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige.

med gällande reglering, vilket i förlängningen påverkar patientsäkerheten. Av Sveriges Läkarförbunds fortbildningsenkät framkommer bl.a. en brist på avsatta medel för fortbildning, brist på relevanta kurser och bristande tillgång till relevanta databaser och tidskrifter som utgör en möjlighet att fortbilda sig på egen hand när tiden för extern fortbildning har minskat[445]. Kontinuerlig fortbildning och ett livslångt lärande i yrkeslivet är nödvändigt inom hälso- och sjukvård och tandvård då daterad kunskap i värsta fall kan leda till att en patient får fel vårdinsats eller skadas.

Samordnad systematisk och fortlöpande fortbildning behövs

Rådet bedömer att rådande reglering, som beskrivits ovan, inte är tillräcklig för att säkerställa systematisk och fortlöpande fortbildning för vårdens professioner. Trots att det i förarbetena till patientsäkerhetslagen framgår att vårdgivaren ska se till att de som arbetar i verksamheten har rätt kompetens för sina arbetsuppgifter så ges inte tillräcklig fortbildning[446] (se även förslag 5.3.5). Det finns ett behov av ett nationellt helhetsgrepp avseende fortbildning i syfte att bl.a. skapa likvärdighet, lära av goda exempel och möjliggöra kvalitetssäkring. Rådet har tidigare föreslagit att regeringen bör se över möjligheterna till nationell samordning av systematisk och fortlöpande fortbildning för vårdens professioner. [447] Rådet kvarstår vid detta förslag och föreslår att regeringen bör se över möjligheterna till nationell samordning av systematisk och fortlöpande fortbildning för vårdens professioner. Rådet välkomnar därför regeringens tillsatta utredning om behörighet och yrkesreglering inom hälso- och sjukvård och tandvård och följer arbetet inom utredningen[448].

[445] Sveriges Läkarförbund. Förutsättningar för fortbildning saknas - En rapport om läkarnas möjligheter till fortbildning från Sveriges läkarförbund (2023).
[446] PSL.
[447] Se tidigare förslag från rådet: Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården – slutrapport (2022). Detta förslag underströks i Ds 2023:23. Uppdrag att möjliggöra bättre tillgång till hälso- och sjukvård i hela landet genom främjande av etablering i glesbygd.
[448] Behörighet och yrkesreglering inom hälso- och sjukvård och tandvård. (Dir. 2023:148).

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





Förslag till insats: Regioner och kommuner bör skapa förutsättningar för verksamhetschefen att säkerställa tid och resurser för systematisk och kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling för professionerna inom hälso- och sjukvården.

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

Gällande bestämmelser

Vårdgivaren är skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete[449]. I förarbetena till patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, framgår att vårdgivaren ska se till att de som arbetar i verksamheten har rätt kompetens för sina arbetsuppgifter och att de i övrigt fullgör sina åligganden på korrekt sätt. Samtidigt ska hälso- och sjukvårdspersonalen enligt PSL utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet samt bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter[450]. Vårdgivaren ansvarar för att identifiera medarbetarnas utbildningsbehov och ge möjligheter till regelbunden fortbildning och kompetensutveckling.[451] Arbetsmiljöverkets föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4) reglerar bl.a. mål för arbetsmiljöarbetet som kan syfta till att exempelvis stärka och förbättra lärande. Av Yrkeskvalifikationsdirektivet (Europaparlamentets- och rådets direktiv om erkännande av yrkeskvalifikationer 2005/36/EG) framgår att det genom fortbildning, enligt varje medlemsstats specifika förfaranden, ska säkerställas att de som har avslutat sina studier kan hålla sig à jour med utvecklingen inom yrket i den mån som är nödvändig för att yrkesinsatserna ska bibehållas på säker och effektiv nivå. Vissa kollektivavtal kan innehålla delar som indirekt reglerar fortbildningsfrågor genom att individuella kompetensutvecklingsplaner ska utarbetas för medarbetarna.[452]

Utöver ovan nämnd reglering, är politiker i fullmäktige, styrelse och nämnd de yttersta representanterna för kommun och region som arbetsgivare och som ger förutsättningarna för arbetsmiljöarbetet. Det är de som ska se till att arbetsmiljölagen följs i verksamheten och ska bl.a. fastställa en skriftlig arbetsmiljöpolicy, årligen följa upp att nämnden driver verksamheten i

[449] 3 kap. PSL.
[450] 6 kap 1–2 §§ PSL.
[451] Prop. 2009/10:210. Patientsäkerhet och tillsyn.
[452] Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet (2022:5). Kompetensförsörjning inom primärvården - Slutrapport (2022:5).

enlighet med arbetsmiljöpolicyn samt ge nämnderna ekonomiska resurser för arbetsmiljöarbetet.[453]

Medarbetare behöver få avsatt tid för fortbildning

Som nämnts i tidigare avsnitt (se 5.3.4) är fortbildning i nya tekniker och arbetssätt nödvändigt för att medarbetaren ska kunna genomföra sina arbetsuppgifter på ett patientsäkert sätt och för att verksamheterna ska kunna följa kunskapsutvecklingen[454]. Bristen på fortbildning är en av de frågor som återkommande lyfts under rådets dialogsamtal med professionsföreträdare. En av svårigheterna handlar om att den samlade arbetsbördan hindrar medarbetarna att fortbilda sig i enlighet med gällande reglering vilket i förlängningen påverkar patientsäkerheten. Detta framkom också i utvärderingen av ledarskapsutbildningen för äldreomsorgens chefer som pågick under 2013–2015[455].

Regeringen tillsatte i oktober 2023 en särskild utredare med uppdrag att analysera möjliga förändringar som kan behövas i regelverk och strukturer när det gäller reglerade yrken, specialistkompetenser och specialistutbildningar samt vidareutbildning och fortbildning inom hälso- och sjukvården och tandvården för att möta de utmaningar som dessa verksamheter står inför. Utredaren ska bl. a. bedöma om det är lämpligt att införa krav på kontinuerlig fortbildning för vissa legitimerade yrkesgrupper. I uppdraget ingår att ha en löpande kontakt med Nationella vårdkompetensrådet. Uppdraget ska redovisas senast den 30 mars 2025. [456]

Verksamhetschefen behöver ge medarbetare förutsättningar att fortbilda sig

Rådet bedömer, i likhet med föregående avsnitt (5.3.4), att tid och resurser för systematisk och kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling för professionerna inom hälso- och sjukvården är nödvändigt för att säkerställa patientsäkerheten. Regioner och kommuner har ansvar för hälso- och sjukvårdsprofessionernas kontinuerliga fortbildning och kompetensutveckling och bör stödja verksamhetschefer i detta arbete. Rådet föreslår därför att regioner och kommuner bör skapa förutsättningar för verksamhetschefen att säkerställa tid och resurser för systematisk och kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling för professionerna inom hälso- och sjukvården[457].

[453] Arbetsmiljöverket. Hämtad från hemsida 2023-11-24.
[454] Prop. 2020/21:60. Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige.
[455] Socialstyrelsen. Nationell ledarskapsutbildning för äldreomsorgens chefer – Slutrapport (2016).
[456] Kommittédirektiv. Behörighet och yrkesreglering inom hälso- och sjukvård och tandvård (dir. 2023:148).
[457] Se tidigare förslag från rådet: Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården - Slutrapport (2022:5), Nationella vårdkompetensrådet. Pandemin och kompetensförsörjningen, del 2 (2022:2) och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården (2023:3).

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





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

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

Gällande bestämmelser

Utöver regleringar om arbetsmiljö[458], finns Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som innehåller bestämmelser om samverkan. Av 4 kap. 5 § i nämnda föreskrift framgår bl.a. att vårdgivare genom processer och rutiner ska säkerställa att samverkan möjliggörs med andra vårdgivare och med verksamheter inom socialtjänsten eller enligt LSS och med myndigheter. För lärosätenas del framgår det av 1 kap. 2 och 5 §§ högskolelagen (1992:1434) att det i högskolornas uppgift ska det ingå att samverka med det omgivande samhället för ömsesidigt utbyte och verka för att den kunskap och kompetens som finns vid högskolan kommer samhället till nytta. Där framgår också att högskolorna i sin verksamhet ska främja en hållbar utveckling som innebär att nuvarande och kommande generationer tillförsäkras en hälsosam och god miljö, ekonomisk och social välfärd och rättvisa.

Tydliga karriärvägar efterfrågas

I dialogsamtal med professionsföreträdare har det framkommit att flera professioner saknar möjligheten till tydligare karriärvägar inom ramen för sin profession, varav fyra professionsförbund i skriftliga inspel till rådets arbete nämner detta som en av de viktigaste frågorna rörande kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården. Bl.a. har Dietisternas Riksförbund lyft förslag om att kunna kombinera sin tjänst med forskning, exempelvis som deltidsdoktorand, för att bidra till yrkets attraktivitet. Sjukhusfysikerna har framfört behovet av en kompetensstege och att en sådan behöver följas av en utökning av antalet arbetsidentifikationskoder (AID-koder) för sjukhusfysiker. Liksom i arbetet med uppdraget om kompetensförsörjning i primärvården lyfts av professionsföreträdare att personalen inte ges möjlighet att vidareutbilda sig genom specialistutbildning i önskad omfattning eller utifrån det behov man ser hos

[458] Exempelvis arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) och organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4).

patienterna[459]. På samma sätt vittnar de som har vidareutbildat sig om att varken arbetsuppgifterna eller löneutvecklingen förändras. Även bristen på kompetenshöjande aktiviteter och utbildningar nämns återkommande. Vissa menar att dessa brister leder till att det enda alternativet som karriärväg är att bli chef.

Samverkan väsentlig del i att synliggöra möjlig kompetensutveckling och karriärvägar

Rådet bedömer att tydligare karriärvägar inom respektive profession behövs, liksom sådana som inte enbart fokuserar på ”chefsvägen”. Det är förvisso bra när hälso- och sjukvårdspersonal blir chefer, eftersom medicinsk utbildning bäddar för en god förståelse för verksamheten, samtidigt är det viktigt att det ges möjlighet att göra karriär inom den kliniska, patientnära verksamheten för att denna inte ska tappa personal med värdefull kompetens. Exempel på en sådan karriärutveckling kan vara ett delegerat ansvar för vissa områden, såsom exempelvis att koordinera och planera utbildning av blivande kollegor, avlasta i bemanningsfrågor och ett strukturerat mentorskap, vilket även skulle kunna bidra till avlastning för de verksamhetsnära cheferna[460] [461]. För att åstadkomma och synliggöra karriärvägar behövs samverkan såväl inom som mellan regioner, kommuner och lärosäten. Det skulle också kunna ske i samråd med de Regionala vårdkompetensråden som kan bidra till att samarbetet mellan region, kommun och lärosäten intensifieras i syfte att skapa bästa möjliga förutsättningar för utveckling av karriärvägar, forskarutbildning och kunskapsutveckling.[462] På så vis kan fortbildande utbildningsmoment hållas relevanta i takt med hälso- och sjukvårdens utveckling och behov och samverkan kring auskultativa inslag underlättas. Mot denna bakgrund föreslår rådet att regioner, kommuner, universitet och högskolor bör öka möjligheterna till kompetensutveckling och karriärvägar för respektive profession.[463]

[459] Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården - slutrapport (2022:5).
[460] Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården (2023:3).
[461] Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården - slutrapport (2022:5).
[462] Nationella vårdkompetensrådet. Pandemin och kompetensförsörjningen, del 2 (2022:2).
[463] Se även tidigare förslag från rådet: Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården - slutrapport (2022:5).

5.3.7 Samverkan för fler forskarhandledare genom karriärutvecklingsprogram





Förslag till insats: Regioner, kommuner, universitet och högskolor bör samverka för att stimulera karriärutvecklingsprogram i syfte att öka antalet erfarna forskarhandledare inom regioner och kommuner.

Förslag till uppföljning: Framgår av regioner, kommuners och universitet och högskolors beslutade styrdokument.

Medverkan i kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område

I 18 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) fastställs att regioner och kommuner ska medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område. Regioner och kommuner ska i dessa frågor, i den omfattning som behövs, samverka med varandra och med berörda universitet och högskolor. I 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) bestäms att hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav.

Antalet erfarna forskarhandledare behöver öka

Socialstyrelsens utvärdering av universitetssjukvård (USV) inom ALF-avtalet 2018–2021 visar att universiteten och regionerna har arbetat aktivt för att öka tillgången på erfarna kliniskt aktiva forskarhandledare, vilket hade identifierats som en svag punkt i den föregående utvärderingen. Exempelvis har en handlingsplan som stödjer utvecklingen från student till docent tagits fram av i stort sett alla USV-enheter. Utvärderingen tyder på att en vändning i tillgången på erfarna forskarhandledare nu kan skönjas i åtminstone ett par regioner, där antalet forskarhandledare har ökat de senaste två till tre åren. Enligt Socialstyrelsen råder det dock fortsatt brist på erfarna forskarhandledare, särskilt inom vissa läkarspecialiteter och inom de vårdyrken som inte har en forskarförberedande grundutbildning. En fördjupad granskning av exempelvis allmänmedicin och primärvård som genomförts inom ramen för utvärderingen visar att det både är ett litet antal och en liten andel av den kliniskt verksamma personalen som forskar inom primärvården, jämfört med inom övrig universitetssjukvård. Socialstyrelsen ser behov av att regionerna och USV-enheterna säkerställer att det finns tillräckligt många erfarna forskarhandledare inom alla relevanta professioner och specialiteter, både på kort och på lång sikt.[464]

[464] Socialstyrelsen. Utvärdering av universitetssjukvård inom ALF-avtalet 2018¬2021. Uppföljning av klinisk forskning, läkarutbildning och hälso- och sjukvårdens utveckling – miniminivåer och kvalitetsutveckling (2023).

I stort sett alla USV-enheter har enligt Socialstyrelsen tagit fram en handlingsplan som stödjer utvecklingen från student till docent[465]. Vissa regioner har tagit fram karriärutvecklingsprogram för forskare. Ett exempel är karriärutvecklingsprogrammet från ”student till docent” som syftar till att stödja akademisk karriärutveckling för medarbetare i Region Östergötland och studenter vid Medicinska fakulteten vid Linköpings universitet[466]. Ett liknande program finns även i Region Skåne[467]. Med sådana karriärutvecklingsprogram blir det bl.a. tydligare vilket stöd som finns för att följa en karriär inom klinisk forskning.

Karriärutvecklingsprogram bör stimuleras

Rådet anser att regionerna och USV-enheterna bör säkerställa att det finns tillräckligt många erfarna forskarhandledare och föreslår att regionerna stimulerar karriärutvecklingsprogram på olika sätt för att öka antalet erfarna forskarhandledare (docenter och professorer) inom hälso- och sjukvården, exempelvis i andan ”från student till docent”. Rådet föreslår därför att regioner, kommuner, universitet och högskolor bör samverka för att stimulera karriärutvecklingsprogram i syfte att öka antalet erfarna forskarhandledare inom regioner och kommuner.

5.3.8 Ta tillvara seniora medarbetares kompetens





Förslag till insats: Regioner och kommuner bör genomföra insatser i syfte att öka förutsättningarna för att seniora medarbetare ska vilja arbeta kvar i hälso- och sjukvården.

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

Arbetstagares arbetsuppgifter ska inte ge upphov till ohälsosam arbetsbelastning

Av Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) framgår att det systematiska arbetsmiljöarbetet ska ingå som en naturlig del i den dagliga verksamheten och omfatta alla fysiska, psykologiska och sociala förhållanden som har betydelse för arbetsmiljön. Därtill finns föreskrifterna om organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4) som reglerar bl.a. kunskapskrav, mål, arbetsbelastning och arbetstid samt arbetsgivarens ansvar att se till att de arbetsuppgifter och befogenheter som tilldelas arbetstagarna inte ger upphov till ohälsosam arbetsbelastning (AFS 2015:4 §§9–11).

[465] Ibid.
[466] Region Östergötland. Hämtad från hemsida 2024-03-14.
[467] Region Skåne. Hämtad från hemsida 2024-03-14.

Seniora medarbetares erfarenhet och kompetens behöver tillvaratas

Som tidigare nämnts har arbetsmiljön lyfts i dialogsamtal med professionsföreträdare som en av de mest centrala faktorerna för att förbättra kompetensförsörjningen. Rådet bedömer att en viktig förutsättning för en god och trygg arbetsmiljö är att juniora medarbetare kan erhålla kontinuerligt stöd av seniora och mer erfarna kollegor. Även för specialiserad personal med lång erfarenhet kan det vara tryggt att ha andra erfarna kollegor att rådfråga. Teamarbetet skulle också främjas av seniora medarbetares erfarenhet och kompetens. Det inte är unikt för hälso- och sjukvården att medarbetare byter bransch och att göra så behöver även fortsättningsvis vara fritt för individen att göra, men samtidigt finns ett behov av att betona att en förlust av seniora medarbetare som slutar av överbelastningsskäl snarare än av ett förändrat intresse är onödigt och resursineffektivt. Det har återkommande framförts till rådet att seniora medarbetare, på grund av den höga belastningen, varken orkar eller vill stanna kvar och/eller arbeta heltid inom hälso- och sjukvården. Detta tycks i synnerhet gälla s.k. 24/7-verksamhet. Att seniora medarbetare slutar arbeta i sin yrkesroll i hälso- och sjukvården i ökande utsträckning efter drygt 10 år bekräftas i avsnittet 4.2.8 om tillgång och efterfrågan på vissa yrkesgrupper i hälso- och sjukvården. För att seniora medarbetare ska orka och vilja vara kvar länge i hälso- och sjukvården kan det därför behövas särskilda insatser för att göra arbetsplatsen mer attraktiv och minska arbetsbelastningen. Att inrätta specifika del- eller heltidstjänster för seniora medarbetare såsom t.ex. handledartjänster, mentorstjänster och/eller tjänster där viss forskningstid och handledning ingår är ett exempel på möjlig åtgärd.

Öka förutsättningarna för att seniora medarbetare fortsatt vill bidra till hälso- och sjukvården

Rådet bedömer att regioner och kommuner i högre grad bör ta tillvara seniora medarbetares kompetens. Rådet föreslår att regioner och kommuner bör genomföra insatser i syfte att öka förutsättningarna för att seniora medarbetare ska vilja arbeta kvar i hälso- och sjukvården[468]. Förslaget syftar både till att seniora medarbetare blir ett stöd för juniora kollegor samt öka möjligheten att seniora medarbetare vill stanna kvar inom hälso- och sjukvården. Mot denna bakgrund föreslår rådet att regioner och kommuner bör genomföra insatser i syfte att öka förutsättningarna för att seniora medarbetare ska vilja arbeta kvar i hälso- och sjukvården.

[468] Se tidigare förslag från rådet: Nationella vårdkompetensrådet. Pandemin och kompetensförsörjningen, del 2 (2022:2) och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården (2023:3).

5.3.9 Inför strukturerad introduktion och mentorskap av nya medarbetare för att rekrytera och behålla personal





Förslag på insats: Regioner och kommuner bör införa introduktions- och mentorskapsprogram för nyutexaminerade professioner i hälso- och sjukvården.

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

Arbetsgivaren är skyldig att ge nyanställda introduktion

Av Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1) framgår att arbetsgivare är skyldiga att introducera nyanställda[469]. Föreskrifterna om organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4) reglerar bl.a. kunskapskrav och mål för arbetsmiljöarbetet som kan syfta till att exempelvis stärka och förbättra lärande.

Introduktion för nya medarbetare skapar ökad trygghet

Introduktion av nya medarbetare är centralt för att rekrytera och behålla personal. Att skapa goda förutsättningar för att nyutbildade medarbetare får en bra introduktion och blir trygga i yrkesrollen är en väsentlig del av såväl arbetsmiljön som kompetensförsörjningen. Det gynnar även ett välfungerande teamarbete vilket i sin tur bidrar positivt till att en arbetsplats blir attraktiv.[470] I rådets slutrapport om kompetensförsörjning för barnmorskor framgick att såväl chefer som deltagare vid workshops lyfte förlängd introduktionstid som en tänkbar insats för att ge en lugnare start, skapa ökad trygghet och få fler nyutbildade barnmorskor att vilja fortsätta jobba i förlossningsvården.[471]

Basintroduktion med möjlighet till individuell anpassning eftersträvansvärt

Rådet bedömer att det är viktigt att regionerna arbetar för att utveckla introduktionen som erbjuds nya medarbetare samt mentorskap som sträcker sig över en längre tid, även efter att introduktionen är avslutad. De som handleder och introducerar nya medarbetare behöver vara erfarna medarbetare och det är viktigt att handledaren har tid avsatt och utrymme att stötta medarbetaren under introduktionstiden. Även mentorn behöver vara en senior medarbetare som i sin tjänst har utrymme för att ge kontinuerligt stöd och feedback. Hur lång introduktionstid som behövs är ofta

[469] Arbetsmiljöverkets föreskrifter om ändring i Arbetsmiljöverkets förskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2003:4).
[470] Region Skåne, se bl.a. den s.k. ”Svalövsmodellen” från primärvården i Skåne. Hämtad från hemsida 2023-10-26.
[471] Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården (2023:3).

individuellt. Rådet bedömer därför att det både behöver finnas en gemensam basintroduktion och en möjlighet att individuellt anpassa introduktionens innehåll och introduktionstid till den enskilda medarbetarens individuella förutsättningar och tidigare erfarenheter. Mot denna bakgrund föreslår rådet att regioner och kommuner bör införa introduktions- och mentorskapsprogram för nyutexaminerade professioner i hälso- och sjukvården[472].

5.3.10 Främja rekrytering av underrepresenterat kön

Förslag till insats: Regioner, kommuner, universitet och högskolor bör genomföra insatser för att främja rekryteringen av underrepresenterat kön till yrken inom hälso- och sjukvården.

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

Gällande rätt

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det bl. a. finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges enligt 1 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Av 1 kap. 5 § högskolelagen (1992:1434) framgår att högskolorna aktivt ska främja och bredda rekryteringen till högskolan. I högskolornas verksamhet ska jämställdhet mellan kvinnor och män alltid iakttas och främjas. Av 6 kap 3 § i högskoleförordningen (1993:100) framkommer att studenter ska ges tillgång till studievägledning och yrkesorientering. Högskolan ska se till att den som avser att påbörja en utbildning har tillgång till den information om utbildningen som behövs.

En könssegregerad arbetsmarknad

Trots att kvinnors och mäns deltagande på arbetsmarknaden i Sverige är nästan lika högt finns en tydlig könssegregering på arbetsmarknaden [473]. Majoriteten av de stora yrkesgrupperna inom välfärden är kvinnodominerade, och män utgör det underrepresenterade könet. Inom hälso- och sjukvården är exempelvis flera av legitimationsyrkena kvinnodominerade. Enligt Nationella planeringsstödet sysselsatte hälso-och sjukvården år 2020 cirka 239 000 legitimerade inom hälso- och sjukvården samt tandvården varav kvinnor utgjorde 79 procent. Ett annat exempel är att inom den största yrkeskåren bland legitimerade yrken, sjuksköterskor,

[472] Se tidigare förslag från rådet: Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården (2023:3).
[473] Statistiska centralbyrån. På tal om kvinnor och män (2022).

utgjorde kvinnor 88 procent och män 12 procent av den sysselsatta personalen under 2021.[474]

Enligt Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) personalstatistik har kommuner och regioner nästan 1,2 miljoner anställda. Nästan fyra av fem anställda är kvinnor. I en studie från SKR framkommer att antalet unga män inom kvinnodominerade arbeten i kommuner har mer än fördubblats mellan 2011 och 2021, men då framförallt i yrken som undersköterska och vårdbiträde. En stor del av denna ökning utgörs av män med utländsk bakgrund.[475]

Jämställdhetsmyndigheten betonar att en könssegregerad arbetsmarknad är mer sårbar då det förhindrar att på ett effektivt sätt ta tillvara den lokala arbetskraften och då hämmar kompetensförsörjningen till välfärden[476]. Myndigheten lyfter vidare att utmaningen med kompetensförsörjningen till välfärden behöver i större utsträckning kopplas samman med jämställdhetsproblem[477]. I myndighetens analys av den könssegregerade arbetsmarknaden framkommer att arbetsmarknadsfaktorer som lägre löner, sämre karriärvägar, arbetsvillkor och arbetsmiljö utgör en viktig del av orsakerna till att män väljer bort välfärdsyrken. En annan aspekt som lyfts fram är att män inom traditionellt kvinnodominerade välfärdsyrken riskerar att mötas av fördomar, diskriminering och frånvaro av anpassade förutsättningar såsom arbetskläder och omklädningsrum.[478]

Vägar för att bredda rekryteringen

Jämställdhetsmyndigheten fick 2022 regeringens uppdrag att göra en analys av den könssegregerade arbetsmarknaden och lämna förslag för att motverka könsbundna studie- och yrkesval och därigenom skapa en bredare rekryteringsbas till välfärden. Myndighetens förslag till regering och myndigheter och sju rekommendationer till kommuner och regioner riktar in sig på arbetsmiljö, arbetsvillkor samt begränsande normer t.ex. utifrån könsbundna studieval och uppfattningar om vad som är lämpliga yrken för kvinnor respektive män. Jämställdhetsmyndigheten pekar särskilt på att det behövs åtgärder med fokus på organisatorisk och strukturell nivå, att de riktas mot både utbildning och arbetsmarknad samt vikten av att beakta lokala och regionala perspektiv.[479] Gällande rekommendationer till regioner och kommuner lyfter myndigheten behov av att analysera resursfördelningen mellan olika kommunala verksamheter ur ett jämställdhetsperspektiv, i syfte att främja jämställda arbetsvillkor. Jämställdhetsmyndigheten ger även rekommendation om att genomföra fler projekt för att öka andelen män i vård- och omsorgsyrken. Ytterligare

[474] Socialstyrelsen. Nationella planeringsstödet (2022).
[475] Sveriges Kommuner och Regioner. Unga och välfärdsjobben (2022).
[476] Jämställdhetsmyndigheten. Analys av den könssegregerade arbetsmarknaden (2023:8).
[477] Jämställdhetsmyndigheten. Så skall fler välja jobb i välfärden – Förslag för att motverka könsbundna yrkes- och studieval (2023).
[478] Jämställdhetsmyndigheten. Breddad rekrytering (2023:7).
[479] Jämställdhetsmyndigheten. Så ska fler välja jobb i välfärden (2023:11).

exempel på rekommendation är att utöka samverkan och skapa kombinationstjänster mellan till exempel hemtjänst och räddningstjänst, i syfte att stärka attraktionen. Myndigheten lyfter även att kommuner kan dra större fördel av sin verksamhet för feriejobb och praktikplatser för att öka intresset för välfärdsyrken. Till utbildningsanordnare riktas rekommendation om att sträva efter en jämn könsbalans på skolor genom medveten lokalisering av program samt att förstärka samarbetet mellan högre utbildning och arbetsgivare i landsbygdskommuner.

Målgrupper för rekrytering behöver breddas

I enlighet med nyssnämnda anser rådet att ytterligare arbete krävs för att förbättra förutsättningarna för en jämställd arbetsmarknad, i syfte att också stärka förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Rådet ser behov av att de rekommendationer Jämställdhetsmyndigheten lämnat bör beaktas i regioners, kommuners och lärosätens arbete med att behålla och rekrytera personal till hälso- och sjukvårdens verksamhet och för att bredda rekryteringen till hälso- och sjukvårdsutbildningar. Rådet föreslår därför att regioner, kommuner, universitet och högskolor bör genomföra insatser för att främja rekryteringen av underrepresenterat kön till yrken inom hälso- och sjukvården. Insatser kan även genomföras i samråd, där så är relevant. Detta för att främja och bredda rekryteringen till högskolan samt att tillgodose att det finns den personal som behövs för att god vård ska kunna ges.

5.3.11 Information till ungdomar om yrken i hälso- och sjukvården för att främja rekryteringsmöjligheterna

Förslag till insats: Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att genomföra en nationell informationsinsats som visar på värdet och innebörden av olika yrkesroller i hälso- och sjukvården.

Förslag till uppföljning: Beslut av regering/riksdag.

Gällande bestämmelser

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det bl. a. finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges enligt 1 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Av 6 kap 3 § i högskoleförordningen framkommer att studenter ska ges tillgång till studievägledning och yrkesorientering. Högskolan ska se till att den som avser att påbörja en utbildning har tillgång till den information om utbildningen som behövs. Av 1 kap 2 § i högskolelagen (1992:1434) framgår att i högskolornas uppgift ska det ingå att samverka med det omgivande samhället för ömsesidigt utbyte och verka för att den kunskap och kompetens som finns vid

högskolan kommer samhället till nytta. Vidare framgår i samma kapitel 5 § att högskolorna aktivt ska främja och bredda rekryteringen till högskolan.

Hård konkurrens om arbetskraften

Flera aktörer lyfter att det kommer att bli en allt tuffare konkurrens om arbetskraften (se även avsnitt 3.1. Den demografiska utvecklingen, befolkningens hälsoutveckling och kompetensförsörjningen). Orsaken är att befolkningen i arbetsför ålder minskar i flera län samtidigt som efterfrågan på arbetskraft är hög, vilket gör att konkurrensen om tillgänglig arbetskraft ökar. Ungdomar kommer utgöra en viktig del av hälso- och sjukvårdens framtida medarbetare. Kommuner och regioner har god potential att rekrytera fler unga då intresset för välfärdsyrkena är stort. Den slutsatsen drar Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) i en studie om ungas intresse, attityder och tankar om jobb i kommuner och regioner. Ytterligare en undersökning bland unga har redovisats av Sobona i rapporten, Det bästa av två världar – Morgondagens medarbetare i kommunala företag (2022). Rapporterna understryker varandras resultat i att unga bl.a. söker meningsfulla och trygga jobb. Vad som även lyfts fram är att unga söker arbetsgivare som erbjuder flexibilitet, gott ledarskap och en god arbetsmiljö.

I SKR:s rapport efterfrågar de unga i undersökningen mer information om vad jobb inom välfärdsyrken innebär och främst via skolan, hemsidor samt från de som arbetar i yrkena. De tillfrågade i undersökningen lämnar även förslag på hur kommuner och regioner kan attrahera fler, exempelvis genom att underlätta möjlighet till deltids-/helgjobb, att anställda kommer till skolor och berättar hur de upplever sitt arbete samt premiera att medarbetare stannar kvar. Mot bakgrund av att ungdomar själva efterfrågar mer information om välfärdsyrken och inte minst för att det råder hård konkurrens om arbetskraften, är det angeläget att utveckla och intensifiera information om yrken i hälso- och sjukvården som riktar sig till ungdomar.

Behov av information och säkerställa attraktivitet

Vid rådets dialogmöte lyfte flera aktörer behovet av att ungdomar och unga vuxna tidigt kommer i kontakt med information om arbeten inom olika hälso- och sjukvårdsprofessioner. Exempel som togs upp vid mötet var att främja arbetsplatsbesök för ungdomar, ge information i skolor, öka möjlighet till praktik under grundskola såväl som gymnasium. [480] Några aktörer lyfte även Yrkesresan som möjlig modell att använda sig av även för professioner inom hälso- och sjukvården[481]. Goda exempel gavs även när regioner och kommuner i samverkan med lärosäten gemensamt informerar om olika hälso- och sjukvårdsutbildningar och potentiella arbetsplatser. Från möten med professionsförbund inom arbetet med detta uppdrag har även

[480] Se avsnitt 1.6. Aktörer som Nationella vårdkompetensrådet haft dialog med.
[481] Yrkesresan är ett samarbete mellan SKR, Socialstyrelsen och Regionala samverkans- och stödstrukturer (RSS) för introduktion och kompetensutveckling för socialtjänstens medarbetare.

exempel getts på behov av att informera om utbildningar vars söktryck har minskat, exempelvis för logopedprogrammet och audionomprogrammet[482].

Rekrytering kan främjas av att värdet och innebörden av olika yrkesroller tydliggörs

För att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska kunna stå sig i konkurrensen om arbetskraften bedömer rådet att en nationell informationsinsats bör genomföras som visar på värdet av och innebörden av olika yrkesroller i hälso- och sjukvården. Informationen kan bidra till att bredda rekryteringen och stärka den framtida kompetensförsörjningen till hälso- och sjukvårdsverksamhet och hälso- och sjukvårdsutbildningar. Rådet föreslår därför att regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att genomföra en nationell informationsinsats som visar på värdet av och innebörden av olika yrkesroller i hälso- och sjukvården.

5.4 Universitet och högskolors verksamhet

5.4.1 Inför VULF-avtal

Förslag till insats: Regeringen bör säkerställa att VULF-avtal införs för vissa hälso- och sjukvårdsutbildningar i högskolan.

Förslag till uppföljning: Beslut av regering/riksdag.

Nära samarbete mellan forskning och utbildning

Regioner och kommuner ska medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens områden. Det framgår av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, 18 kap 2 §). Det framgår även att regioner och kommuner inom dessa frågor, i den omfattning som behövs, ska samverka med varandra och med berörda universitet och högskolor. Vidare fastställs i högskolelagen (1992:1434) att utbildning på högskolenivå ska vila på vetenskaplig eller konstnärlig grund samt på beprövad erfarenhet. I högskolornas uppgift ska det ingå att samverka med det omgivande samhället för ömsesidigt utbyte och verka för att den kunskap och kompetens som finns vid högskolan kommer samhället till nytta. Verksamheten ska även bedrivas så att det finns ett nära samband mellan forskning och utbildning, och verksamheten ska avpassas så att en hög kvalitet nås i utbildningen och forskningen.[483]

[482] Se avsnitt 1.6. Aktörer som Nationella vårdkompetensrådet haft dialog med.
[483] 1 kap. 2–4 §§ högskolelagen (1992:1434).

ALF-avtal främjar kvalitet och samarbete

ALF är en förkortning för Avtal mellan svenska staten och vissa regioner om samarbete om grundutbildning av läkare, medicinsk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården. ALF-avtalet har ingåtts mellan svenska staten och de regioner som har ett universitetssjukhus[484]. ALF-avtalet omfattar klinisk forskning, utbildning för läkare och utveckling av hälso- och sjukvården. Det reglerar hur regionerna ska främja hälso- och sjukvårdens utveckling genom ett fördjupat och vidgat samarbete med universiteten med medicinsk fakultet i respektive region. Regionerna ska leva upp till vissa bestämda krav, och staten ger regionerna ekonomisk ersättning för detta via medel i statsbudgeten[485]. Ersättning är uppdelad i två delar: ALF-ersättning för klinisk forskning och ALF-ersättning för utbildning av läkare[486]. För tandläkare finns motsvarande TUA-avtal men liknande avtal saknas för andra hälso- och sjukvårdsutbildningar eller forskningsområden såsom det vårdvetenskapliga. ALF-avtalet kompletteras med regionala avtal mellan berörda landsting (nuvarande regioner) och universitet. I Region Stockholm omfattar det regionala ALF-avtalet förutom läkare även andra hälso- och sjukvårdsutbildningar som genomförs i regionen.

I betänkandet Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter (SOU 2018:77) föreslås att ett avtal för vårdvetenskaplig utbildning, lärande och forskning (VULF), motsvarande det så kallade ALF-avtalet, bör ingås mellan staten och vårdgivare i fråga om specialistsjuksköterskeutbildning. Syftet med VULF-avtal lyfts utifrån att stärka kvaliteten och tillgodose det nödvändiga platsantalet i den verksamhetsförlagda utbildningen, skapa likvärdiga ersättningsnivåer, bidra till förstärkning av den vårdvetenskapliga forskningen och öka antalet förenade anställningar för specialistsjuksköterskor.[487]

I linje med ovan har en särskild utredare och nationell samordnare i utredningen Samordnat arbete för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen (U 2020:07) föreslagit att staten bör ingå ett nationellt avtal för vårdvetenskaplig utbildning, lärande och forskning (VULF) för sjuksköterskeutbildning och specialistsjuksköterskeutbildning. I utredningens betänkande Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning – långsiktiga åtgärder för sjuksköterskeprogrammen (SOU 2024:9) framkommer att förslaget är konstruerat för att i framtiden även kunna utökas till att omfatta fler hälso- och sjukvårdsutbildningar. På nationell nivå föreslås att avtal tecknas mellan staten, Sveriges Kommuner och Regioner samt Vårdföretagarna samt att det

[484] Det nuvarande ALF-avtalet gäller sedan den 1 januari 2015 och har tecknats med de sju regioner som har ett universitetssjukhus: Region Stockholm, Region Uppsala, Region Östergötland, Region Skåne, Västra Götalandsregionen, Region Västerbotten och Region Örebro län.
[485] Prop. 2023/24:1. Budgetpropositionen för 2024, utgiftsområde 16.
[486] Vetenskapsrådet. Hämtad från hemsida 2023-12-16.
[487] SOU 2018:77. Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter.

även tecknas regionala avtal som närmare reglerar verksamhetsförlagd utbildning. VULF-avtal bedöms av nationella samordnaren kunna bidra till en effektiv användning av VFU-platser i fler verksamheter och även i fler områden, såsom inom kommunal hälso- och sjukvårdsverksamhet samt i landsbygdsområden. Avtalet bedöms även främja vetenskapligt meriterade lärare med aktuell klinisk kompetens och handledare med vetenskaplig och pedagogisk kompetens samt underlätta för yrkesverksamma sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor att genomgå forskarutbildning eller postdoktoral meritering. [488]

Rådet har tidigare bedömt att ett VULF-avtal bör ingås för fler hälso- och sjukvårdsutbildningar i högskolan[489]. Ett sådant avtal bör i enlighet med ALF-avtalet reglera bl.a. samarbete mellan regioner och universitet, statens ersättning till regionerna för medverkan i den verksamhetsförlagda utbildningen samt utvecklingen av den kliniska forskningen och utvecklingen av hälso- och sjukvården. Inom ramen för VULF-avtalet bör även statens ersättning för regionernas medverkan i den vårdnära forskningen regleras. Fördelningen av forskningsmedlen ska, liksom i ALF-avtalet, grundas på en noggrann genomgång av bl.a. forskningskvalitet och inom ramen för samverkan i regionen kan vårdgivare och lärosäte komma överens om medel för forskningen och hur dessa ska fördelas. Målsättning med VULF-avtalet är att skapa bättre förutsättningar för både staten och regioner i fråga om förutsättningar till forskning och ökad kvalitet i verksamhetsförlagd utbildning. Rådet bedömer i likhet med tidigare nämnda utredningar att en ökad andel forskningsmedel för den vårdvetenskapliga forskningen tydliggör och synliggör behovet av den vårdnära forskningen. Rådet bedömer att avtal motsvarande VULF bör omfatta fler än bara sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor.

Rådet bedömer att VULF-avtal bör inrättas i syfte att stärka kompetensförsörjningen. Avtalen kan främja kompetensförsörjningen genom att stärka förutsättningarna för verksamhetsförlagd utbildning och säkerställa forskningsmedel för exempelvis den vårdvetenskapliga forskningen. Rådet föreslår därför att regeringen bör säkerställa att VULF-avtal införs för vissa hälso- och sjukvårdsutbildningar i högskolan[490].

[488] SOU 2024:9. Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning – långsiktiga åtgärder för sjuksköterskeprogrammen.
[489] Nationella vårdkompetensrådet. Nationella vårdkompetensrådets delredovisning inom uppdraget att ta fram förslag på en nationell plan för kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården (2023:4).
[490] Se även tidigare förslag från rådet: Nationella vårdkompetensrådet. Nationella vårdkompetensrådets delredovisning inom uppdraget att ta fram förslag på en nationell plan för kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården (2023:4).

5.5 Utbildning och forskning vid universitet och högskolor

5.5.1 Samordning av utbildningar med få studenter ger utbildningen bättre ekonomisk bärkraft

Förslag till insats: Regeringen bör tillföra medel för att stimulera universitet och högskolor att samordna vissa hälso- och sjukvårdsutbildningar med få studenter.

Förslag till uppföljning: Beslut av regering/riksdag.

Universitet och högskolors ersättningssystem

Riksdagen beslutar, efter förslag från regeringen, om de ekonomiska ramarna för statliga universitet och högskolor avseende utbildning på grundnivå och avancerad nivå och för forskning och utbildning på forskarnivå. Hur de ekonomiska resurserna fördelas styr i hög utsträckning högskolans verksamhet.[491] För utbildning på grundnivå och avancerad nivå tilldelas respektive lärosäte varje år ett s.k. takbelopp, som är den ersättning lärosätet kan få för att utbilda studenter. Ersättningen beräknas dels utifrån antalet registrerade studenter (helårsstudenter), dels utifrån det antal högskolepoäng som studenterna presterar under ett år (helårsprestationer). Ersättningen beror också på vilket utbildningsområde som helårsstudenterna och helårsprestationerna hänförs till. Olika utbildningsområden genererar olika ersättningsbelopp och respektive kurs klassificeras av lärosätet till ett utbildningsområde beroende på kursens ämnesinnehåll. Ersättningsbeloppen framgår av regeringens budgetproposition varje år.[492] Utbildningsutbudet vid universitet och högskolor ska dimensioneras för att svara mot studenternas efterfrågan och arbetsmarknadens behov[493].

Utöver tilldelning av medel till universitet och högskolor enligt ovan kan regering och riksdag besluta om tillfälliga medel till lärosätena, t.ex. för utbyggnad av vissa utbildningar[494].

Hälso- och sjukvårdsutbildningar med få studenter har inte ekonomisk bärkraft

Utbildningsutbudet vid universitet och högskolor ska som framgår ovan svara mot studenter efterfrågan och arbetsmarknadens behov. Antalet platser på hälso- och sjukvårdsutbildningar begränsas dock av en rad faktorer,

[491] SOU 2019:6. En långsiktig, samordnad och dialogbaserad styrning av högskolan.
[492] Prop. 2023/24:1. Budgetpropositionen för 2024, utgiftsområde 16.
[493] Regleringsbrev för budgetåren 2013–2024 avseende universitet och högskolor.
[494] Riksrevisionen. Riktade utbyggnadsuppdrag till universitet och högskolor – regeringens styrning genom utformning och uppföljning (2021).

såsom för få sökande och brist på såväl platser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) som disputerade lärare. Trots regeringens särskilda satsningar på utbyggnad av antalet utbildningsplatser har lärosätena inte kunnat utöka utbildningsplatserna i enlighet med uppdraget.[495]

Studenternas söktryck till utbildningar får en avgörande betydelse för lärosätenas ekonomi, eftersom lärosätena tilldelas resurser i förhållande till hur många studenter som är registrerade på och genomgår en utbildning på lärosätet. Att ha ett utbildningsutbud som inte svarar mot studenternas efterfrågan är således förenat med ekonomiska risker. Resurstilldelningssystemet sätter därmed gränser för hur mycket lärosätena kan förändra utbildningsutbudet och anpassa det till arbetsmarknadens behov om söktrycket är svagt.[496]

Hälso- och sjukvårdsutbildningar som höstterminen 2023 hade ett relativt lågt söktryck, dvs. 1,5 sökande per antagen eller mindre, var utbildningar till audionom (0,8), sjukhusfysiker (1,0), receptarie (1,0), biomedicinsk analytiker (1,0), logoped (1,1), arbetsterapeut (1,5) och apotekare (1,5). Genomsnittet för samtliga yrkesexamensprogram var 2,0 sökande per antagen.[497] Vissa av utbildningarna ovan har dessutom låg genomströmning. Lägst examensfrekvens bland yrkesprogrammen inom hälso- och sjukvård hade receptarieprogrammet och apotekarprogrammet.[498]

Tidigare lämnade förslag

Nuvarande resurstilldelningssystem för utbildning vid statliga universitet och högskolor infördes i samband med högskolereformen 1993. Genom reformen minskade regeringens detaljreglering av högskolornas verksamhet och utbildningsutbud och ett mål- och resultatinriktat styrsystem infördes.[499] Resurstilldelningen skulle bygga på tre grunder: kvalitet, studenternas val och effektivitet i resurstilldelningen[500]. Samtidigt som den individuella valfriheten och anpassningen till studenternas önskemål var i fokus betonades även utbildningens samhälleliga betydelse[501]. Utbildningar till vissa viktiga yrken för vilka staten ur ett nationellt perspektiv måste garantera ett visst antal examinerade studenter samt vissa mindre men väsentliga ämnen, skulle staten styra över. Även om utbildningsstrukturen i huvudsak ska utformas genom beslut av respektive universitet och högskola

[495] Riksrevisionen. Riktade utbyggnadsuppdrag till universitet och högskolor – regeringens styrning genom utformning och uppföljning (RiR 2021:1).
[496] Universitetskanslersämbetet. Dimensionering av högre utbildning (2015).
[497] Universitetskanslersämbetet. Hämtad från hemsida 2023-12-05.
[498] Universitetskanslersämbetet. Universitet och högskolor – Årsrapport 2023. Med examensfrekvens avses här andelen nybörjare ett visst år på yrkesexamensprogram med minst 200 nybörjare som tagit ut examen inom programmets normala längd plus tre år, nybörjare uppföljda till och med läsåret 2020/21.
[499] SOU 2019:6. En långsiktig, samordnad och dialogbaserad styrning av högskolan.
[500] Prop. 1992/93:1. Universitet och högskolor. Frihet för kvalitet.
[501] Prop. 2001/02:15. Den öppna högskolan.

utesluter det inte att det i vissa fall kan krävas nationella beslut för att möjliggöra nödvändiga förändringar.[502]

Flera myndigheter och statliga utredningar har sedan införandet av nuvarande resurstilldelningssystem för universitet och högskolor granskat och lämnat förslag till förändringar av systemet[503]. Styr- och resursutredningen (Strut) menade att utbildning och forskning bör ses som en samlad verksamhetsgren och föreslog att varje lärosäte tilldelas ett samlat anslag för denna verksamhetsgren[504]. Enligt Strut bör utformningen av utbildningsutbudet fortsatt vara lärosätenas ansvar. Strut bedömde att regeringen dock bör styra utbildningens omfattning på totalnivå samt omfattningen av vissa utbildningar som leder till legitimationsyrken och där behovet påverkas av politiska beslut. Utredningen föreslog att regeringens styrning av utbildningsutbudet ska ske genom att i regleringsbrev ange fyraåriga utbildningsuppdrag till respektive lärosäte. Utbildningsuppdraget ska enligt förslaget innehålla mål om antal helårsstudenter på totalnivå samt mål för antal examina inom vissa utbildningar som leder till legitimationsyrken. Det faktum att dessa yrken kräver legitimation och att det delvis är politiska reformer som ligger till grund för nuvarande och framtida behov av utbildade är särskilda skäl som, tillsammans med den uttalade bristen på utbildade, enligt Strut motiverar särskild styrning. Utbildningsuppdragen kan enligt utredningen även innehålla särskilda åtaganden som exempelvis kan gälla utbildning inom ämnen med få studenter men ett tydligt samhällsbehov.[505]

Mål för antalet utfärdade examina

Regeringen beslutade i oktober 2021 om mål för antalet utfärdade examina för vissa hälso- och sjukvårdsutbildningar samt lärar- och förskollärarutbildningar under 2021–2024[506]. Universitetskanslersämbetet (UKÄ) fick i uppdrag att följa upp och utvärdera de uppsatta målen. Av UKÄ:s uppföljning och utvärdering framgår att flest lärosäten beskriver utmaningar med att nå målet för hälso- och sjukvårdsexamina. Lärosätena framhåller att det varit svårt att hitta tillräckligt många platser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU). Dessutom framgår att få sökande och låg genomströmning inom flera utbildningar försvårar att nå målen.[507] [508] [509]

[502] Prop. 1992/93:169. Högre utbildning för ökad kompetens.
[503] Se bl.a. Riksrevisionen 2012:4, SOU 2015:92 och SOU 2019:6.
[504] SOU 2019:6. En långsiktig, samordnad och dialogbaserad styrning av högskolan.
[505] SOU 2019:6. En långsiktig, samordnad och dialogbaserad styrning av högskolan.
[506] Se ändring av regleringsbrev för budgetåret 2021 avseende respektive lärosäte (2021-10-15).
[507] Universitetskanslersämbetet. Mål för antal examina 2021–2024. Redovisning av ett regeringsuppdrag (2024).
[508] Regleringsbrev för budgetåret 2022 avseende Universitetskanslersämbetet samt Ändring av regleringsbrev för budgetåret 2022 avseende Universitetskanslersämbetet (2022-06-30).
[509] Universitetskanslersämbetet. Uppföljning av mål för antal examina. Delredovisning 1 (dnr 111-00276-22).

Öka möjligheten att samordna utbildningar med lågt söktryck

Varje del i vårdkedjan är beroende av att kompetensförsörjningen fungerar (se avsnitt 3.7). Utbildningar till legitimationsyrken inom hälso- och sjukvården med få sökande har som en följd även få studenter, t.ex. utbildningar till audionom, receptarie och logoped. Dessa utbildningar har som framgår ovan inte ekonomisk bärkraft för lärosätena. Det finns därför skäl för staten att styra och stödja lärosätena så att sådana samhällsviktiga utbildningar kommer till stånd i enlighet med intentionerna i det nuvarande resurstilldelningssystemet [510].

Ett sätt att få ekonomisk bärkraft i en utbildning är om flera lärosäten samverkar kring en utbildning. På så sätt kan en utbildning få fler studenter och därmed bli möjlig att genomföra ekonomiskt eftersom lärosätena inom ramen för en sådan samverkan kan dela på kostnaderna för att anordna utbildningen. Det finns dock behov av incitament för lärosätena att samverka med varandra, vilket kräver både tid och resurser. Rådet anser därför att regeringen bör tillföra medel för att stimulera universitet och högskolor att samordna vissa hälso- och sjukvårdsutbildningar med få studenter där det råder brist på arbetskraft. På så sätt underlättar det för lärosätena att anordna hälso- och sjukvårdsutbildningar som är samhällsviktiga och där konstruktionen av nuvarande resurstilldelningssystem för högskolorna inte kan bära kostnaderna på grund av för få studenter. Förutom att de ekonomiska hindren minskar, underlättar det även samverkan genom att de samverkande lärosätena ges möjlighet att i högre grad än i dag planera och dimensionera utbildningar med få studenter, givet att de samverkande lärosätena delar på kostnaderna för lokaler, personal och eventuell annan utrustning som är förenliga med att genomföra utbildningen. Utbildningen bör finansieras på sedvanligt vis inom ramen för respektive lärosätes anslag för utbildning. Det lärosäte som tar på sig samordningsansvaret bör dock få ersättning från staten för detta ansvar. Valet av utbildningar för samordning bör utgå från ett lågt söktryck till samhällsviktiga utbildningar inom hälso- och sjukvården. För att pröva nämnda samverkansmodell för utbildningar med få studenter kan ett par utbildningar startas i ett första skede. Mot denna bakgrund föreslår rådet att regeringen bör tillföra medel för att stimulera universitet och högskolor att samordna vissa hälso- och sjukvårdsutbildningar med få studenter[511].

[510] Prop. 1992/93:169. Högre utbildning för ökad kompetens.
[511] Se även tidigare förslag från rådet: Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården (2023:3).

5.5.2 Regelverket för antagning till specialistsjuksköterska bör ses över

Förslag till insats: Regeringen bör göra en översyn av regelverket för antagning till specialistsjuksköterskeutbildning.

Förslag till uppföljning: Beslut av regering/riksdag.

Utbildning på avancerad nivå i högskolan ska bl.a. utveckla studenternas förutsättningar för yrkesverksamhet med stora krav på självständighet

Enligt 1 kap. 9 § högskolelagen (1992:1434) ska utbildning på avancerad nivå väsentligen bygga på de kunskaper studenterna får inom utbildning på grundnivå eller motsvarande kunskaper. Utbildning på avancerad nivå ska innebära fördjupning av kunskaper, färdigheter och förmågor i förhållande till utbildning på grundnivå. Utbildning på avancerad nivå ska ytterligare utveckla studenternas förmåga att självständigt integrera och använda kunskaper. Utbildning på avancerad nivå ska även utveckla studenternas förmåga att hantera komplexa företeelser, frågeställningar och situationer samt deras förutsättningar för yrkesverksamhet som ställer stora krav på självständighet eller för forsknings- och utvecklingsarbete.

Urvalsregler

Om inte alla behöriga sökande till en utbildning kan tas emot ska ett urval göras bland de sökande[512]. Vid urval ska hänsyn tas till de sökandes meriter. Urvalsgrunder för utbildning på avancerad nivå är betyg, resultat från högskoleprovet, tidigare utbildning och urvalsgrunder som högskolan bestämt. Högskolan får bestämma vilka urvalsgrunder som ska användas och vilken platsfördelning som ska göras.[513] En av lärosätet bestämd urvalsgrund ska bestå av sakliga omständigheter som är av betydelse för utbildningen[514]. Vid urval till en utbildning ska platserna som lärosätena själv får fördela uppgå till högst en tredjedel.[515]

Utbildningsplatser inom olika inriktningar till specialistsjuksköterska fylls inte

Enligt Statistiska centralbyrån råder det stor brist på specialistutbildade sjuksköterskor inom de flesta inriktningar både i nuläget och på längre sikt[516]. Förutom en utbildning för vårdens behov är utbildning till

[512] 4 kap. 3 § högskolelagen (1992:1434).
[513] 7 kap. 26 § högskoleförordningen (1993:100).
[514] 7 kap. 23 § högskoleförordningen (1993:100).
[515] 7 kap. 13 § högskoleförordningen (1993:100).
[516] Statistiska centralbyrån. Trender och Prognoser 2020. Befolkning, utbildning, arbetsmarknad – med sikte på år 2035 (2021).

specialistsjuksköterska en grund för rekrytering till forskarutbildning och i förlängningen till en framtida högskolelärare.

Marie Cederschiöld högskola (tidigare Ersta Sköndal Bräcke högskola) bedriver utbildning och forskning inom områden som vård, omsorg, välfärd och socialt arbete, t.ex. utbildning till sjuksköterska och specialistsjuksköterska. Högskolan har i en skrivelse till Universitetskanslersämbetet (UKÄ) begärt förhandsbesked om tolkningen av bestämmelserna om urval i 7 kap. högskoleförordningen vid antagning till vidareutbildning av sjuksköterskor till specialistsjuksköterska eller barnmorska. Marie Cederschiöld högskola menar att det råder delade meningar om hur lärosätena kan använda särskilt urval för behöriga sökande på grunden att de har en anställning vid antagning till specialistsjuksköterskeutbildning och barnmorskeutbildning.[517]

De flesta lärosäten har enligt Marie Cederschiöld högskola utmaningar med att fylla planerat antal utbildningsplatser inom olika inriktningar som leder till specialistsjuksköterska. Den viktigaste anledningen till att utbildningsplatser inte fylls är enligt högskolan att antagna studenter inte beviljas ledighet för studier av sina arbetsgivare. Om de som antagits till utbildningen får ett sent besked av sin arbetsgivare om nekad tjänstledighet, avböjer de sin plats strax innan eller efter programstart. Det innebär att det är svårt för lärosätet att ta in reserver, eftersom de sökande sällan beviljas tjänstledighet med kort varsel.[518]

Ett annat skäl som Marie Cederschiöld högskola anger till att utbildningsplatser inte fylls är den prioritering som hälso- och sjukvårdens verksamheter gör varje år för vilka inriktningar som ska prioriteras. Att prioritera en inriktning innebär att hälso- och sjukvården tillför medel för att personer ska kunna utbilda sig på arbetstid, s.k. utbildningsbefattningar. Möjligheten att erhålla en utbildningsbefattning varierar således mellan olika inriktningar och kan innebära särskilda satsningar inom t.ex. akutsjukvården. Det leder till att intresserade avvaktar med att söka en utbildning, eller acceptera en tilldelad plats, tills dess att de vet om det kommer att öppnas möjligheter till utbildningsbefattningar eller inte.[519]

UKÄ har lämnat ett förhandsbesked som svar på Marie Cederschiöld högskolas begäran. Att placera vissa behöriga sökande i en särskild urvalsgrupp, på den grunden att de har en anställning vid en viss region, innebär enligt UKÄ:s förhandsbesked att dessa sökande särbehandlas i förhållande till andra behöriga sökande som har anställning vid andra regioner. Enligt UKÄ strider en sådan tillämpning av urvalsreglerna i högskoleförfattningarna mot det svenska antagningssystemet, eftersom

[517] Universitetskanslersämbetet. Marie Cederschiöld högskolas begäran om förhandsbesked angående urval vid antagning till specialistsjuksköterskeprogram och barnmorskeprogram (reg.nr 33-00561-21).
[518] Ibid.
[519] Ibid.

utbildning vid statliga lärosäten ska vara öppen för alla att söka. UKÄ anser vidare att ett sådant urvalsförfarande strider mot den likhetsprincip och objektivitetsprincip som statliga lärosäten har en skyldighet att följa enligt regeringsformen och förvaltningslagen. En urvalsgrund som anger att den sökande ska ha en viss anställningsform, men utan att ange en viss arbetsgivare, kan enligt UKÄ anses utgöra meriter men kan inte användas för att rangordna de sökande.[520]

Med UKÄ:s förhandsbesked kvarstår således lärosätenas utmaningar med att fylla planerat antal utbildningsplatser inom olika inriktningar som leder till specialistsjuksköterska.

Möjligheterna att utbilda sig till specialistsjuksköterska behöver förbättras

Enligt ett ovan redovisade beslut från UKÄ är vissa regler i antagningssystemet oförenliga med de behov som finns för att anta specialistsjuksköterskestudenter som har en betald utbildning via arbetsgivaren[521]. Givet behovet av specialistutbildade sjuksköterskor i hälso- och sjukvården behöver åtgärder vidtas som möjliggör för studenter med betald utbildning från arbetsgivaren att genomföra en specialistsjuksköterskeutbildning. De nuvarande reglerna för antagning förhindrar även lärosätenas planering och dimensionering av utbildning då de inte sällan står med tomma platser eftersom blivande studenter inte påbörjar utbildningen. Rådet föreslår därför att regeringen bör göra en översyn av regelverket för antagning till specialistsjuksköterskeutbildning.

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

Förslag till insats: Regeringen bör ge stöd till ökad genomströmning inom den verksamhetsförlagda utbildningen genom långsiktig finansiering till projektet med utveckling av webbplatsen kliniskhandledning.se, som bör breddas till fler vårdprofessioner än för läkare.

Förslag till uppföljning: Beslut av regering/riksdag.

Villkor för VFU och klinisk praktik regleras i avtal

Verksamhetsförlagd utbildning (VFU) och klinisk praktik regleras genom avtal mellan respektive lärosäte och region.[522] Av 18 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) framgår att regioner och kommuner ska medverka

[520] Universitetskanslersämbetet. Marie Cederschiöld högskolas begäran om förhandsbesked angående urval vid antagning till specialistsjuksköterskeprogram och barnmorskeprogram (reg.nr 33-00561-21).
[521] Ibid.
[522] Prop. 2000/01:71. Nytt huvudmannaskap för vårdhögskoleutbildningar.

vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område och att de, i den omfattning som behövs, ska samverka med varandra och berörda universitet och högskolor.

Handledarmodeller efterfrågas

Utredningen om utbildning till sjuksköterska och barnmorska redovisade i betänkandet Tryggare i vårdyrket – en översyn av vissa frågor inom utbildning till sjuksköterska och barnmorska (SOU 2022:35) att dagens handledningsmodeller och krav på handledares kompetens i huvudsak utgår från vårdverksamheten på sjukhus. Enligt utredningen är en förutsättning för att kurser under sjuksköterskeutbildningen ska kunna förläggas inom den kommunala hälso- och sjukvården och hos privata vårdgivare att kurserna utgår från handledningsmodeller och krav på handledares kompetens som är anpassade till dessa verksamheter. Utredningen bedömde därför att fler handledningsmodeller behöver utvecklas som är anpassade efter olika typer av vårdverksamhet och föreslog att lärosäten som anordnar sjuksköterskeutbildning ska få i uppdrag att i samråd med hälso- och sjukvårdshuvudmän och vårdgivare utforma en eller flera handledningsmodeller, inklusive krav på handledarnas kompetens. Modellerna bör enligt utredningen vara anpassade till olika verksamheter (sluten vård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård) och till verksamheternas olika förutsättningar (större regioner, mindre kommuner, privata vårdgivare etc.).[523]

I betänkandet Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning – långsiktiga åtgärder för sjuksköterskeprogrammen (SOU 2024:9) föreslår utredaren en utökad harmonisering av handledarutbildningar samt av bedömningsmetoder och bedömningskriterier för verksamhetsförlagd utbildning på sjuksköterskeutbildningen.

Även i överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om god och nära vård 2024 lyfts att verksamheterna behöver säkerställa tillgången på kvalificerad handledarkompetens och pedagogiska stödfunktioner exempelvis genom att utveckla modeller för handledning[524].

I promemorian Tre rekommendationer för att hantera övergången till den nya läkarutbildningen är en av rekommendationerna från Nationella vårdkompetensrådet att öka kapaciteten för handledning och kvalitetssäkring. I promemorian föreslogs att regionerna följer upp utbildningsresultat och gör handledaruppdraget mer attraktivt genom utbildning, organisering och implementering av nya former för handledning som ger ökad kapacitet och kvalitet. Samtidigt är det viktigt att

[523] SOU 2022:35. Tryggare i vårdyrket – en översyn av vissa frågor inom utbildning till sjuksköterska och barnmorska.
[524] Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. God och nära vård 2024. En personcentrerad och patientsäker hälso- och sjukvård med primärvården som nav.

handledningen kvalitetssäkras, så att inte ökad genomströmning leder till kvalitetsförsämringar.[525] Som ett led i detta initierade Nationella vårdkompetensrådet projektet kliniskhandledning.se.

Kliniskhandledning.se är en nationell webbplats för ett samlat stöd för handledning och lärande på olika utbildningsnivåer i läkarutbildningen. På webbplatsen finns olika typer av stöd för bl.a. handledning och återkoppling i anslutning till patientmöte och för att genomföra bedömningar och handlednings- och återkopplingssamtal. Allt material är fritt att använda och är baserat på vetenskap och beprövad erfarenhet, dvs. antingen publikationer inom medicinsk pedagogik eller läkares bidrag (berättelser, intervjuer, exempel på hur de arbetar, idéer eller material de själva skapat och som ibland men inte alltid publicerats eller genomgått kollegial granskning).[526] Webbplatsen är en vidareutveckling av den lokala webbplats som tagits fram för handledning av läkarstudenter på Lunds universitet. Arbetet leds av Medicinska fakultetens Centrum för Undervisning och Lärande vid Lunds universitet (MedCUL) i samarbete med Futurum – akademin för hälsa och vård, Region Jönköpings län.[527] Utvecklingen av kliniskhandledning.se har delvis finansierats av regeringen[528] och ledamöter av Nationella vårdkompetensrådet ingår i styrgruppen. Arbetet med att utveckla projektet kliniskhandledning.se har följts noga av rådet och genom rådets arbetsgrupp för AT/BT-frågor har rådet fått kännedom om att projektet och dess innehåll har fallit väl ut, med ett stort antal unika användare och goda vitsord från användare på olika nivåer – handledarutbildare och AT/BT-studierektorer såväl som erfarna handledare och nybörjare. Ett arbete har också påbörjats med att bredda verksamheten till att även omfatta stöd till handledning av sjuksköterskestudenter.

Utveckling av VFU i hälso- och sjukvården

Trots att det inte finns något tydligt lagstadgat utbildningsuppdrag och inte heller något nationellt avtal mellan stat och sjukvårdshuvudmän för de flesta hälso- och sjukvårdsutbildningar, så tar regioner och kommuner ett stort ansvar i den verksamhetsnära utbildningen av vårdprofessionerna. För att säkra framtidens kompetensförsörjning bedömer dock rådet att det behövs en utveckling av både kvantitet och kvalitet av VFU inom de flesta vårdprofessioner.

Handledning av studenter och blivande specialister är ett nödvändigt uppdrag för att säkra framtidens kompetensförsörjning i hälso- och sjukvården. För att öka kapaciteten för VFU samtidigt som kvaliteten bibehålls och utvecklas bedömer rådet att utbildningsuppdraget i

[525] Nationella vårdkompetensrådet. Tre rekommendationer för att hantera övergången till den nya läkarutbildningen (2022:1).
[526] Webbplatsen Klinisk handledning av läkare under utbildning. Hämtad 2023-12-19.
[527] Ibid.
[528] Regeringen tillförde i juni 2023 extra medel för att stötta arbetet med utbildningsplattformen (S2023/00678).

vårdgivarnas organisationer bör tydliggöras samt att en fortsatt utveckling av handledarmodeller baserade på vetenskap och beprövad erfarenhet främjas.

De flesta regioner har en befintlig organisation för att ta hand om VFU för studenter inom hälso- och sjukvårdsutbildningarna samt handledning av läkare och sjuksköterskor under specialistutbildning. Det förefaller emellertid vara svårt för vårdgivare att planera för den kapacitet som krävs för att tillgodose handledning av god kvalitet i tillräcklig omfattning. För att öka intresset för utbildning bland medarbetare och vårdgivare skulle regionerna och kommunerna behöva tydliggöra handledaruppdraget. Utbildningsuppdraget behöver tydligare ingå i regionernas och kommunernas produktionsuppdrag så att vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet i regioner och kommuner får stöd för planering och uppföljning av utbildningsuppdraget.

Samtidigt behöver handledaruppdraget göras attraktivt för vårdens medarbetare i syfte att skapa ökad kapacitet och kvalitet i handledning av studenter, vilket i sin tur kan öka genomströmningen och kvaliteteten i VFU för fler vårdprofessioner. Ett uppdrag som handledare i hälso- och sjukvården bör även ligga till grund för karriärutveckling samtidigt som handledare i vården behöver få tillgång till adekvat utbildning, goda förutsättningar och lättillgängliga verktyg för att genomföra uppdraget.

Genom en långsiktig finansiering av kliniskhandledning.se, med breddning till att omfatta fler vårdprofessioner än för läkare och ett fortsatt nära samarbete mellan lärosätena som kvalitetssäkrar utbildningarna, och vårdhuvudmännen, som står för handledningen i VFU, skulle förutsättningarna för nationell samverkan förbättras kring den kliniska handledningen som sker i vården. På så sätt kan de stöd som efterfrågas på olika nivåer inom regioner och kommuner från medarbetare såväl som chefer och ledare inom handledning och utbildning, linjechefer hos vårdgivarna, utvecklas för att kunna ge handledning med hög kvalitet och tillräcklig kvantitet för de olika professionsutbildningarna. Rådet föreslår därför att regeringen bör ge stöd till ökad genomströmning inom den verksamhetsförlagda utbildningen genom långsiktig finansiering till projektet med utveckling av webbplatsen kliniskhandledning.se, som bör breddas till fler vårdprofessioner än för läkare.

5.5.4 Kostnadsneutralitet för studenter vid VFU

Förslag till insats: Universitet och högskolor bör ta fram principer för ersättning för studenters merkostnader i samband med verksamhetsförlagd utbildning i syfte att uppnå kostnadsneutralitet för studenterna.

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

Mål och krav för examina i högskolan

Universitet och högskolor ansvarar för lärandemål, bedömningskriterier samt examination inom ramen för högskoleutbildningar. Examensbeskrivningarna finns i examensordningen, i bilaga 2 till högskoleförordningen (1993:100). För varje examen i högskolan anges i en examensbeskrivning de krav och mål som ska uppfyllas. Av examensordningen framgår de mål och krav som gäller för de 22 yrkesexamina som leder till legitimation i hälso- och sjukvården.

Av målen för specialistsjuksköterskeexamen framgår att studenten ska ha fullgjort en verksamhetsförlagd del av utbildningen (VFU) i en omfattning som är anpassad efter behovet för respektive specialistsjuksköterskeinriktning. Det kan noteras att nämnda mål om verksamhetsförlagd utbildning saknas i övriga examensbeskrivningar för yrkesexamina på hälso- och sjukvårdens område. Av kraven i examensordningen för dessa yrkesexamina framgår i stället mål avseende färdighet och förmåga, vilket är mål som är förknippade med och examineras under den verksamhetsförlagda utbildningen. Universitet och högskolor ansvarar för examination av den verksamhetsförlagda utbildningen som kan bestå av kurser som genomförs i hälso- och sjukvårdens verksamhet.

Enligt 4 kap. 4 § högskolelagen (1992:1434) ska högskolans utbildning vara avgiftsfri för studenter som är medborgare i en stat som omfattas av avtalet om Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, eller Schweiz. Enligt 4 § avgiftsförordningen (1992:191) får en myndighet, om det är förenligt med myndighetens uppgift enligt lag, instruktion eller annan förordning, mot avgift tillhandahålla bl.a. tidskrifter och andra publikationer, informations- och kursmaterial, konferenser och kurser, rådgivning och annan liknande service, lokaler och utrustning.

Regioner och kommuner medverkar i verksamhetsförlagd utbildning

Riksdagen beslutade 2002 att staten genom en principöverenskommelse övertar huvudmannaskapet för vårdhögskoleutbildningar. I propositionen Nytt huvudmannaskap för vårdhögskoleutbildningar som låg till grund för beslutet, gör regeringen bedömningen att universitet och högskolor bör samverka med landstingen (nuvarande regioner) och andra vårdgivare för att bl. a. utveckla en väl fungerande praktik inom vårdhögskoleutbildningar[529]. I principöverenskommelsen framhålls att parterna är ense om vikten av samverkan mellan högskola och vårdgivare för att utveckla en väl fungerande klinisk praktik. I ovannämnda proposition slås fast att den kliniska praktiken bör regleras i avtal mellan respektive högskola och landsting (nuvarande regioner). Det anges även att regionen bör få ersättning

[529] Prop. 2000/01:71. Nytt huvudmannaskap för vårdhögskoleutbildningar.

från högskolan för den kliniska praktiken som är förlagd till regionens verksamheter, med 1 200 kronor per student och praktikvecka, om inte annat överenskoms mellan parterna.[530]

Enligt principöverenskommelsen regleras således samverkan mellan lärosätena och regioner genom avtal och inte genom lagstiftning. I principöverenskommelsen framkommer, som framgår ovan, vikten av samverkan mellan högskola och vårdgivare för att utveckla den kliniska praktiken. Även kommuners medverkan i verksamhetsförlagd utbildning regleras genom avtal. Samverkan kan enbart ske på frivillig grund och om båda parter är villiga att samverka om gemensamma frågor.[531]

Främja verksamhetsförlagd utbildning i kommuner och landsbygd genom principer om kostnadsneutralitet för studenter

Utvecklingen i hälso- och sjukvården förskjuts alltmer från de stora sjukhusens vårdavdelningar till vård på andra vårdinrättningar och i hemmiljö. Utifrån denna utveckling lyfter rådet och statliga utredningar att den verksamhetsförlagda utbildningen behöver följa samma förflyttning, med en ökning av platser av verksamhetsförlagd utbildning i verksamheter utanför sjukhusen [532] [533] [534]. Den kommunala hälso- och sjukvårdens verksamheter är ett exempel på verksamhetsområde med potential för platser för verksamhetsförlagd utbildning, inte minst inom landsbygdskommuner.

I rådets arbete med kompetensförsörjning inom primärvården framkom att befintliga platser för verksamhetsförlagd utbildning inte fullt ut fylls i exempelvis kommunal hälso- och sjukvård eller i verksamheter utanför storstäder och studieorter[535]. En orsak till att platser inte fylls kan vara att verksamheterna är belägna långt ifrån studieorten eller studentens bostadsort. Sveriges förenade studentkårer (SFS) konstaterar i rapporten Ingen student ska behöva betala för sin examen (2020) att för studenternas del kan resa och boende vara förenat med merkostnader, vilket kan utgöra ett hinder för att tacka ja till en plats [536]. SFS lyfter även behovet av att studenter inte ska åsamkas extra kostnader i samband med verksamhetsförlagd utbildning.[537] För att lösa problemet rekommenderar SFS att inrätta ett särskilt bidrag som administreras och betalas ut av CSN till de studenter som har verksamhetsförlagd utbildning som obligatorisk del

[530] Prop. 2000/01:71.
[531] SOU 2018:77. Framtidens specialistsjuksköterska–Ny roll, nya möjligheter.
[532] Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning i primärvården – slutredovisning (2022:5).
[533] SOU 2018:39. God och nära vård.
[534] SOU 2024:9. Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning – långsiktiga åtgärder för sjuksköterskeprogrammen.
[535] Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning i primärvården – slutredovisning (2022:5).
[536] Sveriges förenade studentkårer. Ingen student ska betala för sin examen (2020).
[537] Ibid.

av utbildningen och som drabbas av merkostnader i samband med detta, alternativt att lärosätena görs skyldiga att ersätta studenterna fullt ut.

Om samtliga tillgängliga platser för verksamhetsförlagd utbildning fylls kommer det kunna främja såväl den nationella kompetensförsörjningen som att öka potentialen för lokala verksamheter att rekrytera framtida medarbetare. Detta är något som rådet exempelvis lyfte i sitt uppdrag gällande kompetensförsörjning i primärvården.[538]

Utredningen om samordnat arbete för fler platser för verksamhetsförlagd utbildning i sjuksköterskeutbildningen föreslår i betänkandet Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning – långsiktiga åtgärder för sjuksköterskeprogrammen (SOU 2024:9), att staten bör ingå ett nationellt avtal för vårdvetenskaplig utbildning, lärande och forskning (VULF) för sjuksköterskeutbildning och specialistsjuksköterskeutbildning. Utredningen föreslår även att VULF-avtalet bör fastslå övergripande aspekter, såsom ersättning till studenter för merkostnader relaterade till resor och boende under verksamhetsförlagd utbildning. [539] Rådet ställer sig bakom utredningens förslag om att övergripande aspekter i fråga om ersättning till studenter för eventuella merkostnader vid verksamhetsförlagd utbildning bör tas fram.

Universitet och högskolor ansvarar för genomförandet av verksamhetsförlagd utbildning, i enlighet med vad som framgår ovan. Universitetskanslersämbetet (UKÄ) har granskat merkostnader under verksamhetsförlagd utbildning i samband med en anmälan gällande placeringar inom ramen för verksamhetsförlagd utbildning. I UKÄ:s beslut framkommer att högskolan ska vara avgiftsfri, men att det inte innebär att en utbildning är kostnadsfri för studenterna.[540] UKÄ bedömer att en högskolas regler gällande beviljande av bidrag behöver vara rättssäkra, i den mening att det går att förutse följder av reglerna. Givet att riktlinjer och anvisningar på ett tydligt sätt framgår i högskolans information när och med hur mycket reseersättning eller ersättning som beviljas, så ser ämbetet positivt på att högskolan erbjuder studenter ersättning för merkostnader i samband med verksamhetsförlagd utbildning. SFS har i sin kartläggning av lärosätens riktlinjer och principer gällande ersättning för merkostnader vid verksamhetsförlagd utbildning funnit att vissa lärosäten och/eller vissa utbildningsprogram inom ett lärosäte har sådana riktlinjer eller principer, men inte alla. Det framkom även en stor variation mellan om och hur merkostnader ersattes vid verksamhetsförlagd utbildning. [541]

[538] Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning i primärvården – slutredovisning (2022:5).
[539] SOU 2024:9. Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning.
[540] Universitetskanslersämbetet (reg.nr 31-00449-16).
[541] Sveriges förenade studentkårer. Ingen student ska betala för sin examen (2020).

Främja att platser för verksamhetsförlagd utbildning fylls

Verksamhetsförlagd utbildning utgör, som ovan nämnt, inte sällan en flaskhals och ett hinder för lärosätenas utbyggnad av hälso- och sjukvårdsutbildningar. Rådet anser att studenters eventuella kostnader för att genomföra verksamhetsförlagd utbildning behöver tas bort, i syfte att stärka förutsättningarna för att platser långt från studie- eller bostadsorten kan tas i anspråk. Därför bedömer rådet att respektive lärosäte bör se över och besluta om principer för kostnadsneutralitet för studenterna vid verksamhetsförlagd utbildning. Sådana principer kan som sagt stimulera till ett ökat antal platser för verksamhetsförlagd utbildning samtidigt som studenterna kan genomföra utbildningen inom utsatt tid. Syftet är att uppnå och säkerställa kostnadsneutralitet för studenter, dvs. att verksamhetsförlagd utbildning på annan ort än studieorten eller studentens hemort inte ska medföra merkostnader i form av dubbla boendekostnaden eller resor. Detta för att främja att platser för verksamhetsförlagd utbildning fylls i hälso- och sjukvårdsverksamhet exempelvis på landsbygd och/eller i kommunal hälso- och sjukvård, vilket på sikt även kan bidra till en ökad möjlighet för rekrytering av framtida medarbetare. Mot denna bakgrund föreslår rådet att lärosäten bör ta fram principer för ersättning för studenters merkostnader i samband med verksamhetsförlagd utbildning i syfte att uppnå kostnadsneutralitet för studenterna.

5.5.5 Enhetlighet behövs kring vilka kliniska färdigheter en student bör ha

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

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

Examensbeskrivningen anger de krav som ska uppfyllas för examen i högskolan

Högskolor och universitet ansvarar för lärandemål, bedömningskriterier samt examination inom ramen för högskoleutbildningar. För varje examen i högskolan anges i en examensbeskrivning vilka krav som ska uppfyllas. Examensbeskrivningarna finns i bilaga 2 till högskoleförordningen (1993:100).

Oklara förväntningar på nylegitimerade

Inom ramen för rådets arbete har det framkommit att förväntningarna på vad en nylegitimerad medarbetare i hälso- och sjukvården ska kunna skiljer sig åt dels för att utbildningarnas innehåll varierar mellan lärosätena, dels för att

kraven i huvudmännens verksamheter skiljer sig åt. Huvudmännen tycker i vissa fall inte att de nyexaminerade har tillräckligt med kliniska kunskaper när de kommer ut i arbetslivet. Av Socialstyrelsens arbetsmarknadsenkät 2021 framgår t.ex. att 11 av 21 regioner och drygt en fjärdedel av kommunerna anser att grundutbildade sjuksköterskor är mindre väl eller dåligt förberedda för det kliniska arbetet.[542] Lärosätena har i stället inställningen att studenterna i första hand ska förberedas för ett livslångt lärande och vårdutveckling.[543]

Som framgår av avsnitt 5.5.4 regleras inte omfattningen av den verksamhetsförlagda delen av hälso- och sjukvårdsutbildningar (VFU) i examensmålen (förutom för vissa utbildningar). Omfattningen av VFU varierar därför mellan olika utbildningar och lärosäten, vilket innebär att studenternas kunskaper varierar vid examenstillfället.

Lärosäten som ger läkarutbildning i Sverige använder under VFU i dag konceptet EPA (Entrustable professional activities) för att tydliggöra vad studenterna förväntas kunna och för att stötta deras lärande av arbetsuppgifter en legitimerad läkare förväntas behärska (se nästföljande avsnitt).

Samverkan om lärandemål för klinisk praktik inom läkarutbildningen

I november 2018 beslutade riksdagen i enlighet med regeringens förslag att avskaffa läkarnas allmäntjänstgöring (AT) och att i stället införa en ny obligatorisk ettårig bastjänstgöring (BT)[544]. Reglerna om att införa bastjänstgöring för läkare trädde i kraft den 1 juli 2021[545]. Förändringar är kopplade till regeringsbeslutet i mars 2019 om en ny sexårig läkarutbildning med nya examensmål som ska ligga till grund för legitimation[546].

Eftersom läkarutbildningen blev legitimationsgrundande, ökade kraven både avseende tydlighet och omfattning av bedömningar för att säkerställa uppnådda mål. Läkarutbildningarna i Sverige arbetade tillsammans med att utforma en nationell modell för att under grundutbildningen träna och bedöma de aktiviteter som ingår i en läkares dagliga arbete och som läkaren ska klara med en definierad grad av självständighet första dagen som legitimerad läkare. Modellen kallas EPA (Entrustable Professional Activities, på svenska förtroendebaserade professionella aktiviteter) och den tydliggör också progressionen mot uppsatta mål under hela

[542] Socialstyrelsen. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2023 (2023).
[543] Se även bl.a. inslag på Sveriges Radios P1 Morgon den 8 november 2023, Håller sjuksköterskeutbildningen måttet? Hämtad 2023-12-20.
[544] Prop. 2017/18:274. Bastjänstgöring för läkare, Socialutskottets betänkande 2018/19:SoU5. riksdagsskrivelse 2018/19:50.
[545] Socialutskottets betänkande 2019/20: SoU22. Senarelagt införande av nationell läkemedelslista och bastjänstgöring för läkare, riksdagsskrivelse 2019/20:262.
[546] SFS 2019:161. Förordning om ändring i högskoleförordningen (1993:100).

läkarutbildningen. Modellen används internationellt på både grund- och specialistutbildningsnivå.[547]

Modellen baseras på en professionell aktivitet, något man utför, en observerbar arbetsuppgift, och begreppet EPA kan användas inom all professionsutbildning. Det kan t. ex. röra sig om att ”backa in en lastbil till en lastkaj” eller ”släcka en villabrand”. Det handlar om att ge ett förtroende att genomföra aktiviteten, som är så pass avancerad att den kräver både teoretisk och praktisk utbildning med kontinuerlig träning. För att förtroende ska kunna ges måste studenten således vara att lita på och ha genomfört en sådan aktivitet vid upprepade tillfällen utan att handledaren har behövt gripa in. Ordet professionell finns med eftersom aktiviteten enligt definitionen måste vara så speciell att den är professionsspecifik. Inom sjukvårdsutbildning måste aktiviteten dessutom kunna utföras patientsäkert.

En EPA ska, förutom att den är en del av väsentliga professionella arbetsuppgifter som kräver adekvata kunskaper, färdigheter och förhållningssätt, också vara kliniskt relevant och vanligt förekommande. Den ska vara observerbar, avgränsad i tid och kunna genomföras med olika grad av självständighet. För en given utbildningsnivå, t ex läkarstudent eller ST-läkare, definieras vilka professionella aktiviteter som ska tränas i olika situationer, med målet att senare klara av dessa självständigt utan handledare närvarande.[548]

Samtliga sju lärosäten i Sverige som erbjuder läkarutbildning har enats om tio EPA på grundnivå och på ST-nivå[549].

Liknande modeller som EPA finns för fler yrken

Liknande modeller som EPA-modellen finns för fler yrken. Vissa lärosäten som erbjuder ingenjörsutbildningar samarbetar inom ramen för ramverket CDIO (Conceive-Design-Implement-Operate) som används för att utveckla utbildningar. CDIO-ramverket består bl. a. av mål för de kunskaper, färdigheter och förmågor som förväntas för den roll som utbildningen syftar till och riktlinjer för hur ett utbildningsprogram bör utformas för att möjliggöra att studenterna når de uppsatta målen.[550]

Ytterligare ett exempel är Nationell klinisk slutexamination för sjuksköterskeexamen (NKSE). Syftet med NKSE är att pröva om studenten i slutet av termin sex har uppnått den kliniska kompetens som krävs hos en nyexaminerad sjuksköterska. Kunskapen i slutet av utbildningen bedöms på samma sätt för alla studenter oberoende av variationen mellan lärosätenas

[547] Läkartidningen. EPA – en modell för att träna och bedöma dagligt läkarjobb (19–20/2019)
[548] Ibid.
[549] Webbplatsen www.kliniskhandledning.se. Hämtad 2023-12-19.
[550] Linköping universitet. Tekniska fakultetens hemsida. Hämtad 2023-10-20.

olika utbildningsplaner. I dag är 15 av de 25 lärosäten som erbjuder sjuksköterskeprogrammet anslutna till NKSE.[551]

Enhetlighet tydliggör förväntningarna på kliniska kunskaper

Rådet bedömer att lärosäten, på liknande sätt som när det gäller läkarutbildningen, bör enas om vilka kliniska moment som studenterna inom en viss hälso- och sjukvårdsutbildning ska kunna genomföra efter genomgången utbildning, oberoende av vilket lärosäte som utfärdar examen. Ett sådant arbete bör genomföras i samverkan med huvudmännen i hälso- och sjukvården för att skapa en enhetlighet kring de kliniska färdigheter som en nyutexaminerad student bör ha. Arbetet bör ta sin utgångspunkt i examensmålen i högskoleförordningen (bilaga 2) och syftar till att tydliggöra målen för examen avseende kliniska färdigheter vid examenstillfället. Genom en beskrivning av förtroendebaserade professionella aktiviteter kan målen för kliniska bedömningar och progression tydliggöras[552]. Mot denna bakgrund föreslår rådet att lärosäten bör enas om de kliniska moment som en student inom en viss hälso- och sjukvårdsutbildning ska kunna genomföra efter genomgången utbildning, oberoende av vilket lärosäte som utfärdar examen[553].

5.6 Professorer och andra lärare vid universitet och högskolor

5.6.1 Förenade anställningar för fler yrkesgrupper



Förslag till insats: Universitet och högskolor, regioner och kommuner bör i större utsträckning inrätta förenade anställningar även för andra yrkesgrupper än specialistutbildade läkare och tandläkare.

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

Närmare om bestämmelser för förenade anställningar

Förenad anställning regleras i högskolelagen och högskoleförordningen och innebär att en anställning som professor eller lektor är förenad med en anställning vid en sjukvårdsenhet som är upplåten för medicinsk utbildning och forskning. Anställningar som kan kombineras med lärararanställning är specialistutbildad läkare, tandläkare eller en annan anställning än som läkare.[554] En högskola får besluta att en anställning som professor eller

[551] Nationell klinisk slutexaminations hemsida. Hämtad 2023-11-10.
[552] Läkartidningen 19–20/2019. EPA – en modell för att träna och bedöma dagligt läkarjobb.
[553] Se tidigare förslag från rådet: Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården (2023:3).
[554] 3 kap. 8 § i högskolelagen (1992:1434).

lektor vid högskolan ska vara förenad med en anställning vid en sjukvårdsenhet som är upplåten för medicinsk (inklusive odontologisk) utbildning och forskning[555].

Läkare utgör den största yrkesgruppen som innehar en förenad anställning, men under senare år har flera lärosäten infört förenade anställningar även för andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården, dock inte alla. Detta framgår av rådets promemoria, Förenade anställningar vid de medicinska fakulteterna 2018–2020.

Förenade anställningar för fler yrkesgrupper leder till ökad kvalitet i utbildning, forskning och hälso- och sjukvårdens verksamhet

Förenade anställningar är grundläggande såväl för utveckling av hälso- och sjukvården, för klinisk och vårdvetenskaplig forskning som för att professionsutbildningarna ska vara relevanta för samtiden och framtiden. Utan tillräckligt antal forskare och lärare med hög kompetens inom vårdprofessionerna kan inte grundutbildning, vidareutbildning och forskarutbildning drivas av tillräcklig omfattning och kvalitet för att kunna bygga basen för framtidens hälso- och sjukvård. Om även exempelvis sjuksköterskor, fysioterapeuter och andra relevanta yrkesgrupper skulle erbjudas förenade anställningar skulle alltså utbildning, forskning och hälso- och sjukvård gagnas. Mot denna bakgrund föreslår rådet att universitet och högskolor, regioner och kommuner bör i större utsträckning inrätta förenade anställningar även för andra yrkesgrupper än specialistutbildade läkare och tandläkare[556].

5.6.2 Förenade anställningar även för biträdande lektorer

Förslag till insats: Regeringen bör säkerställa att även biträdande lektorer omfattas av bestämmelserna om förenad anställning.

Förslag till uppföljning: Beslut av regering/riksdag.

Gällande bestämmelser

Gällande reglering redogjordes för i föregående avsnitt (5.6.1). Sedan förenade anställningar lagfästes har emellertid en ny anställningskategori i högskolan tillkommit i form av biträdande lektor. Den syftar till att den anställda ska ges möjlighet att meritera sig vetenskapligt och pedagogiskt

[555] 4 kap. 2 § högskoleförordningen (1993:100).
[556] Se tidigare förslag från rådet: Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården (2023:3) och Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården – slutrapport (2022:5).

för att sedan uppfylla kraven på behörighet för en tillsvidareanställning som lektor. En anställning som biträdande lektor uppfyller därmed i dag inte lagens krav för en förenad anställning.[557]

Förslag om ökad mobilitet tidigt i karriären har remitterats

En utredare har haft i uppdrag att biträda Utbildningsdepartementet med att se över eventuella hinder för mobilitet mellan högskolan och andra sektorer (U2022/02088). I uppdraget har bl.a. ingått att särskilt identifiera fungerande modeller och eventuella hinder för förenade anställningar. Utredningens förslag till ändringar för att öka mobiliteten tidigt i den akademiska karriären har remitterats. Utredningen föreslår bl.a. att förenade anställningar ska möjliggöras inom alla sektorer (t.ex. vård, skola och inom näringslivet) och även för biträdande lektorer eller en annan anställning som lärare.

Processen för lektorsanställning underlättas

För att lärosätena ska kunna tillgodose sina långsiktiga behov av kompetenta medarbetare som bidrar till verksamhetens kvalitet och framtida konkurrenskraft har rådet tidigare rekommenderat att även biträdande lektorer bör omfattas av bestämmelserna om förenad anställning[558]. Det ger medarbetare i hälso- och sjukvården möjlighet att tidigare i karriären få en tydlig koppling till högskolan och påskynda processen med att uppnå de krav som ställs för en lektorsanställning. Rådet föreslår därför att regeringen bör säkerställa att även biträdande lektorer omfattas av bestämmelserna om förenad anställning. Förslaget ligger i linje med förslaget i ovan nämnda promemoria om att förenade anställningar ska möjliggöras även för biträdande lektorer eller annan anställning som lärare. Som rådet anger i sitt remissvar över promemorian förutsätter förslagen avseende förenade anställningar dock att arbetsmarknadens parter kommer överens om arbetsvillkor, pension, m.m. Det är enligt rådet viktigt att det inte blir utrymme för lokala juridiska och arbetsrättsliga tolkningar som förhindrar samverkan och mobilitet mellan sektorer. Det kan därför behövas någon form av stöd och vägledning för berört lärosäte och berörd arbetsgivare att komma överens om villkor när nya och ovana aktörer ska hantera dessa frågor.

[557] Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården (2023:3).
[558] Se även tidigare förslag från rådet: Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården (2023:3) och Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården – slutrapport (2022:5).

5.6.3 Satsning på forskarskolor där forskningen är underdimensionerad

Förslag till insats: Regeringen bör säkerställa en långsiktig finansiering av forskarskolor med inriktningar mot särskilda områden där få har akademisk meritering och forskningen är underdimensionerad.

Förslag till uppföljning: Beslut av regering/riksdag.

Högre utbildning vilar på vetenskaplig grund

I 1 kap. 2 § högskolelagen (1992:1434) fastställs att utbildning på högskolenivå ska vila på vetenskaplig eller konstnärlig grund samt på beprövad erfarenhet. Tillträde till högskoleutbildning regleras i kapitel 7 i högskoleförordningen (1993:100). Där fastställs att lärosäten bara får anta så många doktorander som kan erbjudas handledning och godtagbara studievillkor. De måste även ha studiefinansiering, antingen genom att de anställs som doktorand eller genom någon annan form av studiefinansiering som kan säkras under hela utbildningen. Vidare fastställs att den sökande ska kunna ägna så stor del av sin tid åt utbildningen att den kan slutföras inom fyra år när det gäller licentiatexamen eller konstnärlig licentiatexamen och åtta år när det gäller doktorsexamen eller konstnärlig doktorsexamen.

Behörighet

För att bli antagen till utbildning på forskarnivå krävs det att den sökande har grundläggande behörighet och den särskilda behörighet som högskolan kan ha föreskrivit samt bedöms ha sådan förmåga i övrigt som behövs för att tillgodogöra sig utbildningen. Grundläggande behörighet har den som har avlagt en examen på avancerad nivå, fullgjort kursfordringar om minst 240 högskolepoäng, varav minst 60 högskolepoäng på avancerad nivå, eller på något annat sätt inom eller utom landet förvärvat i huvudsak motsvarande kunskaper. Högskolan får för en enskild sökande medge undantag från kravet på grundläggande behörighet, om det finns särskilda skäl. De krav på särskild behörighet som ställs ska vara helt nödvändiga för att studenten ska kunna tillgodogöra sig utbildningen.

Forskarskolor

De första forskarskolorna infördes i Sverige på 1980-talet och antalet har ökat kraftigt sedan 1990-talet. Det finns ingen bestämd definition av forskarskola eller vad en sådan bör innehålla. En forskarskola består dock oftast av samverkan inom eller mellan lärosäten över bredare områden eller inom ämnen för att möjliggöra kontakt mellan grupper av forskarstuderande och förstärkta handledarresurser. Övriga kännetecken kan vara en tydlig

men varierad organisation för samarbete om kurser och seminarier, mångvetenskaplighet och nätverk.[559]

I Universitetskanslersämbetets (UKÄ) utbildningsutvärderingar av forskarutbildning bedöms forskarskolor, oavsett forskningsämnesområde, som gynnsamma för utbildningens kvalitet utifrån tre aspekter:

- De fungerar som ett sätt att upprätthålla en kritisk massa för doktorander.
- De fungerar som ett sätt att stärka mindre ämnen som annars skulle riskera att absorberas av större närliggande miljöer på det egna lärosätet.
- De fungerar som ett effektivt sätt att upprätthålla ett relevant kursutbud.[560]

Vetenskapsrådet har vid olika tillfällen haft ansvar för att samordna och tilldela medel till universitet och högskolor för forskarskolor. I forskningspropositionen för 2021–2024 tillfördes medel för forskarskolor för bl.a. lärare på hälso- och sjukvårdsutbildningar. Satsningen syftar till att stärka forskningsanknytningen och uppnå högre kvalitet vid hälso- och sjukvårdsutbildningar, liksom att säkra kompetensförsörjningen av forskare på lärosätena. [561]

Målet för forskningspolitiken

Det övergripande målet för forskningspolitiken är att Sverige ska vara ett av världens främsta forsknings- och innovationsländer och en ledande kunskapsnation, där högkvalitativ forskning, högre utbildning och innovation leder till samhällets utveckling och välfärd, näringslivets konkurrenskraft och svarar mot de samhällsutmaningar vi står inför, både i Sverige och globalt[562]. Regeringen lyfte vidare i den Nationella Life-science strategin att det är angeläget att kliniska studier som bedrivs inom svensk hälso- och sjukvård håller hög kvalitet eftersom de är en grundläggande förutsättning för att resultaten av forskningen ska kunna bidra till innovation, implementeras och komma till nytta för vården och patienterna[563].

I den senaste forskningspropositionen, Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige (prop. 2020/21:60), framfördes att det är viktigt att det finns tillräckligt många med utbildning på forskarnivå för Sverige som kunskapsnation och för svensk konkurrenskraft. Tillgång till personer med utbildning på forskarnivå är också viktigt för högskolans egen kompetensförsörjning och för kvaliteten i den högre utbildningen.

[559] Universitetskanslersämbetet. Forskarutbildning i närbild – En tematisk sammanställning av resultat från utbildningsutvärderingar av forskarutbildning 2017–2022 (2023).
[560] Universitetskanslersämbetet. Forskarutbildning i närbild – En tematisk sammanställning av resultat från utbildningsutvärderingar av forskarutbildning 2017–2022 (2023).
[561] Prop. 2020/21:60. Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige.
[562] Ibid.
[563] Regeringskansliet. En nationell strategi för life science (2019).

Statliga forskningsmedel

Statligt finansierad forskning utförs till största del vid universitet och högskolor, men även företag, institut, offentlig sektor och andra organisationer är mottagare av statliga forsknings- och innovationsmedel. Lärosätenas direkta anslag för forskning och utbildning på forskarnivå uppgår till 50 procent av den statliga finansieringen och utgör basen för den forskning som bedrivs. Utöver den grundfinansiering som de direkta anslagen till lärosätena för forskning och utbildningar på forskarnivå utgör, söker forskarna medel från externa finansiärer för att finansiera sin forskning. Syftet med den externa statliga forsknings- och innovationsfinansieringen är att premiera excellens samt bidra till att lösa samhällsbehov. De största statliga forskningsfinansiärerna är Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte), Forskningsrådet för miljö, areella näringar och samhällsbyggande (Formas), Verket för innovationssystem (Vinnova) och Vetenskapsrådet. Utöver dessa finns även andra myndigheter som har i uppgift att finansiera forskning och innovation.[564]

Regeringen avsätter ibland även öronmärkta pengar till forskningsområden som bedöms som särskilt viktiga. Det är myndigheterna som ansvarar för att genomföra dessa riktade satsningar.[565]

Forskare och lärare saknas inom vård- och hälsovetenskap

Antalet doktorander uppgick hösten 2022 till 17 450, vilket är ungefär samma nivå som under de senaste fem åren. Flest doktorander finns inom medicin och hälsovetenskap och andelen har också ökat jämfört med för tio år sedan – från 32 procent av samtliga doktorander 2012 till 36 procent 2022. Sedan 2021 är kvinnorna fler än männen bland doktoranderna, även om skillnaderna är små. Högst andel kvinnor finns inom medicin och hälsovetenskap (62 procent 2022).[566]

Andelen i den svenska befolkningen som har påbörjat en forskarutbildning senast vid 30 års ålder har mer än halverats under de senaste 15 åren. Bland personer födda 1956 var andelen 0,9 procent. Andelen ökade sedan successivt till 1,6 procent för årskullarna som föddes 1975–1978. Därefter har andelen minskat stegvis fram till 2022 då andelen uppgick till 0,6 procent.[567] Enligt UKÄ:s analyser kan minskningen till viss del förklaras av äldre doktorandnybörjare. UKÄ kan inte ge något entydigt svar på frågan om de svenska studenternas intresse för forskarutbildningen har minskat. En förklaring till ett minskat intresse som UKÄ anger kan vara inkomsten efter examen. En forskarutbildning förefaller inte löna sig jämfört med att söka arbete direkt efter en examen på grundnivå eller avancerad nivå. En annan

[564] Kommittédirektiv. En effektiv organisation för statlig forskningsfinansiering (dir. 2022:85).
[565] Vetenskapsrådet. Svensk forskning i siffror (2018).
[566] Universitetskanslersämbetet. Universitet och högskolor – Årsrapport 2023.
[567] Ibid.

förklaring skulle kunna vara fler utländska sökande, men statistik om sökande till forskarutbildning saknas.[568]

UKÄ ser i sina analyser av forskarutbildningen varken någon brist eller överskott på forskarutbildade totalt sett. Däremot verkar det enligt myndigheten vara för få som utbildas inom vissa områden, exempelvis inom vårdområdet. Emellertid uppger lärosäten att det saknas forskare och lärare inom vissa ämnen som vård och hälsovetenskap samt lärarutbildningar.[569]

Forskarskolor för högre kvalitet i utbildningen och för att säkra kompetensförsörjningen av forskare

Satsningar på forskarskolor är ett bra sätt att stärka forskningskompetens och öka medverkan i forskning. Inom de områden i hälso- och sjukvården där få medarbetare har akademisk meritering och forskningen är underdimensionerad, t.ex. inom allmänmedicin, är sådana satsningar särskilt viktiga. Forskarskolan utgör i sig också en god grund för en framtida forskarkarriär och för tillväxt av lärare. Rådet föreslår därför att regeringen bör säkerställa en långsiktig finansiering för forskarskolor med inriktningar mot särskilda områden där få har akademisk meritering och forskningen är underdimensionerad[570].

[568] Universitetskanslersämbetet. Fokus forskarutbildning – Ny kunskap från UKÄ:s temaprojekt.
[569] Ibid.
[570] Se tidigare förslag från rådet: Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning inom primärvården - slutrapport (2022), Nationella vårdkompetensrådet. Kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården (2023) samt Nationella vårdkompetensrådet. Delredovisning inom uppdraget att ta fram förslag på en nationell plan för kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården (S2023/00256).

6. Konsekvenser

6.1 Övergripande konsekvenser

I enlighet med uppdraget ska ett förslag till en nationell plan tas fram för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. De förslag som lämnas inom uppdraget bedöms bidra till en förbättrad kompetensförsörjning, samt ge stöd till beslutsfattare att skapa ökade förutsättningar att systematiskt planera, utveckla och följa upp hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning på både kort och på lång sikt.

Konsekvenser av förslag gällande nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning

Rådet föreslår att regeringen ger Nationella vårdkompetensrådet i uppdrag att förankra och genomföra i samverkan förslaget till nationell plan för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning för perioden 2025–2028. Rådets förankring och genomförande av planen består i att stödja och driva på de berörda aktörernas arbete med planeringen av kompetensförsörjningen genom att följa upp de 25 insatserna som rådet föreslår i planen. De berörda aktörerna är kommuner, regioner, statliga myndigheter såsom universitet och högskolor, Socialstyrelsen, Universitetskanslersämbetet samt regeringen. Arbetet sker inom ramen för den samverkansarena som det nationella rådet utgör tillsammans med de sex regionala vårdkompetensråden. Planen föreslås gälla för perioden 2025–2028 för att skapa långsiktiga förutsättningar för planering. Uppföljningen av planen sker årligen i en rapport där rådet följer upp och redovisar hur de berörda aktörernas arbete med förslagen fortlöper utifrån de process- och effektmål som framgår av planen.

Rådet består av 14 arvoderade ledamöter som sammanträder sex gånger per år. Därutöver deltar ledamöterna i ett flertal möten med professionsföreträdare, dialogmöten och workshops mm. Till rådet hör ett kansli som är placerat på Socialstyrelsen. Rådskansliet ansvarar för att bereda och ta fram rådets samtliga underlag samt för att leda arbetet i samverkan med de sex regionala vårdkompetensråden. Uppdraget med att förankra och genomföra den nationella planen i samverkan bedöms medföra ökad arbetsbelastning såväl för rådets ledamöter som för rådskansliet. Rådet bedömer därför att Nationella vårdkompetensrådet bör tillföras ökade medel om 10 miljoner kronor per år.

Dialogfas inom samverkansarenan

Inom ramen för rådets arbete med planen kommer rådet under hösten 2024 och våren 2025 arbeta inom samverkansarenan och de sex regionala vårdkompetensråden föra dialog om frågor om vårdens efterfrågan av hälso-

och sjukvårdspersonal i förhållande till universitet och högskolors utbildningsuppdrag. Det kan handla om att förstå bättre hur vårdgivare planerar sin kompetensförsörjning i fråga om vilken personal som krävs utifrån beslutad budget. I fråga om utbildningsuppdraget kan det handla om att förstå mekanismer tydligare för hur fler kan utbildas inom respektive utbildning enligt beslutad budget. Rådet bedömer att medel för samordning av dialogmöten inom de sex regionala råden krävs för att skapa förankring och samsyn i frågor om vårdens kompetensförsörjning. Rådet bedömer att medel för genomförande av en dialogfas bör tillföras motsvarande 5 mnkr för 2024 och 5 mnkr för 2025.

Regionala vårdkompetensråd är en central del i arbetet med förankring och genomförandet av den nationella planen

De sex regionala vårdkompetensråden är en central del i arbetet med förankring och genomförandet av den nationella planen. Ledamöterna i de regionala vårdkompetensråden är oavlönade i dag och arbetar med uppdraget utöver befintligt arbete. En förutsättning för hållbarhet och uthållighet samt möjlighet att ge stöd i förankring och genomförande i samverkan är dock att medel behöver tillföras såväl kanslifunktioner som arvodering av ledamöter i de sex regionala vårdkompetensråden varför medel motsvarande 15 miljoner kronor behöver tillföras per år.

6.2 Konsekvenser av förslag på insatser gällande hälso- och sjukvårdens organisation, verksamhet och ledning

Det är regioner och kommuner i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvården som har det övergripande ansvaret för att verksamheterna har de förutsättningar som krävs för att bedriva en god och säker hälso- och sjukvård. I detta ansvar ingår att säkerställa att personalen har den kompetens som behövs för arbetsuppgifterna samt att tillse att det på ledningsnivå dels finns rätt kompetens, dels de förutsättningar som behövs för att kunna styra och leda verksamheten.[571] Rådet bedömer därför att de förslag på insatser som riktar sig till regioner och kommuner inom detta område kan komma att kräva viss omprioritering av resurser men i övrigt kostnadsneutrala för regioner och kommuner.

Ett nationellt ledarskapsprogram bidrar till en mer kunskapsbaserad ledarskapsutveckling

Rådet föreslår att regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att ta fram ett nationellt ledarskapsprogram för chefer inom hälso- och sjukvård och

tandvård. Ett välfungerande ledarskap är avgörande för att rekrytera och behålla medarbetare inom hälso- och sjukvården. En minskad personalomsättning leder till högre kontinuitet i det patientnära arbetet och en förbättrad arbetsmiljö kan attrahera fler medarbetare. Utformandet och genomförandet av ledarskapsprogram får ekonomiska konsekvenser för den myndighet som får uppdraget, varför regeringen bör tillföra medel i enlighet med ett sådant uppdrag.

Ledningssystem för att tydliggöra behov av resurser och bemanning som leder till förbättrad kompetensförsörjning

Rådet föreslår att kravet på ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska kompletteras med krav på att ledningssystemet ska vara certifierat av ett ackrediterat certifieringsorgan. Vårdgivarna har ansvar för att kvalitetssäkra och utveckla hälso- och sjukvårdsverksamheten fortlöpande[572]. Detta görs genom krav på ett för verksamheten anpassat ledningssystem[573]. Förslaget bedöms inte medföra några utökade ekonomiska konsekvenser vare sig för staten, huvudmän eller för vårdgivare eftersom kravet på ledningssystem är en del av nuvarande lagstiftning och därmed ingår i befintligt åtagande. De huvudmän och vårdgivare som inte har ett befintligt ledningssystem på plats i enlighet med föreskrivna krav kan behöva göra ekonomiska omprioriteringar i verksamheterna. Den nya kostnad som kan uppstå för ackreditering av ledningssystemet till ett certifieringsorgan bedöms inte få ökade ekonomiska konsekvenser utan snarare hämtas hem genom färre vårdskador och minskade kostnader för nyanställningar av personal genom att kravet på certifierat ledningssystem bedöms leda till en bättre planering av hälso – och sjukvårdens kompetensförsörjningen, vilket innebär minskade kostnader på sikt för huvudmän och vårdgivare.

Socialstyrelsen föreslås komplettera föreskriften 2011:9 med bestämmelser om planering och uppföljning av kompetensförsörjning och kompetensutveckling i hälso- och sjukvården. För att förslaget ska kunna genomföras och för att de ackrediterade certifieringsorganen ska kunna börja certifiera vårdgivare, behöver Socialstyrelsen, såsom föreskrivande myndighet, ta fram föreskrifter för vårdgivare som ska omfattas av regleringen. Föreskrifterna kommer bl.a. att innehålla de preciserade krav som ska gälla för certifiering av vårdgivare och vad som ska krävas i fråga om kunskap och erfarenhet. Uppdraget bedöms ingå i myndighetens förvaltningsanslag och medför därmed inga ökade kostnader. Enligt vad som redovisas bedömde Socialstyrelsen i utredningen som föregick införandet av föreskriften 2011:9 att ett minimikrav för att en verksamhet ska kunna anses vara kvalitetssäkrad är att verksamheten uppfyller de krav och mål som ställs på den i lagar och andra föreskrifter. Myndigheten uttalade emellertid

[572] 5 kap. 4 § HSL.
[573] SOSFS 2011:9 om ledningssystem och kvalitetsarbete.

att ingenting hindrar att verksamheterna väljer att själva ställa högre krav, såsom att sätta egna ytterligare egna mål eller följa andra krav som t.ex. framgår av standarder så länge dessa inte går emot krav och mål i lagstiftningen. Socialstyrelsen konstaterade i ovan nämnda utredningen att vissa verksamheter har kommit långt. T.ex. har en del verksamheter skapat ledningssystem och därefter låtit verksamheten bli certifierad mot standarder som ISO. För andra verksamheter är dock arbetet med lednings- och kvalitetssystem ännu i en uppbyggnadsfas.

Swedac får som ackrediteringsmyndighet en ny uppgift att ackreditera certifieringsorgan på området. Konsekvenserna för Swedac beror på vilka kompletterande krav som Socialstyrelsen kommer att ställa i sina föreskrifter. Kostnaden för Swedac att ackreditera certifieringsorgan för nya områden finansieras av avgifter som tas ut av de certifieringsorgan som ackrediterar sig.

6.3 Konsekvenser av förslag på insatser gällande personal inom hälso- och sjukvården

Rådet bedömer att samtliga förslag på insatser som vänder sig till regioner, kommuner och lärosäten ryms inom befintligt ansvar för personalens arbetsmiljö, kompetens- och karriärutveckling samt andra förutsättningar för att personalen vill arbeta kvar i verksamheten. Förslagen bedöms därmed vara kostnadsneutrala för staten. När det gäller förslaget om insatsen om en översyn av möjligheterna till nationell samordning av systematisk och fortlöpande fortbildning för vårdens professioner har regeringen i oktober 2023 tillsatt en särskild utredare i syfte att bl.a. kartlägga befintliga möjligheter och vägar till vidareutbildning för reglerade yrkesgrupper[574]. Rådet avvaktar redovisningen som ska ske senast den 30 mars 2025.

Informationsinsats för att främja rekryteringen

Rådet föreslår att regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att genomföra en nationell informationsinsats som visar på värdet av och innebörden av olika yrkesroller i hälso- och sjukvården. Den demografiska utvecklingen medför att det råder hård konkurrens om den tillgängliga arbetskraften. För att hälso- och sjukvården ska stå sig i konkurrensen behöver flera åtgärder vidtas för att attrahera fler medarbetare. Enligt undersökningar är ungdomar intresserade av välfärdsyrken men det framkommer också att de efterfrågar mer information om vad olika yrken innebär. Att attrahera fler till hälso- och sjukvårdsutbildningar och vårdyrken kräver insatser på flera samhällsnivåer. Kompetensförsörjningen till hälso- och sjukvården är ett gemensamt ansvar och en nationell

[574] Kommittédirektiv. Behörighet och yrkesreglering inom hälso- och sjukvård och tandvård (Dir. 2023:148).

informationsinsats som berörda aktörer samlat står bakom, skulle kunna bidra till att stärka den framtida kompetensförsörjningen och bredda rekryteringen till fler målgrupper. Lämplig myndighet bör därför få i uppdrag att genomföra en nationell informationsinsats i bred samverkan med regioner, kommuner, lärosäten och andra berörda aktörer. Inom ramen för uppdraget kan behov finnas av att även anlita särskild kompetens och erfarenhet av nationella informationsinsatser och regeringen bör därför tillföra myndigheten medel för uppdraget i enlighet med dessa förutsättningar.

6.4 Konsekvenser av förslag på insatser gällande universitet och högskolors verksamhet

Rådets förslag på insats inom detta område riktar sig till regeringen vilket också föranleder kostnader för staten.

VULF-avtal bör tecknas mellan staten och regioner för vissa hälso- och sjukvårdsutbildningar

Rådet föreslår att regeringen bör säkerställa att VULF-avtal införs för vissa hälso- och sjukvårdsutbildningar i högskolan. VULF-avtal kan främja kompetensförsörjningen genom att stärka förutsättningarna för verksamhetsförlagd utbildning och säkerställa forskningsmedel för exempelvis den vårdvetenskapliga forskningen. Målsättning med VULF-avtalet är att skapa bättre förutsättningar för både staten och regioner i fråga om förutsättningar till forskning och ökad kvalitet i verksamhetsförlagd utbildning. Regeringen har under våren 2024 gett Socialstyrelsen i uppdrag att betala ut statsbidrag till regioner och kommuner för utökad verksamhetsförlagd utbildning i syfte att bl.a. stimulera utökningen av antalet VFU-veckor (S2022/02783 och S2023/00489) i enlighet med vad som framgår av överenskommelserna mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner om God och nära vård 2022 och 2023[575]. Rådet bedömer att VULF-avtal bör omfatta fler än bara sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor. En initial satsning på forskningsmedel inom ett VULF-avtal för sjuksköterskor skulle medföra kostnader motsvarande 150 miljoner kronor per år.

[575] S2024/00806.

6.5 Konsekvenser av förslag på insatser gällande utbildning och forskning vid universitet och högskolor

Rådet bedömer att samverkan mellan universitet och högskolor sinsemellan, liksom samverkan mellan lärosäten och huvudmän, i enlighet med rådets förslag på insatser faller inom respektive aktörs ansvarsområde och genererar således ingen ökad kostnad för staten.

Medel för att samordna vissa hälso- och sjukvårdsutbildningar med få studenter

Rådet föreslår att regeringen bör tillföra medel för att stimulera universitet och högskolor att samordna vissa hälso- och sjukvårdsutbildningar med få studenter. För att få bärkraft i att anordna hälso- och sjukvårdsutbildningar med lågt söktryck och som är samhällsviktiga bör flera lärosäten samverka kring en utbildning. På så sätt kan en utbildning få fler studenter och därmed bli möjlig att genomföra ekonomiskt eftersom lärosätena inom ramen för en sådan samverkan kan dela på kostnaderna för att anordna utbildningen. De lärosäten som har examenstillstånd för den specifika utbildningen som berörs av förslaget bör delta i samverkan. Utbildningen bör finansieras på sedvanligt vis inom ramen för respektive lärosätes anslag för utbildning men det lärosäte som får samordningsansvar bör få ersättning från staten för detta ansvar. För samordningsansvaret bör regeringen anvisa två miljoner kronor årligen per samordnande lärosäte under tre år.

Översyn av regelverket för specialistsjuksköterska

Rådet föreslår att regeringen bör göra en översyn av regelverket för antagning till specialistsjuksköterskeutbildning. Vissa regler i antagningssystemet är oförenliga med de behov som finns för att anta specialistsjuksköterskestudenter som har en betald utbildning via arbetsgivaren. De nuvarande reglerna för antagning förhindrar lärosätenas planering och dimensionering av utbildning, då de inte sällan står med tomma platser eftersom blivande studenter inte påbörjar utbildningen. Givet behovet av specialistutbildade sjuksköterskor i hälso- och sjukvården behöver åtgärder vidtas som möjliggör för studenter med betald utbildning från arbetsgivaren att genomföra en specialistsjuksköterskeutbildning. Medel bör tillföras i enlighet med ett sådant uppdrag.

Stöd till ökad genomströmning och kvalitet i VFU

Rådet föreslår att regeringen bör ge långsiktig finansiering till projektet för webbplatsen kliniskhandledning.se, som bör breddas till fler vårdprofessioner än för läkare. Genom en långsiktig finansiering av kliniskhandledning.se, med breddning till att omfatta fler vårdprofessioner än för läkare, och ett fortsatt nära samarbete mellan lärosäte och

vårdhuvudmän, skulle förutsättningarna för nationell samverkan förbättras kring den kliniska handledningen som sker i vården. På så sätt kan de stöd som efterfrågas på olika nivåer inom regioner och kommuner utvecklas för att kunna ge handledning med hög kvalitet och tillräcklig kvantitet för de olika professionsutbildningarna. Rådet föreslår att regeringen tillför tre miljoner kronor årligen under tre år för att utveckla webbplatsen kliniskhandledning.se.

6.6 Konsekvenser av förslag på insatser gällande professorer och andra lärare vid universitet och högskolor

Förenade anställningar även för biträdande lektorer

Rådet föreslår att regeringen bör säkerställa att även biträdande lektorer omfattas av bestämmelserna om förenad anställning. Rådet bedömer att förslaget är kostnadsneutralt för staten. Ingen ny uppgift tillkommer för universitet och högskolor. Motsvarande förslag har remitterats i en promemoria från Utbildningsdepartementet i februari 2024 [576].

Långsiktig finansiering av forskorskolor där forskningen är underdimensionerad

Rådet föreslår att regeringen bör säkerställa en långsiktig finansiering av forskarskolor med inriktningar mot särskilda områden där få har akademisk meritering och forskningen är underdimensionerad. Satsningar på forskarskolor är ett bra sätt att stärka forskningskompetens och öka medverkan i forskning. Forskarskolan utgör i sig också en god grund för en framtida forskarkarriär och för tillväxt av lärare. Rådet föreslår att regeringen avsätter 20 miljoner kronor årligen under tre år inom ramen för kommande forskningspolitiska proposition.

[576] Utbildningsdepartementet. Förslag till ändringar för att öka mobiliteten tidigt i den akademiska karriären (U2024/00229).

7. Referenser

AFA Försäkring (2023). Sjukfrånvaro med psykisk diagnos.

Andersen, L. B., Bjørnholt, B., Bro, L. L., & Holm-Petersen, C. (2018).

Achieving High Quality Through Transformational Leadership: A Qualitative Multilevel Analysis of Transformational Leadership and Perceived Professional Quality. Public Personnel Management.

Anell, A (2020). Vården är värd en bättre styrning. Forskningsrapport. SNS förlag. Arbetsmiljöverket (2018). Arbetsmiljölagen med kommentarer.

Arbetsmiljöverket (2022:2). Arbetsmiljön 2021 – Arbetsmiljöstatistik.

Arbetsmiljöverket (2022/009462). Föreläggande; 2022/009462–11 - föreläggande med vite i ärende.

Arbetsmiljöverket och Myndigheten för arbetsmiljökunskap (2021). Friskfaktorer som kan mätas och följas över tid.

Axelsson, E (2011). Patientsäkerhet och kvalitetssäkring i svensk sjukvård. En medicinrättslig studie. Iustis förlag AB, Uppsala 2011.

Bergstedt, E, Sandman, L & Nedlund, A. Consolidating political leadership in healthcare: a mediating institution for priority-setting as a political strategy in a local health system. Health Economics, Policy and Law. doi:10.1017/S1744133124000021.

Björk, L & Tengblad, S. (2023) Tillförlitlig styrning och organisering av välfärden. Forskningsrapport. SNS förlag.

Dellve, L & Håkansson, H. Hur påverkar lednings- och samarbetsförhållanden över organisationsnivåer personalomsättning över tid? Socialmedicinsk tidskrift (1/2020).

E-hälsomyndigheten (2023). Förslag till färdplan för genomförandet av en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården (Slutredovisning S2023/02108).

Försäkringskassan (2023). Psykisk ohälsa i dagens arbetsliv - Försäkringskassans lägesrapport.

Gulick L, et al. (1937) Papers on the Science of Administration. New York: Institute of Public Administration, Columbia University.

Inspektionen för vård och omsorg (2018-8). Vad har IVO sett 2017? De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 2017.

Inspektionen för vård och omsorg (2023–02). Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen.

Institutet för stressmedicin & Västra Götalandsregionen (2023). Leda lagom många. En kunskapssammanställning om betydelsen av antalet medarbetare per chef.

Jämställdhetsmyndigheten (2023:7). Breddad rekrytering.

Jämställdhetsmyndigheten (2023:8). Analys av den könssegregerade arbetsmarknaden.

Jämställdhetsmyndigheten (2023:11). Så skall fler välja jobb i välfärden – Förslag för att motverka könsbundna yrkes- och studieval.

Kairos Future (2019). Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning i framtiden – en scenarioanalys fram emot 2040.

Ledarna (2019). Lönlöst att få det att fungera? Illegitima arbetsuppgifter, personalansvar och lön i kvinno- och mansdominerade arbetsområden.
Läkemedelsverket (2023). Vägledning rörande användning av artificiell intelligens i svensk sjukvård.

Läkartidningen (2014). Läkarförbundet: Råden om verksamhetschefens ansvar bör utvecklas, inte avskaffas. 2014,111:C9SF.

Läkartidningen (2018). Stabsläge på Karolinska i Huddinge. 2018:115 E4FH.

Läkartidningen (2019/19–20). EPA – en modell för att träna och bedöma dagligt läkarjobb.

Läkartidningen (2022/1-3). Nya nav ska ta AI till vårdgolvet.

Läkemedelsverket (2023). Vägledning rörande användning av artificiell intelligens i svensk sjukvård.

Myndigheten för arbetsmiljökunskap (2023). Arbetsmiljörisker och friskfaktorer inom hälso- och sjukvården – en intervjustudie med nyckelaktörer.

Myndigheten för arbetsmiljökunskap (2023:7). Interventioner för god psykosocial hälsa inom hälso- och sjukvården.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017:7). Visa vägen i vården – ledarskap för stärkt utvecklingskraft.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2019:3). Åt samma håll - Nationella insatser för stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021:3). Läget för ledarna - Förutsättningar för ledarskapsutveckling i kommunal vård och omsorg

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (PM 2021:5). Genvägen till ökad precision - En framåtblickande analys av precisionsmedicin i hälso- och sjukvården.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (PM 2022:3). Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022. Indikatorer på kvalitet, jämlikhet och effektivitet.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023:2). Ordnat för omställning.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023). I tid och otid. En fördjupningsstudie av bemanningen inom förlossningsvården.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024). Analysplan.

Nationella vårdkompetensrådet (PM 2021:10). Förenade anställningar vid de medicinska fakulteterna 2018–2020.

Nationella vårdkompetensrådet (2022:2). Pandemin och kompetensförsörjningen, del 2.

Nationella vårdkompetensrådet (2021:2). Statistikbaserade flödesbeskrivningar för yrkesgruppen läkare.

Nationella vårdkompetensrådet (2021:19). Statistikbaserade flödesbeskrivningar för yrkesgruppen biomedicinska analytiker.

Nationella vårdkompetensrådet (PM 2022:1). Tre rekommendationer för att underlätta införandet av BT parallellt med AT.

Nationella vårdkompetensrådet (PM 2023:1). En vägledning för framtagandet av avtal mellan huvudmännen om den verksamhetsförlagda utbildningen.

Nationella vårdkompetensrådet (PM 2023:2). Avancerad specialistsjuksköterska – en möjlighet att stärka kompetensen kring patienter med komplexa vårdbehov, med inriktning mot nära vård.

Nationella vårdkompetensrådet (2023:3). Kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården.

Prioriteringscentrum (2007:1) Linköpings universitet. Carlsson, P., et al. Nationell modell för öppna vertikala prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård.

Prioriteringscentrum (2023:2). Linköpings universitet. Nationell expertgrupp för horisontella prioriteringar. Förslag till modell för horisontell prioritering inom hälso- och sjukvård.

Regeringen. Uppdrag om samverkan kring kompetensförsörjningsfrågor i hälso- och sjukvården (S2016/04992 (delvis)).

Regeringen. Uppdrag att förbereda inrättandet av ett nationellt råd för kompetensförsörjning av personal inom hälso- och sjukvården (S2019/03995/FS).

Regeringen. Uppdrag att inhämta och sammanställa kunskap om arbetsmiljörisker och friskfaktorer bland hälso- och sjukvårdspersonal (S2021/06572).

Regeringen. Ändring av uppdraget att fördela och betala ut medel för att öka antalet tjänster för allmäntjänstgöring (S2023/00678).

Regeringskansliet (2019). En nationell strategi för life science. Artikelnummer: N2019.06.

Regeringskansliet. Samordnare för en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården. Dir. 2023:177.

Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Sveriges Kommuner och Regioner. God och nära vård 2024. En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Sveriges Kommuner och Regioner. Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2024. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

Regeringskansliet (Socialdepartementet) och Sveriges Kommuner och Regioner. En personcentrerad, tillgänglig och jämlik mödrahälsovård och förlossningsvård

samt förstärkta insatser för kvinnors hälsa 2024. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

Regeringskansliet. Uppdrag att förbereda inrättandet av ett nationellt råd för kompetensförsörjning av personal inom hälso- och sjukvården (S2019/03995/FS).

Regleringsbrev för budgetåren 2013–2024 avseende universitet och högskolor. Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende Vetenskapsrådet.

Regleringsbrev för budgetåren 2021–2023 avseende Socialstyrelsen.

Regleringsbrev för budgetåret 2022 avseende Universitetskanslersämbetet samt ändring av regleringsbrev för budgetåret 2022 avseende Universitetskanslersämbetet (2022-06-30).

Riksrevisionen (2004:9). Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård.

Riksrevisionen (2012:4). Att styra självständiga lärosäten.

Riksrevisionen (2021:1). Riktade utbyggnadsuppdrag till universitet och högskolor – regeringens styrning genom utformning och uppföljning.

Sobona (2022). Det bästa av två världar - Morgondagens medarbetare i kommunala företag.

Socialstyrelsens utredning inför införandet av SOSFS 2011:9.

Socialstyrelsen (2014). Sveriges Läkarförbunds svar på remissen Förslag om upphävande av Socialstyrelsens allmänna råd om verksamhetschef inom hälso- och sjukvård. Dnr 42019/2014–1.

Socialstyrelsen (2014). Sammanställning av remissvar avseende upphävande av allmänna råd (SOSFS 1997:8) om verksamhetschef. Dnr 42019/2014–16.

Socialstyrelsen (2014). Vårdförbundets svar på remissen Förslag om upphävande av Socialstyrelsens allmänna råd om verksamhetschef inom hälso-och sjukvård. Dnr 42019/2014–9.

Socialstyrelsen (2016). Nationell ledarskapsutbildning för äldreomsorgens chefer – Slutrapport.

Socialstyrelsen (2019). Digitala vårdtjänster och artificiell intelligens i hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen (2019). Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – Förstudie.

Socialstyrelsen (2020). Agera för säker vård - Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024.

Socialstyrelsen (2020). Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – Förstudie.

Socialstyrelsen (2021). Förutsättningar och stöd för första linjens chefer -Kartläggning av första linjens chefer i äldreomsorgen.

Socialstyrelsen (2021). Kompetensförsörjning och patientsäkerhet.

Socialstyrelsen (2022). Kartläggning av datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet – slutrapport.

Socialstyrelsen (2022). Nationella planeringsstödet.

Socialstyrelsen (2022). Nationella riktlinjer för tandvård.

Socialstyrelsen (2022). Projektdirektiv - Joint Action Primary Care. Diarienummer 3.6-756/2022 -1.

Socialstyrelsen (2022). Vård och omsorg för äldre. Lägesrapport 2022.

Socialstyrelsen (2023). Införa en gräns för antal anställda och utbildningskrav för första linjens chefer i äldreomsorgen - Bedömningar och analyser av fördelar och nackdelar.

Socialstyrelsen (2023). Insatser under 2022 för att främja omställningen.

Socialstyrelsen (2023). Kvalitetsdeklaration – Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2022 samt arbetsmarknadsstatus 2021.

Socialstyrelsen (2023). Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård – Lägesrapport. 2023.

Socialstyrelsen (2023). Utvärdering av universitetssjukvård inom ALF-avtalet 2018–2021. Uppföljning av klinisk forskning, läkarutbildning och hälso- och sjukvårdens utveckling – miniminivåer och kvalitetsutveckling.

Socialstyrelsen (2023). Yrkesutövning bland olika generationer av legitimerad tandvårdspersonal.

Socialstyrelsen (2023). Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2023.

Socialstyrelsen (2024). Nationella planeringsstödet 2024.

Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet (2022:3). Kompetensförsörjning inom primärvården – delredovisning.

Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet (2022:5). Kompetensförsörjning inom primärvården – slutrapport.

Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet (2019:16). Framtidens vårdkompetens – Stärkt samverkan för att möta hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsbehov.

SOU 2008:7. Världsklass! Åtgärdsplan för den kliniska forskningen.

SOU 2015:92. Utvecklad ledning av universitet och högskolor.

SOU 2017:21. Läs mig! Nationell kvalitetsplan för vård och omsorg för äldre personer.

SOU 2018:39. God och nära vård.

SOU 2018:47. Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn.

SOU 2018:55. Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv.

SOU 2018:77. Framtidens specialistsjuksköterska. Ny roll, nya möjligheter.

SOU 2019:6. En långsiktig, samordnad och dialogbaserad styrning av högskolan.

SOU 2019:42. Digifysiskt vårdval - Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet.

SOU 2020:80. Coronakommissionen. Äldreomsorgen under pandemin.

SOU 2021:52. Vilja välja vård och omsorg - En hållbar kompetensförsörjning inom vård och omsorg om äldre.

SOU 2021:8. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa, Vol. 1.

SOU 2021:89. Sverige under pandemin, volym 1 och 2.

SOU 2022:35. Tryggare i vårdyrket – en översyn av vissa frågor inom utbildning till sjuksköterska och barnmorska.

SOU 2022:41. Nästa steg. Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre.

SOU 2022:45. Steg framåt, med arbetsmiljön i fokus.

SOU 2024:1. Ett starkare skydd för offentliganställda mot våld, hot och trakasserier.

SOU 2024:9. Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning – långsiktiga åtgärder för sjuksköterskeprogrammen.

Statens medicinsk-etiska råd (2020). Kort om Artificiell intelligens i hälso- och sjukvården.

Statistiska centralbyrån (2021). Trender och Prognoser 2020. Befolkning, utbildning, arbetsmarknad – med sikte på år 2035.

Statistiska centralbyrån (2021). Den framtida befolkningen i Sveriges län och kommuner 2021–2040.

Statistiska centralbyrån (2022). På tal om kvinnor och män.

Statistiska centralbyrån (2023:2). Sveriges framtida befolkning 2023–2070.

Statistiska centralbyrån (2024). Trender och Prognoser 2023. Befolkning, utbildning, arbetsmarknad – Med sikte på år 2040.

Svenska Läkaresällskapet (2023). Rapport från arbetsgruppen för Kloka Kliniska Val.

Svensk sjuksköterskeförening (2019). Strategi för sjuksköterskors arbete med e-hälsa.

Svensk standard. SS-EN 15224. Ledningssystem för kvalitet–EN ISO 9001:2015 för hälso- och sjukvården.

Sveriges förenade studentkårer (2020). Ingen student ska betala för sin examen.

Sveriges Kommuner och Regioner (2019). Planeringsunderlag avseende specialisttandvårdens utveckling 2019–2027. Diarienummer 19/01659.

Sveriges Kommuner och Regioner (2020). Checklista för regional analys avseende vårdförlopp - Ett praktiskt stöd vid regionernas analys och fastställande av personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp.

Sveriges Kommuner och Regioner (2020). Utveckla arbetssätten – strategier för att använda kompetens rätt i hälso- och sjukvården.

Sveriges Kommuner och Regioner (2022). Välfärdens kompetensförsörjning. Personalprognos 2021–2031 och hur välfärden kan möta kompetensutmaningen.

Sveriges Kommuner och Regioner (2023). Unga och välfärdsjobben - Intresse, attityder och tankar kring jobben i kommuner och regioner.
Sveriges Kommuner och Regioner (2023). Ekonomirapporten oktober 2023.

Sveriges Läkarförbund (2022). Utbildningsregioner– regioner med ett särskilt utbildningsuppdrag.

Sveriges Läkarförbund (2023). Förutsättningar för fortbildning saknas–En rapport om läkarnas möjligheter till fortbildning från Sveriges läkarförbund.

Sveriges Tandläkarförbund (2023). Tandvård för framtidens orala hälsa–Sveriges Tandläkarförbunds inspel till regeringens forsknings- och innovationspolitik.

Szebehely, M. (2020) Underlagsrapport, Internationella erfarenheter av covid-19 i äldreboenden.

Tillväxtverket (2023). Tillstånd och trender för regional tillväxt 2022.

Universitetskanslersämbetet. Marie Cederschiöld högskolas begäran om förhandsbesked angående urval vid antagning till specialistsjuksköterskeprogram och barnmorskeprogram (reg.nr 33-00561-21).

Universitetskanslersämbetet, reg.nr 31-00449-16.

Universitetskanslersämbetet (2015). Dimensionering av högre utbildning.

Universitetskanslersämbetet (2021). Fokus forskarutbildning – Ny kunskap från UKÄ:s temaprojekt.

Universitetskanslersämbetet (2021). Universitet och högskolor. Årsrapport 2021.

Universitetskanslersämbetet (2022). Etablering på arbetsmarknaden för personer som kompletterat utländsk examen.

Universitetskanslersämbetet (2022). Uppföljning av mål för antal examina. Delredovisning 1 (dnr 111-00276-22).

Universitetskanslersämbetet (2023). Forskarutbildning i närbild–En tematisk sammanställning av resultat från utbildningsutvärderingar av forskarutbildning 2017–2022.

Universitetskanslersämbetet (2023). Universitet och högskolor–Årsrapport 2023.

Universitetskanslersämbetet (2024). Mål för antal examina 2021–2024. Redovisning av ett regeringsuppdrag.

Universitetskanslersämbetet och Statistiska centralbyrån. Genomströmning på grundnivå och avancerad nivå till och med 2019/20 (UF 20 SM 2103).

Uppsala Kommun (2021-12-15). Kommunstyrelsens protokoll.

WHO (2022). Health and care workforce in Europe: time to act.

WHO (2023). Framework for action on the health and care workforce in the WHO.

European Region 2023–2030 (EUR/RC73/8).

Vetenskapsrådet (2018). Svensk forskning i siffror.

Vetenskapsrådet (2023). Utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet vid de regioner som omfattas av ALF-avtalet–2023 års utvärderingsrapport.

Västra Götalandsregionen (2019). Universitetssjukvårdsenheter–(USVE) på Sahlgrenska Universitetssjukhuset och i Västra Götalandsregionen. Dnr SU 2019–05845.

Vision (2016). Chefer i välfärdens tjänst–En forskningsrapport om hur personalgruppens storlek påverkar kvalitet och hälsa.

Västra Götalandsregionen (2022). Betydelsen av antalet medarbetare per chef - En kunskapssammanställning. Del I och II.

Propositioner och övriga skrivelser

Bet. 1996/97:60. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Bet. 1997/98:SoU22. Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Bet. 2005/06:SoU10. Legitimation och skyddad yrkestitel.

Bet. 2011/12:UbU1. Utgiftsområde 16 Utbildning och universitetsforskning.

Bet. 2018/19: SoU5 Bastjänstgöring för läkare.

Bet. 2019/20: SoU22. Senarelagt införande av nationell läkemedelslista och bastjänstgöring för läkare.

Kommittédirektiv 2007:39. Utredning av den kliniska forskningens behov och villkor samt förslag till åtgärdsplan.

Kommittédirektiv 2011:25. Stärkt ställning för patienten genom en ny patientlagstiftning.

Kommittédirektiv 2012:113. Tilläggsdirektiv till Utredningen om stärkt ställning för patienten genom en ny patientlagstiftning.

Kommittédirektiv 2022:85. En effektiv organisation för statlig forskningsfinansiering.

Kommittédirektiv 2023:148. Behörighet och yrkesreglering inom hälso- och sjukvård och tandvård.

Kommittédirektiv 2023:177. Samordnare för en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården.

2020/21:FiU46. Ändringar i statens budget för 2021 – Stöd till äldreomsorgen med anledning av coronaviruset.

Prop. 1992/93:1. Universitet och högskolor. Frihet för kvalitet.

Prop. 1992/93: 169. Högre utbildning för ökad kompetens.

Prop. 1995/96:176. Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården.

Prop. 1996/97:60. Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Prop. 1997/98:109. Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Prop. 2000/01:71. Nytt huvudmannaskap för vårdhögskoleutbildningar.

Prop. 2001/02:15. Den öppna högskolan.

Prop. 2005/06:43. Legitimation och skyddad yrkestitel.

Prop. 2005/06:148. Vissa frågor om vuxnas lärande, m.m.

Prop. 2009/10:80. En reformerad grundlag.

Prop. 2009/2010:210. Patientsäkerhet och tillsyn.

Prop. 2011/12:1. Budgetpropositionen för 2021.

Prop. 2016/17:43. En ny hälso- och sjukvårdslag.

Prop. 2017/18:138. Legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer.

Prop. 2017/18:274. Bastjänstgöring för läkare

Prop. 2019/20:164. Inriktningen för en nära och tillgänglig vård - en primärvårdsreform.

Prop. 2019/20:164. Inriktningen för en nära och tillgänglig vård.

Prop. 2020/21:60. Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige.

Prop. 2020/21:175. Stärkt kompetens i vård och omsorg – reglering av undersköterskeyrket.

Prop. 2023/24:1. Budgetpropositionen för 2024.

Riksdagsskrivelse. 2011/12:98.

Riksdagsskrivelse 2018/19:50.

Riksdagsskrivelse 2019/20:262.

Utbildningsdepartementet. Förslag till ändringar för att öka mobiliteten tidigt i den akademiska karriären (U2024/00229).

Reglering

Arbetsmiljölag (1977:1160).

Arbetsmiljöverkets föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4).

Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80).

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).

Högskoleförordning (1993:100).

Högskolelag (1992:1434).

Kungörelse (1974:152) om beslutad ny regeringsform.

Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk tvångsvård.

Lag (1998:531) om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område.

Lag (2010:1408) om ändring i regeringsformen.

Lag (2016:145) om erkännande av yrkeskvalifikationer.

Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.

Förordningen (2021:1252) med instruktion för Styrelsen för ackreditering och teknisk kontroll.

Förordning om ändring i högskoleförordningen (1993:100). SFS-nummer 2019:161.

Förordning (2023:609) om statsbidrag till kommuner för att säkerställa en god omsorg och hälso- och sjukvård för äldre personer.

Organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4).

Patientskadelag (1996:779).

Patientsäkerhetslag (2010:659).

Smittskyddslagen (2004:168).

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOFS 2011:9).

Socialstyrelsens föreskrifter (2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete (HSLF 2017:40).

Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS 2015:3) Upphävande av allmänna råden (SOSFS 1997:8) Verksamhetschef inom hälso- och sjukvård.

Systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1)

Tandvårdslag (1985:125).

Internetkällor

Arbetsmiljöverket. Politikers arbetsmiljöansvar. Hämtad 2023-11-24 från https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/arbetsgivarens-ansvar-for-arbetsmiljon/politikers-arbetsmiljoansvar/.

Arbetsmiljöverket. Huvudsakliga risker inom hälso- och sjukvården. Hämtad 2023-11-24 från https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/halso--och-sjukvard/huvudsakliga-risker-inom-halso--och-sjukvarden/

CIRCE-JA. Joint action transfer of best practices in primary care. Hämtad 2024-04-12 från https://circeja.nfz.gov.pl/#.

Dagens medicin (2022). 700 chefer: Här är de värsta tidstjuvarna i vården. Hämtad 2023-10-30 från https://www.dagensmedicin.se/arbetsliv/arbetsmiljo/700-chefer-har-ar-de-varsta-tidstjuvarna-i-varden/

Experio Lab. Hämtad 2024-04-29 från https://experiolab.se/portfolio/med-tjanstedesign-utvecklades-modravarden-i-kramfors/Forskning.se. Hämtad 2024-02-16 från www.forskning.se.

Folkhälsomyndigheten. Hämtad 2024-04-12 från https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsan-i-sverige/hur-hanger-livsvillkor-och-halsa-ihop/.

Folkhälsomyndigheten (2023) Statistik om övervikt och fetma hos vuxna. Hämtad 2024-05-03 på https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-

levnadsvanor/mat-fysisk-aktivitet-overvikt-och-fetma/overvikt-och-fetma/statistik-om-overvikt-och-fetma/overvikt-och-fetma-hos-vuxna/.

Folkhälsomyndigheten. Hämtad 2024-04-12 från https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsan-i-sverige/hur-hanger-livsvillkor-och-halsa-ihop/.

Forskning.se. Hämtad 2024-02-16 från https://www.forskning.se/2017/08/30/ai-sa-funkar-maskininlarning/.

Forum för Health Policy. Hämtad 2024-03-12 från https://healthpolicy.se/ai-och-automatisering-en-mojlighet-for-sjukvarden/.

Högskolan i Halmstad. Hämtad 2023-02-15 från www.hh.se.

Klinisk handledning av läkare under utbildning. Hämtad 2023-12-19 från www.kliniskhandledning.se.

Kunskapsguiden. Hälsan hos personer med funktionsnedsättning. Hämtad 2024-04-18 från https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/funktionshinder/halsa-hos-personer-med-funktionsnedsattning/.

Linköpings universitet. Hämtad 2024-05-22 från https://liu.se/nyhet/vard-efter-behov.

Linköpings universitet. Hämtad 2024-05-22 från https://liu.se/nyhet/politikers-roll-i-prioriteringsarbete-studeras.

Läkartidningen (1–3/2023). Hämtad 2024-04-18 från https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2023/01/forre-kommunlakaren-avrader-andra-kommuner-fran-att-anstalla-lakare/.

Nationalencyklopedin. Hämtad 2024-03-06 från https://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/new-public-management.

Nationell klinisk slutexamination för sjuksköterskor. Hämtad 2023-11-10 från https://nkse.se/.

Norrköpings Tidningar (2024-02-28). Regionens besked: 900 heltidsanställda varslas. Hämtad på https://nt.se/nyheter/ostergotland/artikel/regionens-besked-900-heltidsanstallda-varslas/lq47v3er.

Region Skåne. Teammodeller. Hämtad 2023-10-26 från https://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/projekt-och-utvecklingsarbete/primarvarden-skanes-teammodell/.

Riksdagen. Hämtad 2024-04-01 från https://www.riksdagen.se/sv/.

Riksrevisionen. Hämtad 2024-03-25 från https://www.riksrevisionen.se/om-riksrevisionen/kommunikation-och-media/nyhetsarkiv/2023-11-08-riksrevisionen-granskar-avhopp-fran-hogskolan.html.

Socialstyrelsen. Hämtad 2024-04-12 från https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/.

Socialstyrelsen. Hämtad 2024-04-30 från https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/vem-far-gora-vad/styrning-och-arbetsfordelning/verksamhetschef/.

Statistiska centralbyrån. Pressmeddelande 2021-12-01. Antalet äldre per arbetsföra invånare ökar i Sverige. Hämtad från https://www.scb.se/pressmeddelande/antalet-aldre-per-arbetsfora-invanare-okar-i-sverige/.

Statistiska centralbyrån. Examensfrekvens för nybörjare på yrkesexamensprogram uppföljningsåret 2011/12-2021-22 (2023-05-24). Hämtad från https://www.scb.se/uf0208.

Statistiska centralbyrån. Statistiknyhet. Kommuner och regioners preliminära bokslut för 2023. Hämtad 2024-05-02 från https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/offentlig-ekonomi/finanser-for-den-kommunala-sektorn/rakenskapssammandrag-for-kommuner-och-regioner/pong/statistiknyhet/kommunernas-och-regionernas-preliminara-bokslut-for-2023/.

Statskontoret. Hämtad 2024-04-16 från https://www.statskontoret.se/fokusomraden/styrning-av-stora-myndigheter/regeringens-styrning-av-stora-myndigheter/.

Sunt arbetsliv. Hämtad 2024-03-11 från www.suntarbetsliv.se.

Svenska institutet för standarder (SiS). Hämtad 2024-05-02 från https://www.sis.se/standarder/.

Sveriges Kommuner och Regioner. Hämtad 2024-03-06 från https://skr.se/skr/arbetsgivarekollektivavtal/chefochledarskap/chefioffentligsektor.74730.html.

Sveriges Radios P1 Morgon (2023-11-08). Håller sjuksköterskeutbildningen måttet? Hämtad 2023-12-20.

Universitetskanslersämbetet. Statistik hämtad 2024-02-09 från https://www.uka.se/sa-fungerar-hogskolan/om-jamstalldhet-i-hogskolan/flikar/jamstalldhet-i-statistiken.

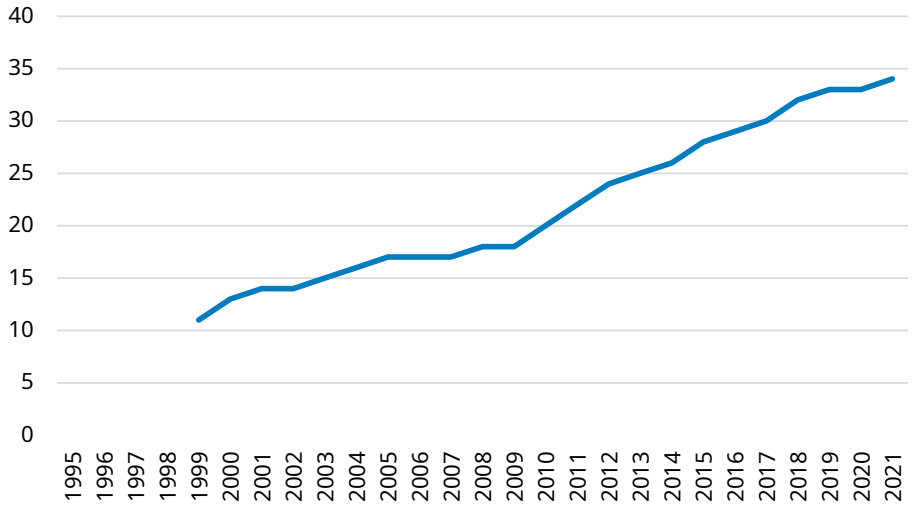
Vetenskapsrådet. Hämtad 2024-03-12 från hemsidan www.vr.se.

Vårdförbundet. Hämtad 2024-04-22 från https://www.vardforbundet.se/engagemang-och-paverkan/sa-paverkar-vardforbundet/remissyttranden/2014/upphavande-av-socialstyrelsens-allmanna-rad-199710-om-medicinskt-ansvarig-sjukskoterska/.

Bilaga 1 Utvecklingen av sysselsatta i samtliga 22 legitimationsyrken inom hälso- och sjukvård

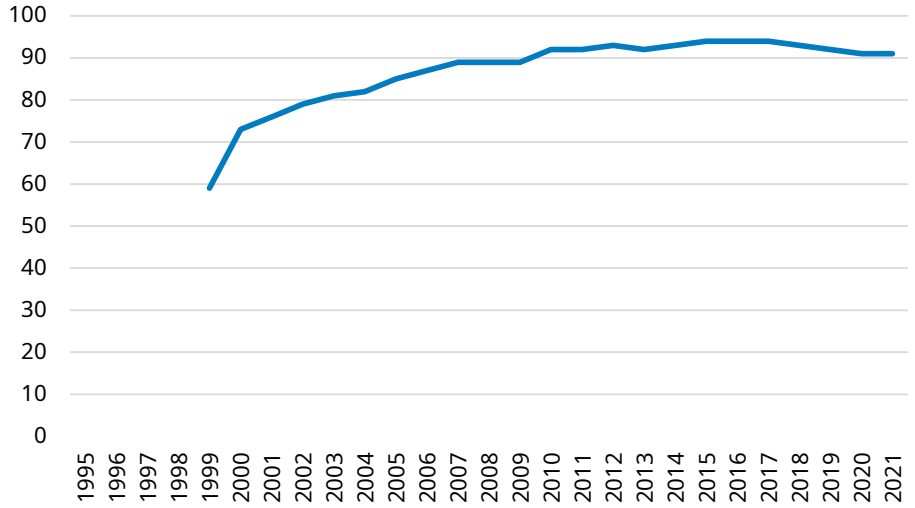
I denna bilaga redovisas för samtliga 22 legitimationsyrken diagram över antalet sysselsatta inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare över tid. Uppgifterna är hämtade från Socialstyrelsens statistikdatabas som bl.a. innehåller uppgifter om personal inom hälso- och sjukvården. Antalet sysselsatta avser samtliga åldrar, till skillnad från uppgifter i avsnitt 4.2.1–4.2.8 som avser sysselsatta upp till och med 66 år. Tidsperioden avser 1995–2021, eller från första året då den aktuella legitimationen infördes till 2021. Diagrammen kommenteras i avsnitt 4.2.9.

Diagram 1. Antalet sysselsatta legitimerade apotekare inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 1999–2021



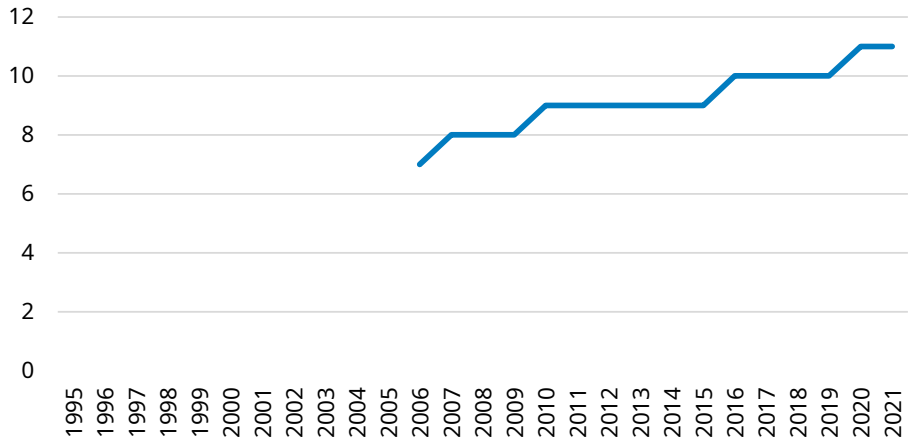
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas 2023-09-18.

Diagram 2. Antalet sysselsatta legitimerade arbetsterapeuter inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 2006–2021



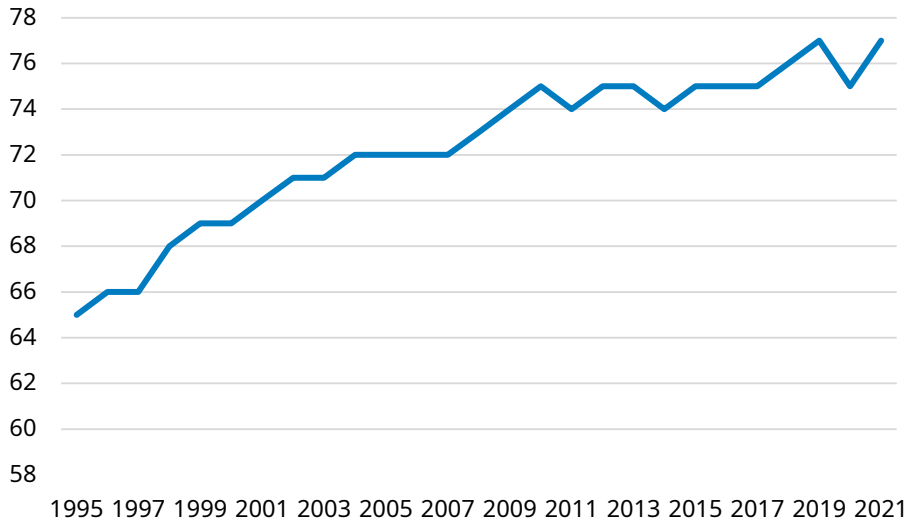
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas 2023-09-18.

Diagram 3. Antalet sysselsatta legitimerade audionomer inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 2006–2021



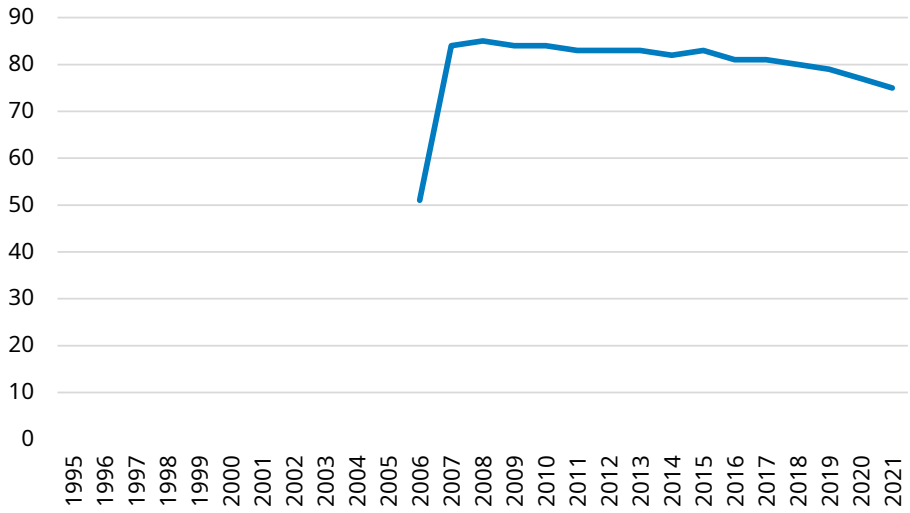
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas 2023-09-18.

Diagram 4. Antalet sysselsatta legitimerade barnmorskor inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 1995–2021



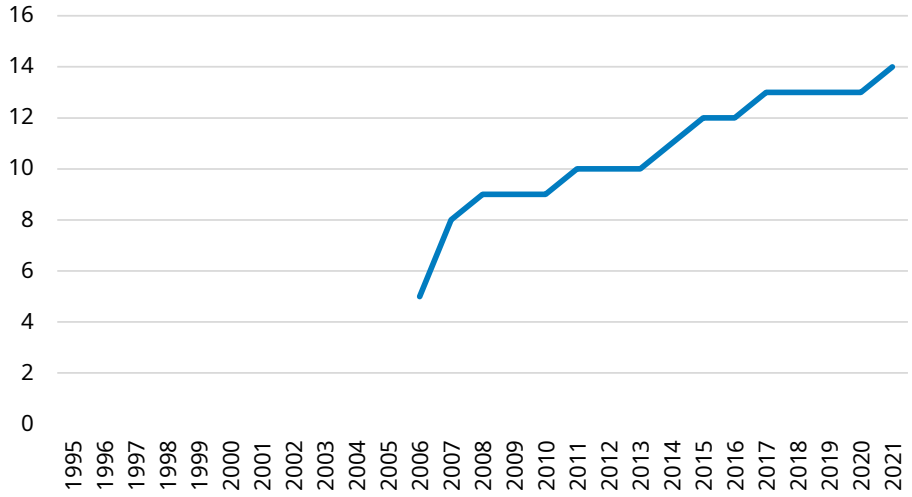
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas 2023-09-18.

Diagram 5. Antalet sysselsatta legitimerade biomedicinska analytiker inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 2006–2021



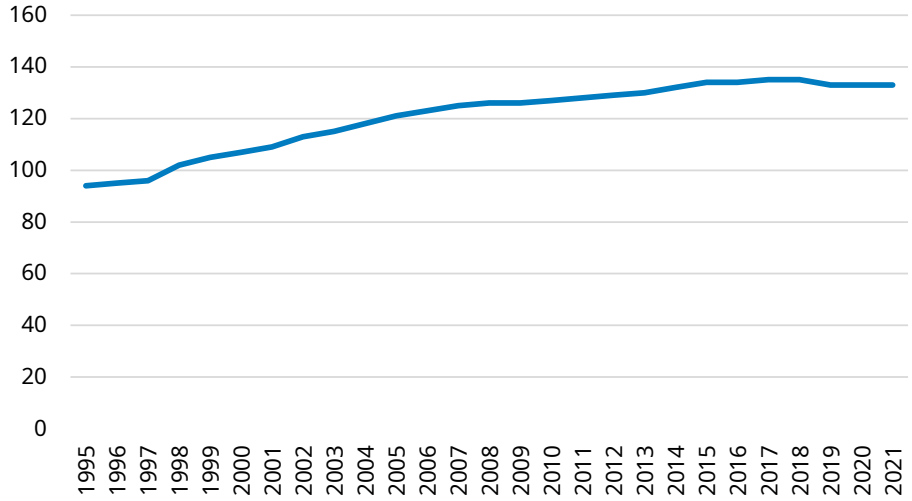
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas 2023-09-18

Diagram 6. Antalet sysselsatta legitimerade dietister inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 2006–2021



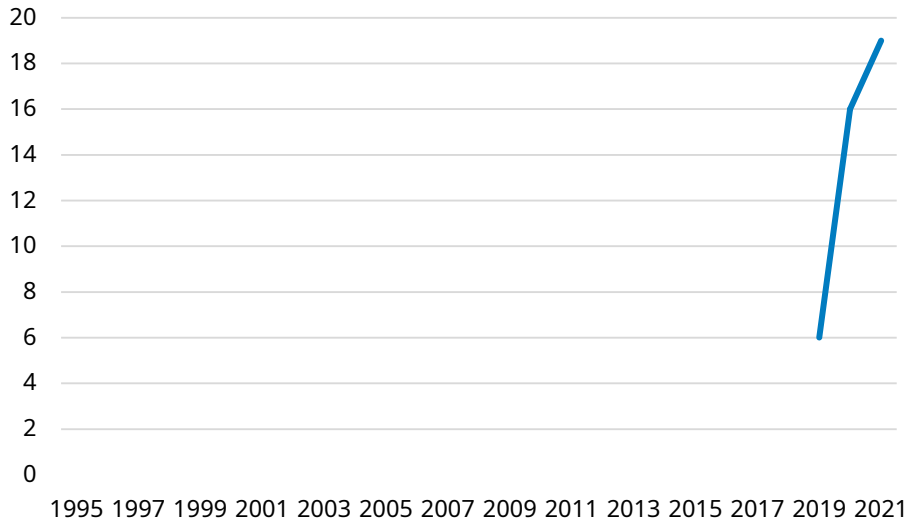
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas 2023-09-18.

Diagram 7. Antalet sysselsatta legitimerade fysioterapeuter inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 1995–2021



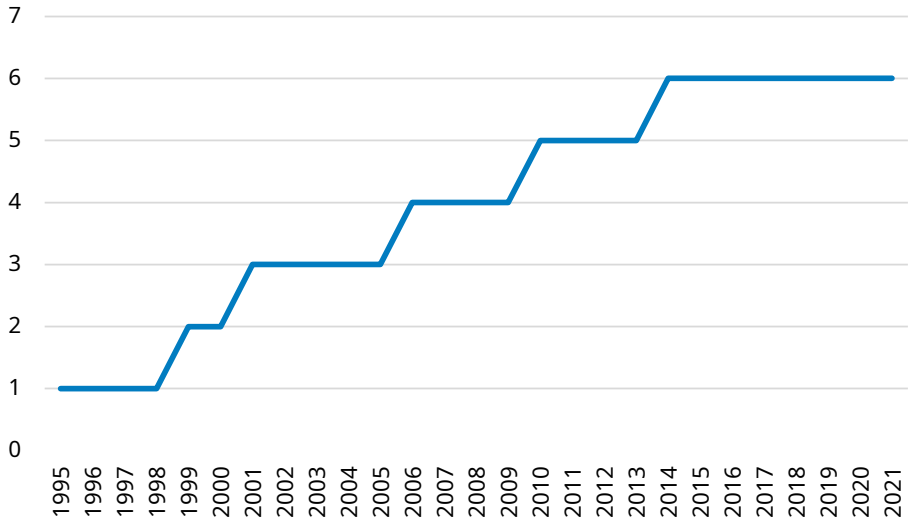
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas 2023-09-18

Diagram 8. Antalet sysselsatta legitimerade hälso- och sjukvårdskuratorer inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 2019–2021



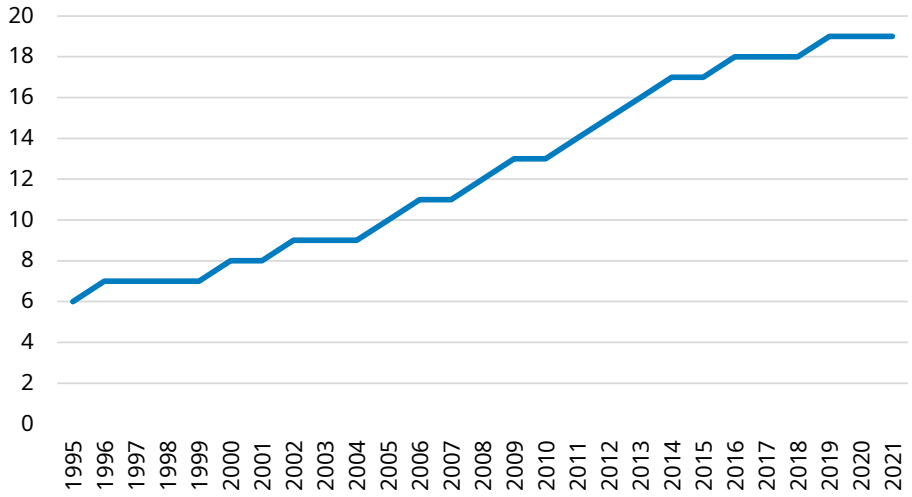
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas 2023-09-18.

Diagram 9. Antalet sysselsatta legitimerade kiropraktorer inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 1995–2021



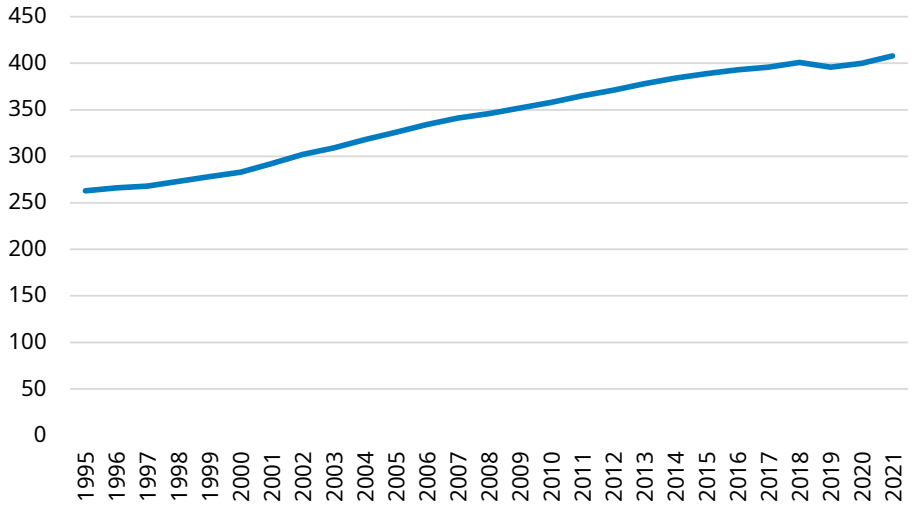
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas 2023-09-18.

Diagram 10. Antalet sysselsatta legitimerade logopeder inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 1995–2021



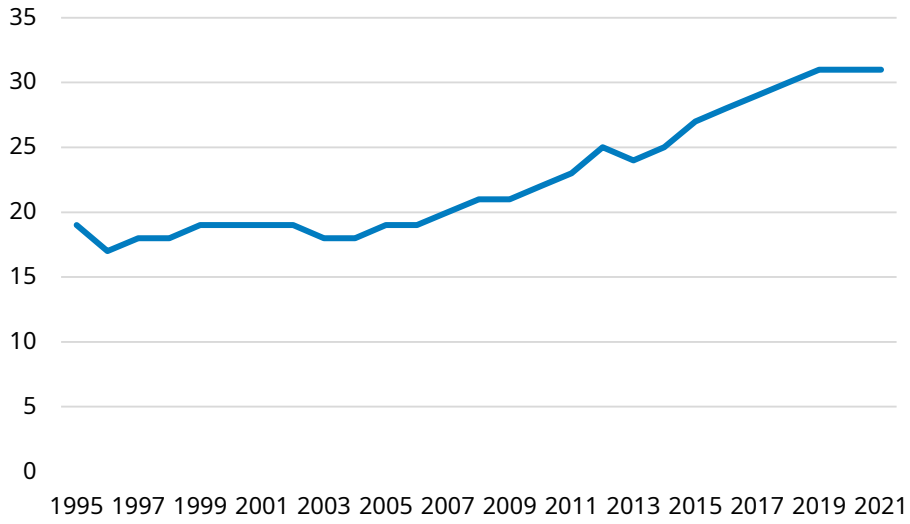
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas 2023-09-18.

Diagram11. Antalet sysselsatta legitimerade läkare inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 1995–2021



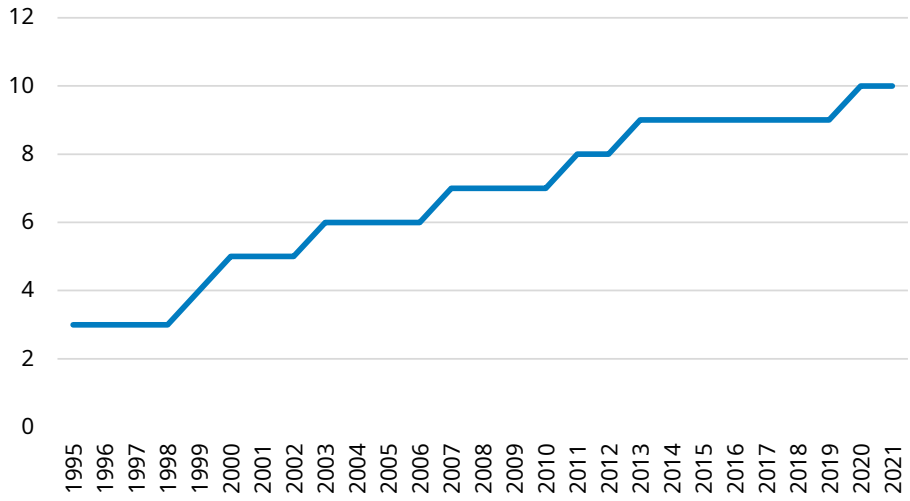
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas 2023-09-18.

Diagram 12. Antalet sysselsatta läkare, examinerade utan legitimation, inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 1995–2021



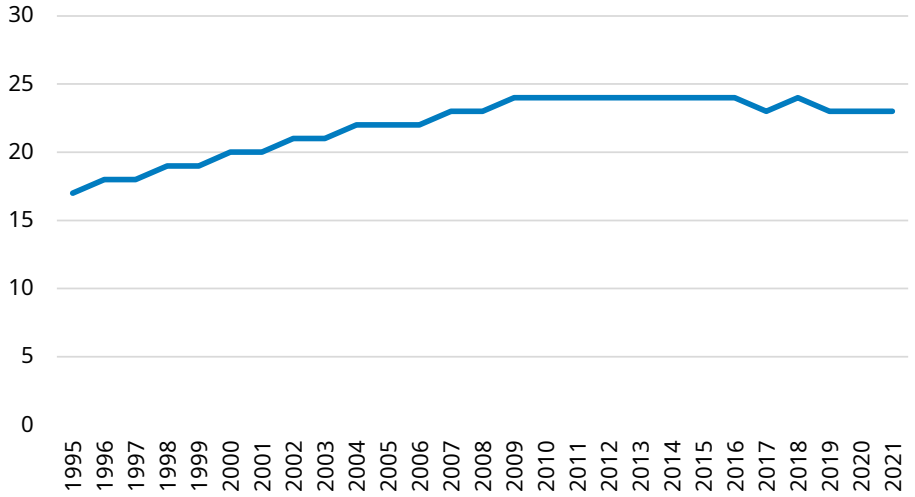
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas 2023-09-18.

Diagram 13 Antalet sysselsatta legitimerade naprapater inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 1995–2021



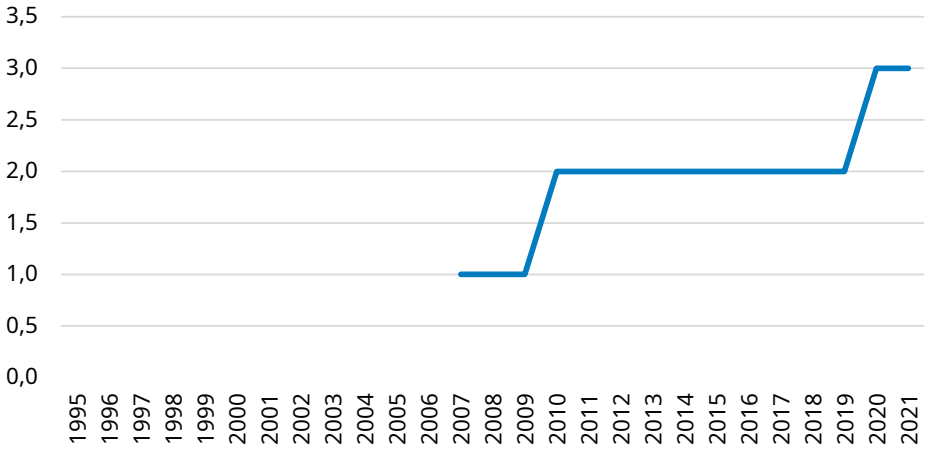
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas 2023-09-18.

Diagram 14. Antalet sysselsatta legitimerade optiker inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 1995–2021



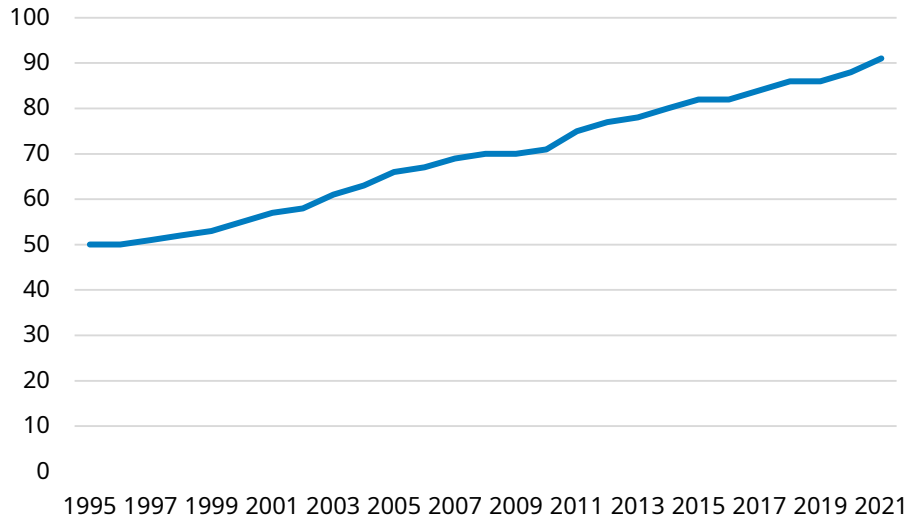
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas 2023-09-18.

Diagram 15. Antalet sysselsatta legitimerade ortopedingenjörer inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 2007–2021



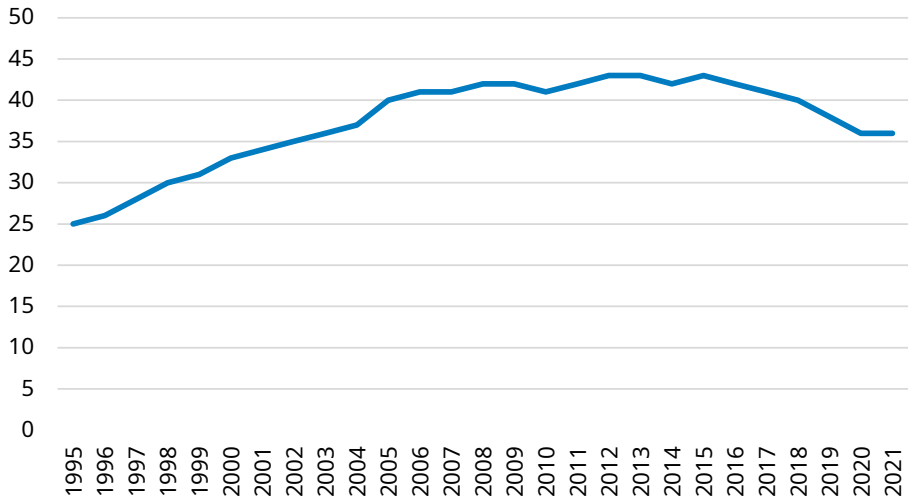
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas 2023-09-18.

Diagram 16. Antalet sysselsatta legitimerade psykologer inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 1995–2021



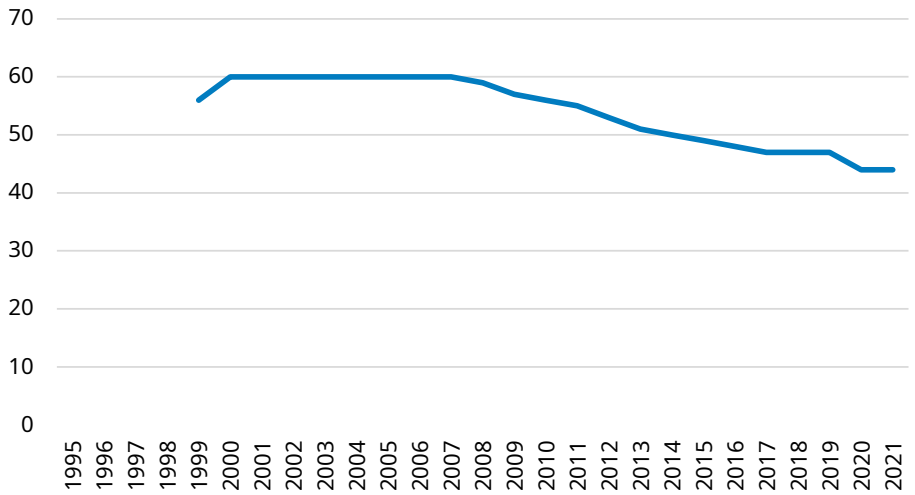
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas 2023-09-18.

Diagram 17. Antalet sysselsatta legitimerade psykoterapeuter inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 1995–2021



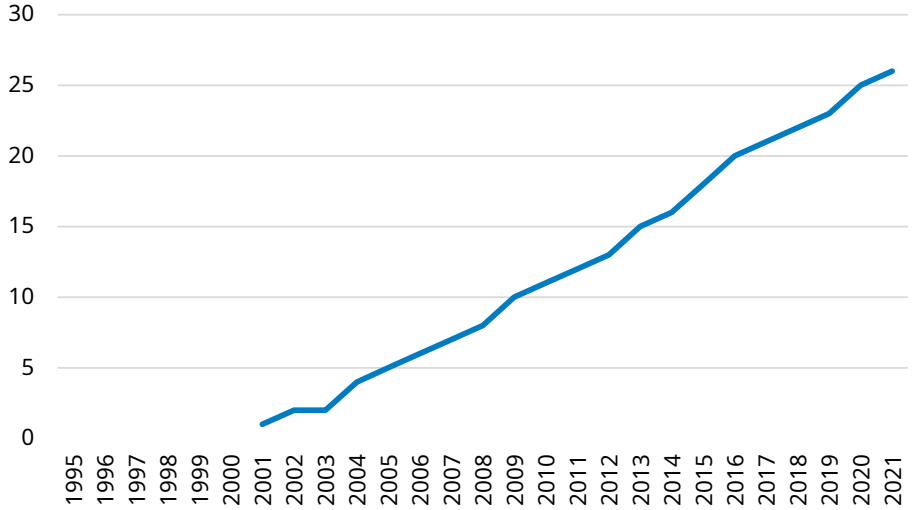
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas 2023-09-18

Diagram 18. Antalet sysselsatta legitimerade receptarier inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 1999–2021



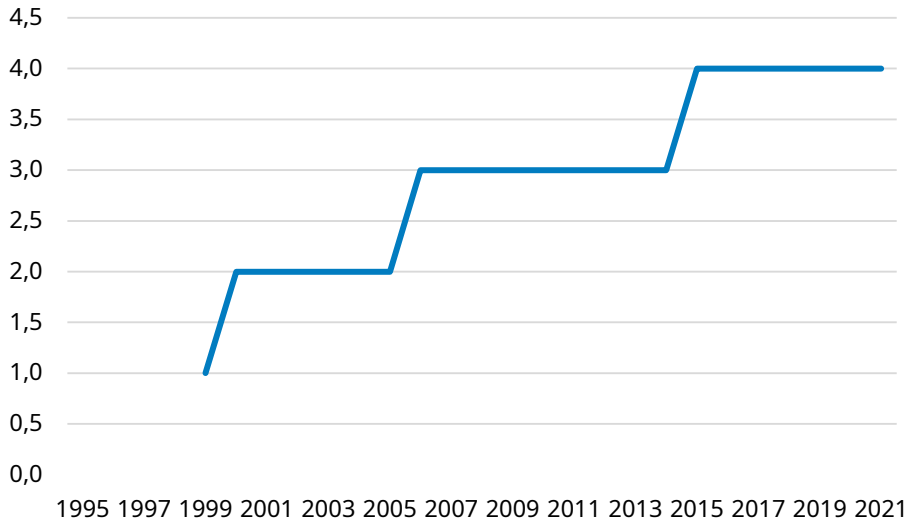
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas 2023-09-18.

Diagram 19. Antalet sysselsatta legitimerade röntgensjuksköterskor inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 2001–2021



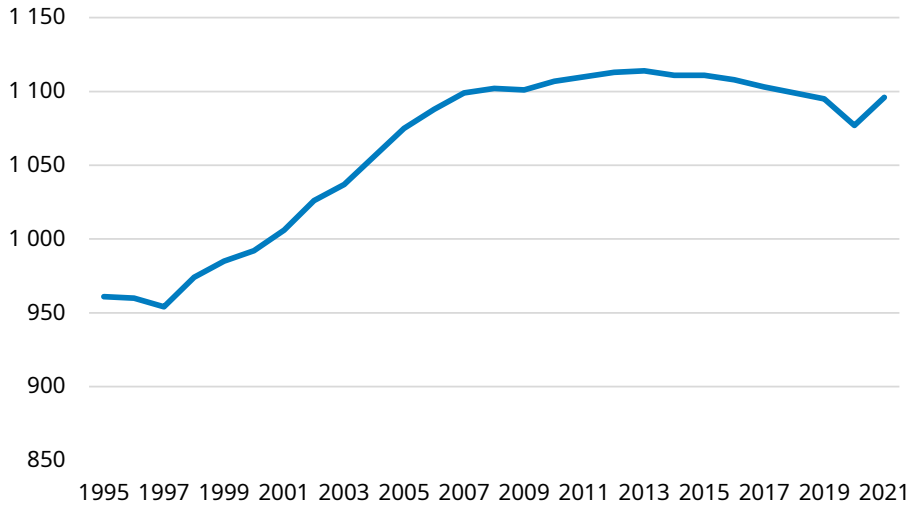
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas 2023-09-18.

Diagram 20. Antalet sysselsatta legitimerade sjukhusfysiker inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 1999–2021



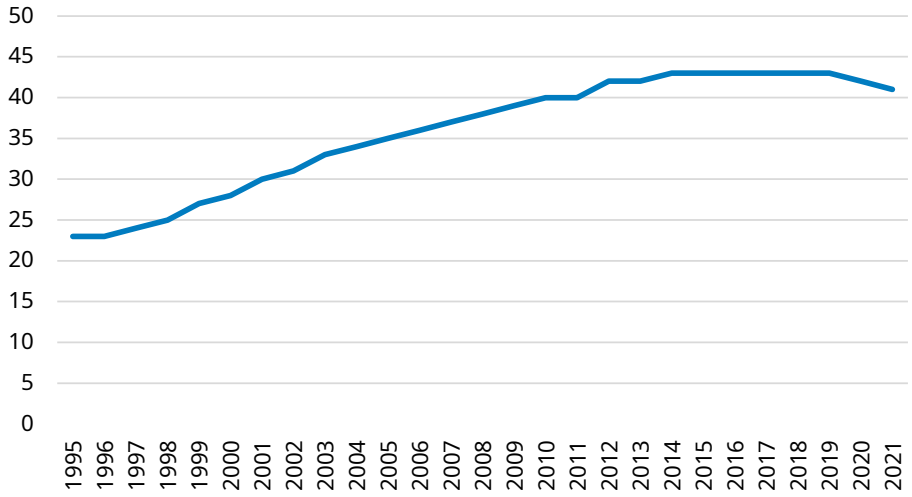
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas 2023-09-18.

Diagram 21. Antalet sysselsatta legitimerade sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 1995–2021



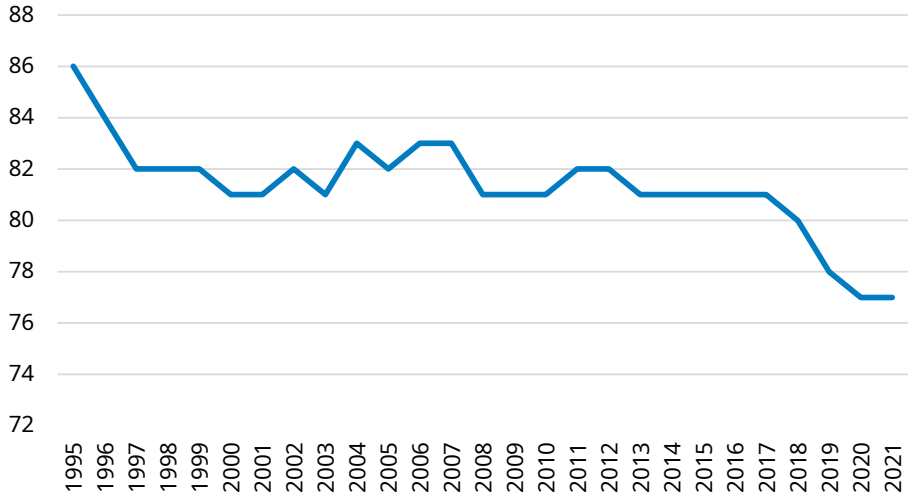
Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas 2023-09-18.

Diagram 22. Antalet sysselsatta legitimerade tandhygienister inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 1995–2021



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas 2023-09-18.

Diagram 23. Antalet sysselsatta legitimerade tandläkare inom hälso- och sjukvården per 100 000 invånare 1995–2021



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas 2023-09-18.

Nationella vårdkompetensrådet är ett rådgivande organ med representanter från regioner, kommuner, lärosäten, Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet, som har inrättats på uppdrag av regeringen.

Rådets uppdrag är att göra bedömningar av kompetensbehoven och att stödja och åstadkomma samverkan om kompetensförsörjningsfrågor på nationell och regional nivå.

www.nationellavardkompetensradet.se

Nationella vårdkompetensrådet

Från: info@nationellavardkompetensradet.se
Till: info@nationellavardkompetensradet.se; registratorUHS@socialstyrelsen.se
Cc:
Bcc:
Ärende: Remiss av förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning - DL 21/11 (dnr. 4.3-10609/2023)
Skickat: 2024-08-22 15:10:38
Bilagor: Remiss_Förslag till nationell plan för HSVs kompetensförsörjning.pdf; 2024_2 Nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning 240620.pdf
Inbäddade bilagor:

Hej,

Vänligen se bifogad remiss av förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.

Nationella vårdkompetensrådet önskar inhämta synpunkter på de 25 förslag på insatser för att förbättra hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning som rådet föreslår i den nationella planen (se s. 257–349 i bifogad rapport).

Remissvaren ska ha inkommit till Nationella vårdkompetensrådets kansli**senast den 21 november 2024** och skickas per e-post till info@nationellavardkompetensradet.se, med kopia till registratorUHS@socialstyrelsen.se.

Hälsningar

.....

Malin Nylén Bolinder
Kanslichef Nationella vårdkompetensrådets kansli
075-247 45 71
nvkr.se

SOCIALSTYRELSEN
Avdelningen för utveckling av hälso- och sjukvården på systemnivå
Enheten för tillgänglighet och kompetensförsörjning
106 30 Stockholm
Växel 075-247 30 00
www.socialstyrelsen.se

Sveriges kunskapsmyndighet för vård och omsorg

Läs om hur vi hanterar dina personuppgifter

Datum
2024-10-23

Vårt diarienummer
HSF240383
Externt diarienummer
4.3-10609/2023

Regionkontoret, HR Planering och utveckling
Frida Proos
Telefon: +4621176256
Epost: frida.proos@regionvastmanland.se

Socialstyrelsen

Sverige

YTTRANDE ÖVER REMISS AV FÖRSLAG TILL NATIONELL PLAN FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS KOMPETENSFÖRSÖRJNING - DL 21/11 (DNR. 4.3-10609/2023)

Region Västmanland har fått möjlighet att inkomma med yttrande på remiss ”Förslag till nationell plan för hälso-och sjukvårdens kompetensförsörjning”.

Kompetensförsörjningsinsatser inom hälso- och sjukvården är något som Region Västmanland ständigt jobbar med och behöver fortsätta jobba med, på både kort och lång sikt. Region Västmanland har tagit del av Nationella Vårdkompetensrådets (NVKR) plan som innehåller 25 förslag på insatser. Bakgrund och nuläget sammanfattas väl med noggrant urval av till exempel tidigare utredningar, riktlinjer samt lagar. De föreslagna insatserna kommer beröra Regionen Västmanlands kompetensförsörjning både direkt och indirekt.

Region Västmanland saknar framåtsyftande insatser och redogörelser för långsiktiga insatser som ger effekt på lång sikt. Till exempel kring hur berörda aktörer gemensamt kan säkra kompetensförsörjningen inom hälso-och sjukvården. Detta skulle kunna ha varit insatser gällande nya roller/yrken och förnyade arbetssätt över gränserna mellan region, kommun och privata aktörer och universitet och högskola, samt insatser gällande nya utbildningar och nya sätt att studera.

Region Västmanland ställer sig frågande till avgränsningen som utelämnar utlandsutbildad hälso- och sjukvårdspersonal och undersköterskegruppen. Dessa två grupperingar har potential att stärka hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning både på kort och lång sikt. Region Västmanland behöver dels stöd i att enklare kunna omhänderta kompetensen som redan finns inom Sveriges gränser, dels stöd i att påbörja arbetsuppgiftsväxling för undersköterskor som innehar bevis om skyddad yrkestitel.

NVKR framhåller tidigt i planen att insatserna ska vara ändamålsenliga och kostnadseffektiva. Utifrån detta ställer Region Västmanland sig frågande till att flertalet av föreslagna insatser faller inom arbetsgivaransvaret och den uppföljning som NKVR redogör för. Att följa upp Region Västmanlands arbetsgivaransvar är en styrning som kan uppfattas som att det kommunala självstyret begränsas. Kartläggning av styrdokument visar inte på vilken effekt föreslagna insatser får och kommer således inte visa på hur framdriften inom de olika insatserna blir. Region Västmanland förutser även att delar av förslagna insatser är tydligt kostnadsdrivande och kommer att kräva båda ekonomiska och personella resurser. Utifrån Region Västmanlands ekonomiska situation är inte vissa insatser samt föreslagen uppföljning inte möjliga.

Som tidigare nämnts är flera av de förslagna insatserna aktiviteter som Region Västmanland redan arbetar med och har ansvar för utifrån sitt arbetsgivaransvar. Region Västmanland vill dock framföra att det är positivt att NVKR tydligt betonar att arbetet med kompetensförsörjningen är avgörande för att Sveriges regioner ska upprätthålla en hälso- och sjukvård samt vikten av att fortsätta utveckla och kvalitetssäkra den.

NKVR är viktig för och i dialogen mellan berörda aktörer, detta för att skapa bra förutsättningar med det proaktiva kompetensförsörjningsarbetet inom hälso-och sjukvården. På så sätt hade Region Västmanland gärna sett förtydliganden gällande var, när och hur privata vårdgivare ska involveras i framtidens kompetensförsörjning inom hälso-och sjukvården.

Det finns en insats som Region Västmanland vill avstyrka, *5.2.5. Kravet på ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska kompletteras med krav på att ledningssystemet ska vara certifierat av ett ackrediterat certifieringsorgan.* I Region Västmanland anser att nuvarande lagstadgade krav på ledningssystem är tillräckliga. Att införa ett krav på certifiering av ett ackrediterat certifieringsorgan kommer skapa tung administration och bli mycket kostsamt. Det kommer kräva personella resurser samt ta tid och resurser från arbetet med patienter. Denna insats kommer inte stärka regionens kompetensförsörjning inom hälso- och sjukvården.

Utifrån NVKR förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning, kommer Region Västmanland nedan yttra sig gällande föreslagna insatser som skulle göra *skillnad* för och påverka hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Föreslagna insatser delas in i tre grupper:

a) Region Västmanlands arbetsgivaransvar
b) Region Västmanland inte är huvudman och väljer att inte yttra sig
c) Insatser som gör *skillnad* för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning

a) Region Västmanland arbetsgivaransvar:

Samtliga föreslagna insatser arbetar Region Västmanland redan aktivt med utifrån sitt arbetsgivaransvar och kompetensförsörjningsarbete. Dessa insatser behöver *inte* lyftas fram och följas upp i en nationell plan.

5.2.3. Regioner och kommuner bör besluta om ett normspann för antal medarbetare som den verksamhetsnära chefen har ansvar för.

5.2.4. Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att ta fram ett nationellt ledarskapsprogram för chefer inom hälso- och sjukvård och tandvård.

5.3.1 Regioner och kommuner bör skapa förutsättningar för och följa verksamheternas systematiska arbetsmiljöarbete, bland annat genom att utveckla insatser som främjar en god arbetsmiljö.

5.3.2. Regioner och kommuner bör arbeta systematiskt med att stödja medarbetarna till att arbeta med arbetsuppgifter som är prioriterade i relation till sin kompetens.

5.3.3 Regioner och kommuner bör vidta åtgärder för att säkerställa att digitala verktyg är användarvänliga och effektiva.

5.3.5 Regioner och kommuner bör skapa förutsättningar för verksamhetschefen att säkerställa tid och resurser för systematisk och kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling för professionerna inom hälso- och sjukvården.

5.3.6 Regioner, kommuner, universitet och högskolor bör öka möjligheterna till kompetensutveckling och karriärvägar för respektive profession.

5.3.7 Regioner, kommuner, universitet och högskolor bör samverka för att stimulera karriärutvecklingsprogram i syfte att öka antalet erfarna forskarhandledare inom regioner och kommuner.

5.3.8 Regioner och kommuner bör genomföra insatser i syfte att öka förutsättningarna för att seniora medarbetare ska vilja arbeta kvar i hälso- och sjukvården.

5.3.9 Regioner och kommuner bör införa introduktions- och mentorskapsprogram för nyutexaminerade professioner i hälso- och sjukvården.

5.3.10 Regioner, kommuner, universitet och högskolor bör genomföra insatser för att främja rekryteringen av underrepresenterat kön till yrken inom hälso- och sjukvården.

5.3.11 Regeringen bör ge lämplig myndighet i uppdrag att genomföra en nationell informationsinsats som visat på värdet av och innebörden av olika yrkesroller inom hälso- och sjukvården.

b) Region Västmanland är inte huvudman och väljer att inte yttra sig:
Region Västmanland är inget universitetssjukhus.

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

5.2.2. Regioner bör säkerställa att verksamhetschefer vid universitetssjukvårdsenheter är vetenskapligt meriterade.

5.6.2. Regeringen bör säkerställa att även biträdande lektorer omfattas av bestämmelserna om förenad anställning.

5.6.3. Regeringen bör säkerställa en långsiktig finansiering av forskarskolor med inriktningar mot särskilda områden där få har akademisk meritering och forskningen är underdimensionerad.

c) Insatser som gör skillnad för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning

Samtliga förslag på insatser under 5.4 och 5.5 och 5.3.4 skulle göra skillnad för kompetensförsörjningen inom Hälso- och sjukvården. Insatserna ligger utanför Region Västmanlands ansvarsområde och kan således inte ta ansvar och beslut gällande föreslagna insatser.

5.3.4 Regeringen bör se över möjligheterna till nationell samordning av systematisk och fortlöpande fortbildning för vårdens professioner

Region Västmanland delar till viss del NVKR bedömning om förslagen insats. Det kan finnas fördelar med en struktur för fortbildning och kompetenskrav, både regionalt och nationellt, samt efter erhållen legitimation. Detta bör gå att säkerställa till viss del genom gemensamma online utbildningar.

Utöver fortbildningsstruktur bör struktur för kompetensbedömning finnas nationellt. Då det exempelvis enligt Förordning (2016:157) om erkännande av yrkeskvalifikationer ger läkare legitimation utan kompetensvärdering i Sverige. Detta ser Region Västmanland som en utmaning kopplat till utbildningstjänsten Bastjänstgöring (BT). Då berörda personer i realiteten har skiftande kompetens.

5.4.1. Regeringen bör säkerställa att VULF-avtal införs för vissa hälso- och sjukvårdsutbildningar i högskolan.

Region Västmanland har tidigare skickat in remissvar gällande VULF-avtal i remissvar över *betänkandet SOU 2024:9 Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning – långsiktiga åtgärder för sjuksköterske-programmen.* Region Västmanland utgår från att NVKR använder sig av dessa svar.

I denna remiss vill Region Västmanland särskilt lyfta att ett initiativ med ett nationellt VULF-avtal är positivt och att ett sådan avtal bör omfatta samtliga legitimationsgrundande vårdutbildningar. Region Västmanland anser även att lokala kompletterande avtal med berörda lärosäten kan behövas, då detta är viktigt utifrån geografiskt område. Det skulle även kunna innebära lokalt avtal med lärosäte i en annan sjukvårdsregion.

5.5.1. Regeringen bör tillföra medel för att stimulera universitet och högskolor att samordna vissa hälso- och sjukvårdsutbildningar med få studenter.

Region Västmanland delar NVKR bedömning om förslagen insats och ser att det är en fördel för samtliga berörda aktörer. Genom att se över ersättningssystem som är gällande för lärosäten, möjliggörs samverkan. Nationellt borde det även finnas intresse att säkerställa x antal utbildningsplatser per år.

5.5.2. Regeringen bör göra en översyn av regelverket för antagning till specialistsjuksköterskeutbildning.

Region Västmanland delar NVKR bedömning. Det är nationell brist inom vissa specialistsjuksköterskeinriktningar. Region Västmanland ser två grupperingar som inte gynnas av hur regelverket för antagning ser ut:

- Sjuksköterskor med sjuksköterskeutbildning från annat EU-land, som erhållit svensk yrkeslegitimation, har inte behörighet att söka specialistutbildning.

- Erfarna allmänsjuksköterskor som varit yrkesverksamma under minst 4 år och inte är behöriga på grund av sina betyg.

Det finns ingen som reglerar hur dessa kan vidareutbilda sig genom sin grundutbildning i kombination med erfarenhet. Dessa två grupper borde hanteras i regelverket.

5.5.3. Regeringen bör ge stöd till ökad genomströmning inom den verksamhetsförlagda utbildningen genom långsiktig finansiering till projektet med utveckling av webbplatsen kliniskhandledning.se, som bör breddas till fler vårdprofessioner än för läkare.

Region Västmanland har tidigare skickat in remissvar gällande VULF-avtal i remissvar över *betänkandet SOU 2024:9 Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd Utbildning – långsiktiga åtgärder för sjuksköterske-programmen.* Region Västmanland utgår från att NVKR använder sig av dessa svar

Region Västmanland delar NVKR bedömning. Genom att utforma en generisk modulbaserad handledarutbildning på grundnivå skapas en nationell likvärdighet med ett standardiserat innehåll. Det skulle till exempel kunna vara en webbaserad utbildning för samtliga som handleder inom flertalet vårdprofessioner. En samordnad handledarutbildning kan underlätta både för lärosäten samt hälso- och sjukvårdsverksamheter att få tillgång till fler handledare och kan med fördel placeras på webbplatsen kliniskhandledning.se Region Västmanland vill understryka att onlineutbildning inte ensamt fyller hela behovet.

5.5.4. Universitet och högskolor bör ta fram principer för ersättning för studenters merkostnader i samband med verksamhetsförlagd utbildning i syfte att uppnå kostnadsneutralitet för studenterna.

Region Västmanland delar NVKR bedömning. Förslagen insats skulle bidra till att studenter kan nyttja de VFU-platser som erbjuds ute i länet, till exempel vid mindre sjukhus och vårdcentraler. Detta kan främja orter utan för centralort, där kompetensförsörjningen är mycket mer kännbar.

5.5.5. Universitet och högskolor bör enas om de kliniska moment som en student inom en viss hälso- och sjukvårdsutbildning ska kunna genomföra efter genomgången utbildning, oberoende av vilket lärosäte som utfärdar examen.

Region Västmanland har tidigare skickat in remissvar *gällande SOU 2024:9 Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd Utbildning – långsiktiga åtgärder för sjuksköterskeprogrammen* (Kapitlet 4.2 Ökad enhetlighet i bedömning av sjuksköterske-studenters lärande bör främjas). Region Västmanland utgår från att NVKR använder sig av dessa svar.

Region Västmanland delar dock NVKR bedömning gällande förslagen insats. En ökad samordning av bedömningsmetod och bedömningskriterier kan förbättra förutsättningen för god kvalitet under den verksamhetsförlagda utbildningen. Det behöver finnas en bättre likstämmighet vid lärosätena då dessa utgår från nationella examensmål. Detta skulle även underlätta vid mottagande av studenter från olika lärosäten. Region ställer sig mycket tveksam till en nationell klinisk examination utifrån tidigare erfarenheter och de utökade resurser som då krävdes från vårdgivaren.

5.6.1. Universitet och högskolor, regioner och kommuner bör i större utsträckning inrätta förenade anställningar även för andra yrkesgrupper än specialistutbildade läkare och tandläkare.

Region Västmanland delar dock NVKR bedömning gällande förslagen insats. Region Västmanland arbetar redan med föreslagen insats. Där Region Västmanland ingått ett samverkansavtal med Mälardalens universitet under 2023. En av huvudfrågorna gäller förenade anställningar för exempelvis sjuksköterskor och fysioterapeuter.

Region Västmanland har även representanter i Regionala Vårdkompetensrådet Mellansverige, där föreslagen insats redan är en aktivitet och utreds.

För Region Västmanland, Mikael Elfgren Andersson regionstyrelsens ordförande

Klicka här för att fylla i undertecknares namn	Klicka här för att fylla i undertecknares namn
Klicka här för att fylla i undertecknares titel	Klicka här för att fylla i undertecknares titel

MÖTESPROTOKOLL

Mötesdatum
2024-11-05

Regionstyrelsens arbetsutskott

Plats och tid	Sammanträdesrum Mälaren, Regionhuset, Västerås kl. 09:00-10:00
Beslutande ledamöter	Mikael Andersson Elfgren (M) (Ordförande), Malin Gabrielsson (KD) (Förste vice ordförande), Lina Eriksson (L) (deltar på distans), Ingvar Jonsson (SD) (deltar på distans), Kenneth Östberg (S), Heidi-Maria Wallinder (V), Barbro Larsson (C)
Övriga närvarande	Maria Linder (regiondirektör) Agnetha Jonsson (förvaltningsdirektör Fastighet och service) Christina Ersson (sekreterare) Katarina Simert (ekonomidirektör) Annika Tjernström (hr-direktör) Fredrik Alm (kanslichef)
Utses att justera	Heidi-Maria Wallinder
Justeringens plats och tid	Digital justering 2024-11-08 00:00
Protokollet omfattar	§219

Underskrifter

Sekreterare	…… Christina Ersson	
Ordförande	…… Mikael Andersson Elfgren	……
Justerande	…… Heidi-Maria Wallinder	……

ANSLAG/BEVIS	Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag.		
Organ	Regionstyrelsens arbetsutskott		
Sammanträdesdatum	2024-11-05		
Datum för anslags-uppsättande	2024-11-08	**Datum för anslags-nedtagande**	2024-11-30
Förvaringsplats för protokollet	Regionhuset, Västerås		

§219 Remiss av förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning - DL 21/11 (dnr. 4.3-10609/2023)

HSF240383

Sammanfattning

Socialstyrelsen har överlämnat remiss av förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning till Region Västmanland för yttrande. Ett förslag till yttrande redovisas.

Förslag till beslut

Förslaget godkänns och överlämnas till Socialstyrelsen som Region Västmanlands yttrande.

Beslut

Arbetsutskottets förslag till regionstyrelsens beslut

Förslaget godkänns och överlämnas till Socialstyrelsen som Region Västmanlands yttrande.

Beslutsunderlag

- Missiv-Remiss av förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning - DL 21/11 (dnr. 4.3-10609/2023) (1/3)
- Remiss av förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning - DL 21/11 (dnr. 4.3-10609/2023) (2/3)
- Nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning 240620 (3/3)
- Yttrande över remiss av förslag till nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning

Paragrafen är justerad

15

RV230857

MÖTESPROTOKOLL

Mötesdatum
2024-10-15

Regionfullmäktige

Plats och tid	Stadshuset, Västerås kl. 09:00-19:45
Utses att justera	Barbro Larsson Stephanie Bruksgård
Justeringens plats och tid	Regionhuset, Västerås 2024-10-22 08:30
Protokollet omfattar	§144

Underskrifter

Sekreterare	…… Fredrik Alm	
Ordförande	…… Andreas Weiborn	……
Justerande	…… Barbro Larsson	…… Stephanie Bruksgård

ANSLAG/BEVIS	Protokollet är justerat. Justeringen har tillkännagivits genom anslag.		
Organ	Regionfullmäktige		
Sammanträdesdatum	2024-10-15		
Datum för anslags-uppsättande	2024-10-22	**Datum för anslags-nedtagande**	2024-11-13
Förvaringsplats för protokollet	Region Västmanland, Västerås		
Underskrift	…… Fredrik Alm		

---

§144 Motion om utvärdera intraprenaden

RV230857

Sammanfattning

Heidi-Maria Wallinder, Felicia Granath, Fredrik Stockhaus, Pratima Åslund, Christer Hansson och Lennart Engman, alla (V), föreslår i en motion inkommen 2023-10-05 att regionen gör en utvärdering av intraprenaden, utifrån såväl verksamheternas och personalens perspektiv som patienternas.

Förslag till beslut

Motionen bifalls.

Yttranden

Heidi-Maria Wallinder (V) och Mikael Andersson Elfgren (M)

Yrkanden

Mikael Andersson Elfgren (M)

Beslutsgång

Ordförande konstaterar att det bara finns ett förslag till beslut och finner att fullmäktige beslutar enligt regionstyrelsens förslag.

Beslut

Motionen bifalls.

Beslutsunderlag

- Motion: Utvärdera intraprenaden!
- Yttrande Motion om att utvärdera intraprenaden
- §147 RS Motion: Utvärdera intraprenaden!

Paragrafen är justerad

Motion

Utvärdera intraprenaden!

År 2020 övergick regionens egna tolv vårdcentraler till driftsformen intraprenad genom ett beslut i regionstyrelsen. Det innebär att även de offentligt ägda vårdcentralerna nu drivs under företagsliknande former med samlingsnamnet Närvården. Intraprenaden infördes som en permanent lösning för samtliga vårdcentraler, inte på prov vid ett mindre antal vårdcentraler.

Det har dock inte kommit till vår kännedom om förändringen har inneburit större delaktighet för personalen, mer nytänkande eller bättre ekonomi, faktorer som förespråkare brukar förknippa med alternativa driftsformer. Inte heller om vården har blivit kvalitativt bättre och mer tillgänglig för patienterna.

När intraprenaden infördes var konkurrensneutraliteten ett av de huvudsakliga argumenten. Regionen gick de privata intressena till mötes, intraprenaden är på plats och västmanlänningarna har rätt att få veta vad det har resulterat i. Blev det bättre? Blev det sämre? Eller blev det de facto ingen skillnad?

Med anledning av ovanstående yrkar Vänsterpartiet på att

- regionen gör en utvärdering av intraprenaden, utifrån såväl verksamheternas och personalens perspektiv som patienternas.

För Vänsterpartiet i Region Västmanland

Heidi-Maria Wallinder, Felicia Granath, Fredrik Stockhaus, Pratima Åslund, Christer Hansson och Lennart Engman (V)

20231005